

Asuhan Keperawatan Pada Ny.J Suspek Kanker Serviks di RSUD Bekasi

¹Novi Triana, ²Merida Simanjuntak

Akademi Keperawatan Pasar Rebo, Departemen Keperawatan Maternitas

E-mail: merida_juntak@yahoo.com

Jl. Tanah Merdeka, no.16. 17,18 Pasar Rebo, Jakarta Timur

Abstrak

Salah satu masalah kesehatan reproduksi saat ini yang paling tinggi prevalensinya adalah kanker serviks. Kanker serviks terjadi ditandai dengan adanya pertumbuhan sel-sel pada leher rahim yang tidak lazim (abnormal) biasanya menyerang wanita berusia 35-55 tahun. Menurut Internasional Agency For Research On Cancer (IARC) 2015, 85 % dari kasus kanker di dunia dengan jumlah sekitar 493.000 dengan jumlah 273.000 kematian terjadi di negara-negara berkembang seperti Indonesia. Peran perawat terkait masalah kanker serviks dapat dicegah dengan upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. bagaimana gambaran pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan kanker serviks pada pasien Ny. J dengan suspek kanker serviks di RSUD Dr. Chasbullah Abdulmajid Kota Bekasi. Bertujuan untuk memperoleh pengalaman secara nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien yang diduga kanker serviks. Dilaksanakan dengan metode deksriptif naratif. Terdapat 5 (lima) diagnosa yaitu nyeri berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi), resiko perdarahan dibuktikan dengan faktor resiko: kurangnya terpapar informasi tentang pencegahan perdarahan, proses keganasan; defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan, anoreksia; defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi, resiko infeksi dibuktikan dengan faktor resiko: prosedur invasive. Setelah dilakukan implementasi selama dua hari didapatkan bahwa dua masalah yang teratasi dan tiga yang belum teratasi yaitu masalah nyeri, resiko perdarahan dan deficit nutrisi.

Kata kunci: Asuhan Keperawatan, Kanker Serviks

Abstract

One of the highest reproductive health problems at present is cervical cancer. Cervical cancer occurs characterized by the growth of cells in the cervix that are not unusual (abnormal) usually attack women aged 35-55 years. According to the 2015 International Agency For Research On Cancer (IARC), 85% of cancer cases in the world with a total of around 493,000 with a total of 273,000 deaths occur in developing countries like Indonesia. The role of nurses regarding cervical cancer problems can be prevented by promotive, preventive, curative and rehabilitative efforts. How is the description of the provision of nursing care in patients with cervical cancer in patients Mrs. J with suspected cervical cancer in Dr. Chasbullah Abdulmajid Hospital at Bekasi City. Aims to gain real experience in providing nursing care for patients suspected of cervical cancer. Implemented with a descriptive narrative method. There are 5 (five) diagnoses of pain associated with physical agents (surgical procedures), the risk of bleeding is evidenced by risk factors: lack of exposure to information about prevention of bleeding, malignancy process; Nutritional deficits are associated with the inability to digest food, anorexia; Knowledge deficits are associated with a lack of exposure to information, the risk of infection is evidenced by risk factors: invasive procedures. After two days of implementation, it was found that two problems were resolved and three that had not been resolved were pain, risk of bleeding and nutritional deficit.

Key words: Cervical Cancer, Nursing Care

Pendahuluan

Persoalan kesehatan reproduksi tidak hanya menyangkut wanita usia subur

tetapi mencakup setiap perkembangan wanita mulai dari kanak-kanak, remaja, dewasa sampai dengan lanjut usia. Salah satu masalah kesehatan reproduksi saat ini yang paling tinggi prevalensinya adalah kanker serviks. Banyak wanita yang tidak memahami tentang resiko dan penyebab dari kanker serviks sehingga hampir rata-rata yang terkena datang sudah sampai stadium lanjut.

Kanker serviks merupakan suatu proses keganasan yang sering terjadi pada leher rahim sehingga jaringan disekitarnya tidak dapat melaksanakan fungsi sebagaimana mestinya. Kanker serviks terjadi ditandai dengan adanya pertumbuhan sel-sel pada leher rahim yang tidak lazim (abnormal). Tetapi sebelum sel-sel tersebut menjadi sel-sel kanker, terjadi perubahan yang dialami oleh sel-sel tersebut. Perubahan tersebut biasanya memakan waktu bertahun-tahun sebelum sel-sel tadi berubah menjadi sel kanker (Ramli, 2002).

Kanker serviks diseluruh dunia adalah kanker yang paling sering menyerang perempuan setelah kanker payudara dan menjadi penyebab kematian pada wanita. Kanker serviks biasanya menyerang wanita berusia 35-55 tahun. Menurut Internasional Agency For

Research On Cancer (IARC) 2015, 85 % dari kasus kanker di dunia dengan jumlah sekitar 493.000 dengan jumlah 273.000 kematian terjadi di negara-negara berkembang seperti Indonesia. Di Indonesia kanker serviks menempati urutan pertama daftar kanker dan saat ini ada sekitar 100 per 100.000 penduduk atau 200.000 kasus setiap tahunnya. Sebanyak 41 kasus baru dan 20 kematian akibat kanker serviks ditemukan setiap harinya. Sedangkan data menurut yayasan kanker Indonesia kanker serviks telah menyebabkan 8000 kematian di Indonesia setiap tahunnya yang diakibatkan karena lebih dari 70% kasus yang datang ke rumah sakit ditemukan dalam stadium lanjut. Sementara hasil presentase di ruangan Dahlia Rumah Sakit Dr. Chasbullah Abdul Majid Kota Bekasi didata selama 3 bulan terakhir terdapat 246 pasien dan yang terdapat kanker serviks ada sekitar 8 orang jadi prevalensi ruangan dahlia yang menderita kanker serviks adalah 0,03%.

Penyebab dari kanker serviks yaitu virus HPV tetapi ada beberapa faktor yang menyebabkan kanker serviks antara lain: hubungan seksual pada usia dini, hubungan seksual multi partner, personal hygiene dan kebiasaan

merokok. Jika faktor penyebab tersebut tidak ditangani lebih lanjut maka bisa terjadi komplikasi. Komplikasi berupa menopause dini, penyempitan vagina, munculnya limfedema atau penumpukan cairan tubuh, perdarahan berlebih, gagal ginjal, produksi cairan vagina yang tidak normal.

Peran perawat terkait masalah kanker serviks berupa upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Peran perawat dalam upaya promotif yaitu dapat memberikan pendidikan kesehatan pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat tentang pentingnya deteksi dini, pentingnya mengetahui tanda & gejala terkait dengan kanker serviks. Upaya preventif seperti pemeriksaan sejak dini untuk mencegah akibat lanjut dari kanker serviks, bagaimana pencegahannya agar tidak berlanjut ke tahap yang lebih berat. Upaya kuratif berupa pendampingan klien dengan kanker serviks, penanggulangan stress akibat penyakitnya. Upaya rehabilitatif adalah upaya pemulihan kesehatan dirumah, pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan, motivasi untuk pola hidup sehat dengan mengkonsumsi makanan sehat dan bergizi.

Berdasarkan data di atas penyusun ingin membahas bagaimana gambaran pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan kanker serviks dengan judul asuhan keperawatan pada pasien Ny. J dengan suspek kanker serviks di rumah sakit Dr. Chasbullah Abdulmajid Kota Bekasi.

Pengertian

Menurut Notodiharjo (2002) kanker serviks adalah tumor ganas primer yang berasal dari sel epitel skuamosa akibat tumor ganas pada daerah mulut rahim sebagai akibat dari adanya pertumbuhan jaringan yang tidak terkontrol dan merusak jaringan normal di sekitarnya.

Etiologi

Penyebab kanker serviks belum jelas diketahui namun beberapa faktor resiko dan predisposisi yang menonjol menurut Imam (2010) antara lain: Human Papiloma Virus (HPV) yaitu virus penyebab kutil genitalia (Kondiloma Akuminata) yang ditularkan melalui hubungan seksual. HPV merupakan virus yang berukuran sangat kecil dan bisa menular lewat bagian vagina yang mengalami perlukaan, penularan terjadi saat melakukan hubungan seksual. Infeksi virus herpes (HSV-2) dan virus

papiloma atau virus kondiloma akuminata. Beberapa factor resiko seperti: umur pertama kali melakukan hubungan seksual. Penelitian menunjukkan bahwa semakin muda melakukan hubungan seksual semakin besar mendapatkan kanker serviks; Berganti - ganti pasangan seksual, hubungan seksual usia muda (dibawah 18 tahun), berganti-ganti pasangan dan pernah menikah dengan wanita yang menderita kanker serviks; wanita yang sering partus. Semakin sering partus semakin besar kemungkinan resiko mendapat karsinoma serviks; Wanita yang sering melakukan hubungan seksual dan berganti-ganti pasangan mempunyai faktor resiko yang besar terhadap kanker serviks ini; Pemakaian pil KB dalam jangka panjang lebih dari lima tahun dapat meningkatkan resiko relative 1,53. WHO melaporkan resiko relative pada pemakaian kontrasepsi oral sebesar 1,19 kali dan meningkat sesuai dengan lamanya pemakaian; pemakaian AKDR (Alat Kontrasepsi dalam Rahim) berpengaruh terhadap serviks yaitu bermula dari adanya erosi serviks yang kemudian menjadi infeksi yang berupa radang yang terus menerus, hal ini dapat sebagai pencetus terbentuknya kanker serviks; Merokok, pada wanita perokok konsentrasi nikotin

pada getah serviks 56 kali lebih tinggi dibandingkan dalam serum, efek langsung bahan tersebut pada serviks adalah menurunkan status imun lokal sehingga dapat menjadi kokarsinogen; Sosial ekonomi, Karsinoma serviks banyak dijumpai pada golongan sosial ekonomi rendah mungkin faktor sosial ekonomi erat kaitannya dengan gizi dan kebersihan perorangan. Pada golongan sosial ekonomi rendah umumnya kuantitas dan kualitas makanan kurang hal ini mempengaruhi imunitas hidup.

Patofisiologi

Menurut Andrijono (2011) perjalanan penyakit kanker serviks didahului dengan infeksi HPV onkogenik (Virus HPV ganas) yang menyebabkan sel normal menjadi sel kanker prakanker dan berkembang lagi menjadi sel kanker. Untuk menjadi sel kanker dan menjadi kanker serviks dibutuhkan waktu yang tidak singkat, setidaknya butuh waktu yang lama tetapi tidak menutup kemungkinan bisa berlangsung dalam waktu kurang dari setahun.

Dysplasia kanker atau kondisi prakanker adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan pertumbuhan awal dari sel abnormal dalam serviks yang bisa berkembang menjadi kanker.

Dysplasia kanker ini merupakan tahapan pertama dari kanker serviks. Namun sebaliknya, saat anda berada dalam tahapan dysplasia, tetapi tidak mendapatkan penanganan yang cepat, maka dysplasia rendah dan ringan itu bisa berkembang menjadi sel kanker dan akhirnya menjadi kanker serviks.

Manifestasi Klinis

Tahap awal: Perdarahan atau bercak pada vagina yang tidak dapat dijelaskan, sifatnya bisa intermenstruasi atau perdarahan kontak, kadang-kadang perdarahan baru terjadi pada stadium selanjutnya. Pada jenis intraservikal perdarahan terjadi lambat. Biasanya menyerupai air, kadang - kadang timbulnya sebelum ada perdarahan; Perdarahan pasca coitus, keluar cairan dari vagina: Berair, purulen atau mucoid; Perdarahan paska koitus.

Tahap lanjut ditandai perdarahan, keputihan dan berbau; Nyeri pelvis, iritasi, vulvitis; Gejala perkemihan, kebocoran urin atau feses dari vagina; Anoreksia dan penurunan berat badan.

Penatalaksanaan Medis

Pengobatan disesuaikan dengan tahapan keparahan atau stadium kanker. a. Tahapan lesi prakanker Lesi prakanker

adalah kelainan sel serviks (NIS/CIN) yang kelainan berupa perubahan inti sel sebelum inti sel menjadi inti sel kanker. Lesi prakanker bisa juga diartikan sebagai kelainan sel sebelum terjadinya kanker. Berdasarkan derajat lesi prakanker dibagi menjadi dua jenis yaitu, LSIL (Low Squamous Intraepithelial Lesi) lesi prakanker derajat rendah, HSIL (High Squamous Intraepithelial Lesi) lesi prakanker derajat tinggi. Pada lesi prakanker derajat rendah pada umumnya tidak memerlukan pengobatan atau terapi, sedangkan pada lesi prakanker derajat tinggi harus mendapatkan terapi secara intensif. b. Tahapan kanker serviks Penanganan terhadap kanker bergantung pada stadiumnya. Jenis pengobatan yang biasa dilakukan untuk penanganan kanker serviks adalah operasi, kemoterapi, radiasi atau kombinasi dari ketiganya. Berkembangnya teknologi kesehatan, sudah dikembangkan pula terapi lain yang bisa dilakukan untuk pasien kanker serviks seperti imunoterapi dan gen terapi. Tahapan terapi untuk masing-masing stadium sebagai berikut: 1) Stadium 0 terapi/ penanganannya adalah menganut terapi lesi prakanker konisasi, elektrocautery. Untuk mereka yang sudah berusia tua dilakukan

sampel histerektomi. 2) Stadium I terapi/ penanganannya adalah histerektomi. Jika pasien masih menginginkan kesuburan, maka konisasi (biopsy kerucut) bisa dipilih sebagai opsi terapi. 3) Stadium II terapi/ penanganannya adalah kemoradiasi. Kemoradiasi adalah radiasi luar dan pemberian obat selama radiasi luar. Kemoradiasi dengan operasi histerektomi radikal dan limfadenektomi pelvis. 4) Stadium III terapi penanganannya adalah kemoradiasi dengan eksterasi, dapat dipertimbangkan pada stadium IV jika tidak meluas sampai dinding panggul, terutama jika ada rektovaginal fistula dan vesiko vaginal. 5) Stadium IV terapi penanganannya adalah dengan residif lokal sesudah radioterapi. Terapi local dengan radiasi untuk mengurangi gejala seperti nyeri karena metastasis tulang, pembesaran kelenjar getah bening dan supraklavikula

Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan terdiri dari:

A. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan merupakan langkah pertama dari proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi

status kesehatan pasien (Nursalam, 2009).

B. Diagnosa keperawatan Diagnosa keperawatan mengacu pada SDKI (2017): Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi), resiko perdarahan dibuktikan dengan faktor resiko : proses keganasan, kurangnya terpapar informasi tentang pencegahan pendarahan, Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan, anoreksia, Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi, Resiko syok dibuktikan dengan faktor resiko : hipoksemia, Resiko infeksi dibuktikan dengan faktor resiko : prosedur invasive, Resiko kerusakan intergritas kulit dibuktikan dengan faktor resiko : perubahan sirkulasi, Keletihan berhubungan dengan kondisi fisiologis

C. Intervensi

Rencana tindakan keperawatan disusun untuk mengatasi masalah keperawatan yang ditemukan. Sesuai prioritas masalah yaitu nyeri, tindakan keperawatan antara lain: pantau keluhan nyeri secara komprehensif (lokasi, karakteristik,

durasi frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi), Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan, gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri, pantau pengaruh budaya yang mempengaruhi respon nyeri, kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan dan Kolaborasi untuk memberikan obat analgesik.

D. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah tahap proses keperawatan dimana perawat memberikan intervensi keperawatan langsung dan tidak langsung terhadap pasien (Potter & Perry, 2009).

E. Evaluasi

Evaluasi adalah langkah proses keperawatan yang memungkinkan perawat untuk menentukan apakah intervensi keperawatan telah berhasil meningkatkan kondisi klien (Potter & Perry, 2009). Evaluasi yaitu penilaian hasil dan penilaian proses. Penilaian hasil menentukan seberapa jauh keberhasilan yang dicapai sebagai keluaran dari tindakan. Penilaian proses menentukan apakah ada kekeliruan dari setiap tahapan proses mulai

dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan, dan evaluasi itu sendiri (Ali, 2009). Evaluasi merupakan tahap akhir yang bertujuan untuk menilai apakah tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau tidak untuk mengatasi suatu masalah Pada tahap evaluasi, perawat dapat mengetahui seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaan telah tercapai.

Tinjauan Kasus

Pengkajian Keperawatan

Pengkajian dilakukan pada tanggal 13 Maret 2018 pasien masuk rumah sakit pada tanggal 7 Maret 2018 pada pukul 14.00 WIB dengan nomor register 09985711 dengan diagnosa medis susp. kanker serviks.

A. Identitas Klien

Nama Ny. J usia 37 tahun pendidikan terakhir SMA, bekerja sebagai karyawan swasta, suku Betawi, agama Islam, alamat di Kp. Kayu ringan RT 03/01 Bekasi Selatan, status menikah selama 7 bulan dengan suami yang keduanya ini, nama suami pasien Tn. B umur 57 tahun pendidikan terakhir SMP, pekerjaan karyawan swasta, suku betawi, agama Islam.

B. Resume

Pasien datang datang dari UGD lalu dipindahkan ke ruangan VK pada tanggal 7 Maret 2018 pada pukul 14.00 pasien dengan keluhan pendarahan tidak berhenti selama kurang lebih 1 tahunan. Pasien ganti pembalut sehari 10x/ hari saat pertama kali datang ke rumah sakit pasien merasa kolik pada perut bagian bawah sebelah kanan, pasien tampak sakit sedang, keadaan umum compos mentis, wajah pucat, akral dingin, TD: 130/90 mmHg, N: 84 x/menit, RR: 18 x/menit, S: 36,5^o C. dilakukan loading NaCl 500 cc, RL 1000 cc dengan terpasang infus RL 2 line. Selama di VK pasien ganti pampers setiap satu jam sekali, transfusi darah sebanyak 4 kantong, tanggal 7 Maret transfusi darah 250 ml dan 8 Maret transfusi darah 250 ml, pada tanggal 9 Maret pasien mendapatkan transfusi kembali 250 ml, pada tanggal 10 Maret pasien mendapatkan transfusi darah 250 ml dan hasil laboratorium pada tanggal 08 Maret 2018 Hb pasien 2,7 g/dL. Pada tanggal 8 Maret pasien mengalami syok hipovolemik kemudian sesuai anjuran dokter pasien harus dibawa

ke ruang ICU dan juga setelah di lakukan observasi ternyata tidak ada perubahan kemudian pasien di pindahkan ke ruang ICU setelah keluarganya setuju untuk masuk ruangan ICU lalu pasien di pindahkan ke ruang ICU, setelah ruang ICU ternyata pasien harus dilakukan Curet untuk membersihkan rahim agar pendarahan berhenti, lalu pasien masuk ruang Operasi pada tanggal 8 Maret 2018 setelah masuk ruang operasi pasien masuk kembali ke ruang ICU pasien di ruang ICU selama diruang ICU pasien mendapatkan transfusi darah pada tanggal 9 Maret 250 ml, lalu pasien mendapatkan transfusi darah pada tanggal 10 Maret 250 ml. selama di ruang ICU pasien mendapatkan terapi cairan NaCl 0,9% + adona (500cc), PRC 250cc, dobutamin 250 mg/50cc, NaCL+Kalnex 500 mg + Vit.K, FFp 180. Terapi obat kalnex 3x500mg, Vit.K 3x1 amp, Lasix ekstra 1 amp, Ca gluconal 1 amp extra, ondansentron 3x4mg, Omz 1x400mg kalnes 500mg, ceftrianoxe 2x1gr (skintest) Sampai dengan tanggal 11 Maret 2018 setelah keluar dari ruang ICU pasien dipindahkan diruang Dahlia.

Pada saat diruangan pasien terpadang infus double lumen dibagian punggung bagian kiri atas, keluhan pasien pada saat itu adalah pasien masih merasa nyeri pada saat berjalan dengan skala 6 seperti melayang selama 1-2 menit, lengan pasien terlihat edema karena bekas lokasi penusukan infuse. Hasil TTV pada saat pengkajian : TD: 110/70 mmHg, Nadi 80x/menit, S: 36oC, RR: 18x/menit.

C. Pengkajian

Riwayat Keperawatan meliputi: Keluhan utama Pasien mengatakan merasa nyeri pada saat bergerak dengan skala 6 seperti tertarik selama 1-2 menit. Pasien mengatakan kalau berjalan kakinya masih sakit dan masih seperti mengambang; Riwayat Menstruasi: Haid pertama kali pada usia 13 tahun, mengalami pendarahan secara terus-menerus selama kurang lebih 2 tahun, siklus haid sebelum terjadi pendarahan teratur, biasanya haid 5 - 7 hari dengan jumlah banyak, berwarna merah merah segar, ganti pembalut 3 – 5 kali sehari, saat haid biasanya mengalami nyeri yang sangat hebat

seperti melilit, pasien belum mengalami menopause. Keluhan lainnya sudah kurang lebih 1 tahun ini pendarahan tidak berhenti-berenti dan dalam jumlah yang sangat banyak. Riwayat Obstetri: melahirkan 3 kali dan tidak pernah abortus dengan jumlah anak hidup 3. Anak pertama sekarang berumur 12 tahun lahir pada usia kehamilan 40 minggu jenis kelamin laki-laki, persalinan normal dengan berat 2600 gram panjang badan 48 cm. Anak kedua berumur 10 tahun lahir pada usia kehamilan 38 minggu, jenis kelamin perempuan. Persalinan normal dengan berat lahir 2850 gram, panjang badan 46 cm. Anak ketiga sekarang berumur 7 tahun lahir pada usia kehamilan 39 minggu dengan jenis kelamin perempuan. Persalinan normal dengan berat lahir 2650 gram dan panjang badan 47 cm.

Riwayat Ginekologi dan Penyakit: Pemeriksaan papsmear pada tanggal 7 Maret 2018 hasilnya negatif.

Masalah ginekologi/infertilitas tidak ada. Belum pernah dilakukan operasi sebelumnya. Pasien memiliki riwayat darah rendah. Mengeluh pusing dan nyeri hebat setiap kali

menstruasi. Dalam riwayat kesehatan keluarga pasien mengatakan orang tuanya dulu meninggal pada saat melahirkan dikarenakan kanker rahim.

Riwayat Keluarga Berencana: Pasien menggunakan KB suntik selama 7 tahun dan tidak pernah memakai alat kontrasepsi lainnya. Pasien mengalami gangguan aktifitas seksual karena sering mengalami perdarahan berkepanjangan. Pasien bercerai dengan suami pertamanya tahun 2016 karena tidak bisa memenuhi kebutuhan seksualitas suami.

Riwayat Psikososial dan Spiritual: Orang yang terdekat dengan pasien adalah suami yang sekarang. Interaksi dengan keluarga terbuka satu sama lain. Persepsi pasien terhadap penyakit yang dipikirkan saat ini adalah pasien mengatakan masih bersyukur diberikan kehidupan kedua, harapan yang dijalani perawatan/ pengobatan adalah ingin cepat sembuh agar bisa beraktivitas seperti semula, perubahan yang dirasakan setelah jatuh sakit adalah pasien mengatakan memikirkan kondisi anak-anaknya dirumah. Pengkajian terhadap konsep diri pasien

mengatakan ia adalah ibu dari anak-anaknya Ny. J mengatakan senang dengan diri sendiri, Ny. J mengatakan suka dengan matanya. Mekanisme koping pasien bermusyawarah dan dzikir. Aktivitas agama/ kepercayaan yang dilakukan saat ini berdoa dan dzikir.

Riwayat Kebutuhan / Kebiasaan Sehari-hari Sebelum di Rawat: Frekuensi makan 3 kali sehari, tidak menyukai ikan, ayam, dan daging, alergi makanan laut, jika memakan makanan laut merasa gatal-gatal. Pasien tidak terlalu sering konsumsi makanan cepat saji. Cairan yang diminum 2000 ml/hari, tidak pernah meminum minuman kaleng. Eliminasi BAB dengan frekuensi rutin 1 x/hari, konsistensi padat, warna coklat, tidak ada keluhan. Frekuensi BAK 7 x/hari warna kuning jernih, bau khas, tidak ada keluhan. Personal Hygiene Frekuensi mandi pasien 2x/hari, oral hygiene 2x/hari, genitalia pasien mengalami perdarahan kurang lebih 2 tahun, tidak pernah menggunakan antiseptik pembersih untuk area vagina, pasien juga tidak ada keluhan di area genitalianya. Istirahat dan Tidur Biasa hanya

tidur 3-4 jam saja/hari, tidak pernah tidur siang, tidak memiliki kebiasaan sebelum tidur, keluhan saat tidur adalah sering terbangun di malam hari. Pengkajian terhadap aktivitas dan latihan: bekerja di PLN bagian pemeriksaan kWh, waktu bekerja pagi dan sore hari, tidak pernah olahraga, tidak memiliki keluhan pada saat sedang beraktivitas. Kebiasaan lainnya yang mempengaruhi kesehatan: tidak merokok, tidak mengonsumsi alkohol dan tidak ketergantungan obat-obatan. Pemeriksaan Fisik meliputi: kesadaran kompos mentis. Sistem Penglihatan Posisi bola mata seimbang, kelopak mata normal, pergerakan bola mata normal, konjungtiva merah muda, sklera anikterik. Sistem Pendengaran: Pasien dapat mendengarkan dengan baik pada bagian telinga kanan dan telinga kiri. Sistem Wicara: mampu berbicara dengan jelas dan baik. Sistem Pernafasan: jalan nafas bersih, tidak ada sumbatan, frekuensi nafas 18x/menit, irama teratur, kedalamannya dalam, dengan aktivitas tidak mengalami sesak, tidak mengalami batuk, suara nafas vesikuler. Sistem

kardiovaskuler: Sirkulasi Perifer: Nadi 80x/menit, iramanya teratur, denyutnya kuat, tekanan darah 130/90 mmHg, distensi vena jugularis kanan kiri terlihat, warna kulit pucat, edema pada bagian lengan tangan kanan dan kiri karena bekas lokasi penusukan infus. Sirkulasi jantung: irama jantung teratur, tidak ada bunyi jantung tambahan, tidak mengalami sakit dada. Sistem Pencernaan: keadaan mulut dan gigi tidak caries, stomatitis tidak ada, lidah tidak kotor, serta tidak menggunakan gigi palsu. Nafsu makan kurang, tidak mengalami kesulitan menelan, pasien mual, nyeri perut pada bagian bawah, perut tidak terasa penuh, bising usus 25 x/menit, tidak ada konstipasi dan tidak diare. Sistem Saraf Pusat: Tingkat kesadaran kompos mentis GCS 15. Sistem Perkemihan Pasien mengalami nocturia, frekuensi berkemih lebih sering, jumlah urine 1700 cc/24jam, warna urine kuning jernih, tidak mengalami distensi kandung kemih. Sistem Integumen: Turgor kulit tidak elastis, terdapat edema pada bagian lengan kanan dan kiri karena bekas luka penusukan infus, warna kulit

tampak sianosis, keadaan rambut tampak kusut, kotor dan kusut kebersihannya rambutnya tidak bersih. Sistem Muskuloskeletal: mengalami kesulitan dalam pergerakan terutama kalau saat berjalan terasa nyeri di bagian kaki dan belum sepenuhnya kakinya berasa. Pasien juga mengalami sakit persendian terutama saat berjalan. Sistem Kekebalan Tubuh: Suhu tubuh 35,6°C, Berat badan terakhir pada 1 tahun yang lalu sebelum sakit 80 kg, berat badan sesudah sakit 50 kg. Payudara dan Axila Payudara simetris, tidak teraba massa, tidak terdapat peradangan, puting susu retraksi, pengeluaran asi tidak ada, tidak ada pembesaran kelenjar axila. Belum tahu tentang pemeriksaan payudara sendiri. c. Pemeriksaan abdomen tidak ditemukan pembesaran, tidak teraba massa, konsistensi abdomen lunak dan tidak ada nyeri tekan. Pemeriksaan Genetalia Eksterna dan Inguinal: Keadaan vulva bersih, rambut pubis normal, tidak ada pengeluaran cairan, pembesaran kelenjar bartolini tidak ada, tidak teraba massa, tidak ada tanda-tanda infeksi. Pembesaran kelenjar inguinal tidak ada,

konsistensi lunak, tidak nyeri, mobilisasi pasien terlihat seperti berjalan perlahan-lahan.

D. Data Penunjang

Pemeriksaan diagnostik: pap smear (negatif), pemeriksaan pelvik: tidak dilakukan. Pemeriksaan laboratorium: Hasil laboratorium tanggal 7 Maret 2018 Hematologi: Leukosit 6, 8 ribu/uL, Hemoglobin: 10, 4 g/dL, Hematokrit: 34, 5 %, Trombosit: 318 ribu/uL.

Hasil laboratorium tanggal 8 Maret 2018 Hematologi: Leukosit: 12, 0 ribu/uL, Hemoglobin: 2,7 g/dL, Hematokrit: 9, 1 %, Trombosit : 155 ribu/UL, Hemostasis APT: 26,7 *detik, APT Control: 14.9 detik APPTT: 43, 3 *detik, APPT Control: 34,0 detik. Kimia Klinik Fungsi Ginjal Ureum: 35 mg/dL, Kreatinin: 0,89 mg/dL, Kimia urine: Warna: Kuning, Jernih, pH: 6,0, Berat Jenis: 1015, Albumin Urine: Negatif, Glukosa: Negatif, Keton: Negatif, Urobilinogen: Negatif, Bilirubin: Negatif, Darah Samar: Positif 1 (+) * Negatif, Lekosit Esterase: Negatif, Nitrit: Positif * Negatif Mikroskopis Urine:Eritrosit: 0-2 /Ipb < = 2 b) Lekosit : 0-5 /Ipb < = 5,

Silinder: Negatif, Epitel: Gepeng (+), Kristal: Kalsium Oksalat(+) * Negatif, Bakteri: Negatif. Protein Total: 2,51 G/Dl, Albumin: 1,28 G/Dl, AST (SGOT): 23 U/L, ALT (SGPT): 7 U/L, Natrium: 130 mmol/L, Kalium: 4,0 mmol/L, Clorida: 98 mmol/L.

Hasil laboratorium tanggal 10 Maret 2018 Hematologi Leukosit: 14,5 ribu/uL, Hemoglobin: 9,3 g/dL, Hematokrit: 27,4 %, Trombosit: 107 ribu/uL. Hasil laboratorium tanggal 12 Maret 2018 Albumin: 3,23 g/dL.

E. Penatalaksanaan

Ceftriaxone 1 gr (3x1) IV bolus, Omeprazole 40 gr (1x1) IV bolus, Kalnex 500 gr (3x1) IV bolus, Vit.K 3x1amp IM, Profenid suppo 150 mg (3x1) Suppo, Ondansentron 4mg (3x1) IV bolus (stop 14 Maret 2018), Neurobion 1 amp (3x1) IM (stop 10 Maret 2018), Lasix ekstra 1 amp (3x1) Drip (stop 11 Maret 2018), Ca gluconal 1 amp (3x1) IV (stop 09 Maret 2018) j. Albumin 15% (3x1) Drip (stop 10 Maret 2018), Infus RL 20 TPM (stop 12 Maret 2018), NaCl 0.9 % 20 TPM (stop 12 Maret 2018,

Dobu 250mg/50cc (3x1) IV (stop 10 Maret 2018) o. Tranfusi darah 4 kantong (1000cc) (mulai tanggal 7-10 Maret), Tindakan Curetase pada tanggal 8 Maret 2018

F. Data Fokus

Data Subjektif: mengatakan masih nyeri apabila berjalan seperti melayang pada saat berjalan skala nyeri 6 selama 1-2 menit, pasien mengatakan badannya masih pada kaku semua, pasien mengatakan masih mual, pasien mengatakan tidak pernah makan ayam, ikan daging dan pasien biasanya hanya makan sayur tahu dan tempe, pasien mengatakan tidak mengetahui apa itu baiknya nutrisi yang seimbang, pasien mengatakan mengalami penurunan BB dari 80 kg sampai ke 50 kg

Data Objektif: Pasien terpasang infus double lumen di bagian kiri atas divemflon, pasien terlihat pucat, pasien tampak lemas, pasien hanya makan ½ porsi, pasien mengalami riwayat perdarahan kurang lebih 2 tahun, hasil TTV: TD 110/70 mmHg, Nadi 80x/menit, S: 36o C, RR: 18x/menit, Pasien terlihat tidak pernah memakan lauk

makanannya, pasien terlihat seperti memegang perutnya pada saat berjalan, pasien terlihat berjalan secara perlahan. Pasien mengalami edema pada bagian lengan tangan kanan dan kiri karena bekas lokasi penusukan infus. Pasien mengalami penurunan BB dari 80 kg sampai ke 50 kg. Hb tanggal 10 Maret 2018: 9,3 g/dL, Trombosit: 107 rb/uL, BB pasien turun 30 Kg.

Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil analisa terhadap data yang ada pada pasien maka dirumuskan lima diagnosa keperawatan, pertama: nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) dibuktikan dengan pasien mengatakan masih nyeri, apabila berjalan seperti melayang, saat berjalan skala nyeri 6 selama 1-2 menit, pasien terlihat seperti memegang perutnya pada saat berjalan, pasien terlihat berjalan secara perlahan; kedua: Resiko perdarahan dibuktikan dengan faktor resiko: proses keganasan dan kurang terpapar informasi tentang pencegahan perdarahan dibuktikan dengan: Hb 9,3 g/dL, pasien tampak lemas, pasien tampak pucat dan pasien riwayat perdarahan; ketiga: Defisit nutrisi

berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan dan anoreksia dibuktikan dengan : Pasien mengatakan tidak pernah makan ayam, ikan, daging dan pasien biasanya hanya makan sayur tahu dan tempe, pasien mangatakan mual, pasien terlihat tidak pernah memakan lauk makanannya, pasien tampak lemas pasien hanya makan ½ porsi, Hb pasien terakhir 9,3 g/dL, TB 155 cm; keempat: Defisit pengetahuan berhubungan dengan ketidakmauan dibuktikan dengan: Pasien mengatakan tidak pernah makan ayam, ikan daging dan pasien biasanya hanya makan sayur tahu dan tempe, pasien mengatakan tidak mengetahui apa itu baiknya nutrisi yang seimbang, pasien terlihat tidak pernah memakan lauk makanannya, pasien tampak lemas pasien hanya makan ½ porsi; kelima: Resiko infeksi dibuktikan dengan faktor resiko: prosedur invasif: terpasang infus double lumen dibagian kiri atas divemflon, pasien terlihat edema pada bagian lengan tangan kanan dan kiri karena bekas lokasi penusukan infus.

Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi

Berdasarkan diagnosa keperawatan yang ditegakkan dari hasil analisa data, disusun rencana tindakan yang

kemudian dilaksanakan dan dievaluasi terhadap keberhasilannya.

Diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) dibuktikan dengan: Pasien mengatakan masih nyeri apabila berjalan seperti melayang pada saat berjalan skala nyeri 6 selama 1-2 menit, pasien terlihat seperti memegangi perutnya pada saat berjalan, pasien terlihat berjalan secara perlahan. Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil: Nyeri berkurang, skala 2, Pasien tidak mengeluh nyeri lagi, Tanda-tanda vital batas normal: Tekanan Darah 120/80 - 140/90 mmHg, nadi 60-100 x/menit, pernafasan 12-20 x/menit, Suhu 36-37°C.

Rencana Keperawatan meliputi: pantau terhadap keluhan nyeri secara komperhensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi, observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan, gunakan teknik komunikasi teraupetik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien, kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan,

berikan terapi sesuai program: Profenid 150 mg 3x1 suppo

Implementasi Keperawatan pada hari Selasa 13 Maret 2018 Pukul 08.00 WIB mengukur tanda-tanda vital dengan RS:- Dan RO: TD : 110/90 mmHg, nadi 80 x/menit, suhu 36o C, RR 18 x/menit. Pukul 10.00 WIB memberikan obat profenid 150 mg melalui suppo dengan RS: tidak ada, RO: obat profenid telah masuk 150 mg melalui suppo (bidan ruangan) Pukul 14.00 WIB mengajarkan mobilisasi RS: pasien mengatakan masih suka nyeri pada saat mobilisasi RO: pasien terlihat bergerak mobilisasi secara perlahan. Pukul 18.00 WIB mengukur tanda-tanda vital dengan RS: - RO: TD: 130/90 mmHg, nadi 80 x/menit, suhu 36,3 ° C, RR 20 x/menit. Pukul 19.00 WIB mengajarkan teknik relaksasi RS: pasien mengatakan sudah lebih nyaman, RO: pasien terlihat mengikuti apa yang diinstruksikan. Pukul 20.00 WIB mengkaji pengetahuan pasien tentang mobilisasi RS: pasien mengatakan masih suka nyeri pada saat mobilisasi RO: pasien terlihat bergerak mobilisasi secara perlahan

Evaluasi setelah dua hari tindakan didapatkan: Pasien mengatakan skala nyeri 2; Pasien tampak rileks, TD :

130/90 mmHg, nadi 80 x/menit, suhu 36,3o C, RR 20 x/menit. Tujuan tercapai sebagian, masalah belum teratasi, rencana tindakan dihentikan karena pasien pulang.

Diagnosa resiko Perdarahan dibuktikan dengan faktor resiko: proses keganasan, kurangnya terpapar informasi tentang pencegahan perdarahan dengan respon pasien tampak pucat, pasien tampak lemah, Hb: 9,3 g/dL, trombosit 107 rb/uL, riwayat perdarahan sekitar 2 tahun. Tujuan: setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan perdarahan tidak terjadi Kriteria hasil: turgor kulit elastis, TTV normal, tidak terdapat perdarahan pervaginam. Rencana keperawatan: Monitor status cairan, Pantau frekuensi dan irama jantung, Pantau respon fisiologis untuk nilai yang melebihi rentang yang normal, Monitor pemeriksaan TTV, Kolaborasi pemberian obat anti pendarahan seperti Vit.K dan Kalnex. Implementasi: Hari Selasa 13 Maret 2018 Pukul 08.00 WIB mengukur tanda-tanda vital dengan RS:- Dan RO: TD : 110/90 mmHg, nadi 80 x/menit, suhu 36o C, RR 18 x/menit. Pukul 11.00 WIB memberikan obat vit.K 1 amp melalui IM dengan RS: pasien mengatakan sedikit sakit, RO: obat vit.K 1 amp sudah diberikan

melalui IM (bidan ruangan) . Pukul 12.00 WIB memberikan kalnex 500 gr melalui IV bolus dengan RS: tidak ada, RO: obat Kalnex 500 gr telah masuk melalui IV bolus (bidan ruangan) Pukul 13.00 memantau Pukul 14.00 WIB mengukur tanda-tanda vital dengan RS:- Dan RO: TD : 130/90 mmHg, nadi 80 x/menit, suhu 36,3o C, RR 20 x/menit. Evaluasi Keperawatan: Pasien mengatakan sudah tidak ada darah lagi, Pasien tampak rileks, TD : 130/90 mmHg, nadi 80 x/menit, suhu 36,3°C, RR 20 x/menit, perdarahan pervaginam sudah tidak ada, turgor kulit elastis. Tujuan tercapai sebagian, masalah belum teratasi. Diagnosa defisit nutrisi berhubungan tentang nutrisi gizi seimbang dengan ketidakmampuan mencerna makanan, anoreksia dibuktikan dengan: pasien mengatakan tidak pernah makan ayam, ikan daging dan pasien biasanya hanya makan sayur tahu dan tempe, pasien mengatakan mual, Pasien terlihat tidak pernah memakan lauk makanannya, pasien tampak lemas pasien hanya makan ½ porsi, Hb terakhir pasien 9,3 g/dL, BBI 45 kg, TB 155cm. Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan nutrisi adekuat. Kriteria hasil: tidak mual dan muntah, tidak terlihat pucat, tidak lemah, nafsu makan

meningkat, makan habis 1 porsi, berat badan meningkat. Rencana keperawatan: Kaji riwayat nutrisi, termasuk makanan yang disukai. Observasi dan catat masukan makanan pasien. Berikan makan sedikit dan frekuensi sering, Observasi dan catat kejadian mual/muntah, flatus dan gejala lain yang berhubungan, berikan dan bantu hygiene mulut yang baik sebelum dan sesudah makan, gunakan sikat gigi halus untuk penyikatan yang lembut, Diskusikan dengan ahli gizi dalam menentukan kebutuhan protein pasien yang mengalami ketidakadekuatan asupan protein. Implementasi Keperawatan Hari Selasa 13 Maret 2018 Pukul 08.00 WIB (bidan ruangan) memberikan obat ondansetron melalui IV bolus 4 mg dengan RS: tidak ada RO : obat ondansetron telah masuk melalui IV sebanyak 4mg. Pukul 10.00 WIB Pukul 12.00 WIB memfasilitasi pemenuhan nutrisi pasien dengan RS : pasien mengatakan masih mual RO: makan habis ½ porsi. Evaluasi Keperawatan Hari Rabu 14 Maret 2018 S: pasien mengatakan masih mual O: pasien terlihat tidak nafsu makan, makan habis ½ porsi A: Tujuan tercapai masalah teratasi P: Rencana tindakan dihentikan karena pasien pulang. Diagnosa defisit pengetahuan

berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi dibuktikan dengan: Pasien mengatakan tidak pernah makan ayam, ikan daging dan pasien biasanya hanya makan sayur tahu dan tempe, pasien mengatakan tidak mengetahui apa itu baiknya nutrisi yang seimbang, pasien terlihat tidak pernah memakan lauk makanannya, pasien tampak lemas pasien hanya makan ½ porsi. Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan pengetahuan bertambah dengan kriteria hasil: Pasien dapat mengetahui tentang pentingnya nutrisi, pasien dapat menyukai makanan yang mengandung protein hewani. Rencana tindakan: Lakukan pendidikan kesehatan tentang nutrisi gizi seimbang, Diskusikan terapi /penanganan tentang nutrisi gizi, Kaji tingkat pengetahuan keluarga dan pasien tentang nutrisi gizi seimbang, sediakan informasi yang tepat tentang kondisi pasien. Implementasi Keperawatan: Hari Rabu 14 Maret 2018 Pukul 08.30 WIB melakukan pendidikan kesehatan tentang nutrisi gizi seimbang RS: pasien mengatakan sudah memahami tentang nutrisi gizi seimbang, RO: pasien terlihat menyimak pada saat di berikan pendidikan kesehatan. Evaluasi Hari Rabu 14 Maret 2018 Subjektif: Pasien mengatakan sudah mengetahui tentang

nutrisi gizi seimbang Objektif: Pasien terlihat sudah mengerti, pasien tampak masih belum menyukai lauk makanannya. Analisa: Tujuan tercapai masalah teratasi. Rencana tindakan dihentikan.

Indonesia: Jakarta Dewan
Pengurus Pusat PPNI

Winkyosastro, Hanifa. 2005. Ilmu Kandungan. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka.Sarwono

Daftar Pustaka

- Andrijono. 2010. Kanker Serviks Uteri Dalam Synopsis Kanker Ginekologi, Edisi 3. Jakarta: Pustaka Spirit
- Dianandra, Rama. 2009. Panduan Lengkap Mengenal Kanker. Jogjakarta: Mirza Media Pustaka.
- Djuanda, Sulaiman. 2006. Buku Ajar Keperawatan Maternitas, Jakarta: EGC
- Potter, Perry. 2009. BukuAjar Fundamental Keperawatan, Vol. 2. Jakarta: EGC
- Ramli A. 2002. Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah . Jakarta: EGC
- Smeltzer Suzannec, Brenda Bare G. 2002. Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah.Jakarta: Buku Kedokteran
- Tim POKJA SDKI DPP PPNI. 2017. Standar Diagnosis Keperawatan