

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.R DENGAN KANKER  
SERVIKS DI RUANGAN GINEKOLOGI ONKOLOGI  
RSUP DR.M. DJAMIL PADANG**



**ZAHRA NURUL SAFYETTI**

**NIM : 223110320**

**PRODI D3 KEPERAWATAN PADANG  
JURUSAN KEPERAWATAN  
KEMENKES POLTEKKES PADANG  
2025**

## **KARYA TULIS ILMIAH**

### **ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.R DENGAN KANKER SERVIKS DI RUANGAN GINEKOLOGI ONKOLOGI RSUP DR.M. DJAMIL PADANG**

Diajukan ke Program Studi Diploma 3 Keperawatan Padang Kemenkes Poltekkes Padang sebagai salah satu syarat untuk memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan



**ZAHRA NURUL SAFYETTI**

**NIM: 223110320**

**PRODI D3 KEPERAWATAN PADANG  
JURUSAN KEPERAWATAN  
KEMENKES POLTEKKES PADANG  
2025**

**PERSETUJUAN PEMBIMBING**

Karya Tulis Ilmiah "Asuhan Keperawatan Pada Ny.R Dengan Kanker Serviks di  
Ruangan Ginekologi Onkologi RSUP Dr.M.Djamil Padang"

Dibuat oleh

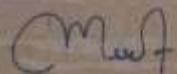
NAMA : Zahra Nurul Safyetti  
NIM : 223110320

Telah disetujui oleh pembimbing pada tanggal: 3 Juni 2025

Menyetujui,

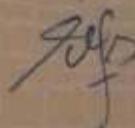
Pembimbing Utama,

Pembimbing Pendamping,



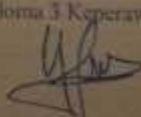
Dr.Metri Lidya, S.Kp, M.Biomed  
196505181988032002

Ns.Filia Metti,M.Kep,Sp.Kep.Mat  
198004232002122001



Padang, 3 Juni 2025

Ketua Prodi Diploma 3 Keperawatan Padang



Ns. Yessi Fadriyani, M.Kep.  
1975012119990320005

HALAMAN PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

"ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.R DENGAN KANKER SERVIKS DI  
RUAGAN GINEKOLOGI ONKOLOGI RSUP.DR.M.DJAMIL PADANG "

Disusun Oleh:  
Zahra Nurul Safyetti  
223110320

Telah dipertahankan di depan Dewan Pengaji Pada  
tanggal: 5 Juni 2025

SUSUNAN DEWAN PENGUJI

Ketua,

Nama Ns. Zolla Amely Ilda, M.Kep  
NIP. 197910192002122001

(.....)

Anggota;

Nama Ns.Hj.Tisnawati,S.Kep,S.St.M.Kes  
NIP. 196507161988032002

(.....)

Anggota;

Nama Dr. Metri Lidya, S.Kp, M.Biomed  
NIP. 196505181988032002

(.....)

Anggota,

Nama Ns.Elvia Metti, M.Kep, Sp.Kep, Mat  
NIP. 198004232002122001

(.....)

Padang, 5 Juni 2025  
Ketua Prodi Diploma 3 Keperawatan Padang

Ns. Yesi Fadriyanti, M.Kep  
1975012119990320005

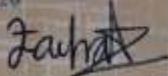
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tugas Akhir ini adalah hasil karya penulis sendiri dan semua sumber yang dikutip  
masipun dirujuk telah penulis nyatakan dengan benar

Nama : Zahra Nurul Safyetti

NIM : 223110320

Tanda tangan :



Tanggal : 20 Juni 2025

## PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama Lengkap	: Zahra Nurul Safyett
NIM	: 233110320
Tempat/Tanggal Lahir	: Padang / 11 Oktober 2004
Tahun Masuk	: 2022
Nama PA	: Ni Sila Dewi A,S.Pd,M.Kep,Sp.KMB
Nama Pembimbing Utama	: Dr.Metri Lidya, S.Kp, M.Biomed
Nama Pembimbing Pendamping	: Na. Elvia Metri, M.Kep,Sp.Kep,Msi

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan hasil Karya Ilmiah saya, yang berjudul : *Asuhan Keperawatan Pada Ny.R Dengan Kanker Serviks Di ruang Ginekologi Onkologi RSUP.Dr.M.Djamil Padang Tahun 2025.*

Apabila di kemudian hari ternyata ditemukan adanya penjiplakan (plagiat), maka saya bersedia menerima sanksi akademik.

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan sebesar-besarnya.

Padang, 20 Juni 2025

Yang menyatakan



(Zahra Nurul Safyett)

NIM 233110320

## KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat- Nya, peneliti dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Ny.R Dengan Kanker Serviks di Ruangan Ginekologi Onkologi Kebidanan RSUP. Dr.M.Djamil Padang Tahun 2025”**. Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi D3 Keperawatan Padang. Jurusan Keperawatan Kemenkes Poltekkes Padang. Karya Tulis Ilmiah ini terwujud atas bimbingan dan pengarahan dari ibu **Dr.Metri Lidya,S.Kp,M.Biomed** selaku pembimbing utama dan ibu **Ns. Hj. Elvia Metti, S.Kep, M.Kep, Sp. Mat** selaku pembimbing pendamping serta bantuan dari berbagai pihak yang tidak bisa peneliti sebutkan satu persatu. Peneliti pada kesempatan ini menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Ibu Renidayati, M.Kep,Sp.Jiwa selaku Direktur Kemenkes Poltekkes Padang.
2. Bapak Dr. dr Dovy Djanas, Sp.OG(K) selaku Direktur RSUP Dr. M Djamil Padang dan staf rumah sakit yang telah banyak membantu dalam usaha memperoleh data yang peneliti lakukan.
3. Bapak Tasman,S.Kp, M.Kep,Sp.Kom selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kemenkes Poltekkes Padang.
4. Ibu Yessi Fadriyanti, S. Kep, M. Kep selaku Ketua Prodi D-III Keperawatan Kemenkes Poltekkes Padang.
5. Ibu Ns. Sila Dewi Anggreni, M.Kep.,Sp.KMB selaku Pembimbing Akademik peneliti dalam berlangsungnya pendidikan program studi Keperawatan Padang Kemenkes Poltekkes Padang.
6. Orang tua dan keluarga peneliti yang telah memberikan bantuan serta dukungan material dan moral.

7. Sahabat yang telah banyak membantu peneliti dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

Peneliti menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu peneliti mengharapkan tanggapan serta saran yang membangun dari berbagai pihak demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini. Semoga Allah SWT membalas segala kebaikan yang telah diberikan oleh semua pihak yang telah membantu.

Padang, Juni 2025

Peneliti

## **DAFTAR RIWAYAT HIDUP**



Nama : Zahra Nurul Safyetti

NIM : 223110320

Tempat, Tanggal lahir : Padang, 11 Oktober 2004

Jenis Kelamin : Perempuan

Agama : Islam

Status Perkawinan : Belum Kawin

Alamat : Perumahan Gerry Permai Blok P no.9 Rt 04 Rw 006 Kel.Padang Sarai, Kec.Koto Tangah, Padang, Sumatera Barat.

Nama Orang Tua

Ayah : Safrudin

Ibu : Dasmayetti,S.Pd

### **Riwayat Pendidikan**

No	Jenis Pendidikan	Tempat Pendidikan	Tahun
1.	TK	TK Mardhatillah	2009-2010
2.	SD	SDN 27 Anak Air	2010-2016
3.	MTsN	MTsN 1 Padang	2016-2019
4.	MAN	MAN 2 Padang	2019-2022
5.	D-III Keperawatan Padang	Kemenkes Poltekkes Padang	2022-2025

**KEMENKES POLTEKKES PADANG  
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG**

**Karya Tulis Ilmiah, Juni 2025**

**Zahra Nurul Safyetti**

**Asuhan Keperawatan Pada Ny.R Dengan Kanker Serviks Di Ruangan Ginekologi Onkologi RSUP.Dr.M.Djamil Padang.**

**ABSTRAK**

Kanker serviks merupakan penyakit kanker pada wanita yang menempati urutan keempat di dunia dan urutan kedua di Indonesia pada tahun 2022.Kanker serviks disebabkan oleh virus HPV. Kanker serviks menyebabkan dampak fisiologis dan psikologis.Dampak fisiologis yaitu nyeri,mual,muntah,penurunan berat badan,keputihan dan perdarahan abnormal pada vagina. Dampak psikologis yaitu perasaan tidak berguna, cemas bahkan depresi.Kasus kanker serviks yang dirawat diruangan ginekologi onkologi RSUP.Dr.M.Djamil Padang pada tanggal 1 Oktober 2024-7 Januari 2025 sebanyak 58 orang.Tujuan penelitian ini medeskripsikan penerapan asuhan keperawatan pada Ny.R dengan kanker serviks diruangan ginekologi onkologi RSUP.Dr.M.Djamil Padang.

Penelitian ini menggunakan desain deskriptif dengan pendekatan studi kasus dilaksanakan selama 5 hari di ruang ginekologi onkologi RSUP Dr. M. Djamil Padang dari Oktober 2024 hingga Juni 2025.Populasi berjumlah dua orang dengan satu partisipan dipilih secara purposive sampling sesuai kriteria inklusi. Teknik pengumpulan data yang dilakukan melalui wawancara,observasi,pengukuran.Analisa data dilakukan dengan membandingkan hasil asuhan keperawatan dengan teori dan penelitian yang telah ada sebelumnya.

Hasil penelitian pada Ny.R (40 tahun) kanker serviks residif infiltrasi rectosigmoid dan hidronefrosis bilateral. Keluhan yang dirasakan yaitu badan terasa lemah, nyeri (skala 6) pada perut bagian bawah sekitar vagina, penurunan nafsu makan, keluar darah dan feses dari vagina, cemas, pemeriksaan hemoglobin rendah (6,2g/dL). Diagnosis keperawatan utama perfusi perifer tidak efektif. Intervensi perawatan sirkulasi. Implementasi utama pemberian tranfusi darah PRC 4 kolf, pemantauan hasil laboratorium hidrasi cairan oral dan parenteral dilakukan 5 hari. Evaluasi adanya perubahan pada hari ke empat didapatkan nadi perifer meningkat,konjungtiva tidak anemis,CRT <2 detik, akral hangat serta hemoglobin membaik (12,4g/dL).

Penelitian ini merekomendasikan perawat meningkatkan pertahanan tubuh pasien dengan meningkatkan asupan makanan gizi seimbang, mengganti pembalut 3-4 jam sehari dan penggunaan teknik relaksasi untuk mengurangi kecemasan pada pasien kanker serviks.

**Isi : xii + 120 Halaman +1 Bagan+ 1 Gambar + 2 Tabel + 14 Lampiran**

**Kata kunci: Asuhan keperawatan, kanker serviks.**

**Daftar Pustaka : 82 (2011-2024)**

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL.....</b>	<b>i</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN PEMBIMBING.....</b>	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN.....</b>	<b>iii</b>
<b>HALAMAN ORISINALITAS.....</b>	<b>iv</b>
<b>PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT.....</b>	<b>v</b>
<b>KATA PENGANTAR .....</b>	<b>vii</b>
<b>DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....</b>	<b>ix</b>
<b>ABSTRAK.....</b>	<b>x</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>xi</b>
<b>DAFTAR TABEL.....</b>	<b>xiv</b>
<b>DAFTAR BAGAN.....</b>	<b>xv</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>xvi</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN.....</b>	<b>xvii</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
A.Latar belakang .....	1
B.Rumusan Masalah .....	8
C.Tujuan Penelitian .....	8
D. Manfaat Penelitian.....	9
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>12</b>
A. Konsep penyakit .....	12
1. Definisi kanker serviks .....	12
2. Etiologi.....	13
3. Klasifikasi Kanker Serviks .....	15
4. Manifestasi Klinis Kanker Serviks .....	18
5. Patofisiologi Kanker Serviks .....	19
6. WOC kanker serviks .....	22
7. Respon tubuh .....	24

8. Pemeriksaan Diagnostik .....	26
9. Penatalaksanaan .....	27
<b>B. Konsep asuhan keperawatan.....</b>	<b>31</b>
1. Pengkajian.....	32
2. Diagnosis Keperawatan .....	35
3. Perencanaan Keperawatan .....	36
4. Implementasi Keperawatan.....	64
5. Evaluasi keperawatan .....	64
<b>BAB III METODE PENELITIAN.....</b>	<b>67</b>
A. Jenis dan Desain Penelitian .....	67
B.Tempat dan Waktu Penelitian .....	67
C.Populasi dan Sampel Penelitian.....	67
1. Populasi.....	67
2. Sampel.....	68
D. Alat/Instrumen Pengumpulan Data.....	69
E. Teknik Pengumpulan Data.....	70
F. Jenis Data.....	72
G. Prosedur Penelitian .....	72
H. Analisis Data.....	74
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>75</b>
A. Deskripsi Kasus.....	75
1. Pengkajian keperawatan .....	75
2. Diagnosis Keperawatan.....	78
3. Perencanaan keperawatan.....	80
4. Implementasi keperawatan .....	83
5. Evaluasi keperawatan .....	85
B. Pembahasan kasus .....	89
1. Pengkajian keperawatan .....	90
2. Diagnosa keperawatan.....	98
3. Rencana Keperawatan .....	104
4. Implementasi Keperawatan .....	109

5. Evaluasi Keperawatan.....	112
<b>BAB V PENUTUP.....</b>	<b>116</b>
A. Kesimpulan .....	116
1. Pengkajian keperawatan .....	116
2. Diagnosa keperawatan.....	116
3. Intervensi keperawatan.....	117
4. Implementasi keperawatan .....	118
5. Evaluasi keperawatan .....	119
B. Saran.....	120

## **DAFTAR PUSTAKA**

## **LAMPIRAN**

## **DAFTAR TABEL**

Tabel 2. 1 Perencanaan keperawatan sebelum dilakukan tindakan .....	37
Tabel 2.2 Perencanaan keperawatan sesudah dilakukan tindakan.....	48

## **DAFTAR BAGAN**

Bagan 2. 1 WOC kanker serviks .....	22
-------------------------------------	----

## **DAFTAR GAMBAR**

Gambar 2. 1 Kanker Serviks .....13

## **Daftar Lampiran**

- Lampiran 1 Jadwal karya tulis ilmiah ( GANCHART)
- Lampiran 2 Surat persetujuan menjadi pembimbing
- Lampiran 3 Lembar konsultasi karya tulis ilmiah
- Lampiran 4 Surat izin melakukan survey awal dari institusi
- Lampiran 5 Surat pengambilan data dan survey awal dari RSUP.Dr.M Djamil
- Lampiran 6 Surat Izin Pengambilan data dan survey awal dari ruangan ginekologi onkologi RSUP.Dr.M.Djamil
- Lampiran 7 Surat izin dari Kemenkes Poltekkes Padang untuk melakukan izin penelitian di RSUP.Dr.M.Djamil Padang
- Lampiran 8 Surat izin melakukan penelitian dari RSUP.Dr.M.Djamil Padang
- Lampiran 9 Persetujuan informed consent
- Lampiran 10 Daftar hadir penelitian
- Lampiran 11 Surat pengawasan peneltian oleh pengawas ruangan
- Lampiran 12 Surat selesai penelitian dari RSUP.Dr.M.Djamil Padang
- Lampiran 13 Laporan asuhan keperawatan maternitas ginekologi onkologi
- Lampiran 14 Leaflet
- Lampiran 15 SOP teknik relaksasi benson dan nafas dalam
- Lampiran 16 Hasil cek plagiarisme (turnitin)

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar belakang**

Kanker serviks termasuk ke dalam jenis penyakit tidak menular.Kanker serviks merupakan munculnya sel abnormal yang selalu bertumbuh dan berkembang secara tidak terkendali pada serviks wanita.Sel abnormal ini akan berubah menjadi tumor ganas. Berasal dari sel skuamosa yang melapisi serviks dan sel kelenjar penghasil lendir pada saluran serviks menuju ke dalam rahim.<sup>1</sup> Kanker serviks merupakan salah satu penyebab kematian utama penyakit kanker pada wanita di seluruh dunia.<sup>2</sup>

Kanker serviks disebabkan oleh infeksi virus Human Papiloma (HPV) tipe 16 dan 18.Virus HPV menjadi penyebab terbesar yaitu 80% terjadinya kanker serviks. Kanker serviks dapat terjadi pada semua usia, khususnya pada usia subur.Kanker serviks dapat disebabkan oleh beberapa faktor resiko yang muncul dan perlu diwaspadai oleh setiap wanita.<sup>3</sup>

Faktor resiko terjadinya kanker serviks berhubungan dengan penurunan respon imun terhadap infeksi virus HPV tipe 16 dan 18, hubungan seksual dini dibawah 18 tahun, terdapat riwayat penyakit menular seksual, sosio ekonomi yang rendah dan merokok.<sup>4</sup> Hasil penelitian Meihartati tahun 2017 tentang penggunaan kontrasepsi oral lebih dari 5 tahun dapat meningkatkan terjadinya kanker serviks.Hal ini terjadi karena adanya peradangan pada serviks sehingga menyebabkan kanker serviks.<sup>5</sup> Hasil penelitian Pranitia,dkk tahun 2021 tentang wanita yang melahirkan lebih dari 3 kali pada usia diatas 35 tahun beresiko 3,733 kali lebih besar terjadinya kanker serviks. Hal ini terjadi karena wanita yang sering melahirkan dengan jarak kehamilan yang pendek akan berdampak terjadinya luka di organ reproduksi wanita.Luka yang terjadi pada alat reproduksi tersebut dapat memudahkan terinfeksi virus HPV.<sup>6</sup> Penggunaan antiseptik kemaluan secara berlebihan dapat menyebabkan iritasi pada serviks.<sup>7</sup>

Penyebaran kanker serviks dimulai dari munculnya karsinoma in situ yang masih terbatas pada lapisan epitel serviks dan belum memiliki potensi untuk menyebar ke organ lain.Fase ini dinamakan kanker serviks stadium 0. Selanjutnya pada stadium I, kanker menyebar secara terbatas di uterus. Stadium ini terbagi menjadi 2 bagian yaitu stadium IA kanker terdeteksi secara invasive dan masih mikroskopis.Stadium IA terbagi menjadi 2 bagian terdiri dari stadium IA1 dan stadium IA2.<sup>7</sup>

Stadium IA1 merupakan kanker invasive yang memiliki kedalaman kurang dari 3 mm dan lebar kurang dari 5 mm sedangkan stadium IA2 kanker invasive memiliki kedalaman lebih dari 3 mm dan kurang dari 5 mm serta memiliki lebar kurang dari 7 mm.Selanjutnya stadium IB, kanker dapat terlihat dengan jelas di permukaan serviks.Stadium IB terbagi 2 yaitu IB1 memiliki ukuran kanker kurang dari 4 cm. Stadium IB2 memiliki ukuran lebih dari 4 cm.Selanjutnya kanker menyebar ke 1/3 bagian bawah vagina.Fase ini disebut stadium II. Stadium II ini terbagi menjadi 2 bagian terdiri dari stadium IIA dan stadium IIB. Stadium IIA kanker telah menyebar ke vagina.Stadium IIB kanker membujur pada dinding panggul.<sup>7</sup>

Selanjutnya kanker memasuki stadium III.Penyebaran pada stadium III ini, kanker telah menyebar ke 1/3 bagian bawah vagina atau timbul bendungan pada ginjal.Stadium III terbagi menjadi 2 tahapan.Tahapan pertama stadium III A kanker telah menyebar ke daerah vagina yang lebih rendah.Tahapan kedua stadium IIIB telah menyebar ke dinding panggul sehingga menghambat saluran uretra.Pada stadium akhir kanker sudah menyebar ke luar dari panggul.Fase ini dinamakan stadium IV. Stadium IV terbagi menjadi 2 bagian yaitu stadium IVA kanker telah menyebar ke dalam bagian kandung kemih dan rektum dan stadium IVB kanker telah bermetastasis ke paru-paru,hati atau tulang.<sup>7</sup>

Kanker serviks dapat menyebabkan penurunan kualitas hidup dari aspek fisiologis mencakup aktivitas sehari-hari, ketergantungan pada obat-obatan, energi, kelelahan dan ketidaknyamanan, tidur serta istirahat pasien terganggu. Dampak pada psikologis munculnya perasaan, pemikiran dan keyakinan pribadi yang negatif terhadap diri sendiri sehingga banyak pasien kanker serviks ini mengalami depresi.Dampak pada

dimensi sosial yaitu perubahan hubungan sosial mencakup relasi personal seperti kegiatan kemasyarakatan, dukungan sosial, hubungan dengan teman serta kerabat dan aktivitas seksual.<sup>8</sup>

Kanker serviks di awali dengan munculnya tahapan lesi pra kanker yang merupakan kelainan dan perubahan pada inti sel serviks. Lesi pra kanker ini merupakan kondisi awal sebelum terjadinya kanker serviks. Pada tahap lesi pra kanker ini, penderita tidak merasakan gejala dan lesi pra kanker ini dapat disembuhkan. Tahap lesi pra kanker tahap rendah tidak memerlukan terapi namun pada lesi pra kanker derajat tinggi harus mendapatkan terapi secara intensif seperti terapi ablasi, kriopterapi dan konisasi.<sup>7</sup>

Pasien kanker serviks pada tahap awal biasanya tidak menunjukkan gejala dan sulit dideteksi. Gejala ini dapat disebabkan oleh sel serviks yang abnormal dan mengganas. Gejala yang tidak berhenti akan muncul, seperti perdarahan pervagina, terutama setelah melakukan hubungan seksual, keputihan yang berbau busuk, siklus menstruasi yang abnormal, nyeri panggul, nyeri pinggang, nyeri pada pelvis, kehilangan nafsu makan, nyeri saat buang air besar dan buang air kecil, dan oedema pada anggota gerak, terutama pada kaki. Kondisi ini dapat muncul pada stadium I–IV dan meningkat secara bertahap.<sup>9</sup>

Hasil penelitian Christiyanty tahun 2021 tentang wanita dengan kanker serviks dapat menghadapi banyak masalah karena penyakit dan pengobatannya, seperti ketidakmampuan fisik, nyeri, gangguan mental, rasa percaya diri yang rendah, dan gangguan citra tubuh sehingga berdampak pada pekerjaan, sosial, dan pengasuhan anak.<sup>10</sup>

Hasil penelitian Yuanisa, dkk tahun 2022 tentang tingkat depresi terhadap tingkat kualitas hidup pasien kanker serviks menyatakan bahwa 65% responden memiliki kualitas hidup sedang. Ada hubungan positif yang kuat antara tingkat depresi dengan kualitas hidup penderita kanker serviks.<sup>11</sup>

Menurut World Health Organization (WHO) pada tahun 2022 secara global kanker serviks menempati posisi keempat kasus kanker pada wanita dengan angka 660.000 kasus baru dan 350.000 angka kematian di seluruh dunia.<sup>12</sup> Sedangkan menurut Global Cancer Observatory (GLOBOCAN) internasional pada tahun yang sama terdapat 662.301 atau 14,1% kasus baru dari semua jenis kanker yang ada didunia. Kanker serviks berada pada peringkat ke 8 kejadian penyakit kanker terbanyak yang ada di dunia. Terdapat 348.874 atau 7,1% angka kematian yang terjadi di dunia.<sup>13</sup> Kanker serviks banyak terjadi pada negara berpenghasilan rendah dan menengah seperti Sub-Sahara Afrika (SSA), Amerika Tengah dan Asia Tenggara.<sup>12</sup>

Data dari Global Cancer Observatory (GLOBOCAN ) pada tahun 2022 kanker serviks menempati urutan kedua terbanyak pada wanita dengan jumlah 36.964 kasus atau 16,8% di Indonesia. Terdapat 20.708 angka kematian akibat kanker serviks dengan persentase 8,5% pada tahun yang sama.<sup>14</sup> Pada tahun 2023 dari 3.114.505 perempuan di Indonesia usia 30 hingga 50 tahun yang telah melakukan deteksi dini kanker serviks terdapat 31.236 atau 1% hasil pemeriksaan IVA positif dan 324 atau 0,01 hasil yang dicurigai kanker serviks.<sup>15</sup> Berdasarkan laporan dari Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat diketahui bahwa terdapat sebanyak 311 pasien kanker serviks pada tahun 2022. Pada tahun 2021-2023 terdapat 58.231 wanita subur yang mengikuti tes IVA dengan persentase 6,9%.<sup>16</sup> Pada tahun 2023 kabupaten/kota yang memiliki capaian tertinggi melakukan skrining kanker serviks yaitu Kabupaten Padang Pariaman dengan persentase 18,1% dan Kabupaten Tanah Datar berada pada posisi terakhir yang sedikit melakukan skrining kanker serviks.<sup>16</sup>

Hasil data dari Dinas Kesehatan Kota Padang pada tahun 2023 ditemukan 1,7% atau 128 orang memiliki IVA positif dan semuanya menjalani krioterapi. Ditemukan 18 orang yang memiliki penyakit kanker serviks semuanya dirujuk untuk pemeriksaan lebih lanjut. Berdasarkan data tersebut, kasus kanker serviks di sumatera barat selalu banyak terjadi pada salah satu rumah sakit di kota padang yaitu RSUP Dr. M. Djamil Padang.<sup>17</sup>

RSUP Dr. M. Djamil Padang merupakan salah satu rumah sakit tipe A yang menjadi rumah sakit rujukan di Sumatera Barat. Pada tahun 2020 terdapat data jumlah kasus pasien kanker serviks di ruangan Ginekologi Onkologi RSUP Dr. M. Djamil Padang sebanyak 91 kasus. Pada tahun 2021 terdapat 57 kasus kanker serviks di ruangan Ginekologi Onkologi RSUP Dr. M. Djamil Padang. Pada tahun 2022 dari bulan Januari – September terdapat 89 kasus kanker serviks di ruangan Ginekologi Onkologi RSUP Dr. M. Djamil Padang. Pada bulan Oktober- Desember 2022 terdapat 28 kasus pasien kanker serviks yang dirawat di ruangan Ginekologi Onkologi RSUP Dr. M.Djamil Padang. Pada tahun 2023 terdapat 24 kasus kanker serviks di ruangan Ginekologi Onkologi RSUP Dr. M. Djamil Padang.<sup>18</sup>

Kementerian kesehatan berupaya untuk meminimalisir kasus kanker serviks tersebut dengan mengesahkan PERMENKES No.29 tahun 2017 tentang melakukan kegiatan promosi dan preventif kepada masyarakat untuk mencegah dan meminimalisir kasus kanker serviks di Indonesia dengan cara melakukan test IVA,papsmear dan vaksinasi HPV pada wanita usia subur.<sup>19</sup>

Test IVA dilakukan oleh bidan,perawat atau dokter dengan cara mengoleskan 3-5% larutan asam asetat pada serviks. Tujuannya untuk melihat daerah serviks yang tidak normal ditandai dengan perubahan warna dengan batas tegas berwarna putih yang mengidentifikasi bahwa serviks memiliki lesi pra kanker.<sup>20</sup>

Pap smear merupakan pemeriksaan yang dilakukan dengan mengambil sampel sel serviks kemudian dilakukan pemeriksaan menggunakan mikroskop untuk menemukan sel abnormal. Sel abnormal ini akan menjadi sel pre-kanker atau sel kanker.<sup>21</sup> Vaksin HPV memiliki efektifitas yang baik untuk menurunkan terjadinya kasus baru kanker serviks.Vaksin HPV dapat diberikan pada usia 9-26 tahun yang belum aktif secara seksual dan pemberian vaksin HPV pada wanita yang sudah berhubungan seksual maksimal berumur 55 tahun.<sup>22</sup>

Tingginya kasus kanker serviks tersebut, maka pasien kanker serviks harus menjalani program pengobatan yang sesuai dengan kondisi kesehatan yang sedang terjadi.<sup>23</sup>

Berbagai macam pengobatan medis untuk pasien kanker serviks. Namun pemilihan pengobatan ini harus sesuai dengan usia pasien, tingkat stadium pasien, ukuran kanker dan tingkat kesehatan pasien secara keseluruhan. Pengobatan medis untuk pasien kanker serviks dengan cara pembedahan, kemoterapi dan radioterapi.<sup>24</sup>

Pembedahan dilakukan untuk menentukan diagnosa suatu penyakit atau mengobati penyakit, cacat, atau cedera, serta kondisi yang tidak dapat disembuhkan dengan tindakan atau obat-obatan konvensional.<sup>25</sup> Pembedahan dapat dilakukan pada pasien kanker serviks jika stadium pasien kanker serviks berada pada stadium awal. Dengan pembedahan, pasien bisa sembuh dalam jangka pendek. Namun pembedahan juga memiliki efek samping seperti pada lingkup pengangkatan yang luas dan gangguan fungsi buang air kecil setelah pembedahan. Selain pembedahan terdapat kemoterapi untuk penyembuhan pasien kanker serviks.<sup>24</sup>

Kemoterapi merupakan metode pengobatan bersifat sistemik menggunakan obat sitotoksik atau anti kanker. Cara kerja kemoterapi dengan cara membunuh dengan cepat sel-sel kanker yang membelah. Pemberian kemoterapi bergantung pada stadium dan penyebaran kanker. Kemoterapi dilakukan pada stadium sedang dan stadium lanjut.<sup>24</sup>

Hasil penelitian Cristiyanti, dkk tahun 2021 penderita kanker serviks setelah kemoterapi akan mengalami fungsi fisiologis seperti mual, muntah, tidak nafsu makan, penurunan berat badan, alopecia dan mengalami nyeri kronik selama menjalani pengobatan.<sup>10</sup>

Radioterapi merupakan metode pengobatan kanker dengan cara penyinaran pengion berasal dari sumber radioaktif. Radiasi pengion merupakan jenis energi yang dilepaskan oleh atom yang bergerak dalam bentuk gelombang elektromagnetik (gamma atau sinar-X) atau partikel (neutron, beta atau alfa).<sup>26</sup> Pasien kanker serviks stadium III dan IV disarankan untuk melakukan radioterapi. Jenis radioterapi yaitu secara eksternal dan internal. Radioterapi memiliki efek samping seperti iritasi pada rektum, vagina, kandung kemih.<sup>24</sup>

Survei awal yang dilakukan pada tanggal 7 Januari 2025 di Ruang Ginekologi Onkologi RSUP Dr. M. Djamil Padang didapatkan data kasus pada buku register rawat inap Ginekologi Onkologi selama 4 bulan terakhir yaitu dari (tanggal 1 Oktober 2024 – 7 Januari 2025) tercatat 58 pasien dengan diagnosa kanker serviks.<sup>27</sup> Peneliti menemukan 3 orang pasien kanker serviks saat melakukan survey awal di ruangan Ginekologi Onkologi RSUP Dr.M.Djamil Padang pada tanggal 7 Januari 2025. Satu orang pasien kanker serviks stadium III post kemoterapi yang ke 5. Ketika peneliti ingin mewawancara pasien, namun pasien segera pulang karena sudah ada jadwal pulang dari dokter. Pasien kanker serviks selanjutnya merupakan pasien kanker serviks post radioterapi stadium II B dan mengalami komplikasi dengan penyakit cedera ginjal akut stadium III, anemia dan trombositopenia. Pasien tidak koperatif untuk diwawancara. Pasien terakhir merupakan pasien kanker serviks stadium III A yang akan menjalani radioterapi namun harus dirawat di ruangan Ginekologi Onkologi RSUP Dr.M.Djamil Padang karena perbaikan keadaan umum dan pasien koperatif.<sup>27</sup>

Hasil wawancara yang dilakukan peneliti kepada satu orang pasien kanker serviks di ruangan Ginekologi Onkologi RSUP Dr.M.Djamil Padang pada tanggal 7 Januari 2025, pasien datang sendiri ke IGD RSUP Dr.M.Djamil Padang tanggal 6 Januari 2025 pada jam 13.47 WIB. Setelah itu, pasien dilakukan pemeriksaan kolposkopi di RSUP Dr.M.Djamil Padang. Didapatkan hasil bahwa pasien berada pada stadium III A. Sebelumnya pasien di sarankan untuk radioterapi oleh dokter. Namun di undur karena terjadi penurunan keadaan umum sehingga pasien di rawat di Ruangan Ginekologi Onkologi RSUP.Dr.M.Djamil Padang. Pasien sudah dua hari rawatan. Pasien memiliki komplikasi penyakit lain yaitu hipertensi dan sirosis hati. Pasien mengatakan terasa nyeri di perut bagian bawah, badan lemah dan nafsu makan menurun.

Pasien mengatakan porsi makanan hanya habis setengah dari porsi biasanya. Pasien mengeluh berat badannya turun 8 kg dalam 6 bulan terakhir. Berdasarkan hasil pengukuran berat badan pasien yang dilakukan oleh perawat di ruangan, berat badan pasien pada tanggal 6 Januari 2025 adalah 52 kg dan tinggi 150 cm.

Pasien mengatakan mengalami keputihan yang abnormal dan berbau busuk. Berdasarkan hasil observasi peneliti terhadap pasien, kedua kaki pasien tampak oedema. Pasien tampak cemas dengan kesehatan yang dialaminya.

Hasil wawancara peneliti kepada perawat di ruangan, perawat telah memberikan asuhan keperawatan sesuai kebutuhan pasien. Perawat melakukan penatalaksanaan farmakologis dan non farmakologis pada pasien. Berdasarkan hasil observasi peneliti kepada perawat ruangan didapatkan hasil bahwa perawat sudah melakukan pengkajian terhadap identitas pasien dan pemeriksaan tanda-tanda vital serta pemeriksaan fisik secara umum pada pasien sehingga muncul diagnosa nyeri akut, defisit nutrisi dan ansietas pada pasien.

Hasil observasi peneliti terhadap perawat saat mengajarkan pasien dan keluarga pasien teknik nafas dalam di ruangan rawat, perawat hanya menjelaskan cara teknik relaksasi nafas dalam melalui lisan saja. Perawat tidak menggunakan media seperti leaflet kepada pasien dan keluarga sehingga pasien dan keluarga lupa cara melakukan teknik relaksasi nafas dalam yang sudah diajarkan perawat ruangan dan dapat diterapkan saat pasien mengalami nyeri. Berdasarkan fenomena dan latar belakang yang telah diuraikan, peneliti melakukan penelitian mengenai asuhan keperawatan pada pasien kanker serviks di Ruangan Ginekologi Onkologi RSUP Dr.M.Djamil Padang.

## B. Rumusan Masalah

Bagaimana penerapan asuhan keperawatan pada pasien kanker serviks di ruangan ginekologi onkologi RSUP Dr. M.Djamil Padang tahun 2025 ?

## C. Tujuan Penelitian

### 1. Tujuan Umum

Mampu mendeskripsikan asuhan keperawatan kanker serviks di ruangan ginekologi onkologi RSUP.Dr. M.Djamil Padang.

## 2. Tujuan Khusus

- a. Mampu mendeskripsikan hasil pengkajian pasien dengan kanker serviks di ruangan ginekologi onkologi RSUP. Dr. M.Djamil Padang.
- b. Mampu mendeskripsikan diagnosis keperawatan pada pasien dengan kanker serviks di ruangan ginekologi onkologi RSUP. Dr. M.Djamil Padang.
- c. Mampu mendeskripsikan rencana keperawatan pada pasien dengan kanker serviks di ruangan ginekologi onkologi RSUP. Dr. M.Djamil Padang.
- d. Mampu mendeskripsikan tindakan keperawatan pada pasien dengan kanker serviks di ruangan ginekologi onkologi RSUP. Dr. M.Djamil Padang.
- e. Mampu mendeskripsikan evaluasi keperawatan pada pasien dengan kanker serviks di ruangan ginekologi onkologi RSUP. Dr. M.Djamil Padang.

## D. Manfaat Penelitian

### 1. Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan mengenai asuhan keperawatan pada pasien kanker serviks.

### 2. Manfaat Praktis

#### a. Bagi peneliti

Penelitian ini dapat mengaplikasikan dan menambah wawasan ilmu pengetahuan serta kemampuan peneliti dalam menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan kasus kanker serviks.

#### b. Bagi perawat

Penelitian ini dapat menjadi bahan bacaan, menambah wawasan ilmu pengetahuan dan menjadi gambaran bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien kanker serviks.

c. Bagi institusi pendidikan

Penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan/ide bagi peneliti lebih lanjut dalam penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan kasus kanker serviks.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep penyakit**

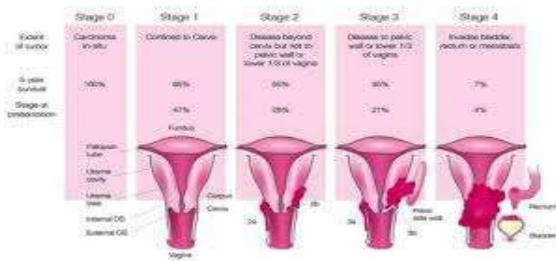
##### **1. Definisi kanker serviks**

Kanker merupakan sel abnormal dan berbahaya bagi tubuh yang terus menerus membelah secara tidak terkendali. Kanker dapat menyebabkan kematian secara diam-diam atau disebut juga sebagai penyakit silent killer. Serviks merupakan leher rahim atau bagian bawah rahim yang menghubungkan vagina dengan uterus. Serviks memiliki ukuran paling sempit yaitu berkisar antara 2-3 cm dan panjang 2,5 cm.<sup>7</sup>

Serviks berbentuk silinder. Serviks terbentuk dari tulang rawan yang dilapisi oleh jaringan halus, lembap dan tebalnya sekitar 1 inci. Terdapat dua bagian utama serviks yaitu ektoserviks dan endoserviks. Ektoserviks merupakan pintu yang memisahkan antara vagina dengan uterus. Sedangkan endoserviks merupakan terowongan yang melalui serviks dari ektoserviks ke uterus. Serviks menghasilkan lendir untuk mencegah kehamilan. Lendir serviks ini dapat berubah konsistensi dan kekentalannya berdasarkan siklus menstruasi.<sup>3</sup>

Kanker serviks merupakan pertumbuhan sel-sel abnormal dan bersifat ganas yang terus-menerus membelah secara tidak terkendali pada serviks wanita. Kanker serviks ini berasal dari sel skuamosa yang melapisi serviks sebanyak 90% dan 10% sisanya berasal dari sel kelenjar penghasil lendir pada saluran servikal menuju ke dalam rahim.<sup>1</sup>

Kanker serviks dapat terjadi jika sel-sel pada serviks berubah dari normal menjadi pra kanker kemudian menjadi kanker. Kanker serviks tergolong ke dalam penyakit tidak menular. Kanker serviks banyak terjadi pada wanita berusia 35 hingga 55 tahun terutama mereka yang aktif berhubungan seksual sebelum usia 16 tahun.<sup>9</sup>



**Gambar 2. 1 Kanker Serviks**

## 2. Etiologi

Penyebab utama terjadinya kanker serviks berasal dari virus Human papilloma virus (HPV). HPV yang menyebabkan kanker serviks ini termasuk kedalam tipe onkogenik yang beresiko tinggi. Kanker serviks ini lebih dari 80% disebabkan oleh virus ini tipe 16,18,31,45 dan 52.<sup>3</sup> Namun yang paling banyak terjadi pada virus HPV tipe 16 dan 18. Virus HPV dapat menyebabkan kutil genitalis atau jengger ayam.<sup>19</sup> HPV (Human Papiloma Virus) bersifat ekslusif dan spesifik yang hanya bisa tumbuh dan berkembang pada sel tubuh manusia terutama sel epitel leher rahim. Virus ini ditularkan melalui hubungan seksual sehingga menimbulkan lesi pada serviks.<sup>7</sup> Selain penyebab utama pada kanker serviks terdapat faktor resiko yang dapat mempengaruhi munculnya kanker serviks ini.<sup>3,7,9</sup>

### a. Hubungan seksual dibawah 16 tahun.

Wanita yang melakukan hubungan seksual dibawah 16 tahun semakin besar mendapat kanker serviks. Pada usia dibawah 20 tahun terjadi masa perkembangan dari alat-alat reproduksi sehingga jika wanita melakukan hubungan seksual pada umur tersebut dapat menyebabkan karsinoma serviks. Umur 15-20 tahun merupakan periode laten antara coitus pertama dan terjadinya kanker serviks kurang lebih 30 tahun.<sup>5</sup>

### b. Jumlah kehamilan dan partus

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

c. Jumlah perkawinan

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

d. Penggunaan IUD

Penggunaan IUD akan berpengaruh terhadap serviks yaitu bermula dari adanya erosi di serviks yang kemudian menjadi infeksi yang berupa radang yang terus menerus. Hal ini dapat menjadi pencetus terbentuknya kanker serviks.

e. Pemakaian pil KB

f. Sistem imun yang lemah dan menggunakan imunosupresan

g. Pemakaian obat DES (Hormonal dietilstilbestrol) pada wanita hamil untuk mencegah keguguran.

h. Merokok

Merokok akan merangsang terbentuknya sel kanker karena pada wanita perokok terdapat nikotin yang bersifat karsinogen di cairan serviks sehingga dapat mendorong terjadinya pertumbuhan kanker. Wanita yang menghirup asap rokok yang dihembuskan oleh perokok lain juga bisa mendapatkan kanker serviks ini meskipun ia sama sekali tidak merokok hanya menghirup asap rokok orang di dekatnya. Dengan menjadi perokok pasif membuat perempuan lebih rentan membentuk abnormalitas jaringan serviks. Perokok pasif sejak lama dikaitkan dengan meningkatnya risiko kanker serviks.<sup>28</sup>

i. Sosial ekonomi

Kanker serviks banyak dijumpai pada golongan sosial ekonomi rendah mungkin faktor sosial ekonomi erat kaitannya dengan gizi, imunitas dan kebersihan perorangan. Pada golongan sosial ekonomi rendah umumnya kuantitas dan kualitas makanan kurang hal inilah yang mempengaruhi imunitas tubuh.

j. Higiene dan sirkumsisi

Adanya pengaruh mudah terjadinya kanker serviks pada wanita yang pasangannya belum disirkumsisi. Hal ini karena pada pria non sirkum-

hygiene penis tidak terawat sehingga banyak kumpulan-kumpulan smegma yang dapat menularkan virus HPV kepada pasangannya.

- k. Penggunaan antiseptic yang berlebihan dapat menyebabkan iritasi dan luka pada daerah serviks wanita. Dalam merawat daerah kewanitaannya, wanita sering kali tertarik menggunakan antiseptik, baik dalam bentuk pencuci vagina maupun bentuk lain, seperti deodoran. Hal itu sebenarnya merupakan suatu tindakan yang keliru karena penggunaan antiseptik mempunyai risiko yang sangat besar untuk terserang kanker serviks.<sup>29</sup>

Pencucian vagina menggunakan bahan kimia dengan kadar pH yang tidak cocok sebaiknya tidak dilakukan secara rutin kecuali jika ada indikasi misalnya infeksi yang memerlukan pencucian dengan zat-zat kimia yang disarankan oleh dokter. Pembersih tersebut dapat membunuh kuman termasuk Bacillus doderlain di vagina yang memproduksi asal laktat untuk mempertahankan pH vagina.<sup>30</sup> Penggunaan antiseptik atau pembersih vagina yang terlalu sering dapat menyebabkan iritasi pada vagina yang memicu terjadinya kanker. Selain itu, antiseptic akan merangsang perubahan sel yang pada akhirnya akan berubah menjadi kanker.<sup>31</sup>

### **3. Klasifikasi Kanker Serviks**

#### **a. Berdasarkan stadiumnya**

Pembagian stadium kanker serviks menurut FIGO (Federasi Internasional Ginekologi dan Obstetri) dibagi menjadi:<sup>32</sup>

##### **1) Stadium 0**

Sel abnormal ditemukan namun masih terbatas pada lapisan epitel atau permukaan serviks dan belum memiliki potensi untuk menyebar ke organ lain. Stadium ini disebut juga karsinoma in situ.

##### **2) Stadium I**

Pada stadium ini kanker hanya ditemukan di leher rahim. Pada stadium I kanker hanya bisa dilihat dari mikroskop atau kolposkopi. Berdasarkan jumlah kanker yang ditemukan, stadium I dibagi menjadi stadium IA dan IB.

a) Stadium IA

Stadium IA terdeteksi kanker invasive hanya mikroskopis. Pada stadium IA terbagi menjadi stadium IA1 dan IA2 berdasarkan ukuran tumor. Dalam stadium IA1, kanker tidak lebih dari 3 milimeter ke dalam jaringan serviks dan lebar tidak lebih dari 7 milimeter. Stadium IA2 merupakan terjadinya kanker lebih dari 3 milimeter sampai 5 milimeter kedalam jaringan serviks, dan lebar tidak lebih dari 7 milimeter.

b) Stadium IB

Kanker dapat terlihat dengan jelas di permukaan serviks. Pada stadium IB terbagi menjadi stadium IB1 dan IB2. Berdasarkan ukuran tumor, dalam stadium IB1, ukurannya tidak lebih dari 4 cm. Dalam stadium IB2, kanker dapat dilihat tanpa mikroskop dan lebih dari 4 cm.

3) Stadium II

Karakteristik stadium II kanker telah menyebar ke luar serviks tetapi tidak ke dinding pelvis sepertiga bagian bawah vagina.

Pada stadium II ini kanker telah menyebar ke struktur tubuh yang berdekatan. Stadium II terbagi menjadi stadium IIA dan IIB.

a) Stadium IIA ditandai dengan kanker telah menyebar ke vagina bagian atas. Stadium IIA terbagi menjadi tahap IIA1 dan IIA2.

Berdasarkan ukuran tumor, pada stadium IIA1, tumor dapat dilihat tanpa mikroskop dan 4 cm lebar atau lebih kecil. Pada stadium IIA2, tumor dapat dilihat tanpa mikroskop dan lebih dari 4 cm.

b) Stadium IIB ditandai dengan kanker telah menyebar di luar serviks ke jaringan di sekitar Rahim.

4) Stadium III

Karakteristik pada stadium III adalah ketika kanker telah menyebar ke bawah vagina dan ke dinding pelvis sehingga menyebabkan masalah pada ginjal. Stadium III terbagi menjadi stadium IIIA dan IIIB berdasarkan seberapa jauh kanker telah menyebar.

- a) Stadium IIIA kanker serviks, kanker telah menyebar ketiga rendah vagina tetapi tidak untuk dinding pelvis.
- b) Kanker serviks stadium IIIB, kanker telah menyebar ke dinding pelvis dan tumor telah menjadi cukup besar untuk memblokir ureter (pada tabung yang menghubungkan ginjal dengan kandung kemih). Penyumbatan ini dapat menyebabkan ginjal memperbesar atau bahkan sampai berhenti bekerja.

5) Stadium IV

Kanker telah menyebar ke kandung kemih, rektum atau bagian lain dari tubuh. Stadium IV terbagi menjadi tahap IVA dan IVB berdasarkan penyebaran kanker.

- a) Kanker serviks stadium IVA ditandai dengan kanker telah menyebar ke organ terdekat, seperti kandung kemih atau rektum.
- b) Kanker serviks stadium IVB ditandai dengan kanker yang menyebar ke bagian tubuh yang jauh dari rahim seperti hati, usus, paru-paru, tulang dan ke kelenjar getah bening.

b. Berdasarkan jenis histologisnya

Kanker serviks dibagi menjadi empat macam. Tipe utama kanker serviks berdasarkan pengamatan di mikroskop adalah karsinoma sel skuamosa dan adenokarsinoma.<sup>33</sup>

1) Karsinoma Sel Skuamosa

Jenis ini paling banyak ditemukan pada pasien kanker serviks mencakup sekitar 85%. Jenis kanker serviks ini dimulai pada sel kelenjar berbentuk kolom yang melapisi saluran serviks.

2) Adenokarsinoma

Adenokarsinoma dibagi menjadi adenokarsinoma insitu endoservikal, adenokarsinoma endometrioid dan adenokarsinoma sel jernih. Pada Adenokarsinoma ini terdapat 10% kasus yang terjadi pada pasien kanker serviks.

c. Berdasarkan tingkat keparahannya

Berdasarkan tingkat keparahannya terdapat dua jenis karakteristik kanker serviks yaitu lesi pra kanker dan kanker invasif. Kanker invasif merupakan sel abnormal yang telah menjadi kanker pada serviks. Pada fase kanker invasif ini dapat berkembang ke organ sekitarnya. Lesi pra kanker atau Cervical intraepitheal neoplasia (CIN) merupakan perkembangan sel yang tidak normal pada epitel serviks dan berkembang menjadi pra kanker. CIN disebut juga dysplasia. Displasia terjadi ketika adanya perubahan premalignant (pra keganasan) dari sel rahim. Displasia serviks diklasifikasikan menjadi tiga tingkatan yaitu ringan, sedang dan berat. Sel-sel abnormal akan menjadi kanker.<sup>34</sup> Cervical intraepitheal neoplasia (CIN) diklasifikasikan pada skala dari satu sampai tiga.<sup>24</sup>

- 1) CIN 1: Terjadinya perubahan sel pada serviks. Sel terinfeksi HPV onkogenik menjadikan partikel virus baru.
- 2) CIN 2: Terjadinya gejala sel yang abnormal prakanker.
- 3) CIN 3: Pada tahap ini lapisan permukaan serviks dipenuhi oleh sel-sel abnormal menjadi carcinoma in situ yaitu keganasan yang masih terlokalisir dan belum menembus sel barrier.

d. Berdasarkan Hubungan dengan virus HPV

- 1) HPV Risiko Tinggi: Seperti HPV-16 dan HPV-18, yang berperan dalam 70% kasus kanker serviks.
- 2) HPV Risiko Rendah: Lebih sering menyebabkan lesi jinak, seperti kutil kelamin, daripada kanker.<sup>7</sup>

#### **4. Manifestasi Klinis Kanker Serviks**

Infeksi HPV dan kanker serviks pada tahap awal berlangsung tanpa gejala. Bila kanker sudah mengalami progresivitas atau stadium lanjut, maka akan muncul gejala yang akan dirasakan penderita kanker serviks.<sup>3,9</sup>

- a. Keputihan berbau busuk dan tercampur darah.
- b. Perdarahan setelah senggama.
- c. Gagal ginjal dan obstruksi ureter.

- d. Perdarahan spontan yaitu perdarahan yang timbul akibat terbukanya pembuluh darah.
- e. Perdarahan pada wanita usia menopause.
- f. Anemia.
- g. Periode menstruasi yang lebih lama dan lebih banyak.
- h. Nyeri pada saat berhubungan seksual, kesulitan atau nyeri saat berkemih dan nyeri di daerah sekitar panggul.
- i. Bila kanker sudah mencapai stadium III ke atas, maka akan terjadi pembengkakan di berbagai anggota tubuh seperti betis, paha, dan sebagainya.
- j. Penurunan berat badan yang drastis.
- k. Kelemahan dan kelelahan.
- l. Nyeri pada perut bagian bawah
- m. Pada stadium lanjut feses atau urine keluar melalui vagina

## 5. Patofisiologi Kanker Serviks

Faktor resiko utama terjadinya kanker serviks adalah infeksi virus papilloma manusia (HPV) yang ditularkan secara seksual. Lebih dari 20 jenis HPV yang berbeda dikaitkan dengan kanker serviks. Faktor risiko lain yaitu aktivitas seksual pada usia muda, paritas tinggi, jumlah pasangan seksual yang meningkat, status sosial ekonomi yang rendah, dan merokok.<sup>35</sup>

Kanker serviks terjadi ketika lapisan sel atau sel pada permukaan serviks berubah menjadi abnormal. Perubahan ini terjadi pada sambungan skuamosa dengan kolumnar serviks. Sel skuamosa sel epitel datar sebagai pelindung pada serviks. Sel kolumnar yaitu sel epitel sekretori silindris. Sel skuamosa berada di ektoserviks dan sel kolumnar berada pada bagian endoserviks. Kedua sel ini bertemu sehingga membentuk zona transformasi. Zona transformasi akan menjadi rapuh sehingga sel epitel kolumnar digantikan oleh sel skuamosa. Daerah ini sangat rentan terhadap pra kanker atau displasia.<sup>36</sup>

Beberapa jenis kanker serviks yang dapat ditemukan adalah karsinoma sel skuamosa, adenokarsinoma, karsinoma adenoskuamosa, dan karsinoma neuroendokrin. Karsinoma sel skuamosa serviks merupakan kasus yang paling sering ditemukan, yakni sebesar 80% dari keseluruhan kasus kanker pada serviks. Perubahan morfologi jaringan pada serviks dapat menandakan derajat keparahan kondisi. Lesi ini disebut dengan neoplasia intraepithelial serviks (NIS) atau dapat memberikan gambaran displasia atau perkembangan sel atau jaringan yang abnormal pada pemeriksaan histopatologi melalui Pap smear.<sup>37</sup>

Kanker serviks menyebar luas ke dalam jaringan serviks. 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.<sup>35</sup>

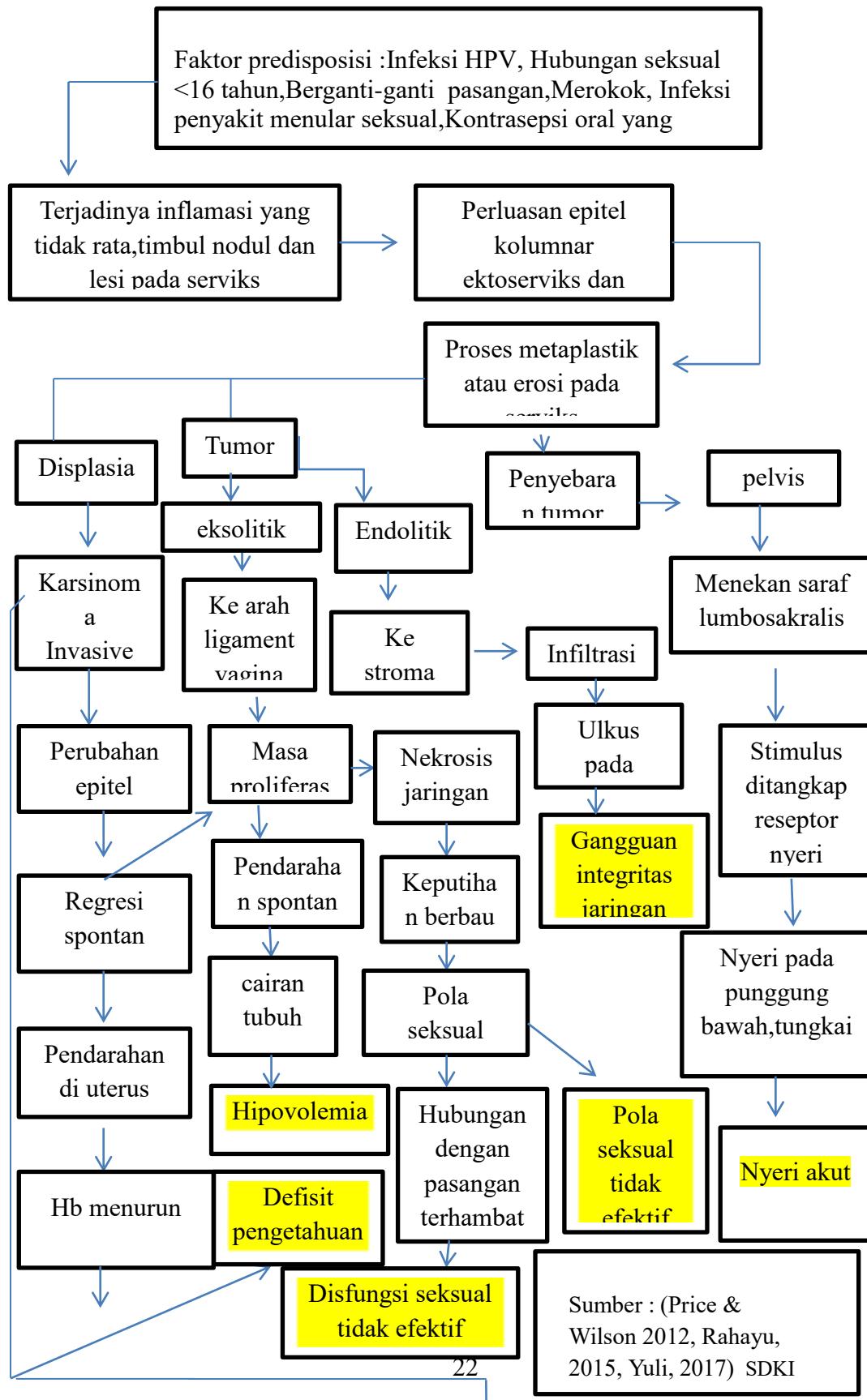
Pada stadium awal tidak ada gejala spesifik yang menunjukkan kanker serviks. Karsinoma servikal yang tidak invasif tidak menunjukkan gejala, tetapi yang invasif dini dapat menyebabkan perdarahan vagina. Walaupun perdarahan adalah gejala yang signifikan, perdarahan tidak selalu muncul pada awalnya. Akibatnya, kanker sudah diketahui dalam keadaan lanjut saat terdiagnosis. Perdarahan vagina pasca koitus atau bercak antara menstruasi adalah yang paling umum. Setelah tumor muncul, gejala lain termasuk nyeri punggung bagian bawah atau nyeri tungkai karena penekanan saraf lumbosakralis, frekuensi berkemih yang sering dan mendesak, darah dalam air kencing atau perdarahan rectum.<sup>35</sup>

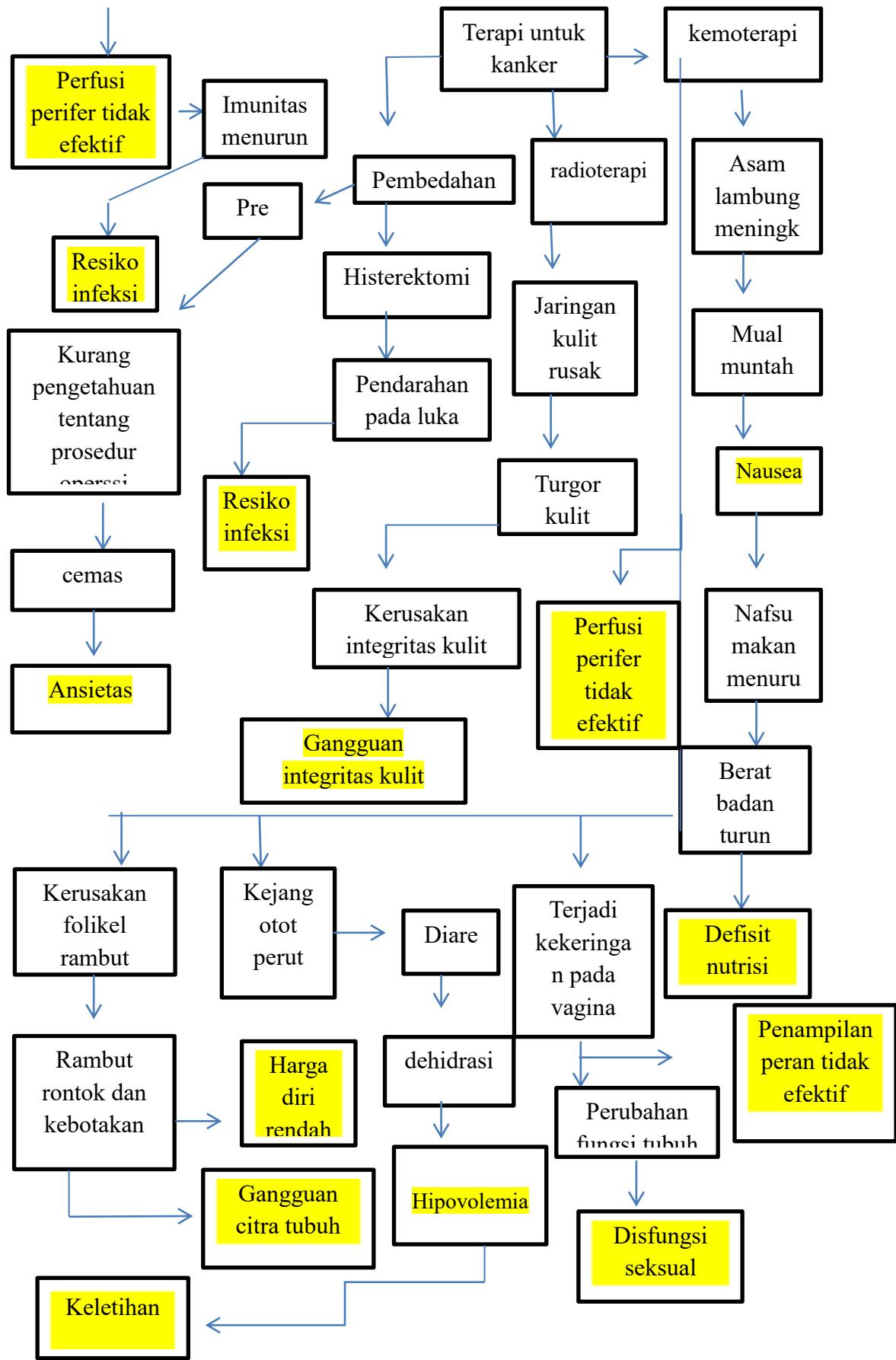
Pengobatan kanker serviks akan mengalami beberapa efek samping antara lain mual, muntah, sulit menelan, bagi saluran pencernaan terjadi diare, gastritis, sulit membuka mulut, penurunan nafsu makan (bisa terdapat pada terapi eksternal radiasi). Efek samping tersebut menimbulkan masalah keperawatan yaitu ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. Sedangkan efek dari radiasi bagi kulit yaitu menyebabkan kulit merah dan kering sehingga akan timbul

masalah keperawatan resiko tinggi kerusakan integritas kulit. Tidak sedikit pula pasien dengan diagnose positif kanker serviks ini merasa cemas akan penyakit yang dideritanya. Kecemasan tersebut bisa dikarenakan dengan kurangnya pengetahuan tentang penyakit, ancaman status kesehatan dan mitos dimasyarakat bahwa kanker tidak dapat diobati dan selalu dihubungkan dengan kematian.<sup>38</sup>

## 6. WOC kanker serviks

**Bagan 2.1 WOC kanker serviks**





## 7. Respon tubuh

### a. Respon fisik

Pada pasien kanker serviks akan muncul respon fisik berdasarkan sistemnya antara lain:<sup>39</sup>

#### 1. Sistem Pencernaan

Pada pengobatan kemoterapi, beberapa obat dapat menyebabkan mual dan muntah yang berlangsung singkat dan juga lama. Ini karena peningkatan asam lambung yang mengurangi nafsu makan hingga menyebabkan muntah.

Untuk mengatasi rasa mual ini, pasien dapat menerima obat anti mual. Obat kemoterapi menyebabkan diare karena kejang otot perut dan rasa tidak nyaman atau sakit di perut.<sup>40</sup>

Jika mengalami diare secara terus menerus dan tidak diobati mereka akan mengalami dehidrasi berat dan harus dirawat karena kekurangan volume cairan. Jika mengalami diare dianjurkan harus mengurangi konsumsi makanan yang mengandung serat, seperti buah dan sayur, perbanyak minum lebih banyak air untuk mengimbangi kehilangan cairan. Jika mengalami kesulitan BAB, dianjurkan makan makanan yang mengandung serat dan berolahraga.<sup>40</sup>

#### 2. Sistem Hematologi dan Sistem Imun

Di antara periode menstruasi atau setelah menopause, wanita sering mengalami perdarahan yang tidak teratur sehingga dapat menyebabkan anemia. Infeksi sekunder dan abses pada massa ulserasi dan pembentukan fistula dapat terjadi pada stadium akhir sehingga infeksi ekstrem sering kali terjadi disertai dengan demam.<sup>41</sup> Pasien kanker stadium lanjut berisiko tinggi mengalami anemia, leukositosis, dan trombositosis. Untuk manajemen pasien yang lebih baik dan peningkatan kualitas hidup mereka, kelainan hematologi harus didiagnosis dengan cepat terutama pada pasien yang menjalani kemoterapi, radioterapi, dan pembedahan.<sup>41</sup>

#### 3. Sistem Integumen

Kemoterapi menargetkan pemusnahan terhadap semua sel yang dapat membelah dengan sangat cepat sehingga menyebabkan kerontokan rambut.

Salah satu sel dengan laju pertumbuhan tercepat dalam tubuh adalah folikel rambut termasuk struktur kulit yang bertanggung jawab untuk menumbuhkan rambut.<sup>38</sup> Kemoterapi juga menghancurkan sel-sel. Kerontokan rambut biasanya terjadi dua atau tiga minggu setelah kemoterapi dan bersifat sementara. Selain itu, dapat menyebabkan patah pada rambut di sekitar kulit kepala, dapat terjadi seminggu setelah kemoterapi.<sup>40</sup>

#### 4. Sistem Reproduksi

Kekeringan cairan pada vagina akibat terapi yang dapat mengganggu hubungan seksual.<sup>40</sup>

#### 5. Sistem respirasi

Pada pasien kanker serviks stadium lanjut terjadi perluasan atau metastase ke paru-paru. Sel kanker menghasilkan cairan yang menumpuk di pleura sehingga menyebabkan sesak nafas. Biasanya pasien datang ke rumah sakit untuk melakukan penyedotan cairan yang menumpuk di pleura dikenal juga sebagai pleural tap.<sup>39</sup>

#### 6. Sistem kardiovaskuler

Penderita kanker serviks sering mengalami nyeri sehingga tekanan darah dan nadi meningkat.<sup>39</sup>

#### 7. Sistem perkemihan dan ekskresi

Metastase sel kanker masuk ke usus menyebabkan penumpukan feses dan urin di usus. Sehingga pola defekasi dan urin terganggu.<sup>39</sup>

#### 8. Sistem neusensori

Nyeri pada tulang panggul dan tulang belakang serta anggota gerak bagian bawah pada pasien kanker serviks dapat menyebabkan oedema pada kaki.<sup>39</sup>

#### b. Respon psikologis

Wanita dengan kanker serviks dapat mengalami masalah harga diri rendah dan citra tubuh karena pasien dilarang berhubungan seksual. Pasien dengan kanker serviks dapat mengalami perasaan tidak terima oleh pasangan mereka. Kondisi ini mengakibatkan gangguan konsep diri seperti gangguan peran sebagai istri dan gangguan citra tubuh.<sup>42</sup>

## 8. Pemeriksaan Diagnostik

Pada pasien kanker serviks dapat dilakukan pemeriksaan diagnostik untuk membantu mengetahui stadium kanker yang dialami pasien.

a. Kolposkopi

Kolposkopi digunakan untuk memeriksa serviks dengan lensa pembesar yang tujuannya untuk menentukan apakah ada lesi atau jaringan tidak normal pada leher rahim. Kolposkopi merupakan alat pemeriksaan serviks berupa kaca pembesar.<sup>3</sup>

b. Pap Smear

Skrining yang dilakukan untuk mendeteksi adanya kanker serviks dengan cara mengambil sel epitel di serviks setelah itu dilakukan pemeriksaan di laboratorium. Pap smear ini dapat mendeteksi adanya dysplasia serviks atau kanker serviks. Tes ini dilakukan tidak saat menstruasi.<sup>7</sup>

c. Biopsi

Apabila sel-sel pap smear yang tidak normal ditemukan, biopsi akan dilakukan untuk mengidentifikasi jenis karsinoma. Sampel jaringan yang diambil dari leher rahim dapat dipotong dan diperiksa di bawah mikroskop. Biopsi serviks sering dilakukan selama kolposkopi.<sup>3</sup>

d. Tes Schiller

Tes ini dilakukan dengan cara mengolesi leher rahim dengan larutan yodium. Sel yang sehat akan berubah warna menjadi cokelat, sedangkan sel yang tidak normal berubah warna menjadi putih atau kuning.<sup>1</sup>

e. Metode IVA

IVA disebut juga inspeksi visual asam asetat. Pemeriksaan ini mudah dilakukan dan biaya pemeriksaannya terjangkau untuk seluruh kalangan. Pemeriksaan ini dapat dilakukan oleh bidan, perawat dan dokter. Pemeriksaan ini efektif karena hasilnya sangat cepat diketahui dengan mempertimbangkan sensitivitas dan spesivitas yang baik dan akurat. Metode pemeriksaan ini dilakukan dengan cara mengoles leher rahim dengan asam asetat sebanyak 3%-5% menggunakan kapas lidi lau diusapkan ke daerah serviks. Apabila tidak ada perubahan warna, maka pasien dianggap tidak memiliki infeksi pada leher rahim.<sup>7</sup>

f. Metode Thin Prep

Metode thin prep berbahan dasar cairan dengan cara mengambil sampel lendir serviks menggunakan sikat serviks yang dirancang khusus. Sampel dimasukkan ke dalam botol kecil berisi cairan pengawet dan diaduk supaya sel dapat terlepas kemudian diproses melalui tahap pengumpulan sel, dispersi sel, dan transfer sel ke objek kaca. Tes ini menunjukkan potensi terbaik untuk mengurangi jumlah kasus negatif palsu dan meningkatkan kualitas sampel.<sup>43</sup>

g. Konisasi atau biopsi kerucut

Pengambilan jaringan selaput lender pada serviks, epitel gepeng, dan kelenjarnya. Jika hasil sitologi meragukan dan tidak ada kelainan yang tampak pada serviks, konisasi dapat dilakukan.<sup>7</sup>

h. LEEP

Cara ini dilakukan dengan menggunakan kawat listrik untuk memotong suatu potongan bulat yang tipis dari jaringan.<sup>44</sup>

i. Terapi ablasi

Metode ini dilakukan pada pasien tahapan lesi pra kanker dengan cara merusak lesi pra kanker menggunakan pembakaran listrik/laser.Kedalaman sel yang di obati lebih terkendali.Sel yang terinfeksi virus HPV dapat dihilangkan sehingga sel normal pada serviks dapat berkembang.<sup>7</sup>

j. Krioterapi

Pada krioterapi dilakukan pendinginan dengan menggunakan gas karbon monoksida (CO<sub>2</sub>).Lesi pra kanker pada serviks dibekukan sehingga sel-sel pada area tersebut mati dan terkikis kemudian digantikan dengan sel baru yang normal.

## **9. Penatalaksanaan**

Pada kasus kanker serviks terdapat cara pengobatan yang dapat diterapkan untuk pasien tersebut seperti operasi, terapi radiasi, dan kemoterapi.<sup>24</sup>

a. Penatalaksanaan medis

Penatalaksanaan medis merupakan rangkaian tindakan yang dilakukan oleh tenaga medis untuk mendiagnosis, merawat, dan menangani suatu penyakit atau kondisi kesehatan, dengan tujuan meningkatkan kualitas hidup pasien.

### 1) Operasi (Pembedahan)

Pembedahan merupakan pilihan untuk pasien kanker serviks stadium I dan II. Organ yang diangkat atau dibedah tergantung pada jenis operasi. Terdiri dari kelenjar getah bening panggul, jaringan sekitar rahim, sebagian vagina, dan rahim.<sup>3</sup> Pembedahan pada kanker serviks memiliki beberapa jenis :<sup>3</sup>

#### a) Trakelektomi radikal

Wanita yang masih ingin memiliki anak dapat melakukan prosedur ini karena lebih cocok untuk kanker serviks pada stadium awal biasanya pada stadium IB1. Tujuan dari prosedur ini adalah untuk mengangkat jaringan di sekitar serviks dan bagian atas vagina tanpa mengangkat rahim. Setelah operasi, vagina dan rahim memerlukan waktu untuk pulih. Disarankan untuk menunggu enam bulan hingga setahun setelah operasi sebelum memutuskan untuk hamil.<sup>34</sup>

#### b) Histerektomi sederhana

Prosedur pembedahan pengangkatan leher rahim dan rahim. Prosedur ini dapat dilakukan pada pasien stadium awal.<sup>34</sup>

#### c) Histerektomi radikal

Operasi pengangkatan serviks, rahim, seluruh jaringan sekitar rahim, vagina bagian atas, seluruh kelenjar getah bening sekitar rahim, tuba fallopi dan ovarium bagi yang sudah menopause.<sup>28</sup> Fokus utama prosedur ini mengangkat semua jaringan yang dapat menjadi penyebaran sel kanker. Prosedur operasi ini dilakukan pada pasien kanker serviks stadium IB-IIA.<sup>7</sup>

### 2) Radioterapi

Terapi radiasi dapat digunakan sebagai pengganti operasi bagi pasien yang tidak dapat menjalani operasi karena alasan medis. Terapi radiasi membunuh sel-sel kanker yang masih ada di area tersebut melalui penggunaan sinar-sinar berenergi tinggi. Metode radioterapi harus disesuaikan dengan tujuan pengobatan, yaitu paliatif atau kuratif.

Pengobatan kuratif melibatkan penghapusan sel kanker dan sel yang telah menyebar ke sekitarnya atau metastasis ke kelenjar getah bening panggul sambil mempertahankan jumlah jaringan sehat yang tersedia seperti ureter, vesika urinaria, usus halus, dan rektum. Untuk mengobati kanker invasif yang masih terbatas pada daerah panggul, radioterapi dengan dosis kuratif hanya akan diberikan pada penderita stadium III B. Jika sel kanker telah masuk ke rongga panggul, radioterapi hanya akan diberikan secara paliatif pada stadium IV A. Ada dua jenis terapi radiasi untuk merawat kanker serviks:<sup>24</sup>

a. Terapi radiasi eksternal

Pengobatan ini biasanya dilakukan di rumah sakit dengan penggunaan mesin besar yang mengirimkan radiasi ke panggul atau jaringan lain di mana kanker menyebar. Penderita yang menerima radiasi eksternal selama lima hari setiap minggu selama 5-6 minggu<sup>24,34</sup>

b. Terapi radiasi internal

Terapi ini dilakukan dengan menanamkan implant atau tabung tipis di dalam vagina untuk beberapa jam bahkan tiga hari. Pasien tetap di rumah sakit selama proses terapi. Efek samping dari terapi radiasi internal ini seperti mual, muntah, diare dan masalah eliminasi.<sup>34</sup>

3) Kemoterapi

Pengobatan kanker dengan obat-obatan dikenal sebagai kemoterapi. Kemoterapi menjadi pengobatan utama untuk pasien kanker serviks yang telah menyebar ke organ tubuh lainnya. Kemoterapi merupakan bentuk pengobatan sistemik yang melibatkan penggunaan obat sitotoksik/anti kanker untuk mengobati kanker. Kemoterapi membunuh sel-sel yang membelah dengan cepat. Sel yang termasuk meliputi sel kanker yang terus membelah dan membentuk sel baru serta sel sehat yang membelah dengan cepat seperti sel tulang, saluran pencernaan, sistem reproduksi, dan folikel rambut.<sup>24</sup> Kemoterapi biasanya ada yang digabungkan dengan terapi radiasi. Kemoterapi ini biasanya diberikan dalam tablet/pil, suntikan atau infus.

Jadwal pemberian kemoterapi ini ada yang setiap hari, sekali seminggu atau bahkan sekali sebulan.Kemoterapi memiliki beberapa perbedaan dalam pengaplikasiannya.Kemoterapi bersifat keseluruhan bukan tergolong pada terapi lokal. Efek samping yang terjadi tergantung pada jenis obat-obatan yang diberikan dan seberapa banyak. Efek samping yang terjadi terutama tergantung pada jenis obatobatan yang diberikan dan seberapa banyak.kemoterapi membunuh sel-sel kanker yang tumbuh cepat,kemoterapi juga dapat membahayakan sel-sel normal yang membelah dengan cepat yaitu:<sup>3</sup>

a) Sel darah

Kemoterapi dapat menurunkan kadar sel darah. Pasien lebih mudah terpapar infeksi, mudah memar, pendarahan dan merasa sangat lemah dan lelah karena penurunan kadar hemoglobin didalam darah.<sup>24</sup>

b) Supresi sumsum tulang.

Obat kemoterapi akan menghambat pembentukan sel darah baru di sumsum tulang. Efek samping lainnya termasuk ruam kulit, kesemutan atau mati rasa di tangan dan kaki, masalah pendengaran, kehilangan keseimbangan, nyeri sendi, atau kaki bengkak.<sup>24</sup>

c) Mukositis

Rongga mulut, lidah, tenggorok, usus, dan rektum dapat mengalami mukositis. Mukositis biasanya muncul pada hari kelima hingga tujuh setelah kemoterapi. <sup>24</sup>

d) Mual dan muntah

Peradangan sel-sel mukosa (mukositis) yang melapisi saluran cerna menyebabkan muntah dan mual. Muntah dapat muncul segera dalam waktu 0 hingga 24 jam setelah kemoterapi dan dapat berlanjut hingga 24 hingga 96 jam setelah kemoterapi.<sup>24</sup>

e) Diare

Kemoterapi menyebabkan diare karena kerusakan epitel saluran pencernaan yang menghambat absorpsi.<sup>24</sup>

f) Alopecia (kerontokan rambut)

Selama kemoterapi, efek obat terhadap sel-sel folikel rambut menyebabkan kerontokan rambut, dikenal sebagai alopecia. Setelah kemoterapi, kerontokan rambut biasanya terjadi antara hari ke-10 dan 21. Hal ini dapat muncul secara tiba-tiba dan dalam jumlah besar, atau rambut mungkin mulai rontok secara bertahap. Kerontokan rambut tidak permanen dan dapat muncul kembali setelah kemoterapi.<sup>24</sup>

g) Infertilitas

Kemoterapi memengaruhi spermatogenesis dan pembentukan folikel ovarium. Pasien perempuan yang menerima kemoterapi dapat mengalami pramenopause.<sup>24</sup>

b. Penatalaksanaan keperawatan

1. Cara mengurangi nyeri

Teknik relaksasi nafas dalam merupakan salah satu cara untuk mengatasi nyeri pada pasien kanker serviks. Ini bekerja dengan mengurangi aktivitas sistem saraf otonom, yang mengurangi konsumsi oksigen tubuh. Setelah itu, otot-otot tubuh menjadi relaks, yang menghasilkan perasaan tenang dan nyaman.<sup>45</sup>

2) Cara mengurangi kecemasan

Salah satu metode untuk mengurangi kecemasan adalah teknik panduan gambar, teknik relaksasi nafas dalam, teknik hipnosis 5 jari, dan teknik distraksi. Panduan gambar adalah teknik relaksasi yang mudah dan sederhana yang dapat membantu mengurangi stres dan ketegangan dengan cepat dan mudah. Teknik untuk mengurangi kecemasan atau stres adalah imajinasi terpimpin secara terarah. Metode ini meminta pasien untuk merelaksasi diri dengan menutup kedua mata dan menghembuskan nafas perlahan. Kecemasan pasien kanker yang menjalani kemoterapi dapat dikurangi dengan penggunaan visualisasi arahan relaksasi.<sup>46</sup>

## B. Konsep asuhan keperawatan

Asuhan keperawatan adalah rangkaian interaksi perawat dengan klien dan lingkungannya untuk mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan dan kemandirian Klien dalam merawat dirinya.<sup>47</sup>

## 1. Pengkajian

Pengkajian merupakan kegiatan yang pertama kali dilakukan oleh perawat dalam melaksanakan proses keperawatan dengan cara menanyakan masalah klien, berusaha mengenali ekspresi non verbal klien dan dapat memberitahukan masalah kesehatan klien. Pada tahap ini perawat harus mempraktekkan berpikir kritis untuk memperoleh data yang komprehensif.<sup>47</sup>

a. Identitas klien

Identitas klien seperti nama pasien, umur, agama, status perkawinan, suku/bangsa, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, jumlah anak, alamat, usia pernikahan dan diagnosa medis.<sup>3</sup>

b. Keluhan utama

Pada pasien kanker serviks sering mencakup keluhan seperti nyeri perut bagian bawah, keputihan yang berbau, perdarahan dari vagina, mual, dan muntah. Pasien juga mungkin mengalami gangguan menstruasi, edema, dan nyeri gangguan miksi.<sup>3</sup>

c. Riwayat kesehatan sekarang

Pada pasien kanker serviks datang dengan keluhan keputihan yang banyak dan berbau busuk. pasien dapat melaporkan penurunan berat badan yang tidak dapat dijelaskan, kelelahan yang berkepanjangan, dan perubahan pada pola buang air kecil.<sup>3</sup>

d. Riwayat kesehatan dahulu

Riwayat operasi kandungan, serta adanya tumor. Riwayat infeksi menular seksual, riwayat menstruasi, riwayat penggunaan alat kontrasepsi terkait jenisnya dan waktu pemakaianya.<sup>3</sup>

e. Riwayat kesehatan keluarga

Pengkajian yang dilakukan yaitu apakah ada anggota keluarga yang memiliki riwayat penyakit kanker.

f. Riwayat obsetrik

Untuk mengetahui riwayat obstetri pada pasien dengan kanker serviks yang perlu diketahui adalah:<sup>38</sup>

1) Keluhan haid

Pengkajian yang dilakukan yaitu tentang riwayat menarche dan haid terakhir, sebab kanker serviks tidak pernah ditemukan sebelumnya menarche dan mengalami atropi pada masa menopause. Siklus menstruasi yang tidak teratur atau terjadi pendarahan di luar siklus haid merupakan salah satu tanda gejala kanker serviks.<sup>38</sup>

2) Adanya perdarahan pasca coitus.<sup>3</sup>

3) Keputihan berbau busuk.<sup>3</sup>

4) Riwayat kehamilan dan persalinan

Jumlah total kehamilan dan jumlah anak yang hidup. Rincian tentang kelahiran hidup, keguguran, atau kelahiran mati, termasuk usia kehamilan saat melahirkan. Komplikasi yang dialami selama kehamilan, seperti persalinan prematur, diabetes gestasional, atau gangguan hipertensi. Kanker serviks banyak terjadi pada wanita yang sering partus, semakin sering partus semakin besar kemungkinan resiko mendapatkan karsinoma serviks.<sup>38</sup>

g. Riwayat psikososial

Wanita yang menderita kanker serviks biasanya mengalami masalah harga diri dan citra tubuh, seperti yang dialami oleh orang lain yang menderita kanker. Pasien dilarang berhubungan seksual, pasien sering merasa tidak diterima oleh pasangan mereka. Kondisi ini menyebabkan gangguan konsep diri seperti gangguan peran sebagai istri dan gangguan citra tubuh.<sup>42</sup>

h. Riwayat kebiasaan sehari-hari

Pasien kanker serviks yang telah menjalani kemoterapi biasanya mengalami masalah seperti tidak nafsu makan, anoreksia, kelelahan, dan gangguan pola tidur. Hal ini biasanya berkaitan dengan pemenuhan kebutuhan nutrisi, eliminasi, aktivitas sehari-hari, dan pemenuhan kebutuhan istirahat dan tidur pasien.<sup>3</sup>

i. Pemeriksaan fisik

- 1) Keadaan umum: biasanya pasien kanker serviks memiliki kesadaran compon mentis, namun lemah sehingga tidak bisa beraktivitas seperti biasa dan memiliki tanda-tanda vital yang normal (120/80 mmHg).<sup>3</sup>

- 2) Kepala : Pasien kanker serviks memiliki rambut rontok. Pemeriksaan kepala meliputi bentuk kepala, kebersihan kepala, ada benjolan atau lesi.<sup>3</sup>
- 3) Mata : Pada pasien kanker serviks mengalami konjungtiva anemis dan sklera ikterik. Pemeriksaan mata meliputi kesimetrisan dan kelengkapan mata, kelopak mata, konjungtiva anemis atau tidak, ketajaman penglihatan.<sup>3</sup>
- 4) Hidung : Pemeriksaan hidung meliputi tulang hidung dan posisi septum nasi, kondisi lubang hidung, adanya sekret, perdarahan, polip dan benda asing yang mengganggu sumbatan jalan napas pada pernafasan.
- 5) Telinga : Pemeriksaan telinga meliputi bentuk, kesimetrisan, keadaan lubang telinga, kebersihan, serta ketajaman pendengaran telinga.
- 6) Leher : Pada pasien kanker serviks tidak ada kelainan. Pemeriksaan leher meliputi kelenjar tiroid, vena jugularis apakah ada pembesaran atau tidak, pada pasien kanker serviks terdapat pembesaran kelenjar getah bening pada pasien stadium lanjut.<sup>9</sup>
- 7) Thoraks:
  - Dada : Pada pasien kanker serviks tidak ada kelainan
  - Jantung : Pada pasien kanker serviks tidak ada kelainan
- 8) Abdomen : Tidak ada kelainan abdomen pada pasien kanker serviks sebelum melakukan kemoterapi. Pasien stadium lanjut biasanya mengalami nyeri di abdomen bagian bawah atau nyeri di punggung bawah karena tumor menekan saraf lumbosakralis.<sup>33</sup>
- 9) Genitalia : Penipisan sel epitel yang mengakibatkan permeabilitas pembuluh darah yang rusak, dan keputihan, yang disebabkan oleh nekrosis jaringan. Nekrosis jaringan termasuk kedalam komplikasi yang sering terjadi pada pasien dengan kanker serviks. Pemeriksaan genitalia untuk melihat apakah terdapat hematoma, oedema, tanda-tanda infeksi, pemeriksaan pada lokhea meliputi warna, bau, jumlah, dan konsistensinya.<sup>3</sup>
- 10) Ekstermitas : Pemeriksaan ekstremitas untuk melihat adanya oedema, varises, reflek bisep, trisep, patela, reflek babinski, nyeri tekan, dan

pasien kanker serviks cenderung mengalami pembengkakan di area kaki, akral teraba dingin, CRT (capillary refill time) lebih dari 2 detik.<sup>9</sup>

j. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan tambahan seperti tes iva, koloskopi, biopsi serviks,biopsi kerucut,CT scanner, MRI scan (Magnetic resonance imaging ),test DNA HPV dan pap smear.<sup>3</sup> Pemeriksaan tes darah dapat dilakukan pada pasien kanker serviks karena untuk mengetahui terkait kondisi hemoglobin didalam darah dan x- ray dada dapat dilakukan jika kanker telah menyebar ke paru-paru.<sup>34</sup>

## **2. Diagnosis Keperawatan**

Diagnosis keperawatan merupakan proses keperawatan pada tahap yang kedua setelah pengkajian.Diagnosis keperawatan adalah dasar dalam penyusunan rencana tindakan asuhan keperawatan.Diagnosis ini dapat memberikan dasar pemilihan intervensi untuk menjadi tanggung gugat perawat.<sup>47</sup>

- a. Diagnosis keperawatan yang mungkin muncul pada pasien kanker serviks sebelum dilakukan tindakan adalah sebagai berikut :
  - 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (misal: neoplasma).
  - 2) Pola seksual tidak efektif berhubungan dengan hambatan hubungan dengan pasien.
  - 3) Resiko perdarahan ditandai dengan proses keganasan.
  - 4) Defisit pengetahuan berhubungan dengan keterbatasan informasi proses penyakit dan terapi yang akan dijalani.
  - 5) Resiko disfungsi seksual dibuktikan dengan terjadinya keganasan.
  - 6) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin.
  - 7) Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.
  - 8) Ansietas berhubungan dengan status kesehatan menurun.
  - 9) Resiko infeksi ditandai dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder yaitu penurunan hemoglobin.

- b. Diagnosis keperawatan yang mungkin terjadi pada pasien kanker serviks setelah dilakukan tindakan adalah sebagai berikut:
- 1) Gangguan citra tubuh berhubungan dengan program pengobatan.
  - 2) Gangguan integritas kulit berhubungan dengan efek samping terapi radiasi.
  - 3) Defisit nutrisi berhubungan dengan intake tidak adekuat akibat adanya mual muntah.
  - 4) Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.
  - 5) Disfungsi seksual berhubungan dengan perubahan fungsi/struktur tubuh (misal: pembedahan,proses penyakit,dan radiasi).
  - 6) Resiko infeksi ditandai dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer yaitu kerusakan integritas kulit.
  - 7) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan Hb.
  - 8) Keletihan berhubungan dengan program perawatan/pengobatan jangka panjang.
  - 9) Nausea berhubungan dengan efek toksin.
  - 10) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik.
  - 11) Harga diri rendah berhubungan pada perubahan pada citra tubuh.
  - 12) Penampilan peran tidak efektif berhubungan dengan perubahan citra tubuh.

### **3. Perencanaan Keperawatan.**

Perencanaan keperawatan merupakan tahap ketiga dari proses keperawatan. Pada tahap ini perawat merumuskan rencana asuhan atau tindakan keperawatan sesuai dengan diagnosis yang telah di tegakkan.<sup>47</sup> Perencanaan pada pasien kanker serviks dibagi menjadi 2 tahapan yaitu perencanaan pada pasien kanker serviks sebelum dan sesudah dilakukan tindakan.

**Tabel 2. 1 Perencanaan keperawatan sebelum dilakukan tindakan**

No	Diagnosa	SLKI	SIKI
1.	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (mis.neoplasma)</p> <p><b>Definisi:</b> Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan</p> <p><b>Data Mayor:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mengeluh nyeri</li> <li>b. Tampak meringis</li> <li>c. Bersikap protektif (mis.waspada, posisi menghindari nyeri</li> <li>d. Gelisah</li> <li>e. Frekuensi nadi meningkat</li> <li>f. Sulit tidur</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri (L.08066) menurun dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Keluhan nyeri menurun</li> <li>b. Meringis menurun</li> <li>c. Sikap protektif menurun</li> <li>d. Gelisah menurun</li> <li>e. Sulit tidur menurun</li> <li>f. Frekuensi nadi membaik</li> </ul>	<p>Manajemen nyeri (L.08238)</p> <p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi lokasi,karakteristik,durasi,frekuen si,kualitas,intensitas nyeri</li> <li>b. Identifikasi skala nyeri</li> <li>c. Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>e. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>f. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</li> <li>g. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>h. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</li> <li>i. Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> <li>j. Monitor efek samping penggunaan anakgetik</li> </ul> <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri ( mis. Teknik relaksasi nafas dalam)</li> <li>b. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis.suhu ruangan,pencahayaan,kebisingan)</li> <li>c. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>d. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li> </ul>

	<p><b>Data Minor:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Tekanan darah meningkat</li> <li>b. Proses berpikir terganggu</li> </ul>		<p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Jelaskan penyebab,periode,dan pemicu nyeri</li> <li>b. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>c. Anjurkan monitor nyeri secara mandiri</li> <li>d. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</li> <li>e. Ajarkan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ul> <p><i>Kolaborasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Kolaborasi pemberian analgetik,jika perlu</li> </ul>
2	<p>Pola seksual tidak efektif berhubungan dengan hambatan hubungan dengan pasangan</p> <p><b>Definisi:</b> Kekhawatiran individu melakukan hubungan seksual yang beresiko menyebabkan perubahan kesehatan.</p> <p><b>Data Mayor:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien mengeluh sulit melakukan aktivitas seksual</li> <li>b. Pasien mengungkapkan aktivitas seksual berubah</li> <li>c. Pasien</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan fungsi seksual (<b>L.07055</b>) membaik dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Kepuasan hubungan seksual meningkat</li> <li>b. Mencari informasi untuk mencapai kepuasan seksual meningkat</li> <li>c. Orientasi seksual membaik</li> <li>d. Hasrat seksual membaik</li> <li>e. Ketertarikan pada</li> </ul>	<p>Konseling seksualitas <b>(I.07214)</b></p> <p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi tingkat pengetahuan,masalah system reproduksi,masalah seksualitas dan penyakit menular seksual</li> <li>b. Identifikasi waktu disfungsi seksual dan kemungkinan penyebab</li> <li>c. Monitor stress,kecemasan,depresi dan penyebab disfungsi seksual</li> </ul> <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Fasilitasi komunikasi antara pasien dan pasangan.</li> <li>b. Berikan kesempatan kepada pasangan untuk menceritakan permasalahan seksual.</li> <li>c. Berikan pujian terhadap perilaku yang benar.</li> <li>d. Berikan saran yang sesuai kebutuhan pasangan dengan menggunakan bahasa yang mudah dipahami,diterima dan</li> </ul>

	<p>mengungkapkan perilaku seksual berubah</p> <p>d. Orientasi seksual berubah</p> <p><b>Data Minor:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mengungkapkan hubungan dengan pasangan berubah</li> </ul>	<p>pasangan membaik</p> <p>f. Keluhan nyeri saat berhubungan seksual menurun</p> <p>g. Verbalisasi fungsi seksual menurun</p> <p>h. Verbalisasi aktivitas seksual berubah menurun</p> <p>i. Keluhan sulit melakukan aktivitas seksual menurun</p>	<p>tidak menghakimi.</p> <p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Jelaskan efek pengobatan,kesehatan dan penyakit terhadap disfungsi seksual.</li> <li>b. Informasikan pentingnya modifikasi pada aktivitas seksual.</li> </ul> <p><i>Kolaborasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Kolaborasi dengan spesialis seksologi, jika perlu</li> </ul>
3	<p>Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin</p> <p><b>Definisi:</b></p> <p>Penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh</p> <p><b>Data Mayor:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Nadi perifer menurun/tidak teraba</li> <li>b. Akral teraba dingin</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi perifer (<b>L.02011</b>) meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Denyut nadi perifer meningkat</li> <li>b. Warna kulit pucat menurun</li> <li>c. Edema perifer menurun</li> <li>d. Nyeri ekstremitas menurun</li> </ul>	<p>Perawatan Sirkulasi (<b>I.02079</b>)</p> <p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Periksa sirkulasi perifer (mis.madi perifer,edema,pengisian kapiler,warna,suhu,angkle brachial index)</li> <li>b. Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi(mis.diabetes,perokok,orang tua hipertensi dan kadar kolesterol tinggi)</li> <li>c. Monitor panas,kemerahan,nyeri,atau bengkak,pada ekstremitas</li> </ul> <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Hindari pemasangan infus atau</li> </ul>

	<p>c. Warna kulit pucat d. Turgor kulit menurun</p> <p><b>Data Minor:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Nyeri ekstremitas</li> <li>b. Edema perifer</li> <li>c. Penyembuhan luka lambat</li> </ul>	<p>e. Pengisian kapiler membaik f. Akral membaik g. Turgor kulit membaik h. Hemoglobin membaik</p>	<p>pengambilan darah di area keterbatasan perfusi b. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas keterbatasan perfusi c. Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area cidera d. Lakukan pencegahan infeksi e. Lakukan hidrasi</p> <p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan dan penurun kolesterol, jika perlu</li> <li>b. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur</li> <li>c. Anjurkan menghindari penggunaan obat penyekat beta</li> <li>d. Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (mis. melembabkan kulit kering pada kaki)</li> <li>e. Anjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis. rendah lemak jenuh, minyak ikan dan omega 3)</li> <li>f. Informasikan tanda gejala darurat yang harus dilaporkan (mis. rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa)</li> </ul>
4	<p>Resiko disfungsi seksual ditandai dengan keganasan</p> <p><b>Definisi:</b> Beresiko mengalami</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan fungsi seksual</p> <p><b>(L.07055)</b></p>	<p>Konseling seksualitas <b>(I.07214)</b></p> <p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi tingkat pengetahuan, masalah sistem reproduksi, masalah seksualitas dan</li> </ul>

	<p>perubahan fungsi seksual selama fase respon seksual berupa hasrat, terangsang, orgasme dan relaksasi yang dipandang tidak memuaskan, tidak bermakna/tidak adekuat</p> <p>Faktor resiko:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Biologis yaitu keganasan</li> <li>b. Psikologis yaitu kecemasan</li> <li>c. Situasional yaitu konflik nilai personal dalam keluarga, budaya dan agama</li> </ul>	<p>membuat dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Kepuasan hubungan seksual meningkat</li> <li>b. Mencari informasi untuk mencapai kepuasan seksual meningkat</li> <li>c. Orientasi seksual membaik</li> <li>d. Hasrat seksual membaik</li> <li>e. Ketertarikan pada pasangan membaik</li> <li>f. Keluhan nyeri saat berhubungan seksual menurun</li> <li>g. Verbalisasi fungsi seksual menurun</li> <li>h. Verbalisasi aktivitas seksual berubah menurun</li> <li>i. Keluhan sulit melakukan aktivitas seksual menurun</li> </ul>	<p>penyakit menular seksual</p> <p>b. Identifikasi waktu disfungsi seksual dan kemungkinan penyebab</p> <p>c. Monitor stress, kecemasan, depresi dan penyebab disfungsi seksual</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Fasilitasi komunikasi antara pasien dan pasangan.</li> <li>b. Berikan kesempatan kepada pasangan untuk menceritakan permasalahan seksual.</li> <li>c. Berikan pujian terhadap perilaku yang benar.</li> <li>d. Berikan saran yang sesuai kebutuhan pasangan dengan menggunakan bahasa yang mudah dipahami, diterima dan tidak menghakimi.</li> </ul> <p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Jelaskan efek pengobatan, kesehatan dan penyakit terhadap disfungsi seksual.</li> <li>b. Informasikan pentingnya modifikasi pada aktivitas seksual.</li> </ul> <p><i>Kolaborasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Kolaborasi dengan spesialis seksologi, jika perlu</li> </ul>
--	---	--	--

5	<p>Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif</p> <p><b>Definisi :</b></p> <p>Penurunan volume cairan intravaskuler interstital,dan intraseluler</p> <p><b>Data Mayor :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Nadi teraba lemah</li> <li>b. Tekanan darah menurun</li> <li>c. Turgor kulit menyempit</li> <li>d. Membrane mukosa kering</li> <li>e. Volume urin menurun</li> <li>f. Hematokrit meningkat</li> </ul> <p><b>Data Minor:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien merasa lemah</li> <li>b. Pasien mengeluh haus</li> <li>c. Pengisian vena menurun</li> <li>d. Status mental berubah</li> <li>e. Suhu tubuh meningkat</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status cairan(<b>L.03028</b>) membaik dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Turgor kulit meningkat</li> <li>b. Output urine meningkat</li> <li>c. Perasaan lemah menurun</li> <li>d. Kadar Hb,Ht membaik</li> <li>e. Intake cairan membaik</li> </ul>	<p><b>Manajemen Hipovolemia (I.03116)</b></p> <p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Periksa tanda gejala hipovolemia (mis.frekuensi nadi meningkat,nadi teraba lemah,tekanan darah menurun,tekanan nadi menyempit,turgor kulit menurun,membrane mukosa kering,volume urine menurun,hematocrit meningkat,haus dan lemah)</li> <li>b. Monitor intake dan output cairan</li> </ul> <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Hitung kebutuhan cairan</li> <li>b. Berikan posisi modified trendelenburg</li> <li>c. Berikan asupan cairan oral</li> </ul> <p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral</li> <li>b. Anjurkan menghindari posisi mendadak</li> </ul> <p><i>Kolaborasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis.cairan NaCl,RL)</li> <li>b. Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis.glukosa 2,5%,NaCl 0,4%)</li> <li>c. Kolaborasi pemberian cairan koloid (mis.albumin plasmanate)</li> <li>d. Kolaborasi pemberian produk darah</li> </ul>
6.	Ansietas berhubungan	Setelah dilakukan asuhan	Reduksi Ansietas

	<p>dengan kurang terpapar informasi</p> <p><b>Definisi:</b> Kondisi emosi dan pengalaman subjektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.</p> <p><b>Data Mayor:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Merasa khawatir dengan akibat kondisi yang dihadapi</li> <li>b. Sulit berkonsentrasi</li> <li>c. Pasien tampak gelisah</li> <li>d. Pasien tampak tegang</li> <li>e. Pasien sulit tidur</li> </ul> <p><b>Data Minor:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien merasa tidak berdaya</li> <li>b. Pasien mengeluh pusing</li> <li>c. Muka tampak</li> </ul>	<p>keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat ansietas (<b>L.09093</b>) menurun dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun</li> <li>b. Perilaku gelisah menurun</li> <li>c. Perilaku tegang menurun</li> <li>d. Konsentrasi membaik</li> <li>e. Perasaan keberdayaan membaik</li> <li>f. Pola tidur membaik</li> <li>g. Kontak mata membaik</li> </ul>	<p><b>(I.09314)</b></p> <p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis.kondisi,waktu,stressor)</li> <li>b. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan</li> <li>c. Monitor tanda ansietas ( verbal dan non verbal)</li> </ul> <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</li> <li>b. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan,jika memungkinkan</li> <li>c. Pahami situasi yang membuat ansietas</li> <li>d. Dengarkan dengan penuh perhatian</li> <li>e. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</li> <li>f. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan</li> <li>g. Diskusikan perencanaan realistik tentang peristiwa yang akan datang</li> </ul> <p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Jelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin dialami</li> <li>b. Informasikan secara factual mengenai diagnosis,pengobatan dan prognosis</li> <li>c. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien,jika perlu</li> <li>d. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif sesuai kebutuhan</li> <li>e. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</li> </ul>
--	---	--	---

	<p>pucat</p> <p>d. Suara berhetar</p> <p>e. Kontak mata buruk</p>		<p>f. Latih kegiatan penglihatan untuk mengurangi ketegangan</p> <p>g. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat</p> <p>h. Latih teknik relaksasi</p> <p><i>Kolaborasi</i></p> <p>a. Kolaborasi pemberian obat anti ansietas jika perlu</p>
7	<p>Resiko Infeksi dibuktikan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (imunosupresi)</p> <p><b>Definisi :</b> Beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik</p> <p><b>Faktor resiko</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Efek prosedur invasif malnutrisi</li> <li>b. Peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan</li> <li>c. Ketidak adekuatan tubuh primer</li> <li>d. Penurunan hemoglobin Imunosupresi</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi (<b>L.14137</b>)</p> <p>Dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Demam menurun</li> <li>b. Nyeri menurun</li> <li>c. Cairan berbau busuk</li> <li>d. Kadar sel darah putih membaik</li> <li>e. Kultur darah membaik</li> </ul>	<p>Pencegahan Infeksi (I.14539)</p> <p><i>Observasi</i></p> <p>a. Monitor tanda gejala infeksi local dan iskemik</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <p>a. Berikan perawatan kulit pada area edema</p> <p>b. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>a. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>b. Ajarkan cara mencuci tangan yang benar</p> <p>c. Ajarkan etika batuk</p> <p>d. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi</p> <p>e. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>f. Anjurkan meningkatkan asupan cairan</p> <p><i>Kolaborasi</i></p> <p>a. Kolaborasi pemberian</p>

			imunisasi,jika perlu
8.	<p>Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi</p> <p><b>Data Mayor:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran</li> <li>b. Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah</li> </ul> <p><b>Data Minor:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Menunjukkan perlaku berlebihan</li> <li>b. Meunjukkan perilaku tidak sesuai dengan pengetahuan</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat pengetahuan (<b>L.12111</b>) dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Perilaku sesuai anjuran meningkat</li> <li>b. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topic</li> <li>c. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat</li> <li>d. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun</li> <li>e. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun</li> </ul>	<p>Edukasi Kesehatan (I.12383)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> <li>b. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</li> <li>b. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai</li> <li>c. Berikan kesempatan untuk bertanya</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan</li> <li>b. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat</li> <li>c. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat</li> </ul>

9	<p>Resiko pendarahan Dibuktikan dengan proses keganasan</p> <p><b>Definisi :</b> Beresiko mengalami kehilangan darah baik internal ( terjadi didalam maupun eksternal ( terjadi hingga keluar sendiri)</p> <p><b>Faktor resiko:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Tindakan pembedahan</li> <li>b. Kurang terpapar informasi tentang pencegahan perdarahan</li> <li>c. Proses keganasan</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat perdarahan (L.02017) menurun dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pendarahan vagina menurun</li> <li>b. Pendarahan pasca operasi menurun</li> <li>c. Hemoglobin membaik</li> <li>d. Hematocrit membaik</li> </ul>	<p>Pencegahan perdarahan <b>(I.02067)</b></p> <p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Monitor tanda dan gejala perdarahan</li> <li>b. Monitor nilaimhematokrit /hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah</li> <li>c. Monitor tanda-tanda vital</li> <li>d. Monitor koagulasi (mis.prothrombin time (PT),partial thromboplastin time(PTT),fibrinogen,degradasi fibrin/platelet</li> </ul> <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pertahankan bed rest selama perdarahan</li> <li>b. Batasi tindakan invasive, jika perlu</li> <li>c. Gunakan kasur pencegah dekubitus</li> <li>d. Hindari pengukuran suhu rektal</li> </ul> <p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Jelaskan tanda dan gejala perdarahan</li> <li>b. Anjurkan menggunakan kaos kaki saat ambulasi</li> <li>c. Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi</li> <li>d. Anjurkan menghindari aspirin atau anti koagulan</li> <li>e. Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K</li> <li>f. Anjurkan segera melapor jika terjadi pembedahan</li> </ul>
---	---	--	--

			<p><i>Kolaborasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. Kolaborasi pemberian obat pengontrol pendarahan,jika perlu</li><li>b. Kolaborasi pemberian produk darah,jika perlu</li><li>c. Kolaborasi pemberian pelunak tinja,jika perlu</li></ul>
--	--	--	---

**Tabel 2.2 Perencanaan keperawatan sesudah dilakukan tindakan.**

No	Diagnosa	SLKI	SIKI
1.	<p>Gangguan citra tubuh berhubungan dengan efek tindakan (mis.pembedahan, kemoterapi dan radiasi)</p> <p><b>Definisi :</b> Perubahan persepsi tentang penampilan,struktur dan fungsi fisik individu</p> <p><b>Data Mayor:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mengungkapkan kecacatan bagian tubuh</li> </ul> <p><b>Data Minor:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mengungkapkan perasaan negative tentang perubahan tubuh</li> <li>b. Mengungkapkan ke khawatiran pada penolakan orang lain</li> <li>c. Focus betlebihan pada perubahan tubuh</li> <li>d. Respon nonverbal pada perubahan dan persepsi tubuh</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan citra tubuh (<b>L.09067</b>) meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Menyentuh bagian tubuh meningkat</li> <li>a. Verbalisasi kecacatan bagian tubuh meningkat</li> <li>b. Verbalisasi perasaan negative tentang perubahan tubuh</li> <li>c. Verbalisasi kekhawatiran pada penolakan /reaksi orang lain menurun</li> <li>d. Respon nonverbal pada perubahan tubuh membaik</li> </ul>	<p>Promosi Citra Tubuh <b>(I.09305)</b></p> <p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan</li> <li>b. Identifikasi budaya,agama,jenis kelamin,umur terkait citra tubuh</li> <li>c. Identifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi social</li> <li>d. Monitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri</li> <li>e. Monitor apakah pasien bisa melihat bagian tubuh yang berubah</li> </ul> <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Diskusikan perubahan tubuh dan fungsinya</li> <li>b. Diskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri</li> <li>c. Diskusikan akibat perubahan pubertas,kehamilan dan penuaan</li> <li>d. Diskusikan kondisi stress yang mempengaruhi citra tubuh (mis.luka,penyakit,pembedahan)</li> <li>e. Diskusikan cara mengembangkan harapan citra tubuh secara realistik</li> </ul>

	e. Hubungan sosial berubah		f. Diskusikan persepsi pasien dan keluarga tentang perubahan citra tubuh  <i>Edukasi</i> a. Jelaskan kepada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh b. Anjurkan mengungkapkan gambaran diri terhadap citra tubuh c. Anjurkan menggunakan alat bantu (mis.pakaian,wig,kosmetik) d. Anjurkan mengikuti kelompok pendukung (mis. kelompok sebaya) e. Latih fungsi tubuh yang dimiliki f. Latih peningkatan penampilan diri (mis.berdandan) g. Latih pengungkapan kemampuan diri kepada orang lain maupun kelompok
2	Gangguan integritas kulit berhubungan dengan efek samping terapi radiasi  <b>Definisi :</b> Kerusakan kulit (dermis, dan dermis) atau jaringan (membrane mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago,	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Integritas Kulit dan Jaringan ( <b>L.14125</b> ) dengan kriteria hasil : a. Elastisitas meningkat b. Kerusakan jaringan menurun c. Kerusakan lapisan kulit	Perawatan Integritas Kulit ( <b>I.11353</b> )  <i>Observasi</i> a. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. Perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas)  <i>Terapeutik</i> a. Ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring b. Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang,jika perlu

	<p>kapsul sendi dan ligament)</p> <p><b>Data Mayor</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Kerusakan jaringan atau lapisan kulit</li> </ul> <p><b>Data Minor</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Kulit kemerahan, gatal dan kering</li> <li>b. Nyeri</li> <li>c. Perdarahan</li> </ul>	<p>menurun</p> <p>d. Tekstur membaik</p>	<p>c. Bersihkan perineal dengan air hangat terutama selama periode diare</p> <p>d. Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering</p> <p>e. Gunakan produk berbahan ringan/alamai dan hipoalergik pada kulit sensitive</p> <p>f. Hindari produk berbahan dasar alcohol pada kulit kering</p> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Anjurkan menggunakan pelembab (mis. lotion, serum)</li> <li>b. Anjurkan minum air yang cukup</li> <li>c. Anjurkan menibgkatkan asupan nutrisi</li> <li>d. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur</li> </ul>
3	<p>Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan)</p> <p><b>Definisi :</b> Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme</p> <p><b>Data Mayor</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Berat badan menurun</li> </ul> <p><b>Data Minor</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Kram/nyeri</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Status Nutrisi (<b>L.03030</b>) membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat</li> <li>b. Nyeri abdomen menurun</li> <li>c. Berat badan membaik</li> <li>d. Frekuensi makan membaik</li> <li>e. Nafsu makan</li> </ul>	<p>Manajemen Nutrisi (<b>I. 03119</b>)</p> <p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi status Nutrisi</li> <li>b. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan</li> <li>c. Identifikasi makanan yang disukai</li> <li>d. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient</li> <li>e. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric</li> <li>f. Monitor asupan makanan</li> <li>g. Monitor berat badan</li> <li>h. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium</li> </ul> <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Lakukan oral hygiene</li> </ul>

	<p>abdomen b. Nafsu maka n menurun c. Membran mukosa pucat d. Serum albumin turun e. Rambut rontok berlebihan f. Diare</p>	<p>membaiik e. Membran mukosa membaiik</p>	<p>sebelum makan, jika perlu Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan) c. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai d. Berikan makan tinggi serat untuk mencegah konstipasi e. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein f. Berikan suplemen makanan, jika perlu g. Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastric jika asupan oral dapat ditoleransi.</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>a. Anjurkan posisi duduk, jika mampu b. Ajarkan diet yang diprogramkan</p> <p><i>Kolaborasi</i></p> <p>a. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu b. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu</p>
4	<p>Harga diri rendah situasional berhubungan dengan perubahan pada citra tubuh.</p> <p><b>Definisi:</b> Evaluasi atau perasaan negatif terhadap diri sendiri atau kemampuan klien sebagai respon</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Penilaian diri positif meningkat</p> <p>a. Perasaan malu menurun b. Penerimaan penilaian positif terhadap diri sendiri meningkat c. Penilaian diri</p>	<p>Promosi harga diri <b>(I.09308)</b></p> <p><i>Observasi</i></p> <p>a. Identifikasi budaya, agama, ras, jenis kelamin, dan usia terhadap harga diri b. Monitor verbalisasi yang merendahkan diri sendiri c. Monitor tingkat harga diri setiap waktu, sesuai</p>

	<p>terhadap situasi saat ini.</p> <p><b>Data Mayor:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Menilai diri negatif (mis. tidak berguna, tidak tertolong)</li> <li>b. Merasa malu/bersalah</li> <li>c. Melebih-lebihkan penilaian negatif tentang diri sendiri</li> <li>d. Melebih-lebihkan penilaian positif tentang diri sendiri</li> <li>e. Berbicara pelan dan lirih</li> <li>f. Menolak berinteraksi dengan orang lain</li> <li>g. Berjalan menunduk</li> <li>h. Postur tubuh menunduk</li> </ul> <p><b>Data Minor:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Sulit berkonsentrasi</li> <li>b. Kontak mata kurang</li> <li>c. Lesu dan tidak bergairah</li> <li>d. Pasif</li> <li>e. Tidak mampu membuat keputusan</li> </ul>	<p>positif meningkat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>d. Percaya diri berbicara meningkat</li> <li>e. Kontak mata meningkat</li> <li>f. Gairan aktivitas meningkat</li> <li>g. Berjalan menampakkan wajah meningkat</li> <li>h. Postur tubuh menampakkan wajah meningkat</li> </ul>	<p>kebutuhan</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Motivasi terlibat dalam verbalisasi positif untuk diri sendiri</li> <li>b. Motivasi menerima tantangan atau hal baru</li> <li>c. Diskusikan pernyataan tentang harga diri</li> <li>d. Diskusikan kepercayaan terhadap penilaian diri</li> <li>e. Diskusikan pengalaman yang meningkatkan harga diri</li> <li>f. Diskusikan persepsi negatif diri</li> <li>g. Diskusikan alasan mengkritik diri atau rasa bersalah</li> <li>h. Diskusikan penetapan tujuan realistik untuk mencapai harga diri yang lebih tinggi</li> <li>i. Diskusikan Bersama keluarga untuk menetapkan harapan dan Batasan yang jelas</li> <li>j. Berikan umpan balik positif atas peningkatan mencapai tujuan</li> <li>k. Fasilitasi lingkungan dan aktivitas yang meningkatkan diri</li> </ul> <p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Jelaskan kepada keluarga pentingnya dukungan dalam perkembangan konsep positif diri pasien</li> <li>b. Anjurkan mengidentifikasi kekuatan yang dimiliki</li> <li>c. Anjurkan mempertahankan kontak mata saat</li> </ul>
--	---	---	--

			<p>berkomunikasi dengan orang lain</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>d. Anjurkan membuka diri terhadap kritik negatif</li> <li>e. Anjurkan mengevaluasi perilaku</li> <li>f. Ajarkan cara mengatasi bullying</li> <li>g. Latih peningkatan tanggung jawab untuk diri sendiri</li> <li>h. Latih pernyataan/kemampuan positif diri</li> <li>i. Latih cara berfikir dan berperilaku positif</li> <li>j. Latih meningkatkan kepercayaan pada kemampuan dalam menangani situasi</li> </ul>
5	<p>Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.</p> <p><b>Definisi :</b> Penurunan volume cairan intravskular,interstisial, dan intraseluler.</p> <p><b>Data mayor</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Nadi teraba lemah</li> <li>b. Tekanan darah menurun</li> <li>c. Turgor kulit menyempit</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Status cairan (L.03028) membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Turgor kulit meningkat</li> <li>b. Output urine meningkat</li> <li>c. Perasaan lemah menurun</li> <li>d. Kadar Hb,Ht membaik</li> <li>e. Intake cairan membaik</li> </ul>	<p><b>Manajemen Hipovolemia (I.03116)</b></p> <p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis. frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit,turgor kulit menurun, membrane mukosa kering, volume urine menurun, hematokrit meningkat, haus dan lemah)</li> <li>b. Monitor intake dan output cairan</li> </ul> <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Hitung kebutuhan cairan</li> <li>b. Berikan posisi</li> </ul>

	<p>d. Membran mukosa kering</p> <p>e. Volume urin menurun</p> <p>f. Hematokrit meningkat</p> <p><b>Data minor</b></p> <p>a. Pasien merasa lemah</p> <p>b. Pasien mengeluh haus</p> <p>c. Pengisian vena menurun</p> <p>d. Status mental berubah</p> <p>e. Suhu tubuh meningkat</p>		<p>modified trendelenburg</p> <p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>c. Berikan asupan cairan oral</li> </ul> <p><i>Kolaborasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis. cairan NaCl, RL)</li> <li>b. Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis. glukosa 2,5%, NaCl 0,4%)</li> <li>c. Kolaborasi pemberian cairan koloid (mis. albumin, plasmanate)</li> <li>d. Kolaborasi pemberian produk darah</li> </ul>
6	Disfungsi seksual berhubungan dengan perubahan fungsi/struktur tubuh(misal:pembedahan,proses penyakit dan radiasi)  <b>(D.0069)</b>	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan fungsi seksual ( <b>L.07055</b> ) membaik dengan kriteria hasil:	<p>Konseling seksual (I.07214).</p> <p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi tingkat pengetahuan, masalah sistem reproduksi, masalah seksualitas, dan penyakit menular seksual</li> </ul>

	<p><b>Definisi:</b></p> <p>Perubahan fungsi seksual selama fase respon seksual berupa hasrat, terangsang, or gasme, dan atau relaksasi yang dirasa tidak memuaskan, tidak bermakna atau tidak adekuat.</p> <p><b>Data Mayor:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mengungkapkan aktivitas seksual berubah</li> <li>b. Mengungkapkan eksitasi seksual berubah</li> <li>c. Merasa hubungan seksual tidak memuaskan</li> <li>d. Mengungkapkan peran seksual berubah</li> <li>e. Mengeluhkan hasrat seksual menurun</li> <li>f. Mengungkapkan fungsi seksual berubah</li> <li>g. Mengeluh nyeri saat berhubungan seksual (dispareunia)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>b. Mencari informasi untuk mencapai kepuasan seksual meningkat</li> <li>c. Orientasi seksual membaik</li> <li>d. Hasrat seksual membaik</li> <li>e. Ketertarikan pada pasangan membaik</li> <li>f. Keluhan nyeri saat berhubungan seksual menurun</li> <li>g. Verbalisasi fungsi seksual menurun</li> <li>h. Verbalisasi aktivitas seksual berubah menurun</li> <li>i. Keluhan sulit melakukan aktivitas seksual menurun</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>b. Identifikasi waktu disfungsi seksual dan kemungkinan penyebab</li> <li>c. Monitor stres, kecemasan, depresi, dan penyebab disfungsi seksual</li> </ul> <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Fasilitasi komunikasi antara pasien dan pasangan</li> <li>b. Berikan kesempatan kepada pasangan untuk menceritakan permasalahan seksual</li> <li>c. Berikan pujian terhadap perilaku yang benar</li> <li>d. Berikan saran yang sesuai kebutuhan pasangan dengan menggunakan Bahasa yang mudah diterima, dipahami, dan tidak menghakimi</li> </ul> <p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Jelaskan efek pengobatan, Kesehatan dan penyakit terhadap disfungsi seksual</li> <li>b. Informasikan pentingnya modifikasi pada aktivitas seksual</li> </ul> <p><i>Kolaborasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Kolaborasi dengan spesialis seksologi, jika perlu</li> </ul>
--	--	--	--

	<b>Data Minor:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mengungkapkan ketertarikan pada pasangan berubah</li> <li>b. Mengeluh hubungan seksual terbatas</li> </ul>		
7	<p><b>Resiko infeksi dibuktikan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (Imunosupresi)</b></p> <p><b>Definisi :</b> Beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik</p> <p><b>Faktor risiko</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Efek prosedur invasif malnutrisi</li> <li>b. Penigkatan paparan organisme patogen lingkungan</li> <li>c. Ketidak adekuatan tubuh primer</li> <li>d. Penurunan hemoglobin</li> <li>e. Imunosupresi</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Tingkat Infeksi (<b>L.14137</b>) dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Demam menurun</li> <li>b. Nyeri menurun</li> <li>c. Cairan berbau busuk menurun</li> <li>d. Kadar sel darah putih membaik</li> <li>e. Kultur darah membaik</li> </ul>	<p>Pencegahan Infeksi <b>(I.14539)</b></p> <p><i>Observasi</i></p> <p>a. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan iskemik</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <p>a. Berikan perawatan kulit pada area edema</p> <p>b. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>a. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>b. Ajarkan cara mencuci tangan yang benar</p> <p>c. Ajarkan etika batuk</p> <p>d. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi</p> <p>e. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>f. Anjurkan meningkatkan</p>

			<p>asupan cairan</p> <p><i>Kolaborasi</i></p> <p>a. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu</p>
8	<p>Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin</p> <p><b>Definisi :</b> Penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh.</p> <p><b>Data Mayor:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Nadi perifer menurun/tidak teraba</li> <li>b. Akral teraba dingin</li> <li>c. Warna kulit pucat</li> <li>d. Turgor kulit menurun</li> </ul> <p><b>Data Minor:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Nyeri ekstremitas</li> <li>b. Edema perifer</li> <li>c. Penyembuhan luka lambat</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Perfusi perifer (<b>L.02011</b>) meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Denyut nadi perifer meningkat</li> <li>b. Warna kulit pucat menurun</li> <li>c. Edema perifer menurun</li> <li>d. Nyeri ekstremitas menurun</li> <li>e. Pengisian kapiler membaik</li> <li>f. Akral membaik</li> <li>g. Turgor kulit membaik</li> <li>h. Hemoglobin membaik</li> </ul>	<p>Perawatan Sirkulasi (<b>I.02079</b>)</p> <p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Periksa sirkulasi perifer (mis: nadi perifer, edema, pengisian kalpiler, warna, suhu, angkle brachial index)</li> <li>b. Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (mis: diabetes, perokok, orang tua, hipertensi dan kadar kolesterol tinggi)</li> <li>c. Monitor panas, kemerah, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas</li> </ul> <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi</li> <li>b. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas pada keterbatasan perfusi</li> <li>c. Hindari penekanan dan pemasangan torniquet pada area yang cidera</li> <li>d. Lakukan pencegahan infeksi</li> <li>e. Lakukan hidrasi</li> </ul>

			<p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolesterol, jika perlu</li> <li>b. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur</li> <li>c. Anjurkan menghindari penggunaan obat penyekat beta.</li> <li>d. Ajurkan melahkukan perawatan kulit yang tepat (mis: melembabkan kulit kering pada kaki)</li> <li>e. Anjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis: rendah lemak jenuh, minyak ikan, omega 3)</li> <li>d. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan ( mis: rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa)</li> </ul>
9	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencegahan fisik (mis: prosedur operasi)</p> <p><b>Definisi :</b> Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan keusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri (<b>L.08066</b>) menurun dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Keluhan nyeri menurun</li> <li>b. Meringis menurun</li> <li>c. Sikap protektif menurun</li> </ul>	<p>Terapi relaksasi (I.09326)</p> <p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi penurunan tingkat energy,ketidakmampuan berkonsentrasi,atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif</li> <li>b. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan</li> </ul>

	<p>onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan</p> <p><b>Data Mayor:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mengeluh nyeri</li> <li>b. Tampak Meringis</li> <li>c. Bersikap protektif (mis:waspadा, posisi menghindari nyeri)</li> <li>d. Gelisah</li> <li>e. Frekuensi nadi meningkat</li> <li>f. Sulit tidur</li> </ul> <p><b>Data Minor</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Tekanan darah meningkat</li> <li>b. Proses berpikir terganggu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>d. Gelisah menurun</li> <li>e. Sulit tidur menurun</li> <li>f. Frekuensi nadi membaik</li> </ul>	<p>c. Identifikasi kesediaan,kemampuan,dan penggunaan teknik sebelumnya</p> <p>d. Periksa ketegangan otot,frekuensi nadi,tekanan darah,dan suhu sebelum dan sesudah latihan</p> <p>e. Monitor respons terhadap terapi relaksasi</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Ciptakan lingkungan tenang tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman,jika memungkinkan</li> <li>b. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi</li> <li>c. Gunakan pakaian longgar</li> <li>d. Gunakan nada suara lembut dengan Irama lamabat dan berirama</li> <li>e. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lai,jika sesuai</li> </ul> <p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Jelaskan tujuan,manfaat,batasan,dan jenis relaksasi yang tersedia ( mis.musik,meditasi,napas dalam,relaksasi otot progresif)</li> <li>b. Anjurkan mengambil posisi nyaman</li> <li>c. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi</li> <li>d. Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih</li> </ul>
--	--	---	--

			e. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis. napas dalam,peregangan,atau imajinasi terbimbing)
10	<p>Nausea berhubungan dengan efek toksin <b>(D.0076)</b></p> <p><b>Definisi:</b> Perasaan tidak nyaman pada bagian belakang tenggorokan atau lambung yang dapat mengakibatkan muntah.</p> <p><b>Data Mayor:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mengeluh mual</li> <li>b. Merasa ingin muntah</li> <li>c. Tidak berminat makan</li> </ul> <p><b>Data Minor:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Merasa asam di mulut</li> <li>b. Sensasi panas/dingin</li> <li>c. Sering menelan</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat nausea <b>(L.08065)</b> menurun dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Perasaan ingin muntah menurun</li> <li>b. Perasaan asam di mulut menurun</li> <li>c. Sensasi panas menurun</li> <li>d. Sensasi dingin menurun</li> <li>e. Diaphoresis menurun</li> <li>f. Nafsu makan membaik</li> </ul>	<p>Manajemen mual <b>(I.03117).</b></p> <p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi pengalaman mual</li> <li>b. Identifikasi isyarat nonverbal ketidaknyamanan (mis: bayi, anak-anak, dan mereka yang tidak dapat berkomunikasi secara efektif)</li> <li>c. Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mis: nafsu makan, aktivitas, kinerja, tanggung jawab peran, dan tidur)</li> <li>d. Identifikasi faktor penyebab mual (mis: pengobatan dan prosedur)</li> <li>e. Identifikasi antiemetik untuk mencegah mual (kecuali mual pada kehamilan)</li> <li>f. Monitor mual (mis: frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan)</li> </ul> <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual (mis: bau tidak sedap, suara, dan rangsangan visual yang tidak menyenangkan)</li> <li>b. Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual (mis: kecemasan, ketakutan, kelelahan)</li> </ul>

			<p>c. Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik</p> <p>d. Berikan makanan dingin, cairan bening, tidak berbau, dan tidak berwarna, jika perlu</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>a. Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup</p> <p>b. Anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual</p> <p>c. Anjurkan makanan tinggi karbohidrat, dan rendah lemak</p> <p>d. Ajarkan penggunaan teknik non farmakologis untuk mengatasi mual (mis: biofeedback, hipnosis, relaksasi, terapi musik, akupresur)</p> <p><i>Kolaborasi</i></p> <p>a. Kolaborasi pemberian obat antiemetik, jika perlu</p>
11	<p>Keletihan berhubungan dengan program perawatan pengobatan jangka panjang (<b>D.0057</b>)</p> <p><b>Definisi:</b></p> <p>Penurunan kapasitas kerja fisik dan mental yang tidak pulih dengan istirahat.</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat keletihan (<b>L.05046</b>) menurun dengan kriteria hasil:</p> <p>a. Verbalisasi kepulihan energy membaik</p>	<p>Manajemen energi (<b>I.05178</b>).</p> <p><i>Observasi</i></p> <p>a. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</p> <p>b. Monitor kelelahan fisik dan emosional</p> <p>c. Monitor pola dan jam tidur</p> <p>d. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama</p>

	<p><b>Data Mayor:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Merasa energi tidak pulih</li> <li>b. Merasa kurang tenaga</li> <li>c. Mengeluh lelah</li> <li>d. Tidak mampu mempertahankan aktivitas</li> <li>e. Tampak lesu</li> </ul> <p><b>Data Minor:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Merasa bersalah akibat tidak mampu menjalankan tanggung jawab</li> <li>b. Libido menurun</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>b. Kemampuan melakukan aktivitas rutin meningkat</li> <li>c. Motivasi meningkat</li> <li>d. Verbalisasi lelah menurun</li> <li>e. Lesu menurun</li> <li>f. Gangguan konsentrasi menurun</li> <li>g. Sakit kepala menurun</li> <li>h. Sakit tenggorokan menurun</li> <li>i. Gelisah menurun</li> <li>j. Perasaan bersalah menurun</li> </ul>	<p>melakukan aktivitas</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan)</li> <li>b. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif</li> <li>c. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan</li> <li>d. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan</li> </ul> <p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Anjurkan tirah baring</li> <li>b. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</li> <li>c. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang</li> <li>d. Ajarkan strategi coping untuk mengurangi kelelahan</li> </ul> <p><i>Kolaborasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</li> </ul>
--	---	--	--

12	Penampilan peran tidak efektif berhubungan dengan perubahan citra tubuh	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Tingkat Penampilan peran membaik ( <b>L.12119</b> ) dengan kriteria hasil: a) Verbalisasi	Dukungan Penampilan Peran <i>Observasi</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Observasi berbagai peran dan periode transisi sesuai tingkat perkembangan</li> <li>b. Identifikasi peran yang</li> </ul>
----	---	--	--

	<p><b>Definisi:</b></p> <p>Pola perilaku yang berubah atau tidak sesuai dengan harapan, norma, dan lingkungan</p> <p><b>Data Mayor:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Merasa bingung menjalankan peran</li> <li>b. Merasa harapan tidak terpenuhi</li> <li>c. Merasa tidak puas dalam menjalankan peran</li> <li>d. Konflik peran</li> <li>e. Strategi coping tidak efektif</li> </ul> <p><b>Data Minor:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Merasa cemas</li> <li>b. Depresi</li> <li>c. Dukungan social kurang</li> <li>d. Kurang bertanggung jawab menjalankan peran</li> </ul>	<p>harapan terpenuhi meningkat</p> <p>b) Verbalisasi kepuasan peran meningkat</p> <p>c) Adaptasi peran meningkat</p> <p>d) Strategi coping tidak efektif meningkat</p> <p>e) Dukungan sosial meningkat</p> <p>f) Tanggung jawab peran meningkat</p> <p>g) Konflik peran menurun</p> <p>h) Perilaku cemas menurun</p> <p>i) Afek depresi menurun</p>	<p>ada dalam keluarga</p> <p>c. Identifikasi adanya peran yang tidak terpenuhi</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Fasilitasi adaptasi peran keluarga terhadap perubahan peran yang tidak diinginkan</li> <li>b. Fasilitasi bermain peran dalam mengantisipasi reaksi orang lain terhadap perilaku</li> <li>c. Fasilitasi diskusi harapan dengan keluarga dalam peran timbal balik</li> </ul> <p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Diskusikan perilaku yang dibutuhkan untuk pengembangan peran</li> <li>b. Diskusikan perubahan peran yang diperlukan akibat penyakit atau ketidakmampuan</li> <li>c. Diskusikan perubahan peran dalam menerima ketergantungan orang tua</li> <li>d. Diskusikan perilaku baru yang dibutuhkan pasien/orang tua untuk memenuhi peran</li> </ul>
--	--	---	---

Sumber : (PPNI, 2018) (PPNI, 2018)

#### **4. Implementasi Keperawatan**

Proses pelaksanaan keperawatan harus berfokus pada kebutuhan klien. Faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan dan kegiatan komunikasi. Implementasi keperawatan merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan.<sup>34</sup>

#### **5. Evaluasi keperawatan**

Evaluasi dalam keperawatan adalah proses sistematis yang digunakan untuk menilai sejauh mana tujuan keperawatan tercapai atau tidak tercapai. Proses ini merupakan langkah terakhir dalam proses keperawatan yang berfokus pada hasil dari intervensi yang telah dilakukan. Evaluasi dilakukan untuk menentukan keberhasilan, memperbaiki rencana asuhan keperawatan, dan memastikan bahwa kebutuhan pasien telah terpenuhi.<sup>35</sup>

Ada 2 jenis evaluasi yang diterapkan pada proses pelaksanaan keperawatan.<sup>48</sup>

##### a. Evaluasi formatif (proses)

Setelah perawat menerapkan rencana keperawatan, evaluasi formatif dilakukan untuk menilai seberapa efektif tindakan keperawatan mereka. Evaluasi formatif dilakukan setelah aktivitas proses keperawatan dan hasilnya. Evaluasi formatif ini terdiri dari empat komponen yang dikenal sebagai istilah SOAP: subjektif (data keluhan klien), objektif (data hasil pemeriksaan), analisis (perbandingan data dengan teori), dan perencanaan. Empat komponen evaluasi formatif ini juga termasuk catatan perkembangan yaitu kartu SOAP (data subjektif, data objektif, analisis/evaluasi, dan perencanaan/rencana). Tujuan utama adalah untuk memastikan bahwa intervensi keperawatan berjalan sesuai rencana dan memberikan hasil yang diharapkan.<sup>47</sup>

Contoh dalam keperawatan seperti mengamati respon pasien terhadap pemberian terapi, seperti efek samping obat, memantau perubahan tanda vital secara berkala selama perawatan. Kelebihan dari evaluasi formatif yaitu memberikan umpan balik langsung sehingga rencana keperawatan dapat diperbaiki atau diubah secara cepat.

1) S (Subjektif):

Data subjektif yang diambil dari keluhan klien, kecuali pada klien yang afasia atau gangguan bahasa.

2) O (Objektif):

Data objektif yang diperoleh dari hasil observasi perawat, misalnya tanda-tanda akibat penyimpangan fungsi fisik, tindakan keperawatan, atau akibat pengobatan.

3) A (Analisis/assessment):

Berdasarkan data yang terkumpul kemudian dibuat kesimpulan yang meliputi diagnosis, antisipasi diagnosis atau masalah potensial, dimana analisis ada 3, yaitu (teratasi, tidak teratasi, dan sebagian teratasi) sehingga perlu dilakukan tindakan segera. Oleh karena itu, seing memerlukan pengkajian ulang untuk menentukan perubahan diagnosis, rencana, dan tindakan.

4) P (Perencanaan/planning):

Perencanaan kembali tentang pengembangan tindakan keperawatan, baik yang sekarang maupun yang akan datang (hasil modifikasi rencana keperawatan) dengan tujuan memperbaiki keadaan kesehatan klien. Proses ini berdasarkan kriteria tujuan yang spesifik dan priode yang telah ditentukan.

b. Evaluasi Sumatif (Hasil)

Setelah semua aktivitas proses keperawatan selesai, evaluasi sumatif dilakukan.

Tujuan evaluasi ini untuk menilai dan mengawasi kualitas asuhan keperawatan yang diberikan. Wawancara pada akhir layanan, pertanyaan tentang tanggapan klien dan keluarga terkait pelayanan keperawatan, dan pertemuan pada akhir layanan adalah beberapa cara untuk melakukan evaluasi jenis ini.<sup>47</sup> Contoh dalam Keperawatan yaitu mengevaluasi apakah pasien mencapai tujuan, seperti pengurangan rasa nyeri dari skala 7 menjadi 3 dalam 24 jam dan mengevaluasi hasil akhir dari rencana perawatan pascaoperasi, seperti mobilisasi mandiri pasien.

Kelebihan dari evaluasi sumatif ini adalah memberikan gambaran menyeluruh tentang efektivitas rencana keperawatan. Adapun tiga kemungkinan hasil evaluasi yang terkait dengan pencapaian tujuan keperawatan pada tahap evaluasi meliputi:

- 1) Tujuan tercapai/masalah teratasi : jika klien menunjukkan perubahan sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan.
- 2) Tujuan tercapai sebagian/masalah sebagian teratasi : jika klien menunjukkan perubahan sebagian dari kriteria hasil yang telah ditetapkan.
- 3) Tujuan tidak tercapai/masalah tidak teratasi : jika klien tidak menunjukkan perubahan dan kemajuan sama sekali yang sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan dan atau bahkan timbul masalah/diagnosa keperawatan baru.

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Jenis dan Desain Penelitian**

Jenis penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah deskriptif. Penelitian deskriptif merupakan jenis penelitian yang dilakukan secara sistematis dengan cara memaparkan,menggambarkan dan melaporkan keadaan objek yang diteliti secara faktual tanpa menarik suatu kesimpulan.<sup>49</sup> Penelitian ini tidak memerlukan hipotesis karena fenomena disajikan secara apa adanya tanpa manipulasi dan peneliti tidak mencoba menganalisis bagaimana dan mengapa fenomena tersebut terjadi.Desain penelitian yang digunakan dalam bentuk studi kasus. Studi kasus merupakan rancangan penelitian yang mencakup pengkajian satu unit penelitian secara intensif seperti satu klien,keluarga, kelompok,komunitas atau institusi.<sup>50</sup>Penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan atau menggambarkan asuhan keperawatan pada pasien kanker serviks di ruang Ginekologi Onkologi RSUP Dr.M. Djamil Padang tahun 2025.

#### **B. Tempat dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di ruang Ginekologi Onkologi RSUP Dr. M. Djamil Padang. Waktu penelitian dimulai dari bulan Oktober 2024 sampai dengan bulan Juni 2025. Waktu pengambilan data dan pemberian asuhan keperawatan dilakukan selama 5 hari. Asuhan keperawatan dilakukan dari tanggal 13 Februari 2025- 17 Februari 2025.

#### **C. Populasi dan Sampel Penelitian**

##### **1. Populasi**

Populasi merupakan seluruh subjek seperti manusia atau klien yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan.<sup>50</sup> Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien kanker serviks yang berada di ruang Ginekologi Onkologi RSUP Dr. M. Djamil Padang pada saat dilakukan penelitian. Empat bulan terakhir ( tanggal 1 Oktober 2024-7 Januari 2025) ditemukan 58 pasien dengan diagnosa kanker serviks.

Populasi yang ditemukan saat penelitian di ruang Ginekologi Onkologi RSUP Dr.M Djamil Padang pada tanggal 13 Februari 2025 terdapat 2 orang pasien kanker serviks. Pasien pertama terdiagnosa kanker serviks stadium III B + CKD stage V. Pasien tersebut tidak kooperatif. Pasien kedua didapatkan pasien dengan diagnosa kanker serviks residif infiltrasi rectosigmoid + hidronefrosis bilateral dan anemia berat, dengan hasil Hb 6,2g/dL.

## 2. Sampel

Sampel merupakan sekelompok orang,benda atau barang diambil dari populasi yang lebih besar untuk diteliti.Proses pengambilan sampel dari suatu populasi dilakukan dengan teknik purposive sampling, karena subjek penelitian dipilih berdasarkan pertimbangan dari peneliti sendiri.<sup>49</sup> Teknik purposive sampling merupakan teknik penetapan sampel dengan cara memilih sampel di antara populasi sesuai dengan tujuan atau masalah penelitian sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang telah dikenal sebelumnya.<sup>50</sup>

Sampel penelitian ini satu orang partisipan pasien kanker serviks sebelum atau sesudah tindakan yang dirawat di ruang rawat Ginekologi Onkologi RSUP Dr. M Djamil Padang dan didapat dari populasi dengan menggunakan teknik purposive sampling dengan kriteria :

### a. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi merupakan karakteristik umum subjek penelitian dari populasi target yang terjangkau dan akan diteliti.<sup>51</sup>

Peneliti menerapkan kriteria inklusi sebagai berikut:

- 1) Pasien bersedia menjadi responden.
- 2) Pasien yang kooperatif dan bersedia diberikan asuhan keperawatan selama 5 hari penelitian.
- 3) Pasien kanker serviks yang akan atau sudah dilakukan tindakan.

### b. Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi merupakan menghilangkan atau mengeluarkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi dari penelitian dikarenakan kriteria dan sebab-sebab tertentu.<sup>51</sup> Peneliti menerapkan kriteria eksklusi sebagai berikut:

- 1) Pasien yang mengalami penurunan kesadaran
- 2) Pasien yang dipindakan ke ruangan intensif
- 3) Pasien yang pulang sebelum menuntaskan 5 hari pemberian asuhan keperawatan

Peneliti telah melaksanakan penelitian pada pasien kanker serviks yang dirawat di ruangan Ginekologi Onkologi RSUP. Dr. M Djamil Padang pada tanggal 13 Februari 2025 dengan cara purposive sampling hanya 1 orang pasien kanker serviks yang memenuhi kriteria inklusi yaitu Ny.R dengan diagnosa kanker serviks residif infiltrasi rectosigmoid dan hidronefrosis bilateral .

#### **D. Alat/Intsrumen Pengumpulan Data**

Alat dan instrument pengumpulan data yang digunakan adalah format asuhan keperawatan maternitas ginekologi onkologi mulai dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan di ruangan Ginekologi Onkologi RSUP.Dr. M. Djamil Padang.

Alat dan instrument yang digunakan meliputi :

1. Instrumen Pengumpulan Data

- a. Format pengkajian

Terdiri dari identitas pasien, identifikasi penanggung jawab, keluhan utama, riwayat kesehatan, kebutuhan dasar, pemeriksaan fisik, data psikologis, data ekonomi sosial, data spiritual, lingkungan tempat tinggal, pemeriksaan laboratorium dan program pengobatan.

- b. Format analisa data

Terdiri dari nama pasien, nomor rekam medik, data subjektif, data objektif, masalah dan penyebab.

- c. Format diagnosa keperawatan

Terdiri dari nama pasien, nomor rekam medik, diagnosa keperawatan, tanggal dan paraf ditemukannya masalah, serta tanggal dan paraf dipecahkannya masalah.

- d. Format rencana asuhan keperawatan

Terdiri dari nama pasien, nomor rekam medik, diagnosa keperawatan, SIKI dan SLKI

e. Format implementasi keperawatan

Terdiri dari nama pasien, nomor rekam medik, hari dan tanggal diagnosa keperawatan, implementasi keperawatan dan paraf yang melakukan implementasi keperawatan.

f. Format evaluasi keperawatan

Terdiri dari nama pasien, nomor rekam medik, hari dan tanggal, diagnosa keperawatan, evaluasi keperawatan, dan paraf yang mengevaluasi tindakan keperawatan.

2. Alat Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data adalah instrumen atau perangkat yang digunakan oleh peneliti untuk mengumpulkan informasi yang diperlukan dalam suatu penelitian. Alat ini berfungsi untuk mengumpulkan data yang relevan dan akurat, yang dianalisis untuk menjawab pertanyaan penelitian atau menguji hipotesis. Alat pengumpulan data dapat berupa kuesioner, wawancara, observasi, dan dokumen, tergantung pada jenis penelitian yang dilakukan.<sup>52</sup> Instrumen pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan format pengkajian maternitas ginekologi onkologi dengan cara wawancara dan observasi. Alat pemeriksaan fisik yang digunakan peneliti adalah termometer, stetoskop, tensi meter, APD (handscoot dan masker), timbangan, arloji dengan detik dan penlight.

**E. Teknik Pengumpulan Data**

Pengumpulan data merupakan pencatatan peristiwa, hal, keterangan, atau karakteristik elemen populasi yang membantu atau mendukung penelitian.<sup>49</sup>

Teknik pengumpulan data merupakan cara yang digunakan untuk mendapatkan data, informasi dan fakta-fakta yang ada di lapangan kemudian dianalisis pada suatu penelitian.<sup>53</sup> Dalam penelitian ini teknik pengumpulan data yang akan digunakan yaitu dengan cara observasi, pengukuran, wawancara dan dokumentasi.

### 1. Observasi

Observasi merupakan proses menggunakan panchaindera untuk mendapatkan informasi yang diperlukan untuk menyelesaikan masalah penelitian. Hasil observasi dapat mencakup aktivitas, kejadian, peristiwa, objek, kondisi atau suasana tertentu, serta perasaan emosi individu.<sup>53</sup>

Pengukuran/Pemeriksaan Fisik. Pengukuran dalam metode penelitian merupakan proses sistematis untuk menentukan nilai atau tingkat suatu variabel yang diteliti. Pengukuran bertujuan untuk mengumpulkan data yang dapat diandalkan dan valid, sehingga peneliti dapat menganalisis dan menarik kesimpulan berdasarkan data tersebut.<sup>40</sup> Peneliti melakukan pemantauan pada kondisi pasien dengan menggunakan alat ukur pemeriksaan seperti menimbang berat badan, pengukuran tekanan darah, menghitung frekuensi pernafasan, menghitung frekuensi nadi, mengukur suhu dan pemeriksaan fisik head to toe.

### 2. Wawancara

Wawancara merupakan metode pengumpulan data penelitian melalui pertanyaan yang diajukan secara lisan kepada responden untuk menjawabnya dan jawaban dari responden dicatat atau direkam. Wawancara dilakukan secara tatap muka atau cara lain seperti telepon.<sup>40</sup> Wawancara dalam penelitian ini dilakukan tentang data identitas, keluhan pasien, riwayat kesehatan, riwayat kehamilan dan kelahiran, riwayat perkawinan, riwayat menstruasi, riwayat keluarga, riwayat kesehatan dahulu, dan pola aktivitas sehari-hari pasien.

### 3. Dokumentasi

Dokumentasi merupakan suatu metode mencari data tentang hal-hal yang diperlukan dalam bentuk catatan, buku, agenda dan lainnya.<sup>54</sup> Dalam penelitian ini menggunakan dokumen dari rumah sakit untuk menunjang penelitian yang akan dilakukan seperti pemeriksaan laboratorium (hemoglobin, hematokrit, trombosit, leukosit dan eritrosit), pemeriksaan CT scan abdomen serta thorax dan pemeriksaan patologi anatomis.

## F. Jenis Data

### a. Data Primer

Data primer merupakan data yang dikumpulkan peneliti langsung dari sumber data atau responden.<sup>49</sup> Data primer pada penelitian ini diperoleh langsung dari responden berdasarkan format pengkajian asuhan keperawatan maternitas ginekologi onkologi. Data primer pada penelitian ini meliputi identitas pasien, riwayat kesehatan pasien, pola aktivitas di rumah, dan pemeriksaan fisik terhadap pasien.

### b. Data Sekunder

Data sekunder merupakan data yang tersedia dari hasil pengumpulan data lain untuk keperluan tertentu dan dapat digunakan sebagian atau seluruhnya sebagai sumber data penelitian.<sup>49</sup> Data sekunder merupakan data penelitian yang diperoleh langsung dari keluarga pasien, data rekam medis dan ruangan Ginekologi Onkologi RSUP Dr. M. Djamil Padang.

## G. Prosedur Penelitian

Prosedur dalam pengumpulan data yang dilakukan oleh peneliti adalah:

### a. Prosedur Administrasi

1. Peneliti mengurus perizinan penelitian dari instansi asal penelitian yaitu Kemenkes Poltekkes Padang dan mengajukan surat izin dari instansi penelitian Kemenkes Poltekkes Padang ke RSUP Dr. M. Djamil Padang.
2. Setelah mendapat surat izin dari RSUP Dr. M. Djamil Padang, surat tersebut diserahkan ke pihak Rekam Medis serta ruangan dan meminta izin untuk mengambil data yang dibutuhkan peneliti.
3. Setelah mendapat izin dari kepala ruangan peneliti melakukan pengambilan data yang dibutuhkan diruangan.

### b. Prosedur Askep

1. Peneliti berkoordinasi dengan perawat ruangan untuk menentukan sampel penelitian.

2. Populasi saat penelitian pada tanggal 13 Februari 2025 terdapat dua orang pasien kanker serviks. Pasien pertama terdiagnosa kanker serviks stadium III B + CKD stage V. Pasien tersebut tidak kooperatif. Pasien kedua didapatkan pasien dengan diagnosa kanker serviks residif infiltrasi rectosigmoid + hidronefrosis bilateral dan anemia berat, dengan hasil Hb 6,2g/dL.
3. Peneliti melakukan memilih sampel sebanyak 1 orang pasien kanker dilakukan dengan teknik purposive sampling yaitu dilakukan sesuai dengan kriteria yang telah ditentukan, dan didapatkan 1 orang pasien kanker serviks yang memenuhi kriteria.
4. Peneliti melakukan pendekatan pada 1 orang pasien kanker serviks dan keluarga.
5. Peneliti menjelaskan tujuan dilakukannya penelitian dan meminta kesediaan pasien/keluarga untuk menandatangani informed consent.
6. Partisipan dan keluarga memberikan persetujuan untuk dijadikan partisipan dalam penelitian dengan bentuk informed consent.
7. Selanjutnya peneliti meminta waktu pasien untuk melakukan asuhan keperawatan dengan menggunakan format asuhan keperawatan maternitas ginekologi onkologi dengan teknik wawancara, observasi, pengukuran dan anamnesa.
8. Peneliti merumuskan diagnosis keperawatan yang muncul pada responden.
9. Peneliti membuat rencana asuhan keperawatan yang diberikan kepada responden.
10. Peneliti memberikan asuhan keperawatan pada responden.
11. Peneliti mengevaluasi setiap tindakan yang telah dilakukan pada partisipan.
12. Peneliti mendokumentasikan proses asuhan keperawatan yang telah diberikan pada responden mulai dari melakukan pengkajian sampai evaluasi terhadap tindakan yang telah dilakukan.

## H. Analisis Data

Data yang ditemukan saat pengkajian dikelompokkan dan dianalisis berdasarkan data subjektif dan objektif sehingga dapat dirumuskan diagnosis keperawatan kemudian menyusun rencana keperawatan serta melakukan implementasi dan evaluasi keperawatan pada pasien kanker serviks. Analisis selanjutnya membandingkan asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada pasien kelolaan dengan kriteria hasil telah dibuat dan membandingkan dengan teori yang ada dan penelitian terdahulu.

## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Deskripsi Kasus**

Ny. R berumur 40 tahun G0A0H0 dengan diagnosa kanker serviks residif infiltrasi rectosigmoid dengan hari rawatan pertama. Ny.R masuk ke RSUP. Dr. M. Djamil Padang pada tanggal 13 Februari 2025 pukul 09.00 WIB ke ruangan rawat kebidanan lantai III melalui poli onkologi RSUP.Dr.M.Djamil Padang dengan keluhan nyeri pada perut bagian bawah dan sekitar vagina, penurunan nafsu makan,mual,muntah, mengeluh feses keluar melalui vagina dan pucat.

#### **1. Pengkajian keperawatan**

Pengkajian keperawatan dilakukan pada tanggal 13 Februari 2025 pukul 14.00 WIB. Ny. R berumur 40 tahun,pendidikan terakhir SMA, pekerjaan ibu rumah tangga, beragama islam,suku bangsa minang, bertempat tinggal di depan palatang pauh 5 Kota Padang. Diagnosa penyakit Ny.R adalah kanker serviks residif infiltrasi rectosigmoid. Suami berinisial Tn.A berumur 40 tahun, pendidikan terakhir SMP, suku bangsa minang,beragama islam dan bekerja sebagai pedagang. Ny.R mengatakan suaminya merupakan perokok aktif sehingga setiap hari terpapar asap rokok. Ny. R mengatakan badannya terasa lemas, nyeri perut bagian bawah dan sekitar vagina skala nyeri 5, nyeri hilang timbul, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri berlangsung sekitar 10-15 menit, mengeluh buang air besar melalui vagina sehingga masih dipasang pembalut, nafsu makan menurun, mual dan muntah. Ny. R mengatakan cemas terhadap kondisi penyakit dan pengobatan yang dilakukannya.

Riwayat kesehatan dahulu, Ny. R mengatakan mengetahui penyakitnya sejak tahun 2024 bulan April yang lalu. Radioterapi sudah selesai dilakukan sebanyak 32 kali,tidak pernah melakukan IVA test atau papsmear semasa sehatnya, tidak memiliki riwayat penyakit jantung, tidak memiliki hipertensi dan diabetes melitus sebelumnya.

Ny.R mengatakan sering menggunakan cairan antiseptik pada vaginanya dan menggunakannya dengan cara yang salah yaitu penggunaan produk tersebut hingga ke bagian dalam vagina. Riwayat kesehatan keluarga, Ny. R mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mempunyai sakit seperti ini dan tidak ada penyakit keturunan seperti kanker dan keluarga tidak memiliki penyakit kejiwaan.

Riwayat perkawinan, Ny. R mengatakan menikah pertama kali pada umur 26 tahun dan bercerai pada umur 28 tahun kemudian menikah kedua kalinya umur 33 tahun. Usia pernikahan dengan suami kedua sudah 7 tahun. Suami sedang bekerja sebagai pedagang di Batam. Ny.R mengatakan tidak pernah hamil dan memiliki anak. Riwayat data keluarga berencana tidak pernah menggunakan KB. Riwayat haid/status ginekologi, mulai haid pada usia 12 tahun, siklus haid selama 5 hari, nyeri haid terasa pada hari pertama dan kedua namun masih bisa ditoleransi, upaya yang dilakukan hanya istirahat saja. Usia 39 tahun haid mulai tidak teratur dalam 1 bulan terjadi 2 hingga 3 kali haid, mengganti pembalut 3-4 kali per hari dan keluar darah dari jalan lahir dan berbau amis.

Data psikologis, Ny. R mengatakan awalnya ia tidak tahu dan tidak menyangka sudah berada pada stadium akhir pada penyakit ini, karena ia mengatakan kenapa bisa terjadi padanya. Partisipan mengatakan adanya perasaan cemas dan takut terhadap kondisi dan pengobatan yang dilakukan. Selama pengamatan Ny. R tampak bermenung, menangis, kurang bersemangat dalam menjalani program pengobatan.

Data spiritual, selama sehat pasien tidak pernah meninggalkan sholat 5 waktu, namun sejak dia dirawat di rumah sakit pasien jarang melakukan sholat 5 waktu karena kondisi kesehatan dan kondisi vaginanya yang kurang bersih.

Data sosial ekonomi, Ny. R mengatakan tinggal bersama keluarga besarnya. Namun saat ini suami sedang bekerja di Batam dan seorang istri dan ibu rumah tangga, kegiatan sehari-harinya hanya mengurus rumah dan sumber keuangan dibantu oleh suaminya dan saudaranya. Biaya untuk pengobatannya ditanggung oleh BPJS Kesehatan.

Untuk aktivitas sehari-hari, Ny. R mengatakan selama di rawat di rumah sakit, aktivitas dibantu oleh saudara dan keponakannya. Pola makan, tidak nafsu makan, sering merasa mual dan muntah, serta mendapatkan diit MB dan MS setiap pagi hanya menghabiskan makanan 3-5 sendok makan dari makanan yang disediakan.

Untuk pola tidur, tidur kurang nyenyak di malam hari karena sering terjaga ditengah malam karena nyeri, tidur kurang lebih 5 jam sehari, minum sebanyak 5-6 gelas /hari. Frekuensi buang air kecil 4-5 kali/hari, partisipan mengeluh nyeri saat berkemih dan berwarna kuning pekat. Partisipan mengatakan buang air besar 1 kali dalam sehari, mengeluh feses keluar melalui vagina.

Pemeriksaan fisik yang dilakukan pada tanggal 13 Februari 2025 didapatkan kesadaran compos mentis, tekanan darah 113/76 mmHg, frekuensi nadi 112 kali/menit, suhu 36,4 °C, dan frekuensi napas 20 kali/menit dan konjungtiva tampak anemis, turgor kulit menurun, kulit kurang elastis. Berat badan saat ini adalah 42 kg dan tinggi badan 148 cm. Ny.R mengatakan mengalami penurunan berat badan sebanyak 6 kg selama 6 bulan terakhir yaitu 48 kg dengan IMT 19,17. Pemeriksaan abdomen didapatkan hasil perut tidak membuncit, lingkar perut 85 cm, lila 24, skala nyeri 5, bising usus normal. Pemeriksaan ekstremitas atas tampak tangan sebelah kanan terpasang infus, CRT > 2 detik, yaitu 3 detik, akral teraba dingin. Ekstremitas bawah CRT < 2 detik. Pemeriksaan genitalia didapatkan vagina tampak kurang bersih, tampak tercampurnya darah dan feses pada pembalut.

Hasil pemeriksaan laboratorium darah pada tanggal 14 Februari 2025: hemoglobin 6,2 g/dL (normal 12-14 g/dL), leukosit 23.018/mm<sup>3</sup> (normal 5.000-10.000/mm<sup>3</sup>), trombosit 504.000/mm<sup>3</sup> (normal 150.000- 400.000/mm<sup>3</sup>), hematokrit 20% (normal 37-43%), pemeriksaan HbsAg dan HIV non reaktif. MCV 87 fL,( 82-92) MCH 27 pg( 27-31),PT 9,7 detik (normal 9,835-12.235).MCHC 31% ( normal 32-36), RDW-CV 15,4% ( normal 11,5-14,5),hemostasis APTT.APTT 24,3 detik ( normal 23,55-29,1), APTT kontrol 25,9, PT 11,5 detik ( normal 10,57-12,97),INR 1,01 detik ( normal 10,57-12,97)

PT kontrol 11,4 detik ( normal < 1,2). Kimia klinik fungsi hati globulin 4,3 g/dL ( normal 1,3-2,7), total protein 7,4 g/dL ( normal 6,6-8,7), albumin 3,1 g/dL (3,8-5,0), SGOT 12 u/L (normal <32),SGPT 5 u/L ( normal <31), ureum darah 30 mg/dL (normal 10-50), kreatinin darah 0,6 mg/dL ( normal 0,6-1,2), gula darah sewaktu 108 mg/dL ( normal 50-200), elektrolit,natrium 141 mmol/L ( normal 136-145), kalium 3,8 mmol/L ( normal 3,5-5,1), klorida 108 mmol/L ( normal 97-111).

Hasil pemeriksaan CT scan abdomen lengkap : tanggal 10 Januari 2025. Kanker serviks infiltrasi rectosigmoid menyebabkan hidronefrosis grade III dan terdapat kista simpel hepar. Hasil pemeriksaan radiografi thorax tampak jantung tidak membesar dan paru-paru normal.

Pemeriksaan patologi anatomi : tanggal 14 Februari 2025 kreatinin sel karsinoma skuamosa pada serviks dan telah menyebar ke pembuluh limfatik. Bagian serviks pasien tampak potongan- potongan jaringan putih kecoklatan kenyal padat ukuran 2 x 1 x 0,5 cm penampang putih kecoklatan. Pada rektum tampak 2 potongan jaringan putih kecoklatan kenyal ukuran 0,4 x 0,3 x 0,2 cm. Terapi obat yang diberikan pada hari pertama, obat parenteral yaitu IVFD NaCL 0,9% 20 tetes/menit, ranitidin injeksi 1x25mg/ml, paracetamol tablet 1x500 mg, asam tranexamat 1x500 mg, transfusi PRC 4 kantong pada hari rawatan kedua dan ketiga.

## 2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan yang ditegakkan berdasarkan data, didapatkan berupa data subjektif dan data objektif. Analisa data didapatkan dari hasil pengkajian, ditemukan masalah keperawatan pertama yaitu perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin ditandai dengan badan terasa lemah dan keluar darah dari vagina, konjungtiva anemis, Hb: 6,2 g/dL. Turgor kulit menurun, akrilik teraba dingin, CRT 3 detik, nadi 112, mukosa bibir kering dan pucat.

Diagnosis keperawatan kedua yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (neoplasma) yang ditandai dengan terdapat nyeri pada perut bagian bawah dan sekitar vagina, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul, selama 10-15 menit, skala nyeri 5, Ny. R tampak meringis, tampak gelisah, tampak bersikap protektif, tekanan darah 113/76mmHg,frekuensi nadi 112 kali/menit,pernafasan 20 x/ menit,suhu 36,4  $^{\circ}$ C.

Diagnosis keperawatan ketiga yaitu resiko infeksi ditandai dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder. Partisipan mengeluh badannya lemah, feses keluar melalui vagina, rasa nyeri pada area sekitar vagina, hasil hemoglobin mengalami penurunan yaitu 6,2g/dL dan leukosit partisipan meningkat yaitu  $23,018 \times 10^3/\text{mm}^3$ .

Diagnosis keperawatan keempat yaitu retensi urine berhubungan dengan peningkatan tekanan uretra. Partisipan mengeluh adanya sensasi penuh pada kandung kemih, mengeluh nyeri saat berkemih,urine keluar sedikit hanya 4-5 kali dan disuria.

Diagnosis keperawatan kelima yaitu defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan ditandai dengan tidak nafsu makan, mengalami penurunan berat badan 6 kg selama 6 bulan terakhir, mual, muntah, tampak pucat, lemah, hanya menghabiskan 3-5 sendok makan dari diit yang diberikan rumah sakit, berat badan 42 kg dan tinggi badan 148 cm, enam bulan yang lalu berat badan Ny.R adalah 48 kg, IMT 19,17.

Diagnosis keperawatan keenam yaitu ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan Ny. R mengatakan cemas terhadap kondisi penyakitnya dan pengobatan yang dilakukan kepadanya, merasa tidak berdaya, mengeluh penyakitnya tidak bisa disembuhkan karena telah berada pada stadium akhir, tampak gelisah,menangis dan sulit tidur.

### **3. Perencanaan keperawatan**

Rencana asuhan keperawatan yang dilakukan pada Ny. R mengacu pada standar luaran keperawatan indonesia (SLKI) dan standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI). Rencana keperawatan untuk diagnosis keperawatan yaitu perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin untuk 5x24 jam dengan tujuan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil : denyut nadi perifer meningkat, warna kulit pucat menurun, pengisian kapiler membaik, akral membaik, hemoglobin membaik.

Intervensi keperawatan yaitu perawatan sirkulasi, tindakan observasi yang dilakukan yaitu periksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, pengisian kapiler). Tindakan terapeutik yang dilakukan yaitu melakukan hidrasi. Tindakan edukasi menjelaskan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan saat transfusi darah seperti rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, tindakan kolaborasi yang dilakukan yaitu pemberian transfusi darah PRC sesuai order dokter.

Intervensi keperawatan kedua pada diagnosa perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin yaitu transfusi darah, tindakan observasi yang dilakukan yaitu monitor tanda- tanda vital sebelum transfusi, seperti tekanan darah, suhu, nadi, dan pernapasan dan memonitor reaksi transfusi.Tindakan terapeutik yang dilakukan yaitu melakukan pengecekan ganda pada label darah ( golongan darah, rhesus, tanggal kadaluwarsa, nomor seri, jumlah dan identitas pasien), memberikan NaCl 0,9% sebelum melakukan transfusi, mengatur kecepatan aliran transfusi darah selama 4 jam. Tindakan edukasi yang dilakukan yaitu menjelaskan tujuan dan prosedur transfusi, menjelaskan tanda dan gejala reaksi transfusi yang perlu dilaporkan seperti gatal,pusing,sesak napas, atau nyeri dada.

Rencana keperawatan yang dilakukan pada diagnosis keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (neoplasma) untuk 5x24 jam dengan tujuan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, sulit tidur

menurun. Intervensi keperawatan yaitu manajemen nyeri, tindakan observasi mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.

Tindakan terapeutik memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan teknik relaksasi nafas dalam, mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri serta menfasilitasi istirahat dan tidur. Tindakan edukasi menjelaskan strategi meredakan nyeri, mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. Tindakan kolaborasi memberikan analgetik sesuai order dokter.

Rencana keperawatan pada diagnosa resiko infeksi adalah intervensi keperawatan selama 5x24 jam dengan tujuan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil yaitu demam menurun, nyeri menurun, kemerahan dan bengkak menurun, kadar sel darah putih membaik.

Rencana keperawatannya adalah pencegahan infeksi dengan cara memonitor tanda dan gejala infeksi lokal, batasi jumlah pengunjung, menganjurkan mengganti pembalut selama 3-4 jam sehari dan jika terasa sudah penuh, menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan kolaborasi pemberian antibiotik sesuai order dokter.

Rencana keperawatan pada diagnosa retensi urin adalah intervensi keperawatan direncanakan selama 5x24 jam dengan tujuan eliminasi urine membaik dengan kriteria hasil yaitu sensasi berkemih meningkat, desakan berkemih menurun, distensi kandung kemih menurun, berkemih tidak tuntas menurun, disuria menurun, frekuensi BAK membaik. Rencana keperawatannya adalah manajemen eliminasi urine dengan cara tindakan observasi yaitu mengidentifikasi tanda dan gejala retensi urine, mengidentifikasi faktor yang menyebabkan retensi urine dan memonitor eliminasi urine. Tindakan edukasi yang dilakukan yaitu mengajarkan tanda dan gejala infeksi saluran kemih, menganjurkan minum yang cukup.

Rencana keperawatan pada diagnosis keperawatan defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan untuk 5x24 jam dengan tujuan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil : porsi makanan yang dihabiskan meningkat, berat badan membaik, frekuensi makan membaik, nafsu makan membaik, membran mukosa membaik. Intervensi keperawatan yaitu manajemen nutrisi, tindakan observasi yang dilakukan yaitu identifikasi status nutrisi, identifikasi alergi dan intoleransi makanan, identifikasi makanan yang disukai, identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient, monitor asupan makanan, monitor berat badan.

Tindakan terapeutik yang dilakukan yaitu memberikan makanan asupan nutrisi kaya nutrisi. Tindakan edukasi yang dilakukan yaitu ajarkan diet yang diprogramkan, dan menghindari makanan berlemak, berpengawet dan makanan cepat saji.. Tindakan kolaborasi yang dilakukan yaitu memberikan diet MB dan MS sesuai dengan yang diarahkan oleh ahli gizi.

Rencana keperawatan untuk diagnosis keperawatan ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi untuk 5x24 jam dengan tujuan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil : verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun, perilaku gelisah menurun, konsentrasi membaik, pola tidur membaik, perasaan keberdayaan membaik.

Intervensi keperawatan yaitu reduksi ansietas, tindakan observasi yang dilakukan yaitu monitor tanda ansietas (verbal dan non verbal). Tindakan terapeutik yang dilakukan yaitu ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, pahami situasi yang membuat ansietas, dengarkan dengan penuh perhatian, gunakan pedekatan yang tenang dan meyakinkan, motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan, diskusikan perencanaan realistik tentang peristiwa yang akan datang. Tindakan edukasi yang dilakukan yaitu latih teknik relaksasi.

#### **4. Implementasi keperawatan**

Implementasi untuk diagnosis perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin dari tanggal 14-15 Februari 2025 yaitu, melakukan perawatan sirkulasi dengan tindakan keperawatan memberikan transfuse darah (PRC) 4 kolf selama 2 hari sesuai dengan order dokter. Pada hari kedua diberikan tranfuse darah (PRC) sebanyak 2 kolf dan hari ketiga Ny.R mendapatkan transfuse sebanyak 2 kolf.

Pengukuran tanda-tanda vital dilakukan setiap harinya. Pengkajian sirkulasi perifer seperti nadi perifer, CRT pasien dilakukan setiap hari. Pemantauan hasil laboratorium seperti Hb, leukosit, trombosit dilakukan pada hari pertama, ketiga dan keempat. Pemberian hidrasi dengan IVFD NaCL dilakukan pada hari pertama,kedua dan ketiga. Pemberian IVFD Ringer lactat 1x500 ml pada hari rawatan ke 4 tanggal 16 Februari 2025. Peneliti berkolaborasi memberikan terapi obat asam traneksamat 1x500 mg, memberikan informasi kepada Ny. R dan keluarga tentang tanda gejala darurat yang harus dilaporkan saat transfusi darah.

Implementasi untuk diagnosis nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (neoplasma) dari tanggal 13-17 Februari 2025 yaitu melakukan identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri dilakukan setiap hari. Peneliti melakukan pengkajian skala nyeri pada dan melakukan identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri dilakukan setiap hari.

Peneliti memberikan dan mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri yaitu dengan teknik relaksasi nafas dalam dilakukan setiap hari, mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri memfasilitasi untuk istirahat dan tidur. Peneliti menganjurkan cara mengurangi nyeri dengan cara miring kiri dan kanan yang dianggap nyaman oleh pasien. Peneliti berkolaborasi memberikan obat penurun nyeri yaitu paracetamol tablet 1x500mg sesuai order dokter pada hari rawatan pertama,kedua,ketiga dan kelima.

Implementasi keperawatan pada diagnosa ketiga yaitu resiko infeksi ditandai dengan ketidakadekuatan sistem pertahanan tubuh sekunder dengan tindakan keperawatan yang dilakukan adalah menjelaskan tanda dan gejala infeksi, membatasi jumlah pengunjung. Peneliti melakukan kolaborasi pemberian antibiotik, pada hari rawatan kedua tanggal 14 Februari 2025 partisipan mendapatkan metronidazole 1x500mg, pada hari ketiga tanggal 15 Februari 2025 partisipan mendapatkan levofloksasin 1x750mg,dan pada hari keempat tanggal 16 Februari 2025 dan kelima tanggal 17 Februari 2025 partisipan mendapatkan paracetamol tablet 1x500mg dan cefixime tablet 1x200mg sesuai order dokter, menganjurkan partisipan mengganti pembalut 3-4 jam sehari dan saat pembalut sudah penuh, menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan kepada pasien dan keluarga.

Implementasi keperawatan pada hari rawatan pertama hingga hari rawatan kelima pada diagnosa empat yaitu retensi urine berhubungan dengan peningkatan tekanan uretra. Tindakan keperawatannya yaitu manajemen eliminasi urine. Tindakan observasi mengidentifikasi tanda dan gejala retensi urine,mengidentifikasi faktor yang menyebabkan retensi urine,memonitor eliminasi urine.Tindakan edukasi yaitu mengajarkan tanda dan gejala infeksi saluran kemih, menganjurkan minum air putih yang cukup

Implementasi untuk diagnosis defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan dari tanggal 13-17 Februari 2025 yaitu pada hari pertama mengkaji apakah ada alergi makanan, mengkaji kemampuan partisipan dalam asupan nutrisi, memimbang berat badan. Peneliti menganjurkan meningkatkan makanan yang mengandung gizi seimbang setiap hari,menganjurkan menjauhi makanan instant, junk food dan berpengawet,memonitor mual dan muntah dilakukan setiap hari, memonitor makanan yang dapat dihabiskan setiap hari, kolaborasi memberikan diet MB dan MS sesuai dengan yang diarahkan oleh ahli gizi, kolaborasi dengan dokter obat anti mual yaitu pada hari pertama tanggal 13 Februari 2025 diberikan ranitidin injeksi 1x25mg/ml,hari rawatan kedua tanggal 14 Februari 2025 partisipan mendapatkan omeprazol injeksi 1x40 mg, Pada hari

rawatan keempat tanggal 16 Februari 2025 partisipan mendapatkan obat antiemetik yaitu ondansetron tablet 1x4 mg. Rawatan kelima partisipan mendapatkan ranitidine tablet 1x150 mg.

Implementasi untuk diagnosis ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi dari tanggal 13-17 Februari 2025 yaitu Pada hari pertama dilakukan pengkajian tanda ansietas (verbal dan non verbal), menciptakan suasana terapeutik yang dapat menumbuhkan kepercayaan, memahami situasi yang meningkatkan ansietas, mendengarkan dengan penuh perhatian, menggunakan pedekatan yang tenang dan meyakinkan. Pada hari kedua menjelaskan kepada Ny. R tentang pengobatan yang dilakukannya, mendiskusikan perencanaan realistik tentang peristiwa yang akan datang, menganjurkan keluarga untuk tetap bersama Ny. R dan melatih teknik relaksasi benson.

## 5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan dilakukan setiap hari selama 5 hari. Setelah dilakukan implementasi keperawatan pada Ny. R pada diagnosis keperawatan perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin didapatkan masalah teratasi pada hari ke empat.

Hasil yang didapatkan yaitu pada hari ke-1 tampak pucat, konjungtiva anemis, CRT > 2 detik, nadi perifer teraba lemah, akral teraba dingin, hasil pemeriksaan hemoglobin pada tanggal 13 Februari 2025 yaitu 6,2 g/dL. Leukosit 23,018 x $10^3$ /mm $^3$  didapatkan tanda-tanda vital, tekanan darah 101/62 mmHg, nafas 22x/menit, suhu 36,5°C, hematokrit 20%.

Hari rawatan ke-2, diberikan 2 kolf PRC, didapatkan hasil evaluasi tampak pucat, lemah, nadi perifer masih teraba lemah, akral teraba dingin. Terpasang NaCl 0,9% untuk hidrasi. Pada hari ke-3 Ny. R mendapatkan 2 kolf transfusi darah PRC lagi, didapatkan hasil evaluasi tanda- tanda vital dalam batas normal, tekanan darah : 102/75 mmhg, nadi 76 x/menit, pernafasan 20x/menit, akral teraba hangat, CRT < 2 detik, konjungtiva tidak anemis, nadi perifer teraba kuat dan hasil pemeriksaan

hemoglobin pada tanggal 15 Februari 2025 yaitu 11,5 g/dL, leukosit  $20,007 \times 10^3/\text{mm}^3$ , eritrosit  $4,019 \times 10^6$ .

Hari rawatan ke-4 Ny.R menjalani operasi histeroskopi, URS+ Insersi DJ Srent bilateral dan colonoscopy pada jam 08.20-10.30 WIB dengan hasil tidak ada pendarahan selama operasi berlangsung, Hb dalam batas normal yaitu 12,4 g/dL, leukosit  $20,097 \times 10^3/\text{mm}^3$ , eritrosit  $4,055 \times 10^6$ , trombosit  $341 \times 10^3/\text{mm}^3$ , hematokrit 39%, tangan sebelah kiri terpasang ringer lactat  $1 \times 500\text{cc}$ . Hari ke-5 tidak mendapatkan transfusi darah PRC sesuai dengan order dokter, tidak terpasang infus, perfusi sudah membaik, hemoglobin, hematokrit, eritrosit, trombosit sudah membaik yaitu 12,4 g/dL, leukosit  $20,097 \times 10^3/\text{mm}^3$ , eritrosit  $4,055 \times 10^6$ , trombosit  $341 \times 10^3/\text{mm}^3$ , hematokrit 39% dan Ny. R diizinkan pulang.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan pada Ny. R pada diagnosis keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (neoplasma) didapatkan masalah sudah teratasi sampai hari kelima. Hasil yang didapatkan yaitu pada hari ke-1 nyeri pada perut bagian bawah, skala nyeri 4, tampak meringis, tampak bersikap protektif. Tekanan darah pada hari pertama  $101/62\text{mm/Hg}$ , nadi  $74 \times/\text{menit}$ , pernapasan  $22 \times/\text{menit}$ , suhu  $36,5^{\circ}\text{C}$ . Pada hari ke 2 nyeri masih dirasakan, skala nyeri 4, tampak meringis, tampak gelisah, tampak bersikap protektif. Tekanan darah pada hari kedua  $119/75 \text{ mm/Hg}$ , nadi  $89 \times/\text{menit}$ , pernapasan  $20 \times/\text{menit}$ , suhu  $36,6^{\circ}\text{C}$ .

Pada hari ke 3 nyeri masih dirasakan, skala nyeri 4, masih tampak meringis. Tekanan darah pada hari ketiga  $115/76 \text{ mm/Hg}$ , nadi  $82 \times/\text{menit}$ , pernapasan  $18 \times/\text{menit}$ , suhu  $36,4^{\circ}\text{C}$ . Pada hari ke 4 nyeri masih dirasakan, skala nyeri 4, tampak meringis, tampak gelisah, tampak bersikap protektif. Tekanan darah pada hari keempat  $115/68 \text{ mm/Hg}$ , nadi  $70 \times/\text{menit}$ , pernapasan  $19 \times/\text{menit}$ , suhu  $36^{\circ}\text{C}$ .

Hari ke 5 partisipan mengatakan nyeri masih dirasakan namun masih bisa di toleransi, nyeri tersebut hilang timbul, skala nyeri 3, tekanan darah 121/78 mm/Hg, pernapasan 18 x/menit, suhu 36, 5<sup>0</sup>C, tampak meringis, tampak tidak gelisah,partisipan tampak sudah paham dan menerapkan teknik nafas dalam, partisipan sudah diperbolehkan pulang.

Setelah dilakukan implementasi keperawatan pada partisipan pada diagnosis resiko infeksi ditandai dengan ketidakadekuatan sistem pertahanan tubuh sekunder yaitu penurunan hemoglobin dengan hasil 6,2g/dL, peningkatan leukosit dengan hasil  $23,18 \times 10^3/\text{mm}^3$  dan feses keluar melalui vagina didapatkan masalah teratasi sebagian pada hari kelima karena pasien sudah diperbolehkan oleh dokter untuk pulang karena hemoglobin sudah membaik dengan hasil 12,5g/dL namun leukosit pasien masih tinggi yaitu  $20,97 \times 10^3/\text{mm}^3$ .

Hasil didapatkan pada hari pertama Ny.R mengatakan badannya masih terasa lemas,feses dan darah masih keluar melalui vagina,nyeri pada perut bagian bawah dan sekitar vagina masih dirasakan. Leukosit pasien yaitu  $23,18 \times 10^3/\text{mm}^3$  dan trombosit 504.Suhu Ny.R 36,5<sup>0</sup>C. Pada hari kedua Ny.R mengatakan badannya masih merasa lemas,feses dan darah masih keluar melalui vagina, nyeri pada perut bagian bawah dan sekitar vagina masih dirasakan. Suhu Ny.R 36,6<sup>0</sup>C. Leukosit masih tinggi  $23,18 \times 10^3/\text{mm}^3$  dan hemoglobin menurun 6,2g/dL.

Hari rawatan ke 3 Ny.R mengatakan badannya masih terasa lemah,feses dan darah masih keluar melalui vagina,nyeri pada perut bagian bawah dan sekitar vagina masih dirasakan. Suhu Ny.R 36,4<sup>0</sup>C. Hemoglobin mulai meningkat yaitu 11,5 dan leukosit partisipan mulai menurun  $20,07 \times 10^3/\text{mm}^3$ .

Pada hari keempat Ny.R mengatakan badannya masih lemas karena post histeroskopi + URS + insersi DJ stent bilateral + colonoscopy, partisipan mengatakan nyeri masih dirasakan pada bagian perut bagian bawah dan sekitar vagina dan menggigil. Partisipan mengatakan feses dan darah masih keluar melalui vagina. Hasil laboratorium leukosit partisipan mengalami peningkatan

yaitu  $20.970 \times 10^3/\text{mm}^3$  Hemoglobin : 12,4 g/dL, trombosit:  $341 \times 10^3 / \text{mm}^3$ , suhu  $36^{\circ}\text{C}$ .

Pada hari kelima Ny.R mengatakan badannya mulai bertenaga, tidak menggigil lagi, nyeri mulai berkurang pada bagian perut bagian bawah dan sekitar vagina. Partisipan mengatakan feses dan darah masih keluar melalui vagina. Hasil laboratorium leukosit pasien :  $20.970 \times 10^3/\text{mm}^3$ , hemoglobin : 12,4 g/dL trombosit:  $341 \times 10^3 / \text{mm}^3$  dan Suhu :  $36,5^{\circ}\text{C}$ .

Hasil yang didapatkan pada hari pertama diagnosa retensi urine berhubungan dengan peningkatan tekanan uretra, Ny.R mengatakan masih terasa nyeri saat berkemih, urine keluar sedikit-sedikit,tampak ada massa pada ureter partisipan dilihat melalui hasil pemeriksaan ct scan abdomen lengkap.Hari rawatan keempat setelah operasi pemasangan dj stent pada partisipan, Ny.R mengatakan urine sudah mulai banyak keluar, nyeri saat berkemih sudah berkurang, urine partisipan berwarna kuning, frekuensi 6-7 kali berkemih. Hari rawatan kelima, Ny.R mengatakan nyeri saat berkemih sudah berkurang,urine sudah lancar keluar dan tampak kateter sudah dilepas.

Setelah dilakukan implementasi keperawatan pada Ny.R diagnosis keperawatan defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan didapatkan masalah sudah teratasi sampai hari kelima. Hasil yang didapatkan yaitu pada hari ke-1 kurang nafsu makan, mengeluh mual dan muntah, mengeluh muntah sebanyak 1 kali, tampak tidak menghabiskan makanannya, hanya menghabiskan 3-5 sendok makan dari makanan yang diberikan. Pada hari ke-2 kurang nafsu makan, masih mengeluh mual namun sudah tidak muntah, makanan masih bersisa, hanya menghabiskan seperempat porsi makanan yang diberikan, sudah mencoba memakan buah-buahan dan susu yang diberikan oleh ahli gizi namun hanya menghabiskan setengah botol susu yang diberikan.

Pada hari ke-3 sudah mulai menghabiskan setengah porsi makanan dan masih mengeluh mual, diberikan tindakan huknah untuk persiapan operasi . Pada hari ke-4 Ny. R menjalani operasi dan mengatakan bahwa ia harus di puaskan selama 8 jam. Pada hari ke- 5 Ny.R sudah menghabiskan makanan yang diberikan, nafsu makan sudah membaik, rasa mual sudah berkurang dan sudah bisa mengatasi rasa mualnya.

Setelah dilakukan implementasi keperawatan pada Ny.R pada diagnosis keperawatan ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi didapatkan masalah sudah teratasi sampai hari kelima. Hasil yang didapatkan yaitu pada hari ke-1 masih tampak cemas dengan kondisinya saat ini, tampak cemas, tidak bersemangat dalam menjalani proses pengobatannya dan menangis terhadap kondisinya.

Hari ke-2 partisipan mengatakan merasa cemas dengan kondisinya saat ini dan sedih karena suaminya tidak bisa menemaninya di rumah sakit dikarenakan suaminya sedang bekerja di Batam. Pada hari ke-3 tampak cemas dan khawatir dengan penyakitnya serta proses operasinya besok hari. Hari ke-4 partisipan mengatakan cemas sudah berkurang karena hasil pemeriksaan hemoglobin sudah membaik, tidak mendapatkan transfusi darah PRC lagi dan sudah paham terhadap penyakit yang dideritanya sehingga cemas yang dirasakan sudah berkurang.

Ny.R tampak ceria karena operasinya berjalan lancar dan saudaranya sudah banyak yang mengunjunginya di rumah sakit. Pada hari ke-5 cemas tampak mulai menghilang dan merasa senang karena sudah diperbolehkan pulang oleh dokter.

## B. Pembahasan kasus

Setelah dilakukan asuhan keperawatan melalui pendekatan proses keperawatan meliputi pengkajian keperawatan, menetapkan diagnosis keperawatan, menyusun perencanaan tindakan keperawatan, melaksanakan pelaksanaan dan evaluasi keperawatan, maka pada bab ini peneliti membahas mengenai kesenjangan antara teori dengan kenyataan yang ditemukan dalam perawatan kasus kanker serviks pada

partisipan yang telah dilakukan asuhan keperawatan pada tanggal 13 sampai tanggal 17 Februari 2025 di RSUP Dr. M. Djamil Padang yang dapat diuraikan sebagai berikut :

### **1. Pengkajian keperawatan**

Partisipan melaporkan beberapa keluhan, antara lain badan terasa lemah, kulit pucat, nyeri di bagian perut bagian bawah dan sekitar vagina, keluarnya darah dan feses dari vagina yang mengharuskan partisipan menggunakan pembalut, mual, muntah, hilangnya nafsu makan dan anemia.

Perubahan keadaan kanker serviks pada tahap awal belum menimbulkan gejala apapun dan cenderung belum terdeteksi. Gejala mulai muncul ketika sel serviks sudah tidak normal dan mengganas serta menyebar ke jaringan di sekitarnya. Gejala perkembangan terus berlanjut seperti perdarahan pervaginam terutama setelah melakukan hubungan seksual,perdarahan yang tidak normal setelah menopause, keputihan berbau busuk, encer,berwarna merah muda, cokelat, hitam dan tercampur darah, nyeri pada perut bagian bawah, nyeri pinggang, sering berkemih, penurunan berat badan dan nafsu makan,sakit saat buang air besar dan buang air kecil, keluarnya feses atau urine dari vagina serta nyeri pada anggota gerak terutama pada kaki.<sup>1</sup>

Pada stadium lanjut pasien kanker serviks merasakan sakit pada pelvis, sakit saat berhubungan seksual, dan sekresi vagina yang tidak normal, rasa sakit di punggung bawah atau kaki, kelelahan, penurunan berat badan, dan pembengkakan pada kaki.Pada stadium IV A kanker telah menyebar ke organ sekitar panggul seperti kandung kemih dan rektum.Pada stadium IV B kanker telah menyebar ke organ terjauh dari panggul seperti paru-paru.<sup>21</sup>

Penderita kanker serviks mengalami perubahan pola defekasi dan eliminasi disebabkan oleh metastase sel kanker ke usus menyebabkan penumpukan feses dan urin di usus. Pasien stadium akhir di anjurkan untuk mengoperasi usus karena telah terjadi metastase sel kanker sehingga feses dikeluarkan

melalui colostomy.<sup>39</sup> Salah satu gejala kanker serviks adalah terjadinya anemia dan gagal ginjal.<sup>3</sup>

Keluhan yang dirasakan pasien kanker serviks yaitu masalah saluran pencernaan seperti perut kembung, perdarahan pervaginam secara terus menerus, siklus menstruasi tidak teratur, berat badan dan nafsu makan menurun, kelelahan serta nyeri pada perut bagian bawah.<sup>55</sup>

Feses partisipan keluar melalui vagina disebabkan oleh munculnya fistula antara vagina dan anus sehingga feses dapat keluar melalui vagina. Fistula ini dapat tumbuh di antara vagina dengan saluran kemih sehingga urine dapat keluar melalui vagina.<sup>56</sup>

Fistula merupakan sambungan atau saluran abnormal yang muncul pada dua bagian tubuh. Pada kanker serviks, fistula dapat terbentuk diantara vagina dan kandung kemih atau rektum sehingga menyebabkan keluarnya cairan atau feses ke vagina tanpa henti.<sup>57</sup>

Pasien kanker serviks merasakan nyeri pada perut bagian bawah sekitar panggul, biasanya dirasakan hanya pada bagian itu saja atau menjalar ke paha dan seluruh panggul. Nyeri ini bersifat progresif dan sering dimulai di daerah lumbal dan menjalar ke pelvis dan tungkai bawah karena terjadi invasi kandung kemih atau rektum.<sup>58</sup>

Menurut peneliti, terdapat kesesuaian antara teori dan kasus yang dialami oleh partisipan tersebut. Partisipan melaporkan mengalami nyeri di bagian bawah perut, mual, penurunan berat badan dan nafsu makan, keluarnya feses melalui vagina, serta anemia, disertai dengan perdarahan pervaginam.

Nyeri yang dialami oleh partisipan disebabkan tekanan pada saraf lumbosakralis akibat pertumbuhan sel abnormal. Tekanan yang terjadi pada saraf lumbosakralis dapat memicu produksi hormon prostaglandin berfungsi sebagai pemicu rasa nyeri. Perdarahan yang dialami oleh partisipan disebabkan oleh perubahan

abnormal pada sel epitel (dysplasia) sehingga terjadi kerusakan pada permeabilitas pembuluh darah dan menyebabkan perdarahan di serviks.

Gangguan pada pola defekasi disebabkan oleh metastasis sel kanker ke rektum mengakibatkan keluarnya feses melalui vagina. Feses partispan keluar melalui vagina disebabkan oleh munculnya fistula antara vagina dan anus sehingga feses dapat keluar melalui vagina. Anemia muncul akibat perdarahan pervaginam yang terus-menerus dialami oleh partisipan.

Partisipan mengatakan sering menggunakan antiseptik pada vaginanya dan salah dalam menggunakannya yaitu partisipan menggunakan antiseptic vagina tersebut yaitu ke bagian dalam vagina.

Dalam merawat daerah kewanitaannya, wanita sering kali tertarik menggunakan antiseptik, baik dalam bentuk pencuci vagina maupun bentuk lain, seperti deodoran. Hal itu sebenarnya merupakan suatu tindakan yang keliru karena penggunaan antiseptik mempunyai risiko yang sangat besar untuk terserang kanker serviks.<sup>29</sup>

Pencucian vagina menggunakan bahan kimia dengan kadar pH yang tidak cocok sebaiknya tidak dilakukan secara rutin kecuali jika ada indikasi misalnya infeksi yang memerlukan pencucian dengan zat-zat kimia yang disarankan oleh dokter. Pembersih tersebut dapat membunuh bakteri baik yaitu Bacillus doderlain pada vagina yang memproduksi asal laktat untuk mempertahankan pH vagina.<sup>30</sup> Antiseptik akan merangsang perubahan sel yang pada akhirnya akan berubah menjadi kanker.<sup>31</sup>

Penggunaan sabun pembersih vagina dengan pH > 4 berisiko 2,36 kali lebih besar untuk menderita kanker serviks.<sup>30</sup> Terdapat hubungan antara penggunaan pembersih vagina terhadap kejadian kanker serviks yang menunjukkan bahwa penggunaan pembersih vagina memiliki peluang berisiko 7 kali lebih besar menderita kanker serviks dibanding dengan yang tidak menggunakan pembersih vagina.<sup>59</sup>

Menurut analisa peneliti, terdapat kesesuaian faktor resiko terjadinya kanker serviks dari teori dengan kenyataan yang ditemukan yaitu sering menggunakan antiseptic pada vagina dapat membunuh bakteri baik yaitu Bacillus doderlain pada vagina yang berfungsi memproduksi asal laktat untuk mempertahankan pH vagina. Antiseptik tersebut dapat merangsang perubahan sel sehingga sel abnormal akan berubah menjadi kanker.

Partisipan mengatakan umurnya sudah 40 tahun. Partisipan baru saja mengetahui penyakitnya saat umur 39 tahun. Kanker serviks paling sering di diagnosis pada wanita antara usia 35 dan 44 tahun dengan usia rata-rata saat diagnosis adalah 50.<sup>60</sup> Kejadian kanker serviks berkaitan dengan meningkat dan lamanya terpapar karsinogen serta melemahnya sistem kekebalan tubuh. Semakin lama seseorang hidup maka akan semakin lama terpapar karsinogen yang merupakan senyawa pemicu kanker dan semakin tua seseorang maka tingkat kekebalan tubuh juga menurun yang mana dapat mempermudah pertumbuhan dan perkembangan virus penyebab kanker serviks di dalam tubuh. Oleh karena itu meningkatkan kekebalan tubuh sangat penting untuk melawan pertumbuhan dan perkembangan virus kanker serviks.<sup>61</sup>

Partisipan mengatakan bahwa suaminya perokok aktif. Ny. R mengatakan setiap hari terpapar asap rokok. Merokok akan merangsang terbentuknya sel kanker karena pada wanita perokok terdapat nikotin yang bersifat karsinogen di cairan serviks sehingga dapat mendorong terjadinya pertumbuhan kanker. Wanita yang menghirup asap rokok yang dihembuskan oleh perokok lain juga bisa mendapatkan kanker serviks ini meskipun ia sama sekali tidak merokok hanya menghirup asap rokok orang di dekatnya. Perokok pasif membuat perempuan lebih rentan membentuk abnormalitas jaringan serviks. Perokok pasif sejak lama dikaitkan dengan meningkatnya risiko kanker serviks.<sup>28</sup> wanita yang terpapar asap rokok berisiko 4,75 kali lebih besar dibandingkan wanita yang tidak terpapar asap rokok.<sup>62</sup> Perokok pasif mempunyai risiko yang sama dengan perokok aktif yang mana wanita yang menjadi perokok pasif tetap menghirup

asap rokok yang mengandung zat karsinogen yang dapat menurunkan daya tahan tubuh dan bisa memicu abnormalitas pada jaringan serviks.<sup>61</sup>

Menurut analisa peneliti, terdapat kesesuaian antara teori dengan kasus yang dialami partisipan tersebut. Partisipan mengatakan seorang perokok pasif dan suaminya merupakan perokok aktif. Perokok pasif membuat perempuan lebih rentan membentuk abnormalitas jaringan serviks. Perokok pasif mempunyai risiko yang sama dengan perokok aktif yang mana wanita yang menjadi perokok pasif tetap menghirup asap rokok yang mengandung zat karsinogen yang dapat menurunkan daya tahan tubuh dan bisa memicu abnormalitas pada jaringan serviks.

Partisipan mengatakan bahwa semasa sehatnya tidak pernah melakukan IVA test atau papsmear di puskesmas karena tidak mendapat informasi pentingnya deteksi dini kanker serviks melalui IVA test atau papsmear. Partisipan beranggapan mengikuti tes kesehatan tersebut memakan banyak biaya.

Pengetahuan pada wanita usia subur memiliki hubungan yang signifikan dengan deteksi dini pemeriksaan IVA. Deteksi dini kanker serviks pada wanita usia subur tidak sepenuhnya dipengaruhi oleh pengetahuan formal, karena dipengaruhi oleh tingginya arus informasi yang diterima melalui media promosi kesehatan. Perilaku melakukan tindakan deteksi dini pemeriksaan IVA berhubungan dengan kesadaran dan keinginan menjaga kesehatan kearah yang lebih baik.<sup>63</sup>

Menurut analisa peneliti pentingnya meningkatkan promosi kesehatan sebagai usaha preventif untuk meminimalisir pertambahan kasus kanker serviks di Indonesia khususnya masyarakat yang berpendidikan rendah dan ekonomi rendah. Mereka kurang menyadari pentingnya menjaga kesehatan genitalianya.

Partisipan mengatakan awalnya ia tidak tahu dan tidak menyangka akan mengalami penyakit ini, karena ia mengatakan kenapa bisa terjadi padanya. Partisipan mengatakan merasa cemas dan takut terhadap kondisinya atau pengobatan yang harus dia lakukan.

Selama observasi tampak bermenung, menangis, tampak tegang dan tampak pucat. Partisipan mengatakan kenapa secepat ini perkembangan penyakitnya. Tampak kurang bersemangat dalam menjalani program pengobatannya.

Penyakit kanker serviks adalah kondisi penyakit kronis jangka panjang yang membuat pasien tidak nyaman saat menjalani proses pengobatannya. Beberapa sumber kecemasan terkait dengan penyakit ini termasuk kekhawatiran tentang akibat dari penyakit tersebut, tindakan medis yang diperlukan, masalah keuangan, masalah rumah tangga dan anak, pekerjaan, hubungan seksual, citra tubuh, kepuasan pernikahan, dan kematian. Kanker serviks memiliki efek fisik dan psikologis, penderita kanker ginekologik menghadapi banyak perubahan dalam hidupnya. Saat seseorang didiagnosa menderita kanker serviks, respons emosional yang paling umum adalah kecemasan dan penolakan.<sup>64</sup>

Kecemasan dapat menyebabkan kondisi kesehatan seseorang menjadi lebih buruk, seperti yang terjadi pada pasien kanker serviks, tingkat kecemasan yang tinggi akan mempengaruhi proses kesembuhan mereka dan menghambat mereka untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Pasien kanker serviks yang mengalami depresi akan cenderung mengalami kesedihan, tubuh menjadi lemah dan kurangnya minat dalam segala hal sehingga progres pengobatan menjadi lebih lambat.<sup>64</sup>

Berdasarkan analisa peneliti, terdapat keselarasan antara teori dan realitas yang dialami oleh partisipan. Peneliti berpendapat bahwa dengan memberikan pengetahuan dan informasi mengenai pengobatan kanker serviks, serta dukungan dari keluarga, tingkat kecemasan yang dirasakan oleh partisipan dapat menurun. Selain itu, kecemasan yang dialami oleh partisipan dapat dipicu oleh ketidakmampuan mereka dalam mengelola stres dengan efektif.

Pemeriksaan fisik pada partisipan didapatkan konjungtiva anemis, bibir kering, turgor kulit menurun yaitu kurang elastis, wajah tampak pucat, akral dingin, CRT 3 detik, genitalia tampak kurang bersih dan terdapat darah dan feses keluar dari vagina berwarna kecoklatan, berbau amis, konsistensi cair.

Data yang didapatkan menunjukkan tanda dan gejala kekurangan sel darah merah dan penurunan Hb atau disebut juga dengan anemia.

Anemia merupakan penurunan kadar sel darah merah yang mengandung hemoglobin dan berfungsi mengangkut oksigen ke seluruh tubuh. Anemia pada pasien kanker serviks dapat terjadi karena pendarahan dan efek samping dari terapi seperti kemoterapi serta radioterapi. Kanker dapat bermetastase ke organ lain seperti sumsum tulang belakang sehingga menyebabkan peradangan sistemik yang dapat menekan produksi sel darah merah.<sup>65</sup>

Pasien kanker serviks mengalami perdarahan menyebabkan konjungtiva klien anemis karena penipisan sel epitel sehingga merusak permeabilitas pembuluh darah.<sup>66</sup> Cairan yang keluar dari vagina secara tidak normal, meningkat, menjadi berair, dan akhirnya berwarna gelap dan berbau busuk karena infeksi dan nekrosis tumor.<sup>67</sup> Kanker serviks menyebabkan massa yang terlihat lebih besar di area perut karena sel kanker sudah menyebar secara langsung ke dalam jaringan servikal.<sup>35</sup>

Berdasarkan analisa peneliti, terdapat kesesuaian dengan teori yang menyatakan bahwa anemia pada partisipan disebabkan oleh perdarahan pada vagina. Perdarahan ini disebabkan oleh infeksi virus yang menyerang jaringan serviks dan sekitarnya. Penyebab lain terjadinya anemia pada pasien kanker serviks adalah peradangan sistemik yang menyebabkan hambatan produksi sel darah merah oleh sumsum tulang belakang, kerusakan permeabilitas pembuluh darah karena penipisan sel epitel. Kanker serviks dapat mengganggu produksi sel darah merah pada sumsum tulang belakang. Jika perdarahan berlangsung terus-menerus, tubuh akan kehilangan banyak darah, sehingga terjadi penurunan kadar hemoglobin dan menyebabkan konjungtiva menjadi anemis.

Keluarnya rabas vagina berwarna cokelat, berasal dari jaringan nekrosis dan darah di area serviks, berbau busuk diakibatkan oleh peningkatan jumlah leukosit didalam tubuh karena infeksi serta efek samping dari radioterapi atau

kemoterapi. Dengan demikian, peneliti menyimpulkan bahwa terdapat keselarasan antara teori dan kasus yang ditemukan pada partisipan tersebut.

Hasil pemeriksaan laboratorium pada partisipan didapatkan nilai Hb menurun dan jumlah leukosit meningkat. Nilai Hb: 6,2 gr/ dl, leukosit: 23,18/ mm<sup>3</sup>. Penurunan kadar Hb yang disebabkan oleh perdarahan pervagina sehingga terjadi anemia pada penderita kanker serviks.

Perdarahan pervagina dapat terjadi karena efek samping dari radioterapi dan kemoterapi.<sup>39</sup> Peningkatan leukosit terjadi akibat rabas pada vagina secara bertahap meningkat jumlahnya, menjadi berair, dan akhirnya berwarna gelap dan berbau busuk karena nekrosis dan infeksi tumor.<sup>67</sup>

Menurut analisa peneliti, terjadi penurunan kadar Hb karena sering terjadinya perdarahan akibat menipisnya sel epitel. Gangguan sumsum tulang belakang dapat terjadi akibat infeksi, kekurangan nutrisi dan akibat dari pengobatan kanker serviks seperti kemoterapi dan radioterapi.

Hemoglobin yang rendah dapat menyebabkan keletihan, badan terasa lemas, akral teraba dingin, CRT 3 detik, pucat karena pengikat oksigen dalam darah menurun dan tidak mempunyai energi sehingga daya tahan tubuh menurun sehingga mudah terserang infeksi. Apabila terjadi infeksi, leukosit akan meningkat untuk mengompensasi kerusakan jaringan akibat infeksi. Oleh karena itu pasien dengan kanker serviks akan mengalami peningkatan leukosit melebihi angka normal.

Partisipan mengatakan urinnya keluar sedikit hanya 4-5 kali berkemih, nyeri saat berkemih dan berdasarkan hasil CT scan abdomen lengkap didapatkan ada massa pada saluran kemihnya sehingga menyebabkan hidronefrosis.

Hidronefrosis merujuk pada dilatasi pelvis ginjal serta kaliks ginjal, dengan atrofi parenkim yang disebabkan oleh sumbatan aliran keluar urin. Sumbatan ini bisa timbul secara tiba-tiba maupun lambat, dan bisa terjadi pada semua tingkat saluran kemih, mulai dari uretra hingga pelvis ginjal.

Hidronefrosis dapat terjadi salah satunya adanya benda asing seperti batu (kalkuli), papil nekrotik, hiperplasia prostat yang jinak, kanker prostat, tumor kandung kemih, papilloma serta kanker, tumor ganas yang berdampingan, limfoma retroperitoneal, kanker serviks ataupun rahim.<sup>68</sup>

## 2. Diagnosa keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian diagnosis keperawatan yang muncul yaitu perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (neoplasma), defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan, ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi dan resiko infeksi ditandai dengan penurunan sistem pertahanan tubuh sekunder.

Diagnosis keperawatan pertama yaitu **perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin**. Data yang didapatkan dari partisipan yaitu, data subjektif partisipan mengatakan badannya terasa lemah, partisipan mengatakan keluar darah dari vagina. Data objektif partisipan tampak pucat, lemas, konjungtiva anemis, akral teraba dingin, perbedaannya terdapat pada hasil pemeriksaan hematologi didapatkan hasil hemoglobin 6,2 g/dl (12-14 g/dl).

Perfusi perifer tidak efektif muncul karena terjadinya penurunan kadar Hb akibat perdarahan yang terjadi pada penderita kanker serviks sehingga darah ke perifer berkurang akibatnya terjadilah anemia ditandai dengan konjungtiva anemis, CRT 3 detik, akral teraba dingin, turgor kulit menurun dan mukosa bibir pucat.<sup>3</sup> Salah satu kondisi fisik yang didapatkan dari penderita kanker serviks yaitu konjungtiva anemis, dan terjadi penurunan kadar Hb pada penderita kanker serviks.<sup>69</sup>

Menurut analisa peneliti, ada kesesuaian antara teori dan kenyataan. Partisipan awalnya sering mengalami perdarahan diluar menstruasi namun sering diabaikan dan berlanjut sehingga terjadinya perdarahan yang banyak dan terus menerus pada vagina sehingga kondisi itu mengakibatkan Hb menurun sehingga terjadi

anemia yang ditandai dengan partisipan tampak pucat, lemas, dan konjungtiva anemis. Pada pemeriksaan hematologi juga ditemukan hasil hemoglobin 6,2 g/dL.

Diagnosis keperawatan kedua pada partisipan adalah **nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis (neoplasma)**. Data yang didapatkan pada partisipan yaitu partisipan mengeluh nyeri dibagian perut kanan bagian bawah dan sekitar vagina, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul, selama 10-15 menit dengan skala nyeri 5.

Perasaan nyeri didefinisikan sebagai suatu rasa tidak nyaman, ringan ataupun berat. Rasa nyeri terjadi akibat dari kerusakan fisik oleh penyakit kanker serviks, namun rasa nyeri juga bisa disebabkan atau bisa bertambah parah karena adanya gangguan emosional, sosial, psikologis dan spiritual. Nyeri juga bisa diakibatkan oleh tekanan massa kanker yang menekan organ dan struktur vital yang ada didekatnya.

Hal ini dapat merusak saraf sehingga menyebabkan sindrom nyeri yang khas serta hilangnya fungsi dan mati rasa di area yang terkena. Pada pasien kanker serviks mengalami nyeri yang dirasakan di daerah pinggang menjalar ke paha depan atau belakang, lanjut di daerah lutut dan terus ke kaki. Ketika kanker menyebar di tulang, kanker dapat menyebabkan rasa sakit patah tulang.<sup>70</sup> Nyeri pada pasien tersebut disebabkan karena adanya desakan massa atau penekanan pada saraf lumbosakralis akibat pertumbuhan sel yang tidak normal dan terjadinya metastase ke organ lain.<sup>39</sup>

Menurut analisa peneliti, terdapat kesesuaian antara teori dengan kenyataan. Nyeri akut yang terjadi pada partisipan karena adanya keluhan nyeri yang dirasakan oleh partisipan dari awal masuk rumah sakit sampai saat dilakukan pengkajian. Keluhan tersebut terjadi karena adanya pertumbuhan sel yang tidak normal sehingga mendesak atau menekan saraf lumbosakralis yang dapat merangsang hormon prostaglandin yang berfungsi sebagai pemberi stimulus nyeri.

Diagnosis keperawatan yang ketiga pada partisipan adalah **resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder**. Sesuai data yang didapatkan pada partisipan yaitu partisipan mengatakan merasa lemas, feses keluar melalui vagina, vagina tampak kurang bersih, nyeri pada perut bagian bawah dan sekitar vagina serta hasil pemeriksaan hemoglobin pasien rendah yaitu 6,2g/dL dan leukosit pasien tinggi yaitu  $23,18 \times 10^3/\text{mm}^3$ .

Terjadinya penurunan kadar Hb karena sering terjadinya perdarahan akibat menipisnya sel epitel. Hemoglobin yang rendah dapat menyebabkan keletihan, badan terasa lemas dan tidak mempunyai energi sehingga daya tahan tubuh dapat menurun dan mudah terkena infeksi. Apabila terjadi infeksi, leukosit akan meningkat untuk mengkompensasi kerusakan jaringan akibat infeksi. Sehingga pasien dengan kanker serviks akan mengalami peningkatan leukosit melebihi angka normal.<sup>71</sup>

Peningkatan jumlah leukosit dipengaruhi oleh stadium kanker serviks. Semakin tinggi stadium kanker, semakin banyak sel kanker yang ada dan semakin luas penyebarannya. Hal ini berhubungan dengan fenomena Tumor-related leukositosis. Kondisi ini terjadi karena sel kanker memproduksi G-CSF dan GM-CSF dalam jumlah yang lebih tinggi dibandingkan dengan keadaan normal.

Pasien kanker serviks dengan stadium lanjut meningkatkan produksi G-CSF dan GM-CSF oleh sel kanker. Granulocyte Colony-Stimulating Factor dan Granulocyte Macrophage Colony-Stimulating Factor dapat mendorong diferensiasi sel granulosit secara terus-menerus, yang akan merangsang produksi granulosit sehingga jumlahnya meningkat. Granulosit merupakan sub-kelompok dari leukosit yang memiliki granula dan terdiri dari tiga jenis sel: neutrofil, basofil, serta eosinofil. Neutrofil merupakan jenis sel yang paling banyak, menyumbang sekitar 60-70% dari total jumlah leukosit. Oleh karena itu, jika terjadi peningkatan jumlah granulosit, maka jumlah total leukosit juga akan meningkat.<sup>72</sup>

Menurut analisa peneliti dapat ditegakkan diagnosis risiko infeksi dibuktikan dengan ketidakadekuatan sistem pertahanan tubuh sekunder yaitu penurunan hemoglobin. Penurunan hemoglobin yang muncul akibat terjadinya perdarahan sehingga daya tahan tubuh menurun dan mudah terserang infeksi, jika hal ini terjadi dapat menyebabkan leukosit partisipan meningkat karena kerusakan jaringan akibat infeksi.

Diagnosa keperawatan keempat adalah **retensi urine berhubungan dengan peningkatan tekanan di uretra**. Sesuai dengan data yang ditemukan partisipan mengeluh frekuensi buang air kecil 4-5 kali/hari, partisipan mengeluh nyeri saat berkemih, pemasangan dj stent dan hasil CT scan abdomen lengkap yaitu adanya hidronefrosis.

Kanker ginekologi seperti kanker ovarium, rahim, dan serviks sering menjadi penyebab uropati obstruktif pada wanita.Uropati obstruktif dapat berkembang karena aliran urin yang menurun sehingga satu atau kedua ginjal membesar. Obstruksi urin merupakan komplikasi umum pada pasien kanker serviks stadium akhir,yang mempengaruhi sekitar 11-44% kasus.<sup>73</sup> Obstruksi ini dapat berkembang dan mengakibatkan gagal ginjal dan hidronefrosis yang memiliki prognosis negatif.<sup>74</sup>

Pasien yang menderita kanker serviks dengan hidronefrosis memiliki proporsi yang lebih tinggi angka kejadiannya dari pada yang tidak memiliki hidronefrosis.Hidronefrosis merupakan penumpukan urine pada ginjal.Hal ini terjadi karena adanya massa atau tumor yang menyumbat ureter sehingga aliran urine ke kandung kemih terganggu.Dampak fisiologis dari hidronefrosis ini adalah nyeri saat berkemih,frekuensi berkemih terganggu.<sup>75</sup>

Gejala yang umum timbul pada pasien hidronefrosis yaitu nyeri pada pinggang hingga selangkangan, nyeri saat buang air kecil, terdapat darah dalam urine, demam, kelalahan, rasa tidak enak, mual, muntah, infeksi saluran kemih, dorongan terus-menerus untuk buang air kecil, perubahan frekuensi kencing, ketidakmampuan untuk mengosongkan kandung kemih sepenuhnya, aliran urine lemah, inkontinensia urine.<sup>76</sup>

Pasien dengan kanker serviks stadium IV memiliki tingkat kelangsungan hidup yang lebih rendah daripada mereka yang berada pada stadium awal penyakit, kanker serviks telah bermetastase ke organ sekitar panggul dan organ terjauh dari panggul. Pada stadium IV A kanker telah menyebar ke saluran fekal dan saluran kemih. Jika kadar kreatinin serum lebih rendah dan produksi urin lebih tinggi diidentifikasi sebagai prediktor positif terhadap keberhasilan pemasangan dj stent. Meskipun hal ini menunjukkan bahwa wanita dengan kadar kreatinin yang lebih rendah mungkin memiliki fungsi ginjal yang lebih baik dan merespons pemasangan stent DJ dengan lebih baik.<sup>77</sup>

Menurut analisa peneliti terdapat kesesuaian antara teori dengan kasus yang terjadi pada partisipan. Diagnosa retensi urine dapat ditegakkan berhubungan dengan peningkatan tekanan uretra ditandai dengan partisipan mengeluh nyeri saat berkemih, frekuensi berkemih yang sedikit dan pada pemeriksaan CT scan abdomen lengkap terdapat hidronefrosis pada partisipan. Retensi urine ini dapat dikurangi dengan pemasangan dj stent pada pasien jika kadar kretininya rendah dan pemasangan kateter untuk mengeluarkan urine yang tersumbat

Diagnosis keperawatan kelima pada partisipan adalah **defisit nutrisi berhubungan dengan kurang asupan makanan**. Berdasarkan data yang didapatkan pada partisipan yaitu data subjektif dan objektif. Partisipan mengatakan tidak nafsu makan, mengalami penurunan berat badan 6 kg selama 6 bulan terakhir, IMT 19,17 dan sering mengalami mual dan muntah.

Pertumbuhan tumor atau dimulai darisel abnormal ringan, sedang dan berat yang muncul karena ketidakseimbangan nutrisi yang kurang dari kebutuhan

tubuh. Pertumbuhan tumor tersebut berakibat akan mempengaruhi sistem gastrointestinal sehingga terjadi penurunan nafsu makan. Semakin tinggi stadium kanker, pertumbuhan tumor akan bertambah menjadi berat dan dapat menganggu asupan nutrisi pada penderita.<sup>3</sup>

Menurut analisa peneliti, terdapat kesesuaian antara teori dengan kenyataan. Defisit nutrisi terjadi karena adanya keluhan penurunan nafsu makan, mual muntah dari awal masuk rumah sakit sampai saat dilakukan pengkajian serta penurunan berat badan. Keluhan tersebut terjadi karena pertumbuhan tumor yang mempengaruhi sistem gastrointestinal sehingga menyebabkan gangguan asupan nutrisi pada partisipan.

Diagnosis keperawatan keenam pada partisipan adalah **ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi**. Sesuai data yang didapatkan pada partisipan yaitu partisipan mengatakan merasa cemas dan takut dengan kondisi penyakitnya dan pengobatan yang akan dilakukan kepadanya, partisipan merasa tidak berdaya dan mengeluh sulit berkonsentrasi, dan mengatakan tidur kurang nyenyak hanya 5 jam/ hari.

Ansietas muncul karena kurangnya pengetahuan pada wanita mengenai penyakit yang dideritanya, ketidaktahuan tentang proses penyakit, pengobatan yang akan dilakukan untuk mengurangi risiko penyebaran kanker serta ketakutan terhadap penyakitnya. Kecemasan tidak diterima oleh keluarga, suami, dan anak-anak sehingga sering muncul pemikiran negatif terhadap dirinya.<sup>64</sup>

Menurut analisa peneliti ada kesesuaian antara teori dan kenyataan pada partisipan. Kecemasan yang terjadi pada partisipan disebabkan karena ketakutan terhadap penyakitnya, seperti salah satu tindakan yang akan dijalannya yaitu histeroskopi, ureteroscopy, colonoscopy biopsi pada rectum dan pemasangan dj stent pada saluran kemihnya, cemas juga dirasakan pasien karena ketidakmampuan dalam pengendalian stres dengan baik serta kurang pengetahuan. Kecemasan dapat dikurangi dengan cara memberikan pengetahuan dan informasi tentang penyakitnya serta dukungan dan semangat dari keluarga.

Diagnosis yang tidak ditemukan pada partisipan adalah gangguan integritas kulit. Diagnosis ini tidak diangkat karena data mayor dan minor pada partisipan tidak ditemukan. Data yang ditemukan pada partisipan bukan lesi tetapi sudah menjadi tumor. Partisipan mengatakan proses pengobatan radioterapinya sudah selesai dan belum menjalani kemoterapi. Biasanya diagnosis ini muncul pada pasien kanker serviks post radioterapi atau kemoterapi.

Diagnosis berikutnya yang tidak ditemukan adalah Hipovolemia. Biasanya diagnosis ini muncul pada pasien kanker serviks yang mengalami peradaran terus menerus namun tidak segera diberikan cairan pengganti seperti transfusi darah merah/ PRC. Diagnosa hipovolemia ditegakkan jika terjadi penurunan volume cairan intravaskular, interstisial, atau intraselular yang signifikan seperti cairan yang keluar dari gastrointestinal,muntah, diare terus menerus, cairan dari kulit seperti luka bakar, cairan yang keluar dari ginjal seperti diuretik.

Diagnosis berikutnya tidak ditemukan adalah gangguan citra tubuh dan penampilan peran tidak efektif. Biasanya diagnosis ini muncul pada pasien yang terdiagnosis kanker sering timbulnya perasaan tidak terima oleh pasangan karena pasien dengan kanker serviks dilarang untuk berhubungan seksual. Kondisi ini mengakibatkan terjadinya gangguan konsep diri seperti gangguan peran sebagai istri dan gangguan citra tubuh. Diagnosis berikutnya tidak ditemukan adalah defisit pengetahuan. Biasanya diagnosis ini muncul pada pasien kanker serviks yang tidak mengetahui tentang penyakitnya yaitu kanker serviks.

### **3. Rencana Keperawatan**

Rencana asuhan keperawatan yang dibuat untuk diagnosis keperawatan perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin yaitu perawatan sirkulasi : periksa sirkulasi perifer yaitu cek CRT pasien, lakukan hidrasi, informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan seperti rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, memberikan transfusi darah PRC.

Pemberian PRC sebagai tatalaksana anemia yang bermanfaat untuk meningkatkan kadar Hb dan hematokrit dengan cepat. Transfusi PRC adalah satu-satunya terapi yang dapat meningkatkan sirkulasi pada pasien kanker serviks. Tranfusi PRC diberikan hingga kondisi pasien membaik seperti nilai Hb mencapai angka normal.<sup>78</sup>

Menurut analisis peneliti, rencana keperawatan yang diambil dalam mengatasi diagnosa perfusi perifer sudah sesuai dengan teori yang sudah ada. Pemberian PRC diberikan bertujuan untuk memperbaiki kadar hemoglobin kembali normal pada partisipan.

Rencana keperawatan untuk diagnosis keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (neoplasma) yaitu manajemen nyeri : memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri yaitu teknik relaksasi nafas dalam, mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri serta menfasilitasi istirahat dan tidur, menganjurkan partisipan miring kiri dan kanan sesuai posisi yang nyaman oleh pasien dan kolaborasi pemberian analgetik.

Cara untuk mengatasi nyeri pada pasien kanker serviks yaitu dengan teknik relaksasi nafas dalam. Teknik relaksasi dengan nafas dalam dapat mengendalikan nyeri dengan meminimalkan aktivitas simpatik sistem saraf otonom yang dapat menurunkan konsumsi oksigen oleh tubuh dan selanjutnya otot-otot tubuh menjadi relaksasi sehingga menimbulkan perasaan tenang dan nyaman .<sup>45</sup>

Menurut analisis peneliti, rencana keperawatan yang diambil dalam mengatasi diagnosa nyeri akut sudah sesuai dengan teori yang sudah ada. Penanganan non farmakologis dengan mengajarkan terapi relaksasi nafas dalam akan membantu partisipan dalam mereduksi nyeri. Dengan diberikan teknik relaksasi nafas dalam tersebut dapat membantu partisipan untuk mengurangi rasa nyeri sehingga membuat partisipan menjadi rileks dan dapat mengaplikasianya secara mandiri.

Resiko Infeksi dibuktikan dengan penurunan pertahanan tubuh sekunder. Rencana tindakan yang dilakukan adalah pencegahan infeksi dengan tindakan keperawatan yaitu monitor tanda gejala infeksi lokal dan sistemik, batasi jumlah pengunjung, menganjurkan mengganti pembalut 3-4 jam sehari, menganjurkan meningkatkan asupan cairan, kolaborasi pemberian antibiotik.

Setelah tindakan intervensi dilakukan diharapkan resiko infeksi menurun dengan kriteria hasil : demam menurun, nyeri menurun, kemerahan menurun, bengkak menurun dan leukosit membaik.

Menurut peneliti resiko infeksi bisa dicegah dengan pencegahan infeksi dan memantau hemoglobinya membaik, menjaga kebersihan vagina dengan cara mengganti pembalut 3-4 jam sehari dan meningkatkan imunitas tubuh pasien agar mengurangi risiko infeksi terjadi.

Rencana keperawatan pada diagnosa retensi urin adalah intervensi keperawatan direncanakan selama 5x24 jam dengan tujuan eliminasi urine membaik dengan kriteria hasil yaitu sensasi berkemih meningkat, desakan berkemih menurun, distensi kandung kemih menurun, berkemih tidak tuntas menurun, disuria menurun, frekuensi BAK membaik. Rencana keperawatannya adalah manajemen eliminasi urine dengan cara tindakan observasi yaitu mengidentifikasi tanda dan gejala retensi urine, mengidentifikasi faktor yang menyebabkan retensi urine dan memonitor eliminasi urine. Tindakan edukasi yang dilakukan yaitu mengajarkan tanda dan gejala infeksi saluran kemih, menganjurkan minum yang cukup.

Menurut analisa peneliti, rencana keperawatan yang diambil dalam mengatasi diagnosa ansietas sudah sesuai dengan teori yang sudah ada. Rencana keperawatannya yaitu manajemen eliminasi urine yang dapat mengeluarkan urine partisipan yang tersumbat.

Rencana keperawatan yang dibuat untuk diagnosis keperawatan defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan yaitu manajemen nutrisi : identifikasi status nutrisi, identifikasi alergi dan intoleransi makanan, identifikasi makanan yang disukai, identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient, monitor asupan makanan, monitor berat badan, lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu, berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein, ajarkan diet yang diprogramkan, kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jenis diet, berikan edukasi diet yang bisa membangkitkan nafsu makan.

Cara mengurangi mual muntah dapat dilakukan dengan menghindari makanan mengandung zat kimia, manis, gorengan, makanan cepat saji dan makanan yang terlalu ekstrem baunya. Jenis makanan yang memenuhi kriteria di atas salah satunya buah- buahan. Buah-buahan kaya dengan vitamin dan mineral yang sangat penting untuk memelihara kesehatan tubuh seperti menjaga sistem kekekbalan tubuh dan memperbaiki metabolisme. Buah memiliki aroma segar sehingga tidak menyebabkan rasa mual dan sebagai sumber gula alami yang baik dan kaya akan serat dan air. Minum air putih yang adekuat juga sangat dianjurkan untuk menghindari dehidrasi pada pasien.<sup>79</sup>

Penderita kanker serviks yang mengalami kekurangan nutrisi dapat diatasi juga dengan pemberian diet berupa makanan cukup gizi seperti tinggi kalori,protein dan gizi seimbang. Produk susu dan olahannya termasuk makanan tinggi kalori dan protein yang dapat digunakan sebagai sumber energi bagi pasien kanker. Penderita kanker serviks dianjurkan untuk menghindari makanan cepat saji dan berpengawet karena dapat mempercepat pertumbuhan sel kanker.<sup>80</sup>

Gizi seimbang sangat penting untuk proses pemulihan, pencegahan infeksi, dan sebagai sumber energi. Kurangnya asupan nutrisi mengakibatkan pasien merasa lemas, lesu dan rentan terhadap terjadinya infeksi. Penderita kanker serviks dianjurkan untuk menghindari makanan cepat saji dan berpengawet karena dapat mempercepat pertumbuhan sel kanker. Menurut analisis peneliti, rencana keperawatan yang diambil dalam mengatasi diagnosa defisit nutrisi sudah sesuai dengan teori yang sudah ada.

Peneliti memberikan informasi diet yang dapat mengatasi mual muntah seperti memakan buah-buahan dapat membantu partisipan dalam meningkatkan nafsu makan dengan cara sering makan walaupun dalam porsi sedikit. Memberikan diet berupa makanan biasa dengan gizi yang seimbang berperan penting untuk proses pemulihan, pencegahan infeksi, dan sebagai sumber energi bagi penderita kanker serviks.

Rencana keperawatan untuk diagnosis keperawatan ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi yaitu reduksi ansietas : monitor tanda ansietas (verbal dan non verbal), ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, pahami situasi yang membuat ansietas, dengarkan dengan penuh perhatian, gunakan pedekatan yang tenang dan meyakinkan, motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan, diskusikan perencanaan realistik tentang peristiwa yang akan datang dan latih teknik relaksasi.

Relaksasi bertujuan untuk mengatasi atau mengurangi kecemasan, menurunkan ketegangan otot dan tulang, dapat mengatasi tekanan darah tinggi, serta dapat mengurangi nyeri. Teknik relaksasi benson merupakan teknik relaksasi yang digabung dengan keyakinan yang dianut oleh pasien, relaksasi benson akan menghambat aktifitas saraf simpatis yang dapat menurunkan konsumsi oksigen oleh tubuh dan selanjutnya otot-otot tubuh menjadi relaks sehingga menimbulkan perasaan tenang dan nyaman.<sup>81</sup>

Menurut analisa peneliti, rencana keperawatan yang diambil dalam mengatasi diagnosa ansietas sudah sesuai dengan teori yang sudah ada. Rencana keperawatan yang dilakukan yaitu latih teknik relaksasi. Teknik relaksasi yang akan diajarkan yaitu terapi benson. Terapi benson yaitu teknik relaksasi untuk mengatasi kecemasan pada pasien.

Prosedurnya dengan cara mengatur posisi nyaman pada pasien, pilih satu kata atau kalimat dzikir seperti astaghfirullah, pejamkan mata lalu rileks, tarik nafas dalam kemudian hembuskan sambil mengucapkan kalimat yang telah dipilih tersebut selama lebih kurang 10 menit.

Menurut peneliti dalam perumusan intervensi keperawatan atau menyusun perencanaan, merumuskan tujuan serta kriteria hasil tidak ditemukan adanya perbedaan atau kesenjangan antara teori dengan aplikasi penerapan asuhan keperawatan pada partisipan. Penyusunan rencana keperawatan ini dibutuhkan oleh pasien dalam upaya pemulihan derajat kesehatan pasien.

#### **4. Implementasi Keperawatan**

Peneliti melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah disusun pada perencanaan keperawatan menurut SLKI- SIKI (2018) dipilih sesuai dengan kondisi kesehatan partisipan saat itu. Implementasi keperawatan pada partisipan dilaksanakan dari tanggal 13 Februari sampai dengan 17 Februari 2025.

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada partisipan dengan masalah keperawatan perfusi perifer tidak efektif yaitu mengukur tanda-tanda vital pasien (TD : 101/62, HR : 74x/menit, RR : 22x/menit, Suhu : 36,5<sup>0</sup>C), melakukan perawatan sirkulasi dengan tindakan keperawatan memberikan transfusi darah (PRC) 4 kolf selama 2 hari. Pengkajian sirkulasi perifer seperti nadi perifer, CRT pasien dilakukan setiap hari.

Pemantauan hasil laboratorium seperti Hb, leukosit, trombosit. Pemberian hidrasi dengan IVFD NaCL dilakukan setiap hari, memberikan terapi obat asam traneksamat 3x500 mg, memberikan informasi kepada Ny. R dan keluarga tentang tanda gejala darurat yang harus dilaporkan saat transfusi darah.

Menurut analisis peneliti, salah satu tindakan untuk masalah perfusi perifer tidak efektif adalah memberikan transfusi PRC dan memonitor hasil dari laboratorium seperti hemoglobin, trombosit dan leukosit. Hasil laboratorium dipantau karena untuk mengetahui adanya tanda dan gejala anemia seperti adakah penurunan hamoglobin sehingga perlu ditanyakan bagaimana intake nutrisi pasien. Pemberian transfusi PRC dapat meningkatkan kadar hemoglobin dalam darah.

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada partisipan dengan masalah keperawatan nyeri akut yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri pada, mengajarkan dan memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri yaitu teknik relaksasi nafas dalam, mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri seperti kebisingan, menjelaskan strategi meredakan nyeri, serta menfasilitasi istirahat dan tidur. Memberikan obat penurun nyeri yaitu paracetamol 3x500mg sesuai order dokter.

Menurut analisis peneliti, tindakan pengurangan nyeri yang dilakukan pada partisipan adalah dengan mengajarkan teknik nafas dalam yang bertujuan untuk mengalihkan perhatian pasien agar tidak berfokus pada nyeri yang dirasakan. Tindakan lain yang dapat dilakukan untuk mengurangi nyeri yaitu mengatur posisi miring kanan dan miring kiri untuk mencari posisi yang dianggap nyaman bagi penderita. Pengukuran tanda-tanda vital juga diperlukan untuk mengontrol dan mengantisipasi terjadinya nyeri yang berkelanjutan. Teknik pemberian obat anti nyeri sangat diperlukan untuk mengurangi rasa nyeri yang mengganggu.

Implementasi keperawatan yang dilakukan peneliti terhadap masalah resiko infeksi adalah melakukan pencegahan infeksi seperti menjelaskan tanda dan gejala infeksi, cara menghindari infeksi dengan menganjurkan mengganti pembalut 3-4 jam sehari serta kolaborasi pemberian antibiotik sesuai order dokter. Menurut analisis peneliti tindakan keperawatan pencegahan infeksi tetap harus diterapkan dan diajarkan kepada partisipan karena kondisi daya tahan tubuh pasien lemah sehingga mudah terserang infeksi. Peneliti menganjurkan partisipan untuk sering mengganti pembalut 3-4 jam sehari dan mengajarkan tanda dan gejala infeksi yang sangat bermanfaat untuk mencegah terserang infeksi.

Implementasi keperawatan pada retensi urine yaitu melakukan manajemen eliminasi urine seperti mengidentifikasi tanda dan gejala retensi urine,mengidentifikasi faktor yang menyebabkan retensi urine,memonitor eliminasi urine.Tindakan edukasi yaitu mengajarkan tanda dan gejala infeksi saluran kemih, menganjurkan minum air putih yang cukup.

Menurut analisa peneliti,tindakan manajemen eliminasi urine perlu dilaksanakan untuk mengeluarkan urine yang tersumbat ditandai dengan partisipan mengeluh nyeri saat berkemih, urine yang keluar sedikit-sedikit yang disebabkan oleh kanker serviks yang telah bermetastase ke ureter sehingga menyebabkan hidronefrosis pada ginjal partisipan. Asumsi peneliti yaitu implementasi keperawatan pada partisipan sudah dilaksanakan berdasarkan perencanaan yang telah disusun sesuai dengan kondisi partisipan.

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada partisipan dengan masalah keperawatan defisit nutrisi yaitu mengukur tanda-tanda vital pasien (TD : 101/62, HR : 74x/menit, RR : 22x/menit, Suhu :  $36,5^{\circ}\text{C}$ ), mengkaji apakah ada alergi makanan, mengkaji kemampuan partisipan dalam asupan nutrisi, menganjurkan untuk menjauhi mengonsumsi makanan berpengawet, berkaleng, kemasan dan junk food, menganjurkan sering makan walaupun sedikit, menganjurkan mengonsumsi makanan gizi seimbang, menimbang berat badan, kolaborasi pemberian ranitidin, omeprazole dan obat antiemetic yaitu ondansetron, memonitor mual dan muntah. Kolaborasi pemberian diet MB dan MS sesuai dengan yang diarahkan oleh ahli gizi.

Menurut analisis peneliti, tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu memberikan informasi kepada partisipan tentang kebutuhan nutrisi partisipan dan menganjurkan partisipan untuk meningkatkan gizi seimbang, menganjurkan menjauhi makanan junk food, berpengawet, makanan berkaleng atau kemasan karena pada makanan berkaleng mengandung zat-zat kimia dan sebelum mengkonsumsi sayur-sayuran dan buah-buahan dicuci terlebih dahulu untuk menghilangkan kandungan pestisida pada sayur dan buah tersebut, hal ini dapat

memicu pertumbuhan dari sel-sel kanker. Peneliti menganjurkan memperbanyak mengonsumsi sayur dan buah segar. Faktor nutrisi juga dapat mengatasi masalah kanker serviks.

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada partisipan dengan masalah keperawatan ansietas yaitu mengukur tanda-tanda vital partisipan, mengkaji tanda ansietas (verbal dan non verbal), memahami situasi yang meningkatkan ansietas, mendengarkan dengan penuh perhatian, menggunakan pedekatan tenang dan meyakinkan, memotivasi partisipan untuk mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan, mendiskusikan perencanaan realistik tentang peristiwa akan datang, menganjurkan keluarga selalu menemani partisipan, melatih teknik relaksasi benson.

Menurut analisis peneliti, tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu melatih teknik relaksasi pada partisipan. Teknik relaksasi yang diajarkan yaitu teknik benson. Teknik benson merupakan teknik mengatasi kecemasan dengan cara relaksasi dengan satu kalimat, seperti kalimat syahadat atau berzikir. Teknik ini bertujuan untuk mengurangi kecemasan pada pasien. Asumsi peneliti yaitu implementasi keperawatan pada partisipan sudah dilaksanakan berdasarkan perencanaan yang telah disusun sesuai dengan kondisi partisipan.

## **5. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi dilakukan pada tanggal 13 Februari 2025 sampai dengan 17 Februari 2025 dengan menggunakan metode penelitian Subjective, Objective, Assesment, Planning (SOAP) untuk mengetahui keefektifan tindakan yang dilakukan. Setelah dilakukan implementasi keperawatan pada diagnosis keperawatan perfusi perifer tidak efektif selama 5x24 jam didapatkan hasil evaluasi keperawatan masalah teratas pada hari ke empat. Hemoglobin pasien hari pertama 6,2 g/dL, hari ketiga 11,5 g/dL dan hari keempat 12,4 g/dL. Hematokrit hari pertama 20%, hari ketiga 35% dan hari keempat 39%

Hasil yang didapatkan yaitu partisipan tidak tampak pucat, konjungtiva tidak anemis, CRT <2 detik, nadi perifer teraba kuat, akral teraba hangat, Hb : 12,4 g/dL. Pada kunjungan ke 4, tanda-tanda vital dalam batas normal, masalah sirkulasi perifer teratasi, intervensi dilanjutkan dengan tetap melakukan pemantauan sirkulasi perifer yaitu pengecekan CRT pada pasien. Pada hari ke-5 tanda-tanda vital dalam batas normal yaitu tekanan darah 121/78 mmHg, nadi 84 x/menit, pernapasan 18 x/menit dan suhu 36,5<sup>0</sup>C, masalah sirkulasi perifer teratasi, sudah tidak terpasang infus lagi, perfusi sudah membaik, dan partisipan diizinkan pulang.

Menurut analisis peneliti, hasil evaluasi pada diagnosis perfusi perifer tidak efektif telah teratasi pada hari keempat dibuktikan dengan telah tercapainya kriteria hasil yaitu denyut nadi perifer meningkat, kulit pucat menurun, konjungtiva tidak anemis, pengisian kapiler membaik, akral membaik dan hemoglobin membaik. Diagnosa ini merupakan diagnosa utama yang dilakukan oleh peneliti terhadap partisipan sesuai dengan data yang didapatkan.

Evaluasi keperawatan yang didapatkan pada diagnosis keperawatan nyeri akut didapatkan masalah teratasi sebagian sampai hari kelima. Hasil yang didapatkan dihari kelima yaitu partisipan mengatakan nyeri pada perut bagian bawah dan sekitar vagina masih ada, meringis berkurang, sikap protektif berkurang, gelisah dan partisipan sudah diperbolehkan pulang. Menurut analisis peneliti, hasil evaluasi pada diagnosis nyeri akut teratasi sebagian dibuktikan dengan telah tercapainya kriteria hasil yaitu keluhan nyeri masih ada skala 3, meringis berkurang, sikap protektif berkurang, gelisah, dan sulit tidur. Tekanan darah pada hari kelima 121/78 mm/Hg, nadi 84 x/ menit, pernapasan 18 x/menit, suhu 36,5<sup>0</sup>

Evaluasi keperawatan pada diagnosis keperawatan resiko infeksi didapatkan masalah teratasi sebagian pada hari kelima karena pasien diperbolehkan pulang oleh dokter. Hasil yang didapatkan yaitu fluktuatif pada hari pertama leukosit partisipan  $23,18 \times 10^3/\text{mm}^3$ , pada hari ketiga  $20,07 \times 10^3/\text{mm}^3$  dan pada hari keempat  $20,97 \times 10^3/\text{mm}^3$ .

Hemoglobin partisipan membaik yaitu 12,4g/dL, menggil menurun,demam tidak ada dan partisipan merasa senang karena diperbolehkan pulang oleh dokter. Partisipan mengatakan sudah paham dengan tanda dan gejala infeksi, cara pencegahan infeksi dengan cara mengganti pembalut setiap 3-4 jam sehari.

Menurut analisis peneliti, hasil evaluasi pada diagnosis resiko infeksi teratasi sebagian dibuktikan dengan telah tercapainya kriteria hasil yang fluktuatif pada hari pertama leukosit partisipan  $23,18 \times 10^3/\text{mm}^3$ , pada hari ketiga  $20,07 \times 10^3/\text{mm}^3$  dan pada hari keempat  $20,97 \times 10^3/\text{mm}^3$ .

Hemoglobin partisipan membaik yaitu 12,4g/dL, menggil menurun,demam tidak ada dan partisipan merasa senang karena diperbolehkan pulang oleh dokter. Partisipan mengatakan sudah paham dengan tanda dan gejala infeksi, cara pencegahan infeksi dan cara menjaga kebersihan vagina dengan mengganti pembalut 3-4 jam sehari dan jika pembalut sudah terasa penuh.

Evaluasi keperawatan keenam yaitu retensi urine berhubungan dengan penekanan terhadap kandung kemih ditandai dengan partisipan mengeluh nyeri saat berkemih dan frekuensi berkemih hanya 4-5 kali sudah teratasi pada hari kelima.Hasil yang didapatkan yaitu partisipan mengatakan urin sudah banyak keluar dan nyeri saat berkemih sudah berkurang.

Evaluasi keperawatan yang didapatkan pada diagnosis keperawatan defisit nutrisi didapatkan hasil masalah sudah teratasi sampai hari kelima. Hasil yang didapatkan dihari kelima yaitu partisipan sudah menghabiskan makanan yang diberikan, nafsu makan sudah membaik, rasa mual sudah berkurang dan partisipan sudah bisa mengatasi rasa mualnya.

Menurut analisis peneliti, hasil evaluasi pada diagnosis defisit nutrisi telah teratasi dibuktikan dengan telah tercapainya kriteria hasil yaitu porsi makanan yang dihabiskan meningkat, frekuensi makan membaik, nafsu makan membaik, membran mukosa membaik.

Evaluasi keperawatan yang didapatkan pada diagnosis keperawatan ansietas didapatkan masalah sudah teratasi sampai hari kelima. Hasil yang didapatkan yaitu pada hari ke-5 partisipan mengatakan tidak merasa cemas lagi, partisipan merasa senang karena sudah diperbolehkan pulang oleh dokter. Menurut analisis peneliti, hasil evaluasi pada diagnosis ansietas telah teratasi dibuktikan dengan telah tercapainya kriteria hasil yaitu rasa khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun, gelisah menurun, konsentrasi membaik, pola tidur membaik, perasaan keberdayaan membaik.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian asuhan keperawatan pada pasien dengan kanker serviks diruang ginekologi onkologi RSUP Dr. M. Djamil Padang, dapat disimpulkan :

##### **1. Pengkajian keperawatan**

Hasil pengkajian didapatkan pasien mengatakan badannya terasa lemah,nyeri pada perut bagian bawah skala nyeri 5 dan nyeri hilang timbul. Nyeri berlangsung sekitar 10-15 menit. Pasien mengatakan darah dan buang air besar keluar dari vagina sehingga terpasang pembalut. Pasien mengatakan nafsu makan berkurang, serta mengalami mual dan muntah. Pasien mengatakan nyeri saat berkemih dan frekuensi urine yang keluar hanya 4-5 kali sehari. Pasien mengatakan khawatir terhadap kondisi penyakit dan pengobatan yang akan dilakukannya.Pasien berasumsi penyakitnya tidak dapat disembuhkan. Pada pemeriksaan fisik ditemukan konjungtiva anemis, akral teraba dingin, CRT >2 detik, wajah pucat dan mukosa bibir kering dan pucat. Pada pemeriksaan hasil laboratorium hari pertama pengkajian didapatkan hasil hemoglobin 6,2 g/dL.Hasil pemeriksaan hemoglobin hari terakhir penelitian adalah 12,4 g/dL.

##### **2. Diagnosa keperawatan**

Diagnosis keperawatan yang ditegakkan pada kasus kanker serviks tersebut sebanyak 6 diagnosis keperawatan. Berdasarkan kasus, diagnosis yang muncul yaitu perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (neoplasma), resiko infeksi ditandai dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder dan retensi urine berhubungan dengan peningkatan tekanan pada uretra, defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan, ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

### 3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan yang dapat direncanakan berdasarkan diagnosa keperawatan yang muncul:

- a. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin. Intervensi keperawatannya adalah perawatan sirkulasi. Kriteria hasil yang hendak dicapai yaitu denyut nadi perifer meningkat, warna kulit pucat menurun, pengisian kapiler membaik, akral membaik, hemoglobin membaik.
- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencegahan fisiologis (neoplasma). Intervensi keperawatannya adalah manajemen nyeri. Kriteria hasil yang hendak dicapai yaitu keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun dan sulit tidur menurun.
- c..Resiko infeksi ditandai dengan penurunan hemoglobin. Intervensi keperawatannya adalah pencegahan infeksi. Kriteria hasil yang hendak dicapai yaitu tingkat infeksi menurun,demam menurun,mengigil menurun,kadar sel darah putih membaik.
- d. Retensi urine berhubungan dengan peningkatan tekanan pada uretra ditandai dengan pasien mengeluh nyeri saat berkemih dan frekuensi buang air kecil 4-5 kali dalam sehari.Kriteria hasil yaitu sensasi berkemih meningkat,desakan berkemih menurun,distensi kandung kemih menurun, berkemih tidak tuntas menurun,disuria menurun, frekuensi BAK membaik
- e. Defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan. Intervensi keperawatannya adalah manajemen nutrisi. Kriteria hasil yang hendak dicapai yaitu porsi makanan yang dihabiskan cukup meningkat, berat badan sedang, frekuensi makan sedang, nafsu makan sedang, membran mukosa cukup membaik.
- f. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan status kesehatan menurun. Intervensi keperawatannya adalah reduksi ansietas. Kriteria hasil yang hendak dicapai yaitu rasa khawatir akibat kondisi yang dihadapi

menurun, gelisah menurun, konsentrasi membaik, pola tidur membaik, perasaan keberdayaan membaik.

#### 4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan yang dilakukan merupakan tindakan dari rencana tindakan keperawatan yang telah disusun dengan harapan hasil sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan. Implementasi diagnosis perfusi perifer yaitu pemantauan sirkulasi dengan pemeriksaan CRT, memberikan transfuse darah (PRC) 4 kolf dengan cara kolaborasi bersama dokter, pemantauan hasil laboratorium Ny. R seperti Hb, leukosit, trombosit dan pemberian hidrasi dengan memberikan minum dan IVFD NaCL dan pada hari keempat diberikan Ringer lactat.

Implementasi untuk diagnosis nyeri akut yaitu manajemen nyeri dengan memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri yaitu teknik relaksasi nafas dalam.

Implementasi untuk resiko infeksi dengan cara pencegahan infeksi yaitu dengan cara menjelaskan tanda dan gejala infeksi kepada pasien dan keluraga, membatasi jumlah pengunjung, menganjurkan menjaga kebersihan vagina dengan cara mengganti pembalut 3-4 kali sehari dan mengganti pembalut jika sudah terasa penuh serta kolaborasi pemberian antibiotik sesuai resep dokter.

Implementasi keperawatan pada diagnosa retensi urine berhubungan dengan peningkatan tekanan ureter yaitu melakukan manajemen eliminasi urine seperti mengidentifikasi tanda dan gejala retensi urine,mengidentifikasi faktor yang menyebabkan retensi urine,memonitor eliminasi urine, mengajarkan tanda dan gejala infeksi saluran kemih, menganjurkan minum air putih yang cukup.

Implementasi untuk defisit nutrisi yaitu manajemen nutrisi menganjurkan pasien meningkatkan makanan yang mengandung gizi yang seimbang dan tinggi serat seperti sayur dan buah-buahan, serta menghindari makanan mengandung zat kimia, makanan berpengawet dan makanan cepat saji atau junk food. Peneliti menganjurkan partisipan untuk sering makan walaupun sedikit dan berkolaborasi pemberian pada hari pertama diberikan ranitidine injeksi, pada hari kedua diberikan omeprazole injeksi dan pada hari keempat diberikan ondansetron sesuai order dokter. Pada hari kelima diberikan ranitidine tablet.

Implementasi untuk diagnosis ansietas yaitu memberikan edukasi tentang pengobatan yang akan dilakukannya, dan mengajarkan teknik relaksasi benson untuk mengurangi kecemasan.

##### 5. Evaluasi keperawatan

Hasil evaluasi yang dilakukan selama 5 hari pada partisipan yang dilakukan dari tanggal 13-17 Februari 2025 dengan metode penilaian Subjektive, Objektive, Assasment dan Planning (SOAP). Pada diagnosis perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peurunan konsentrasi hemoglobin teratasi pada hari keempat, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (neoplasma) teratasi sebagian pada hari kelima karena nyeri masih dirasakan oleh pasien, resiko infeksi teratasi sebagian karena leukosit masih tinggi, feses masih keluar melalui vagina namun hemoglobin pasien sudah membaik yaitu 12,4 g/dL dan pasien sudah diperbolehkan untuk pulang.

Retensi urine berhubungan dengan peningkatan tekanan ureter teratasi pada hari kelima karena urine sudah bisa keluar melalui uretra. Defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan teratasi pada hari kelima, pada hari rawatan ke-4 Ny.R di puaskan karena post operasi. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi teratasi pada hari kelima.

**B. Saran**

## 1. Bagi Direktur RSUP Dr. M. Djamil Padang

Melalui pimpinan diharapkan dapat memberikan motivasi kepada semua staf khususnya pada perawat diruang ginekologi onkologi RSUP Dr.M. Djamil Padang agar memberikan pelayanan kepada pasien dengan penyakit kanker serviks secara optimal dan meningkatkan mutu dalam pelayanan rumah sakit.

## 2. Bagi Ruang Rawat Inap Ginekologi Onkologi

Studi kasus yang peneliti lakukan dapat menjadi sumber bacaan, menambah pengetahuan, masukan pelaksanaan asuhan keperawatan secara profesional dalam melaksanakan rawatan pada pasien kanker serviks di ruang ginekologi onkologi RSUP Dr. M. Djamil Padang.

## 3. Bagi instiusi pendidikan

Dapat meningkatkan mutu pendidikan sehingga terciptanya lulusan perawat yang profesional, terampil, dan bermutu yang mampu memberikan asuhan keperawatan secara menyeluruh berdasarkan kode etik keperawatan.

## 4. Bagi peneliti selanjutnya

Diharapkan peneliti selanjutnya dapat memberikan asuhan keperawatan khususnya pada pasien dengan kanker serviks dengan lebih baik lagi. Serta dapat memberikan implementasi keperawatan yang lebih komprehensif lagi

## DAFTAR PUSTAKA

1. Nugroho T, Utama boby indra. *Masalah Kesehatan Reproduksi Wanita*. 1st ed. nuha medika; 2014.
2. Setiawati S& H. Clinical Manifestations, Diagnosis, Management and Prevention of Cervical Cancer. *Biol Trop*. 2023;23(4):382-390.  
doi:<http://dx.doi.org/10.29303/jbt.v23i4.5594>
3. Rahayu dedeh sri. *Asuhan Ibu Dengan Kanker Serviks*. 1st ed. salemba medika; 2015.
4. HOGI. *Panduan Nasional Praktek Kedokteran Kanker Ginekologi*; 2018.
5. Meihartati T. HUBUNGAN FAKTOR PREDISPOSISI IBU TERHADAP KANKER SERVIK. *Din Kesehat*. 2017;8(1):194-201.
6. Pranitia R, Thaufik SH, Sakundarno Adi M, Budijitno S, Epidemiologi Universitas Diponegoro M, Obstetri dan Ginekologi RSUP dr Kariadi Semarang D. Riwayat Melahirkan dan Riwayat Merokok Sebagai Faktor Risiko Kejadian Kanker Serviks pada Wanita Usia > 35 Tahun. *Care J Ilm Ilmu Kesehat*. 2021;9(1):97-103.
7. Riksani R. *Kenali Kanker Serviks Sejak Dini*. (Maya, ed.). Rapha publishing; 2016.
8. Nuraini U, Nidn M, Dewi A. Analisa faktor resiko kanker serviks dikaitkan dengan kualitas hidup pasien di rsia bunda jakarta. Published online 2021.
9. Anwar P. *Ilmu Kandungan*. 3rd ed. PT Bina pustaka sarwono prawirohardjo; 2014.
10. Christiyanty C, Sulistyarini WD, Sirait Y. Studi Fenomenologi: Kualitas Hidup Perempuan Dengan Kanker Serviks Dalam Aspek Kesehatan Fisik. *J Keperawatan Wiyata*. 2021;2(1):91. doi:10.35728/jkw.v2i1.442
11. Yuanisa M, Djajanti, Wahju Cicilia Widjajanti Y. Tingkat Depresi Terhadap Kualitas HidupPenderita Kanker Serviks. *keperawatan*. 2022;7. <http://journal.um-surabaya.ac.id/index.php/JKM>
12. World Health Organization(WHO). Cervical cancer. Published online 2022:1-2. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>
13. GLOBOCAN. Cancer site ranking. 2024. 2022. <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/cancers/23-cervix-uteri-fact-sheet.pdf>
14. GLOBOCAN. Pravaleensi Kanker Serviks di Indonesia. 2022. <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/360-indonesia-fact-sheet.pdf>

15. Kementerian Kesehatan. *Profil Kesehatan Indonesia*. Kemenkes RI; 2023.
16. Sumbar DK. *PROGRAM PENYAKIT KANKER DAN KELAINAN DARAH PROVINSI SUMATERA BARAT TAHUN 2023 SEKSI P2PTM KESWA DINAS KESEHATAN PROVINSI SUMATERA BARAT TAHUN 2023.*; 2023.
17. Padang DK. profil kesehatan kota padang. 2024. 2022.  
[https://dinkes.padang.go.id/uploads/audios/dinkes\\_6491654671c7e.pdf](https://dinkes.padang.go.id/uploads/audios/dinkes_6491654671c7e.pdf)
18. Djamil R medis RD. M. Data kanker serviks 2020-2023.
19. Kemenkes RI. Penanggulangan Kanker Payudara dan Kanker Leher Rahim. In: Kemenkes RI; 2017:1-40.
20. Seksi PTM dan Kesehatan Jiwa Kabupaten Buleleng. *Test Dan Prosedur IVA (Inspeksi Visual Asam Asetat)*.; 2015. [https://ppid.bulelengkab.go.id/assets/data/Test dan Prosedur IVA\\_891107.pdf](https://ppid.bulelengkab.go.id/assets/data/Test dan Prosedur IVA_891107.pdf)
21. Fontham ETH, Wolf AMD, Church TR, et al. Cervical cancer screening for individuals at average risk: 2020 guideline update from the American Cancer Society. *CA Cancer J Clin.* 2020;70(5):321-346. doi:10.3322/caac.21628
22. Suryoadji KA, Ridwan AS. VAKSIN HPV SEBAGAI STRATEGI PENCEGAHAN KANKER SERVIKS DI INDONESIA. *Ilm Mhs Kedokt.* 2022;10(September):114-120.
23. Rasjidi I. *Buku Ajar Ginekologi Sistem Blok Reproduksi Kedokteran*. EGC; 2019.
24. Savitri A. *Kupas Tuntas Kanker Payudara Dan Kanker Serviks*. (Mona, ed.). Pustaka baru press; 2015.
25. Potter P, Perry A. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Keperawatan :Konsep Proses Dan Praktik*. 4th ed. EGC; 2016.
26. WHO. *Ionizing Radiation and Health Effects*.; 2023. [https://www-who-int.translate.goog/news-room/fact-sheets/detail/ionizing-radiation-and-health-effects?\\_x\\_tr\\_sl=en&\\_x\\_tr\\_tl=id&\\_x\\_tr\\_hl=id&\\_x\\_tr\\_pto=tc](https://www-who-int.translate.goog/news-room/fact-sheets/detail/ionizing-radiation-and-health-effects?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=id&_x_tr_hl=id&_x_tr_pto=tc)
27. Padang P dan bidan K lantai 3 RDMD. *Buku Register Kebidan Lantai 3 RSUP Dr.M.Djamil Padang.*; 2025.
28. Arum SP. *Stop Kanker Serviks*. Notebook; 2015.
29. Tilong AD. *Bebas Dari Ancaman Kanker Serviks*. FlashBooks.; 2012.
30. Factor R, Sudirohusodo W. Faktor Risiko Kanker Serviks di Rumah Sakit Umum Pemerintah Dr . Wahidin Sudirohusodo Makassar , Sulawesi Selatan. 2011;(197):283-288.
31. Dianti NR, Isfandiari MA, Epidemiologi D, Kesehatan F, Universitas M, Surabaya KCM. PERBANDINGAN RISIKO CA SERVIKS BERDASARKAN PERSONAL HYGIENE PADA WANITA USIA SUBUR DI YAYASAN KANKER WISNUWARDHANA SURABAYA CERVICAL CANCER RISK DIFFERENCE

BASED ON PERSONAL HYGIENE AMONG CHILDBEARING AGE WOMEN AT YAYASAN KANKER. Published online 2017.

32. Bhatla N, Aoki D, Sharma DN, Sankaranarayanan R. Revised FIGO staging for carcinoma of the cervix uteri. *Int J Gynecol Obstet*. 2021;155(S1):28-44. doi:10.1002/ijgo.13865
33. Kumar, V., Abbas, A. K., & Aster JC. *Pathologic Basis of Disease*. 9th ed. (Elsevier., ed.); 2018.  
<https://books.google.co.id/books?id=5NbsAwAAQBAJ&lpg=PP1&hl=id&pg=PP1#v=twopage&q&f=false>
34. Anies. *Ensiklopedia Kedokteran Populer Kanker*. 1st ed. (Hidayah N, ed.); 2019.
35. Price SA, Wilson L. *Patofisiologi: Konsep Klinis Proses-Prosesnya*. EGC; 2012.
36. Ricci SS. *Essentials of Maternity, Newborn, and Women's Health Nursing*. 4th ed. Wolters Kluwer.; 2017.
37. UMJ TO. *BUKU AJAR Onkologi Pada Ginekologi*. Universitas Muhammadiyah Jember; 2021.
38. Aspiani, Yuli R. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Maternitas*. Trans Info Media; 2017.
39. Purwoastuti E, Walyani E siwi. *Ilmu Obsetri Dan Ginekologi Sosial Untuk Kebidanan*. 1st ed. (Supriyono, ed.). Pustaka baru press; 2015.
40. Ariani S. *Stop Kanker*. Istana media; 2015.
41. Berta D mangesha, Et.all. Perubahan hematologi pada wanita penderita kanker serviks sebelum dan setelah pengobatan. 2024;14.
42. Reeder SJ, Martin, Griffin K. *Maternity Nursing: Family, Newborn and Womens Health Care*. EGC; 2014.
43. Subagja H. *Waspada Kanker-Kanker Ganas Pembunuh Wanita*. Falshbooks.; 2014.
44. Jayakusuma, Putu Prabawa , Ekawati NP, Sumadi, I Wayan Juli , Saputra H. PROFIL KLINIKOPATOLOGI PASIEN LESI PRAKANKER SERVIKS YANG MENJALANI LOOP ELECTROSURGICAL EXCISION PROCEDURE (LEEP) DI RSUP SANGLAH TAHUN 2016 – 2020. *J Med UDAYANA*. 2022;11 NO.7. doi:10.24843.MU.2022.V11.i7.P13
45. Safitri, A. W., & Machmudah M. Penurunan Nyeri dengan Intervensi Terapi Relaksasi Pernafasan pada Penderita dengan Kanker Servik Stadium IIIB. *Holist Nurs Care Approach*. 2021;1. doi:<https://doi.org/10.26714/hnca.v1i1.8252>
46. Aqmarina SA, Latief S, Rahmawati, Kartika AV, Zulfahmidah. Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Sikap dengan Perilaku Deteksi Dini Kanker Serviks di RS. Pendidikan Ibnu Sina Makassar. *J Mhs Kedokt*. 2022;2(5):359-367.

47. Induniasih, Hendarsih S. *Metodologi Keperawatan*. 1st ed. Pustaka Baru Press; 2018.
48. Widuri. *Buku Ajar Proses Keperawatan Dan Berpikir Kritis*. 1st ed. (Widuri, ed.). Lembaga Chakra Brahmanda Lentera; 2023.
49. Wirawan S. *Metodologi Penelitian Untuk Tenaga Kesehatan*. (Rubaya AK, ed.). Thema Publishing
50. Nursalam. *Metodologi Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis*. 5th ed. Salemba medika; 2020.
51. Nursalam. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. 5th ed. (Lestari PP, ed.). Salemba Medika; 2020.
52. Sugiono. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, Dan R&D*. 26th ed. Alfabeta; 2017.
53. Mulyani W. *Metodologi Penelitian Kuantitatif*. 1st ed. (Hidayanti R, Aulia S syafni, eds.). PT.Global eksekutif teknologi; 2022.
54. Siyoto, S., & Sodik A. *Dasar Metodologi Penelitian*. Literasi Media Publishing; 2015.
55. Ulfia WNK utami; MMSKIHB. Kualitas Hidup Penderita Kanker Serviks. *keperawatan*. 2021;13:449-456. .id/index.php/Keperawatan KUALITAS
56. Clinic M. *Diseases & Conditions. Rectovaginal Fistula.*; 2020.
57. Rohan HH et al. *Buku Kesehatan Reproduksi*. Intemedia.; 2017.
58. Garza-salazar JG De. *Cervical Cancer*. Springer; 2017. doi:10.1007/978-3-319-45231-9
59. Chairani R. Faktor Risiko yang Memengaruhi Kejadian Kanker Serviks pada Wanita di Rumah Sakit Umum Daerah dr . Pirngadi Medan Tahun 2017. Published online 2017.
60. Society. AC. About Cervical Cancer.2019:1–8.
61. Lismaniar D, Sari W, Wardani S, Rienarti A. Faktor Risiko Yang Berhubungan Dengan Kejadian Kanker Serviks Di Rumah Sakit Umum Daerah Arifin Achmad Provinsi Riau Tahun 2020. 2021;1:1023-1042.
62. Adiputra IN. Cigarette smoke exposure and personal hygiene as determinants for cervical pre-cancer lesson in Denpasar , 2012 Paparan asap rokok dan higiene diri merupakan faktor risiko lesi prakanker leher rahim di Kota Denpasar tahun 2012. 2012;1(1):63-68. doi:10.15562/phpma.v1i1.163
63. Atikah S, Angelina R, Rotinsulu J, Ati EP, Sunarmi A. Hubungan Pengetahuan Kanker Serviks Dengan Deteksi Dini Pemeriksaan IVA Pada Wanita Usia Subur Di Kelurahan Tawaang Barat Manado. 2024;2(1). doi:<https://doi.org/10.61132/protein.v2i1.131>
64. Robertus Surjoseto DS. Pengaruh Kecemasan dan Depresi Terhadap Kualitas Hidup Pasien Kanker Serviks di. *Ris Rumpun Ilmu Kesehat*. 2022;1 No 1:1-8.

65. Modglin L. Apa Jenis Kanker Menyebabkan Hemoglobin Rendah?2024.
66. Padila. *Asuhan Keperawatan Maternitas II*. Nuha Medika; 2015.
67. Sudarth B&. *Keperawatan Medikal Bedah*. 12th ed. EGC; 2013.
68. HANGGITRIANA PA. *ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.A DENGAN DIAGNOSIS MEDIS HYDRONEPHROSIS WITH URETERAL STICKURE DI RUANG G1 RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA*. SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA; 2023.
69. Yolanda V. *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Kanker Serviks Di Ruangan Irna Kebidanan RSUP Dr.M Djamil Padang*. Vol 2. Kemenkes Poltekkes Padang; 2023. doi:10.33024/mahesa.v3i8.10656
70. Hasnani F. Hidup Dengan Kanker Serviks. 2022;7(3).
71. Gusrianto R. *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Kanker Serviks Di Ruang Ginekologi Onkologi RSUP Dr. M. Djamil. Padang*. Kemenkes Poltekkes Padang; 2018.
72. Manoralisa J, Studi P, Dokter P, et al. GAMBARAN JUMLAH LEUKOSIT PADA PASIEN KANKER. 2019;2019:29-36.
73. Affan MIF, Rahardjo HE WF. Keganasan ginekologi dengan uropati obstruktif Profil pasien di RS Cipto Mangunkusumo: Pengalaman kami selama 2 tahun. *Bali Med J*. 2022;10. doi:<https://doi.org/10.15562/bmj.v10i3.2925> |
74. Nobrega L, Zanon JR, Andrade C, Schmidt RL, Dos Santos MH DRR. Peran prognostik hidronefrosis dalam pengobatan pasien dengan kanker serviks stadium lanjut: kohort retrospektif. *Int J Gynecol Cancer*. 2022;32(9):1123-1128. doi:doi: 10.1136/ijgc-2022-003679
75. Yang Y rong, Chen S ju, Yen P yeh, et al. Hydronephrosis in patients with cervical cancer is an indicator of poor outcome. 2021;6(December 2020).
76. Buttaccio. An Overview of Hydronephrosis. *Verywell Health*. 2020.
77. Noegroho BS, Kurniawan AP, Wijayanti Z MA. Faktor-faktor yang mempengaruhi survival outcome setelah nefrostomi perkutan sebagai pengalihan urin paliatif pada pasien uropati obstruktif. *asia pacific J cancer Prev*. 2021;22(4):1211–1216. doi:doi: 10.31557/APJCP.2021.22.4.1211
78. Kamilah L. Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Ny . R dengan Kanker Serviks Stadium IIIB Komplikasi Anemia Pengobatan Radioterapi dalam Pemenuhan Kebutuhan Cairan di Ruang Perawatan Lantai II Paviliun Iman Sudjudi RSPAD Gatot Soebroto. 2022;3(3):729-736.
79. Ambarwati WN, Wardani EK, Studi P, et al. Efek samping kemoterapi secara fisik pasien penderita kanker servik. *Ners*. Published online 2013:97-106. <https://jurnal.unimus.ac.id/index.php/psn12012010/article/view/1428/1481>

80. Caesandri, S. D. P., & Adiningsih S. Peranan Dukungan Pendamping Dan Kebiasaan Makan Pasien Kanker. *Media Gizi Indones*. 2015;10(2):157-165.
81. Ma'rifah AR. Pengaruh Relaksasi Benson Terhadap Tingkat Kecemasan Pasien Kanker Serviks di RSUD Margono Soekardjo Purwokerto. MUSWIL IPEMI. Published online 2016:174–181.
82. Tri Rahayu F. Pengaruh Teknik Slow Deep Breathing Terhadap Penurunan Nyerii Post Operasi Nefrostomi Pada Pasien Hidronefrosis Di Rruang Enggang 3 RSUD Aji Muhammad Parikesit. *J Keperawatan Muhammadiyah Samarinda*. Published online 2021:1-7.

## Lampiran 16 Hasil Cek Plagiarisme (Turnitin)

