

**KARYA TULIS ILMIAH**  
**ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN CA.SERVIKS**  
**DI RUANG MAWAR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH**  
**ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA**



**Oleh :**  
**Siti Raudhatul Jannah**  
**NIM: P07220116074**

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN**  
**JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN**  
**SAMARINDA**

**2019**

**KARYA TULIS ILMIAH**  
**ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN CA.SERVIKS**  
**DI RUANG MAWAR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH**  
**ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA**

Untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan (Amd.Kep)  
Pada Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



**Oleh :**  
**Siti Raudhatul Jannah**  
**NIM: P07220116074**

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN**  
**JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN**  
**SAMARINDA**

**2019**

**LEMBAR PERSETUJUAN**  
**KARYA TULIS ILMIAH INI TELAH DISETUJUI UNTUK DIUJIKAN**  
**TANGGAL 12 Juni 2019**

Oleh

Pembimbing



**Dr. Hj. Endah Wahyutri, S.Pd., M.Kes.**  
**NIDN. 4028016501**

Pemimbing Pendamping



**Ns. Nilam Norma.S.Kep.,M.Kes.**  
**NIDN. 4005028002**

Mengetahui,

Ketua Program Studi DIII Keperawatan

Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



**Ns. Andi Lis AG.,M.Kep**  
**NIP: 196803291994022011**

**KARYA TULIS ILMIAH  
ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN CA.SERVIKS  
DI RUANG MAWAR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH  
ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA**

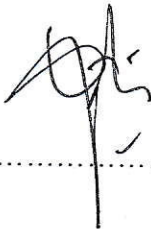
Telah Diuji  
Pada Tanggal 12 Juni 2019

PANITIA PENGUJI

Ketua Penguji

Ns. Jasmawati, S.Kep., M.Kes

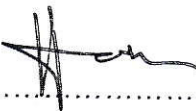
NIDN. 4014026401

  
(.....)

Penguji Anggota


1 Dr. Hj. Endah Wahyutri, S.Pd., M.Kes.

NIDN. 4028016501

  
(.....)


2 Ns. Nilam Noorma. S.Kep., M.Kes.

NIDN. 4005028002

  
(.....)

Mengetahui

Ketua Jurusan Keperawatan  
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

  
\_\_\_\_\_

Hj. Umi Kalsum, S.Pd., M.Kes  
NIP. 196508251985032001

Ketua Program Studi D III Keperawatan  
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



Ns. Andi Lis AG, S. Kep., M. Kep  
NIP. 1968032919940220

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP



### I. Identitas

Nama : Siti Raudhatul Jannah  
Tempat, tanggal lahir : Kota Bangun, 22 April 1998  
Pekerjaan : Mahasiswa  
Agama : Islam  
Suku/Bangsa : Jawa/Indonesia  
Alamat : Jl. Jakarta Gang. Perjuangan Blok.05 Rt.72,  
No.04 Loa Bakung, Samarinda  
Kalimantan Timur

### II. Pendidikan

1. Tahun 2003-2004 : Lulus TK Tunas Mulia Kota Bangun
2. Tahun 2004-2010 : Lulus SD N 24 Kota Bangun
3. Tahun 2010-2013 : Lulus SMP N 4 Kota Bangun
4. Tahun 2013-2016 : Lulus SMA N 1 Samarinda
5. Tahun 2016-sekarang : D3 Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim

## KATA PENGANTAR

Puji syukur senantiasa penulis panjatkan kehadirat Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Kanker Serviks” di Ruang Mawar RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda”.

Dalam pembuatan karya tulis ilmiah ini penulis tentu mengalami kesulitan. Namun, berkat dorongan, dukungan, dan semangat dari orang-orang terdekat sehingga penulis mampu menyelesaikannya dengan baik. Oleh karena itu, pada kesempatan kali ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih serta penghargaan yang sebesar-besarnya kepada yang terhormat :

1. Supriadi B, S.Kp., M.Kep., selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur
2. Dr. Rachim Dinata, M.Sp.B., M.Kes., selaku Direktur RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda
3. Kepala ruang Mawar dan seluruh pegawai yang telah memberikan izin serta dukungan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Hj. Umi Kalsum, S.Pd., M.Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur
5. Ns. Andi Lis AG., S.Kep., M.Kep selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur

6. Dr. Hj. Endah Wahyutri, S.Pd., M.Kes. dan Ns. Nilam Noorma, S.Kep., M.Kes, selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan arahan penulis dengan penuh kesabaran sehingga karya tulis ilmiah ini bisa selesai dengan baik.
7. Ns. Jasmawati, S.Kep., M.Kes., selaku penguji utama, dosen-dosen serta staf-staf Program Studi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur
8. Kepada kedua orang tua, keluarga, dan saudara-saudara saya di rumah yang telah memberikan dukungan, doa, nasihat, kasih sayang, semangat dan bantuan finansial bagi penulis untuk menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
9. Kepada teman-teman team maternitas yang telah memberikan semangat, doa, dan motivasi terbaiknya bagi penulis untuk menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
10. Serta pihak-pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu.

Akhir kata saya berharap Tuhan Maha Esa membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu, semoga studi kasus ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Samarinda, 12 Juni 2019

Penulis

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN KANKER  
SERVIKS DI RUANG MAWAR NIFAS RSUD ABDUL  
WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA**

**Siti Raudhatul Jannah<sup>1)</sup>, Endah Wahyutri<sup>2)</sup>, Nilam Noorma<sup>2)</sup>**

<sup>1)</sup> Mahasiswa Prodi Diploma III Keperawatan, Poltekkes Kemenkes Kaltim

<sup>2)</sup> Dosen Jurusan Keperawatan, Poltekkes Kemenkes Kaltim

**ABSTRAK**

**Pendahuluan :** Penyakit kanker serviks adalah kanker yang terjadi pada serviks uterus, yaitu suatu daerah pada organ reproduksi wanita yang merupakan pintu masuk ke arah rahim yang terletak antara rahim (uterus) dengan liang senggama (vagina).

**Tujuan :** Penulis dapat memberikan gambaran asuhan keperawatan pada pasien dengan kanker serviks di ruang Mawar Nifas RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

**Metode :** Metode yang digunakan adalah metode studi kasus dengan pendekatan Asuhan Keperawatan dengan melibatkan 2 responden. Pengumpulan data menggunakan asuhan keperawatan yang meliputi Pengkajian, Diagnosa Keperawatan, Intervensi, Implementasi dan Evaluasi. Instrument pengumpulan data menggunakan format Pengkajian Asuhan Keperawatan Ginekologi sesuai ketentuan yang berlaku.

**Hasil dan Pembahasan :** Pada pasien 1 dan pasien 2 ditemukan masalah keperawatan yang sama yaitu perfusi perifer tidak efektif, nyeri kronis dan resiko infeksi. Ditemukan pula masalah keperawatan yang berbeda yaitu ansietas, intoleransi aktivitas dan resiko defisit nutrisi.

**Kesimpulan dan Saran :** Terdapat 1 masalah keperawatan yang teratasi, 2 masalah keperawatan tidak terjadi, dan 3 masalah keperawatan teratasi sebagian. Maka saran bagi peneliti selanjutnya, agar dapat memperpanjang waktu perawatan agar hasil yang didapatkan lebih optimal.

**Kata Kunci :** Asuhan Keperawatan, Kanker Serviks



## DAFTAR ISI

Halaman	
Halaman Sampul Depan.....	i
Halaman Sampul Dalam .....	ii
Halaman Pernyataan.....	iii
Halaman Persetujuan.....	iv
Halaman Pengesahan .....	v
Halaman Daftar Riwayat Hidup.....	vi
Halaman Kata Pengantar.....	vii
Abstrak .....	ix
Daftar Isi.....	x
Daftar Tabel .....	xii
Daftar Singkatan.....	xiii
Daftar Lampiran .....	xv
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	4
1.3 Tujuan Penelitian.....	4
1.4 Manfaat.....	5
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Konsep Dasar Kasus.....	7

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan	1
.....	1
9	

**BAB III METODE PENULISAN**

3.1 Rancangan Penulisan	3
.....	3
8	

3.2 Subyek Studi Kasus	3
.....	3
9	

3.3 Definisi Operasional	4
.....	4
0	

3.4 Lokasi dan Waktu Studi Kasus	4
.....	4
0	

3.5 Prosedur Studi Kasus	4
.....	4
0	

3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data	4
.....	4
1	

3.7 Keabsahan Data	4
.....	4
3	

3.8 Analisis Data	4
.....	4
3	

**BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN**

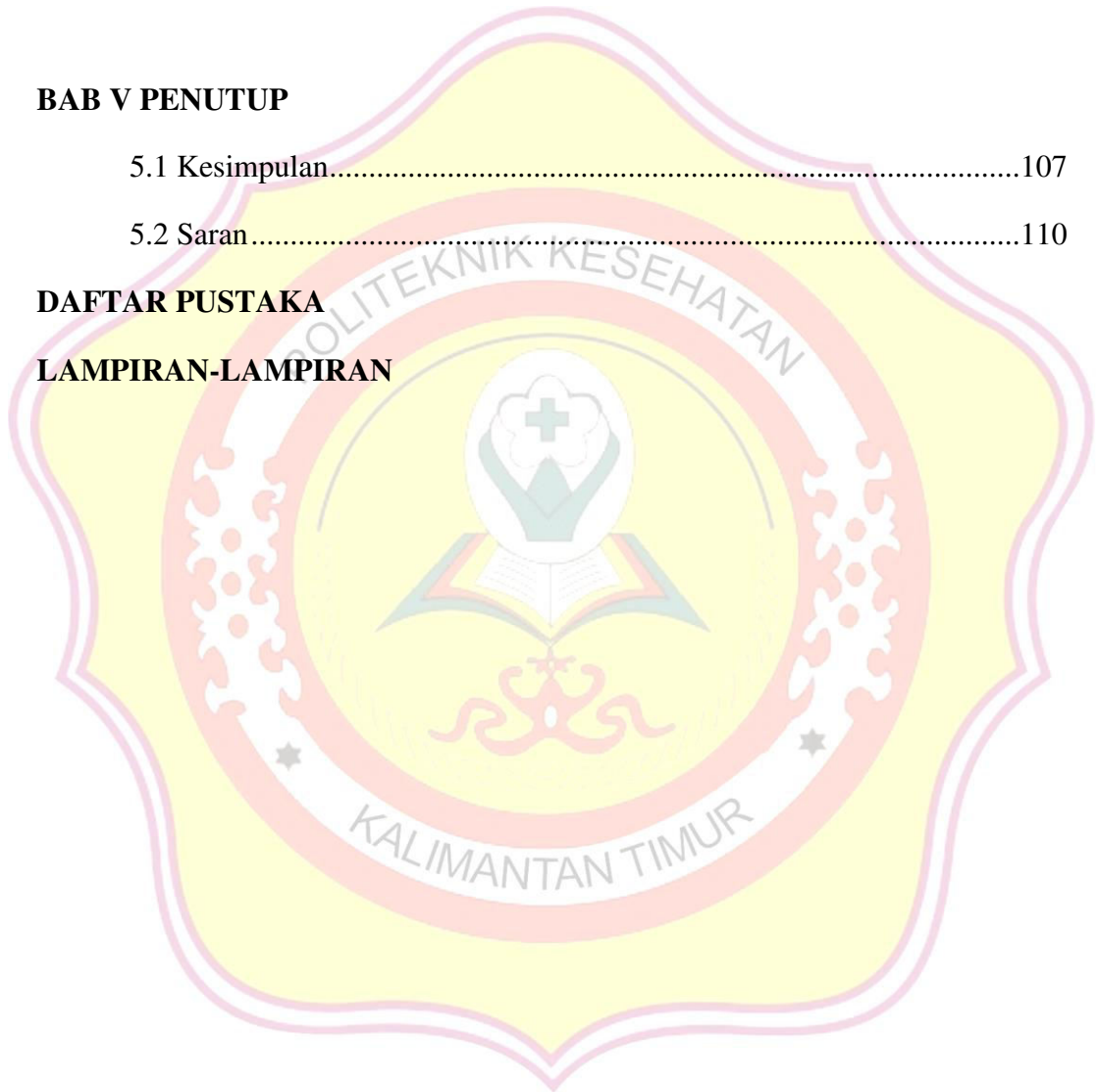
4.1 Hasil Studi Kasus	4
6	
4.2 Pembahasan	9
4	

**BAB V PENUTUP**

5.1 Kesimpulan	107
5.2 Saran	110

**DAFTAR PUSTAKA**

**LAMPIRAN-LAMPIRAN**



## DAFTAR TABEL

Tabel	2.1
.....	1
0	
Tabel	2.2
.....	2
9	
Tabel	3.1
.....	4
2	
Tabel	4.1
.....	4
7	
Tabel	4.2
.....	4
8	
Tabel	4.3
.....	5
1	
Tabel	4.4
.....	5
7	
Tabel	4.5
.....	5
7	
Tabel	4.6
.....	5
8	
Tabel	4.7
.....	5
9	

Tabel	4.8
.....	6
1	
Tabel	4.9
.....	6
2	
Tabel	4.10
.....	6
4	
Tabel	4.11
.....	6
6	
Tabel	4.12
.....	7
0	
Tabel	4.13
.....	7
5	
Tabel	4.14
.....	8
2	



### DAFTAR SINGKATAN

BHSP : Bina Hubungan Saling Percaya

BTKTP	: Bubur Tinggi Kalori Tinggi Protein
CRT	: <i>Capillary Refill Time</i>
DES	: <i>Diethylstilbestrol</i>
FIGO	: <i>International Federation of Gynecology and Obstetrics</i>
HPV	: <i>Human Papilloma Virus</i>
HSIL	: <i>High-grade Squamous Intraepithelial Lesion</i>
IARC	: <i>International Agency for Research on Cancer</i>
ICCU	: <i>Intensive Cardiac Care Unit</i>
ICS	: <i>Intercostal Space</i>
ICU	: <i>Intensive Care Unit</i>
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
IMT	: Indeks Massa Tubuh
IPPA	: Inspeksi, Perkusi, Palpasi dan Auskultasi
IVA	: Inspeksi Visual dengan Asam Asetat
IVFD	: <i>Intravenous Fluid Drops</i>
IWL	: <i>Insensible Water Loss</i>
LEEP	: <i>Loop Electrosurgical Excision Procedure</i>
NANDA	: <i>North American Nursing Diagnosis Association</i>
NIC	: <i>Nursing Outcomes Classification</i>
NICU	: <i>Neonatal Intensive Care Unit</i>
NOC	: <i>Nursing Interventions Classification</i>
NTKTP	: Nasi Tinggi Kalori Tinggi Protein
PICU	: <i>Pediatric Intensive Care Unit</i>
PPNI	: Persatuan Perawat Nasional Indonesia
PQRST	: <i>Provocative/Paliatif, Quality/Quantitas, Region/Radiasi,</i>

*Skala/Severity, dan Timing*

PSP : Persetujuan Setelah Penjelasan

Riskedas : Riset Kesehatan Dasar

SDKI : Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia

SIKI : Standar Intervensi Keperawatan Indonesia

SMART : *Specific, Measurable, Achievable, Reasonable, Time*

SOAP : *Subjective, Objective, Analysis/Assessment, Planning*

VK : *Verlos Kamer*

WHO : *World Health Organization*



## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar *Informed Consent*

Lampiran 2 Satuan Acara Penyuluhan Kemoterapi

Lampiran 3 Leaflet Penyuluhan

Lampiran 4 Lembar Konsul

Lampiran 5 Surat Persetujuan Pelaksanaan Riset Keperawatan





# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Salah satu penyebab kematian utama di dunia adalah penyakit kanker. Pada tahun 2012, kanker menjadi penyebab kematian 8,2 juta orang. Kanker paru, hati, perut, kolorektal, dan kanker payudara adalah penyebab terbesar kematian akibat kanker setiap tahunnya (Kemenkes, 2015).

Penyakit kanker serviks (*cervical cancer*) adalah kanker yang terjadi pada serviks uterus, yaitu suatu daerah pada organ reproduksi wanita yang merupakan pintu masuk ke arah rahim yang terletak antara rahim (uterus) dengan liang senggama (vagina) (Purwoastuti, 2015).

Kanker serviks merupakan kanker yang paling sering terjadi pada wanita, sebesar 7,5% dari semua kematian disebabkan oleh kanker serviks. Diperkirakan lebih dari 270.000 kematian diakibatkan oleh kanker serviks setiap tahunnya, dan lebih dari 85% terjadi di negara berkembang (WHO, 2014). Berdasarkan data dari *International Agency for Research on Cancer (IARC)*, 85% kasus kanker banyak terjadi pada negara berkembang, Indonesia pun tercatat sebagai salah satu negara berkembang dan menempati urutan nomor 2 penderita kanker serviks terbanyak setelah Cina (Savitri, 2015).

Secara nasional prevalensi penyakit kanker pada penduduk semua umur di Indonesia tahun 2013 sebesar 1.4% atau diperkirakan sekitar

347.792 orang. Penyakit kanker serviks merupakan penyakit dengan prevalensi tertinggi di Indonesia yakni 0,8%, sementara untuk kanker payudara memiliki prevalensi sebesar 0,5% (Kemenkes, 2018).

Prevalensi kanker serviks merupakan yang tertinggi di Indonesia yaitu 0,8% atau sekitar 98.692 orang. Hasil dari sampel tersebut prevalensi kanker serviks tertinggi di Indonesia terdapat di Provinsi Kepulauan Riau, Provinsi Maluku Utara, dan Provinsi D.I. Yogyakarta memiliki prevalensi kanker serviks tertinggi yaitu sebesar 1,5%. (Riskesdas, 2013).

Angka kejadian penderita kanker serviks di Kalimantan Timur terjadi peningkatan mencapai 154 orang (Nurlaila dkk, 2016). Di Rumah Sakit Umum Abdul Wahab Sjahanie Samarinda dari bulan Juli sampai Agustus tahun 2016 ditemukan 48 kasus kanker serviks dengan distribusi yang paling banyak terkena kanker serviks yaitu pada usia 45-49 tahun (Morita, 2016) .

Agar kanker serviks dapat ditemukan pada stadium dini serta mendapatkan pengobatan yang cepat dan tepat untuk memberikan kesembuhan dan harapan hidup yang lebih lama, maka perlu adanya tindakan pencegahan dan deteksi dini kanker serviks yang meliputi pemeriksaan *Inspeksi Visual Asam Aetat (IVA)* dan *Pap smear*. Karena pada umumnya kanker serviks baru menunjukkan gejala setelah tahap kronis dan sulit untuk disembuhkan.

Beberapa faktor resiko yang berpengaruh terhadap terjadinya kanker serviks antara lain infeksi virus *human papilloma virus (HPV)*, merokok, hubungan seksual pertama dilakukan pada usia dibawah 18 tahun, berganti-

ganti pasangan seksual, pemakaian DES (*Diethylstilbestrol*) pada wanita hamil untuk mencegah keguguran, gangguan sistem kekebalan, pemakaian pil KB, infeksi *herpes genitalis* atau infeksi *klamidia* menahun, dan golongan ekonomi lemah (Nurarif, 2016). Menurut Standar Diagnosia Keperawatan Indonesia tahun 2017, diagnosa keperawatan aktual yang mungkin muncul pada pasien kanker serviks adalah nyeri kronis, defisit nutrisi, disfungsi seksual dan hipertermia (PPNI, 2017).

Mengingat bahwa seorang perawat kesehatan harus bertanggungjawab dalam memberikan asuhan keperawatan secara profesional, maka dalam memberikan pelayanan atau asuhannya harus selalu memperhatikan manusia sebagai makhluk yang holistik, yaitu makhluk yang utuh atau menyeluruh yang terdiri atas unsur biologis, psikologis, sosial, dan spiritual. Seorang perawat juga harus menggunakan pendekatan pemecahan masalah yang komprehensif melalui proses keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Asuhan keperawatan pada pasien kanker serviks juga meliputi pemberian edukasi dan informasi kepada pasien guna untuk meningkatkan pengetahuan klien dapat mengurangi kecemasan serta ketakutan klien.

Perawat perlu mengkaji bagaimana pasien dengan pasangannya memandang kemampuan reproduksi wanita dan memaknai setiap hal yang berhubungan dengan kemampuan reproduksinya. Bagi sebagian wanita masalah harga diri dan citra tubuh sering muncul saat mereka tidak bisa mempunyai anak lagi. Intervensi keperawatan berfokus dalam upaya membantu pasien dan pasangannya untuk menerima perubahan fisik dan

psikologi dan menemukan kualitas lain dalam diri wanita sehingga ia dapat dihargai. Selain itu perawat juga berperan dalam membantu pasien mengekspresikan rasa takut, dukungan spriritual dan menemukan kekuatan diri untuk menghadapi masalah (Reeder, 2013).

Berdasarkan latar belakang diatas, maka penulis tertarik untuk membuat karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Pasien Kanker Serviks khususnya pasien di Ruang Mawar RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda”.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan permasalahan yang dijelaskan, maka rumusan masalah dalam penulisan ini adalah “Bagaimanakah Asuhan Keperawatan pada Pasien Kanker Serviks di Ruang Mawar RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda tahun 2018?”.

## **1.3 Tujuan Penelitian**

Penulis mampu memberikan dan menerapkan Asuhan Keperawatan pada Pasien Kanker Serviks khususnya pasien secara komprehensif.

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Tujuan umum penelitian ini adalah mahasiswa mampu memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Kanker Serviks di ruang Mawar RSUD Abdul Wahab Sjahranie dengan pendekatan proses keperawatan.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

Tujuan khusus pada penelitian ini adalah untuk mendapatkan pengalaman nyata dalam hal:

1. Mengkaji pasien dengan kanker serviks.
2. Merumuskan dan menetapkan diagnosis keperawatan pasien dengan kanker serviks.
3. Menyusun perencanaan keperawatan yang sesuai dengan masalah keperawatan pada pasien dengan kanker serviks.
4. Melakukan implementasi keperawatan yang sesuai dengan perencanaan keperawatan pada pasien dengan kanker serviks.
5. Mengevaluasi asuhan keperawatan pada pasien dengan kanker serviks.
6. Mendokumentasikan tindakan keperawatan pada pasien dengan kanker serviks.

## **1.4 Manfaat**

### **1.4.1 Bagi Penulis**

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

#### **1.4.2 Bagi tempat Penelitian**

Studi kasus ini diharapkan dapat memberikan sumbangan pemikiran atau referensi dalam menerapkan asuhan keperawatan dan untuk meningkatkan mutu pelayanan yang lebih baik, khususnya pada pasien dengan kanker serviks.

#### **1.4.3 Bagi perkembangan ilmu keperawatan**

Studi kasus ini diharapkan dapat menambah pengetahuan dan wawasan bagi Profesi Keperawatan khususnya dalam penerapan asuhan keperawatan pasien dengan kanker serviks.



## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Konsep Dasar Kasus

##### 2.1.1 Definisi

Kanker serviks merupakan kanker yang menyerang area serviks atau leher rahim, yaitu area bawah pada rahim yang menghubungkan rahim dan vagina (Rozi, 2013). Kanker leher rahim atau kanker serviks (cervical cancer) merupakan kanker yang terjadi pada serviks uterus, suatu daerah pada organ reproduksi wanita yang merupakan pintu masuk ke arah rahim yang terletak antara rahim (uterus) dengan liang senggama (vagina)(Purwoastuti, 2015).

##### 2.1.2 Etiologi

Penyebab terjadinya kelainan pada sel - sel serviks tidak diketahui secara pasti, tetapi terdapat beberapa faktor resiko yang berpengaruh terhadap terjadinya kanker serviks yaitu:

1. HPV (*Human papilloma virus*)

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

2. Merokok

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

3. Hubungan seksual pertama dilakukan pada usia dini.
  4. Berganti-ganti pasangan seksual.
  5. Suami/pasangan seksualnya melakukan hubungan seksual pertama pada usia di bawah 18 tahun, berganti - berganti pasangan dan pernah menikah dengan wanita yang menderita kanker serviks.
  6. Pemakaian DES (*Diethylstilbestrol*) pada wanita hamil untuk mencegah keguguran (banyak digunakan pada tahun 1940-1970).
  7. Gangguan sistem kekebalan
  8. Pemakaian Pil KB.
  9. Infeksi *herpes genitalis* atau infeksi *klamidia* menahun.
  10. Golongan ekonomi lemah (karena tidak mampu melakukan pap smear secara rutin).
- (Nurarif, 2016).

### 2.1.3 Tanda dan Gejala

Menurut (Purwoastuti, 2015), gejala kanker leher rahim adalah sebagai berikut:

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



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

#### **2.1.4 Klasifikasi**

Stadium klinis menurut FIGO membutuhkan pemeriksaan pelvic, jaringan serviks (biopsi konisasi untuk stadium IA dan biopsi jaringan serviks untuk stadium kliniknya), foto paru-paru, pielografi, intravena, (dapat digantikan dengan foto CT-scan). Untuk kasus stadium lanjut diperlukan pemeriksaan sistoskopi, protoskopi dan barium enema (Prawirohardjo, 2011).

Tabel 2.1 *Stadium kanker serviks menurut FIGO 2000*

Stadium 0	Karsinoma insitu, karsinoma intraepitel
Stadium I	Karsinoma masih terbatas pada daerah serviks (penyebaran ke korpus uteri diabaikan)
Stadium I A	Invasi kanker ke stroma hanya dapat didiagnosis secara mikroskopik. Lesi yang dapat dilihat secara makroskopik walau dengan invasi yang superficial dikelompokkan pada stadium IB
Stadium I A1	Invasi ke stroma dengan kedalaman tidak lebih 3 mm dan lebar horizontal tidak lebih 7 mm.
Stadium I A2	Invasi ke stroma lebih dari 3 mm tapi kurang dari 5 mm dan perluasan horizontal tidak lebih 7 mm.
Stadium I B	Lesi yang tampak terbatas pada serviks atau secara mikroskopik lesi lebih dari stadium I A2
Stadium I B1	Lesi yang tampak tidak lebih dari 4 cm dari dimensi terbesar.
Stadium I B2	Lesi yang tampak lebih dari 4 cm dari diameter terbesar
Stadium II	Tumor telah menginvasi di luar uterus, tetapi belum mengenai dinding panggul atau sepertiga distal/ bawah vagina
Stadium II A	Tanpa invasi ke parametrium
Stadium II B	Sudah menginvasi ke parametrium
Stadium III	Tumor telah meluas ke dinding panggul dan/ atau mengenai sepertiga bawah vagina dan/ atau menyebabkan hidronefrosis atau tidak berfungsinya ginjal
Stadium III A	Tumor telah meluas ke sepertiga bagian bawah vagina dan tidak menginvasi ke parametrium tidak sampai dinding panggul
Stadium III B	Tumor telah meluas ke dinding panggul dan/ atau menyebabkan hidronefrosis atau tidak berfungsinya ginjal
Stadium IV	Tumor telah meluas ke luar organ reproduksi
Stadium IV A	Tumor menginvasi ke mukosa kandung kemih atau rectum dan/ atau keluar rongga panggul minor
Stadium IV B	Metastasis jauh penyakit mikroinvasif: invasi stroma dengan kedalaman 3 mm atau kurang dari membrane basalis epitel tanpa invasi ke rongga pembuluh darah/ limfe atau melekat dengan lesi kanker serviks.

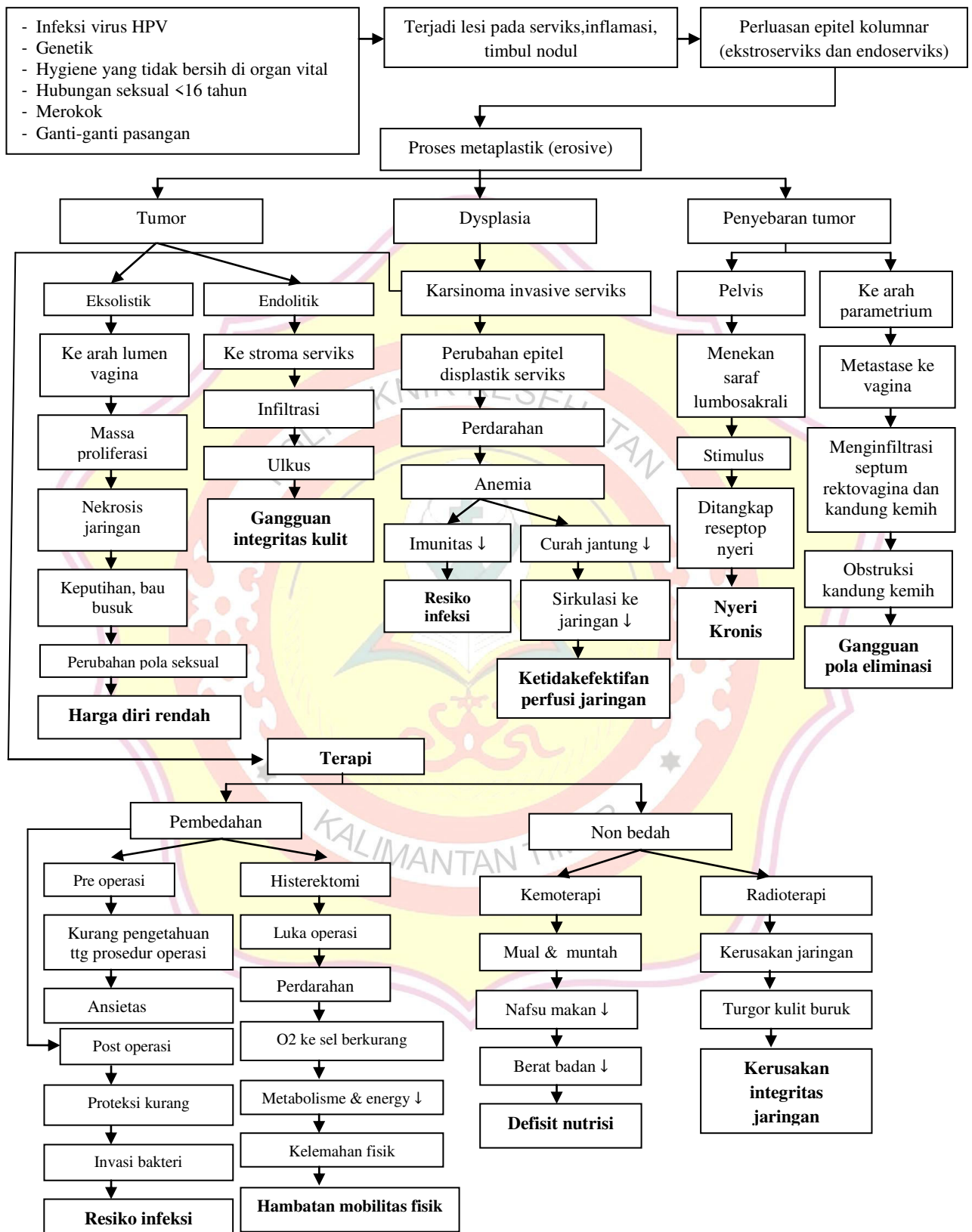
(Prawirohardjo, 2011)

### 2.1.5 Patofisiologi

Puncak insidensi karsinoma insitu adalah usia 20 hingga usia 30 tahun. Faktor resiko mayor untuk kanker serviks adalah infeksi *Human Paipilloma Virus* (HPV) yang ditularkan secara seksual. Faktor resiko lain perkembangan kanker serviks adalah aktivitas seksual pada usia muda, paritas tinggi, jumlah pasangan seksual yang meningkat, status sosial ekonomi yang rendah dan merokok (Price, 2012).

Karsinoma sel skuamosa biasanya muncul pada taut epitel skuamosa dan epitel kubus mukosa endoserviks (persambungan skuamokolumnar atau zona tranformasi). Pada zona transformasi serviks memperlihatkan tidak normalnya sel progresif yang berakhir sebagai karsinoma servikal invasif. Displasia servikal dan karsinoma in situ atau *High-grade Squamous Intraepithelial Lesion* (HSIL) mendahului karsinoma invasif. Karsinoma serviks terjadi bila tumor menginvasi epitelium masuk ke dalam stroma serviks. Kanker servikal menyebar luas secara langsung kedalam jaringan para servikal. Pertumbuhan yang berlangsung mengakibatkan lesi yang dapat dilihat dan terlibat lebih progresif pada jaringan servikal. Karsinoma servikal invasif dapat menginvasi atau meluas ke dinding vagina, ligamentum kardinale dan rongga endometrium. Invasi ke kelenjar getah bening dan pembuluh darah mengakibatkan metastase ke bagian tubuh yang jauh (Price, 2012)

2.1.6 Pathway



(Price, 2012)

### 2.1.7 Pemeriksaan Diagnostik Kanker Serviks

Preinvasive kanker serviks biasanya tanpa gejala dan sudah diderita selama  $\pm 10-15$  tahun. Pada tahap awal, kanker dapat terdeteksi selama prosedur skrining, namun sebagian besar perempuan memiliki kesadaran yang rendah untuk melakukan pemeriksaan baik melalui test paps smear maupun inspeksi visual dengan asam asetat (IVA). Hasil penelitian, bahwa dari 171 perempuan yang mengetahui tentang kanker serviks, hanya 24,5 % (42 perempuan) yang melakukan prosedur skrining (Wuriningsih, 2016).

#### 1. IVA (Inspeksi Visual dengan Asam Asetat)

Sesuai dengan namanya, IVA merupakan pemeriksaan leher rahim (serviks) dengan cara melihat langsung (dengan mata telanjang) leher rahim setelah memulas leher rahim dengan larutan asetat 3-5%. Apabila setelah pulasan terjadi perubahan warna asam asetat yaitu tampak bercak putih, maka kemungkinan ada kelainan tahap prakanker serviks. Jika tidak ada perubahan warna, maka dapat dianggap tidak ada infeksi pada serviks (Wijaya, 2010).

Proses skrining dengan IVA merupakan pemeriksaan yang paling disarankan oleh Departemen Kesehatan. Salah satu pertimbangannya karena biayanya yang sangat murah. Namun perlu diingat, pemeriksaan ini dilakukan hanya untuk deteksi dini. Jika terlihat tanda yang mencurigakan, maka metode deteksi lainnya yang lebih lanjut harus segera dilakukan (Wijaya, 2010).

Laporan hasil konsultasi WHO menyebutkan bahwa IVA dapat mendeteksi lesi tingkat atas prakanker (*High-Grade Precancerous Lesions*) dengan sensitivitas sekitar 66-96% dan spesifitas 64-98%. Sedangkan nilai prediksi positif (*positive predictive value*) dan nilai prediksi negatif (*negative predictive value*) masing-masing antara 10-20% dan 92-97% (Wijaya, 2010).

Secara umum, berbagai penelitian menunjukkan bahwa sensitivitas IVA sejajar dengan pemeriksaan secara sitologi, akan tetapi spesifitasnya lebih rendah. Keunggulan secara skrining ini ialah cukup sederhana, murah, cepat, hasil segera diketahui, dan pelatihan kepada tenaga kesehatan lebih mudah dilakukan.

(Wijaya, 2010).

## 2. Tes Pap Smear

Tes Pap Smear merupakan cara atau metode untuk mendeteksi sejak dini munculnya lesi prakanker serviks. Pemeriksaan ini dilakukan dengan cepat, tidak sakit, dan dengan biaya yang relatif terjangkau serta hasil yang akurat (Wijaya, 2010).

Pemeriksaan Pap smear dilakukan ketika wanita tidak sedang masa menstruasi. Waktu yang terbaik untuk skrining adalah antara 10 dan 20 hari setelah hari pertama masa menstruasi. Selama kira-kira dua hari sebelum pemeriksaan, seorang wanita sebaiknya menghindari *douching* atau penggunaan pembersih vagina, karena

bahan-bahan ini dapat menghilangkan atau menyembunyikan sel-sel abnormal (Wijaya, 2010).

Pemeriksaan Pap Smear dilakukan di atas kursi periksa kandungan oleh dokter atau bidan yang sudah ahli dengan menggunakan alat untuk membantu membuka kelamin wanita. Ujung leher rahim diusap dengan spatula untuk mengambil cairan yang mengandung sel-sel dinding leher rahim. Usapan ini kemudian diperiksa jenis sel-selnya di bawah mikroskop (Wijaya, 2010).

Hasil pemeriksaan Pap smear biasanya akan keluar setelah dua atau tiga minggu. Pada akhir pemeriksaan Pap smear, setiap wanita hendaknya menanyakan kapan dia bisa menerima hasil pemeriksaan pap smear-nya dan apa yang harus dipelajari darinya (Wijaya, 2010).

Pap smear hanyalah sebatas skrining, bukan diagnosis adanya kanker serviks. Jadi, apabila hasil pemeriksaan positif yang berarti terdapat sel-sel abnormal, maka harus dilakukan pemeriksaan lebih lanjut dan pengobatan oleh dokter ahli kandungan. Pemeriksaan tersebut berupa kalposkopi, yaitu pemeriksaan dengan pembesaran (seperti mikroskop) yang digunakan untuk mengamati secara langsung permukaan serviks dan bagian serviks yang abnormal. Dengan kalposkopi, akan tampak jelas lesi-lesi pada permukaan serviks. Setelah itu, dilakukan biopsi pada lesi-lesi tersebut (Wijaya, 2010).

## 2.1.8 Penatalaksanaan Kanker Serviks

### 1. Penatalaksanaan Medis

Menurut (Wijaya, 2010) ada berbagai tindakan klinis yang bisa dipilih untuk mengobati kanker serviks sesuai dengan tahap perkembangannya masing-masing, yaitu:

#### a. Stadium 0 (*Carsinoma in Situ*)

Pilihan metode pengobatan kanker serviks untuk stadium 0 antara lain:

- 1) *Loop Electrosurgical Excision Procedure* (LEEP) yaitu prosedur eksisi dengan menggunakan arus listrik bertegangan rendah untuk menghilangkan jaringan abnormal serviks,
- 2) Pembedahan Laser,
- 3) Konisasi yaitu mengangkat jaringan yang mengandung selaput lendir serviks dan epitel serta kelenjarnya,
- 4) *Cryosurgery* yaitu penggunaan suhu ekstrem (sangat dingin) untuk menghancurkan sel abnormal atau mengalami kelainan,
- 5) Total histerektomi ( untuk wanita yang tidak bisa atau tidak menginginkan anak lagi),
- 6) Radiasi internal (untuk wanita yang tidak bisa dengan pembedahan).



b. Stadium I A

Alternatif pengobatan kanker serviks stadium IA meliputi:

- 1) Total histerektomi dengan atau tanpa *bilateral salpingoophorectomy*,
- 2) Konisasi yaitu mengangkat jaringan yang mengandung selaput lendir serviks dan epitel serta kelenjarnya,
- 3) Histerektomi radikal yang dimodifikasi dan penghilangan kelenjar getah bening,
- 4) Terapi radiasi internal.

c. Stadium I B

Alternatif pengobatan kanker serviks stadium IB meliputi:

- 1) Kombinasi terapi radiasi internal dan eksternal,
- 2) Radikal histerektomi dan pengangkatan kelenjar getah bening,
- 3) Radikal histerektomi dan pengangkatan kelenjar getah bening diikuti terapi radiasi dan kemoterapi,
- 4) Terapi radiasi dan kemoterapi.

d. Stadium II

Alternatif pengobatan kanker serviks stadium II meliputi:

- 1) Kombinasi terapi radiasi internal dan eksternal serta kemoterapi,
- 2) Radikal histerektomi dan pengangkatan kelenjar getah bening,

3) Radikal histerektomi dan pengangkatan kelenjar getah bening diikuti terapi radiasi dan kemoterapi,

e. Stadium II B

Alternatif pengobatan kanker serviks stadium II B meliputi terapi radiasi internal dan eksternal yang diikuti dengan kemoterapi.

f. Stadium III

Alternatif pengobatan kanker serviks stadium III meliputi terapi radiasi internal dan eksternal yang dikombinasikan dengan kemoterapi.

g. Stadium IV A

Alternatif pengobatan kanker serviks stadium IV A meliputi terapi radiasi internal dan eksternal yang dikombinasikan dengan kemoterapi.

h. Stadium IV B

Alternatif pengobatan kanker serviks stadium IVB meliputi:

- 1) Terapi radiasi sebagai terapi paliatif untuk mengatasi gejala-gejala yang disebabkan oleh kanker dan untuk meningkatkan kualitas hidup,
- 2) Kemoterapi,
- 3) Tindakan klinis dengan obat-obatan anti kanker baru atau obat kombinasi.

## 2. Penatalaksanaan Keperawatan

Asuhan keperawatan pada pasien dengan kanker serviks meliputi pemberian edukasi dan informasi untuk meningkatkan pengetahuan klien dan mengurangi kecemasan serta ketakutan klien. Perawat mendukung kemampuan klien dalam perawatan diri untuk meningkatkan kesehatan dan mencegah komplikasi (Reeder, 2013).

Perawat perlu mengidentifikasi bagaimana klien dan pasangannya memandang kemampuan reproduksi wanita dan memaknai setiap hal yang berhubungan dengan kemampuan reproduksinya. Apabila terdiagnosis kanker, banyak wanita merasa hidupnya lebih terancam. Perasaan ini jauh lebih penting dibandingkan kehilangan kemampuan reproduksi. Intervensi keperawatan kemudian difokuskan untuk membantu klien mengekspresikan rasa takut, membuat parameter harapan yang realistis, memperjelas nilai dan dukungan spiritual, meningkatkan kualitas sumber daya keluarga dan komunitas, dan menemukan kekuatan diri untuk menghadapi masalah (Reeder, 2013).

### 2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan adalah proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien/pasien di berbagai tatanan pelayanan kesehatan. Proses keperawatan terdiri atas lima tahap yaitu pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

Setiap tahap dari proses keperawatan saling terkait dan ketergantungan satu sama lain (Budiono, 2015).

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

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

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

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

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

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

udara (misalnya suara nafas) atau gerakan organ (misalnya peristaltik usus).  
(Debora, 2012)

### 2.2.1 Pengkajian Keperawatan

#### 1. Identitas Pasien

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

#### 2. Identitas penanggung jawab

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

#### 3. Riwayat kesehatan

##### a. Keluhan utama

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

##### b. Riwayat kesehatan sekarang

Menurut (Diananda, 2008) biasanya pasien pada stadium awal tidak merasakan keluhan yang mengganggu, baru pada stadium akhir yaitu stadium 3 dan 4 timbul keluhan seperti keputihan yang berbau busuk, perdarahan setelah melakukan hubungan

seksual, rasa nyeri disekitar vagina, nyeri pada panggul. Pada pasien kanker serviks post kemoterapi biasanya mengalami keluhan mual muntah berlebihan, tidak nafsu makan, dan anemia.

c. Riwayat kesehatan dahulu

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

d. Riwayat kesehatan keluarga

Biasanya riwayat keluarga adalah salah satu faktor yang paling mempengaruhi karena kanker bisa dipengaruhi oleh kelainan genetika. Keluarga yang memiliki riwayat kanker didalam keluarganya lebih berisiko tinggi terkena kanker dari pada keluarga yang tidak ada riwayat di dalam keluarganya (Diananda, 2008).

4. Keadaan psikososial

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

## 5. Data khusus

### a. Riwayat Obstetri dan Ginekologi

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

#### 1) Keluhan haid

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

#### 2) Riwayat kehamilan dan persalinan

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

### b. Aktivitas dan Istirahat

Gejala :

- 1) Kelemahan atau kelelahan akibat anemia.
- 2) Perubahan pada pola istirahat dan kebiasaan tidur pada malam hari.
- 3) Adanya faktor-faktor yang mempengaruhi tidur seperti nyeri, ansietas dan keringat malam.



4) Pekerjaan atau profesi dengan pemajanan karsinogen lingkungan dan tingkat stress yang tinggi (Mitayani, 2009).

c. Integritas ego

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

d. Eliminasi

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

e. Makan dan minum

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

f. Neurosensori

Gejala : pusing, sinkope (Mitayani, 2009).

g. Nyeri dan kenyamanan

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

h. Keamanan

Gejala : pemajanan zat kimia toksik, karsinogen.

Tanda : demam, ruam kulit, ulserasi.

(Mitayani, 2009).

i. Seksualitas

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

j. Integritas sosial

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

k. Pemeriksaan penunjang

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

l. Pemeriksaan fisik

1) Kepala

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

2) Wajah

Konjungtiva anemis akibat perdarahan.

3) Leher

Adanya pembesaran kelenjar getah bening pada stadium lanjut.

## 4) Abdomen

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

## 5) Ekstermitas

Nyeri dan terjadi pembengkakan pada anggota gerak (kaki).

## 6) Genitalia

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

### 2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis Keperawatan yang mungkin muncul menurut SDKI, kemungkinan masalah yang muncul adalah sebagai berikut :

(PPNI, 2017)

1. D.0078 Nyeri kronis berhubungan dengan penekanan saraf
2. D.0019 Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan
3. D.0009 Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin
4. D.0069 Disfungsi seksual berhubungan dengan perubahan struktur tubuh
5. D.0111 Difisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

6. D.0087 Harga diri rendah berhubungan dengan perubahan pada citra tubuh.
7. D.0012 Resiko perdarahan berhubungan dengan gangguan koagulasi (trombositopenia)
8. D.0142 Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (imunosupresi)

### 2.2.3 Perencanaan Keperawatan

Penyusunan perencanaan keperawatan diawali dengan melakukan pembuatan tujuan dari asuhan keperawatan. Tujuan yang dibuat dari tujuan jangka panjang dan jangka pendek. Perencanaan juga memuat kriteria hasil. Pedoman dalam penulisan tujuan kriteria hasil keperawatan berdasarkan SMART, yaitu:

S : *Specific* (tidak menimbulkan arti ganda).

M : *Measurable* (dapat diukur, dilihat, didengar, diraba, dirasakan ataupun dibau).

A : *Achievable* (dapat dicapai).

R : *Reasonable* (dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah).

T : *Time* (punya batasan waktu yang jelas).

Karakteristik rencana asuhan keperawatan adalah:

1. Berdasarkan prinsip-prinsip ilmiah (rasional).
2. Berdasarkan kondisi klien.
3. Digunakan untuk menciptakan situasi yang aman dan terapeutik.

4. Menciptakan situasi pengajaran.
5. Menggunakan sarana prasarana yang sesuai.

Tabel 2.2 Perencanaan Keperawatan

No	No Dx Kep (SDKI)	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
1	D.0078	Nyeri kronis b.d penekanan saraf	<p><b>NOC :</b> Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 6x24 jam diharapkan pasien mampu untuk mengontrol dan menunjukkan tingkat nyeri dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengetahui faktor-faktor penyebab nyeri</li> <li>2. Melakukan tindakan manajemen nyeri dengan teknik nonfarmakologis</li> <li>3. Melaporkan nyeri, frekuensi, dan lamanya</li> <li>4. Tanda-tanda vital dalam rentang normal</li> <li>5. Klien melaporkan nyeri berkurang dengan skala 1-2 dari 10 atau nyeri ringan</li> <li>7. Ekspresi wajah tenang</li> <li>8. Klien dapat istirahat dan tidur</li> </ol>	<p><b>SIKI :</b> <b>Manajemen nyeri I.08238</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri</li> <li>1.2 Identifikasi skala nyeri</li> <li>1.3 Identifikasi respons nyeri nonverbal</li> <li>1.4 Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</li> <li>1.5 Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>1.6 Jelaskan penyebab, periode, pemicu nyeri</li> <li>1.7 Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri</li> <li>1.8 Kolaborasi pemberian analgetik</li> </ol>

No	No Dx Kep (SDKI)	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
2	D.0019	Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan menelan makanan	<p><b>NOC :</b> Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 6x24 jam diharapkan kebutuhan nutrisi terpenuhi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak ada penurunan berat badan</li> <li>2. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi</li> <li>3. Tidak ada tanda-tanda malnutrisi Menunjukkan peningkatan fungsi pengecapan dari menelan</li> <li>4. Asupan cairan secara oral/intravena/perenteral sepenuhnya adekuat</li> </ol>	<p><b>SIKI</b> <b>Manajemen Nutrisi I.03119</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 Identifikasi status nutrisi</li> <li>2.2 Identifikasi adanya alergi atau adanya intoleransi makanan</li> <li>2.3 Monitor asupan makanan</li> <li>2.4 Monitor berat badan</li> <li>2.5 Monitor hasil dari pemeriksaan laboratorium</li> <li>2.6 Berikan makanan tinggi protein dan tinggi kalori</li> <li>2.7 Anjurkan pasien makan sedikit tapi sering</li> <li>2.8 Anjurkan posisi duduk saat makan, jika mampu</li> <li>2.9 Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu</li> </ol>
3	D.0009	Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin	<p><b>NOC :</b> Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 6x24 jam diharapkan perfusi perifer efektif dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tekanan systole dan diastole dalam rentang normal</li> <li>2. Tidak ada ortostatik hipertensi</li> </ol>	<p><b>SIKI :</b> <b>Perawatan Sirkulasi I.02079</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1 Periksa sirkulasi perifer</li> <li>3.2 Identifikasi faktor resiko gangguan pada sirkulasi</li> <li>3.3 Monitor adanya panas, kemerahan nyeri atau bengkak ekstermitas</li> <li>3.4 Catat hasil lab Hb</li> </ol>

No	No Dx Kep (SDKI)	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
			3. Kapilarirefil < 2 detik	<p>dan Ht</p> <p>3.5 Lakukan hidrasi</p> <p>3.6 Jelaskan kepada pasien dan keluarga tentang tindakan pemberian tranfusi darah</p> <p>3.7 Kolaborasi pemberian tranfusi darah</p>
4	D.0069	Disfungsi seksual b.d perubahan struktur tubuh	<p><b>NOC :</b></p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 6x24 jam diharapkan gangguan disfungsi seksual teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pengenalan dan penerimaan identitas seksual pribadi</li> <li>2. Mengetahui masalah reproduksi</li> <li>3. Fungsi seksual : integrasi aspek fisik, sosio emosi dan intelektual ekspresi dan performa seksual</li> <li>4. Mampu mengontrol kecemasan</li> <li>5. Menunjukkan keinginan untuk mendiskusikan perubahan fungsi seksual</li> <li>7. Mengungkapkan pemahaman tentang perubahan fungsi seksual</li> <li>8. Pengenalan dan penerimaan</li> </ol>	<p><b>SIKI:</b></p> <p><b>Konseling Seksualitas I.07214</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4.1 Identifikasi tingkat pengetahuan, masalah sistem reproduksi, masalah seksualitas, dan penyakit menular seksual</li> <li>4.2 Identifikasi waktu disfungsi seksual dan kemungkinan penyebab</li> <li>4.3 Monitor stress, kecemasan, depresi, dan penyebab disfungsi seksual</li> <li>4.4 Fasilitasi komunikasi antara pasien dan pasangan</li> <li>4.5 Berikan kesempatan kepada pasangan untuk menceritakan permasalahan seksual</li> <li>4.6 Berikan pujian terhadap perilaku yang benar</li> <li>4.7 Berikan saran</li> </ol>

No	No Dx Kep (SDKI)	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
			identitas seksual pribadi 9. Mengetahui masalah reproduksi 10. Fungsi seksual : integrasi aspek fisik, sosio emosi dan intelektual ekspresi dan performa seksual 11. Mampu mengontrol kecemasan 12. Menunjukkan keinginan untuk mendiskusikan 13. perubahan fungsi seksual 14. Mengungkapkan pemahaman tentang perubahan fungsi seksual	yang sesuai kebutuhan pasangan dengan menggunakan bahasa yang mudah diterima, dipahami dan tidak menghakimi. 4.8 Jelaskan efek pengobatan, kesehatan, dan penyakit terhadap disfungsi seksual. 4.9 Informasikan pentingnya modifikasi pada aktivitas seksual 4.10 Kolaborasi dengan spesialis seksologi, jika perlu
5	D.0087	Harga diri rendah b.d perubahan pada citra tubuh	<b>NOC :</b> Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 6x24 jam diharapkan masalah harga diri rendah tertasi dengan kriteria hasil : 1. Menunjukkan penilaian pribadi tentang harga diri 2. Mengungkapkan penerimaan diri 3. Komunikasi terbuka 4. Mengatakan optimisme terhadap masa depan Menggunakan strategi koping efektif	<b>SIKI :</b> <b>Promosi Koping I.09312</b> 5.1 Identifikasi kemampuan yang dimiliki 5.2 Identifikasi pemahaman proses penyakit 5.3 Identifikasi dampak situasi terhadap peran dan hubungan 5.4 Identifikasi metode penyelesaian masalah 5.5 Identifikasi kebutuhan dan keinginan terhadap dukungan sosial



No	No Dx Kep (SDKI)	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
				<p>5.6 Diskusikan perubahan peran yang dialami</p> <p>5.7 Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</p> <p>5.8 Diskusikan alasan mengkritik diri sendiri</p> <p>5.9 Diskusikan konsekuensi tidak menggunakan rasa bersalah dan asa malu</p> <p>5.10 Fasilitasi dalam memperoleh informasi yang dibutuhkan</p> <p>5.11 Motivasi untuk menentukan harapan yang realistis</p> <p>5.12 Dampingi saat beduka</p> <p>5.13 Anjurkan penggunaan sistem spiritual, jika perlu</p> <p>5.14 Ajarkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</p> <p>5.15 Anjurkan keluarga terlibat</p> <p>5.16 Ajarkan cara memecahkan masalah secara konstruktif</p> <p>5.17 Latih penggunaan teknik elaksasi</p>

No	No Dx Kep (SDKI)	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
6	D.0111	Difisit Pengetahuan b.d kurang terpapar informasi	<p><b>NOC :</b> Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 6x24 jam diharapkan pasien menunjukkan peningkatan pengetahuan dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien dan keluarganya menyatakan pemahan tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan</li> <li>2. Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar.</li> <li>3. Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat</li> </ol>	<p><b>SIKI :</b> <b>Edukasi Proses Penyakit I.12444</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6.1 identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> <li>6.2 sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</li> <li>6.3 jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</li> <li>6.4 beri kesempatan untuk bertanya</li> <li>6.5 jelaskan penyebab dan faktor risiko penyakit</li> <li>6.6 jelaskan proses patofisiologi munculnya penyakit</li> <li>6.7 jelaskan tanda dan gejala yang ditimbulkan oleh penyakit</li> <li>6.8 jelaskan kemungkinan terjadinya komplikasi</li> <li>6.9 ajarkan cara meredakan atau mengatasi gejala yang dirasakan</li> <li>6.10 ajarkan cara meminimalkan efek samping dari intervensi atau pengobatan</li> <li>6.11 informasikan kondisi pasien</li> </ol>

No	No Dx Kep (SDKI)	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
				<p>6.12 saat ini anjurkan melapor jika merasakan tanda dan gejala memberat atau tidak biasai</p>
7	D.0012	Resiko perdarahan b.d gangguan koagulasi (trombositopenia)	<p><b>NOC :</b> Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 6x24 jam diharapkan tidak terjadi perdarahan dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tekanan darah dalam batas normal</li> <li>2. Tidak ada perdarahan pervagina</li> <li>3. Hemoglobin dan hematokrit dalam batas normal</li> </ol>	<p><b>SIKI :</b> <b>Pencegahan Perdaahan I.02067</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7.1 Monitor tanda dan gejala perdaahan</li> <li>7.2 Monitor nilai hematokrit/ hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah</li> <li>7.3 Monitor tanda-tanda vital ortostatik</li> <li>7.4 Monitor koagulasi</li> <li>7.5 Pertahankan bedest selama perdarahan</li> <li>7.6 Jelaskan tanda dan gejala perdarahan</li> <li>7.7 Anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan</li> <li>7.8 Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K</li> <li>7.9 Anjurkan segera melapor dokter jika terjadi perdarahan</li> <li>7.10 Kolaborasi pemberian obat</li> </ol>

No	No Dx Kep (SDKI)	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
				Pengontrol perdarahan 7.11 Kolaborasi pemberian produk darah
8	D.0142	Risiko infeksi b.d ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (imunopresi)	<b>NOC :</b> Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 6x24 jam diharapkan tidak terjadi infeksi dengan kriteria hasil : 1. Klien bebas dari infeksi 2. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi 3. Jumlah leukosit dalam batas normal 4. Menunjukkan prilaku hidup sehat	<b>SIKI:</b> <b>Pencegahan Infeksi I.14539</b> 8.1 Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik 8.2 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 8.3 Jelaskan tanda dan gejala infeksi 8.4 Jelaskan cara mencuci tangan dengan benar 8.5 Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 8.6 Kolaborasi pemberian antibiotik

### 2.2.1 Implementasi

Implementasi adalah tindakan dari rencana keperawatan yang telah disusun dengan menggunakan pengetahuan perawat, perawat melakukan dua intervensi yaitu mandiri/independen dan kolaborasi/interdisipliner (NANDA, 2015). Tujuan dari implementasi antara lain adalah: melakukan, membantu dan mengarahkan kinerja

aktivitas kehidupan sehari-hari, memberikan asuhan keperawatan untuk mencapai tujuan yang berpusat pada klien, mencatat serta melakukan pertukaran informasi yang relevan dengan perawatan kesehatan yang berkelanjutan dari klien (Asmadi, 2008).

### **2.2.2 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi merupakan sebagai penilaian status pasien dari efektivitas tindakan dan pencapaian hasil yang diidentifikasi terus pada setiap langkah dalam proses keperawatan, serta rencana perawatan yang telah dilaksanakan (NANDA, 2015).

Tujuan dari evaluasi adalah untuk melihat dan menilai kemampuan klien dalam mencapai tujuan, menentukan apakah tujuan keperawatan telah tercapai atau belum, serta mengkaji penyebab jika tujuan asuhan keperawatan belum tercapai (Asmadi, 2008).

Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan pasien dalam mencapai tujuan. Hal ini bisa dilaksanakan dengan mengadakan hubungan dengan pasien.

#### **1. Evaluasi Formatif**

Hasil observasi dan analisa perawat terhadap respon pasien segera pada saat setelah dilakukan tindakan keperawatan. Ditulis pada catatan perawat.

## 2. Evaluasi Sumatif

Rekapitulasi dan kesimpulan dari observasi dan analisa status kesehatan sesuai waktu pada tujuan. Ditulis pada catatan perkembangan.

Evaluasi dilakukan dengan pendekatan pada SOAP, yaitu:

S: Data subjektif, yaitu data yang diutarakan klien dan pandangannya terhadap data tersebut.

O: Data objektif, yaitu data yang didapat dari hasil observasi perawat, termasuk tanda-tanda klinik dan fakta yang berhubungan dengan penyakit pasien (meliputi data fisiologis, dan informasi dan pemeriksaan tenaga kesehatan).

A: Analisis, yaitu analisa ataupun kesimpulan dari data subjektif dan data objektif.

P: Perencanaan, yaitu pengembangan rencana segera atau yang akan datang untuk mencapai status kesehatan klien yang optimal.

(Hutahaen, 2010).

Adapun ukuran pencapaian tujuan tahap evaluasi dalam keperawatan meliputi:

1. Masalah teratasi, jika klien menunjukkan perubahan sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan.
2. Masalah teratasi sebagian, jika klien menunjukkan perubahan sebagian dari kriteria hasil yang telah ditetapkan.

3. 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.

### **2.2.3 Dokumentasi Keperawatan**

Dokumentasi keperawatan adalah kegiatan mencatat seluruh tindakan yang telah dilakukan, dokumentasi keperawatan sangat penting untuk dilakukan karena berguna untuk menghindari kesalahan, menghindari kejadian tumpang tindih, memberikan informasi ketidaklengkapan asuhan keperawatan, dan terbinaanya koordinasi antara teman sejawat atau pihak lain.



## **BAB III**

### **METODE PENULISAN**

#### **3.1 Rancangan Penulisan**

Jenis rancangan penulisan dalam karya tulis ilmiah ini adalah deskriptif dalam bentuk studi kasus dengan pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

Pengkajian terdiri dari pengumpulan informasi subjektif dan objektif (misalnya, tanda-tanda vital, wawancara pasien/keluarga, pemeriksaan fisik) dan peninjauan informasi riwayat pasien pada rekam medik. Perawat juga mengumpulkan kekuatan (untuk mengidentifikasi peluang promosi kesehatan) dan resiko (area yang merawat dapat mencegah atau potensi masalah yang dapat ditunda) (NANDA, 2015).

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis tentang respons manusia terhadap gangguan kesehatan/proses kehidupan, atau kerentanaan respons dari seorang individu, keluarga, kelompok, atau komunitas. Diagnosis keperawatan biasanya berisis dua bagian: 1) deskriptor atau pengubah, dan 2) fokus diagnosis, atau konsep kunci dari diagnosis (NANDA, 2015).

Intervensi keperawatan didefinisikan sebagai “berbagai perawatan, berdasarkan penilaian klinis dan pengetahuan, yang dilakukan oleh seorang perawat untuk meningkatkan hasil klien/pasien”. Nursing Interventions Classification (NIC) adalah sebuah taksonomi tindakan komperhensif



berbasis bukti yang perawat lakukan di berbagai tatanan keperawatan (NANDA, 2015).

Implementasi adalah tindakan dari rencana keperawatan yang telah disusun dengan menggunakan pengetahuan keperawatan, perawat melakukan dua intervensi yaitu mandiri/independen dan kolaborasi/interdisipliner (NANDA, 2015).

Evaluasi merupakan sebagai penilaian status klien dari efektivitas tindakan dan pencapaian hasil yang diidentifikasi terus pada setiap langkah dalam proses keperawatan, serta rencana perawatan yang telah dilaksanakan (NANDA, 2015).

### **3.2 Subyek Studi Kasus**

Subjek dalam studi kasus ini adalah satu responden yang sedang dirawat di Ruang Mawar RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Kalimantan Timur, yang telah dilakukan pengkajian dan mengalami kasus yang sama yakni kanker serviks. Dengan kriteria subyek:

1. Responden dirawat di Ruang Mawar Nifas RSUD Abdul Wahab Sjahranie dengan diagnosa medis kanker serviks.
2. Responden mampu berbahasa Indonesia dengan baik, kooperatif, serta bisa melakukan aktivitas.
3. Responden dalam keadaan sadar dan mempunyai keadaan umum yang baik.
4. Bersedia menjadi responden dan telah menandatangani surat persetujuan (*informed consent*) sebagai bukti persetujuan.

### 3.3 Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur
Pasien Kanker Serviks	– Pasien kanker serviks adalah pasien yang di rawat di Ruang Mawar Nifas RSUD Abdul Wahab Sjahranie samarinda yang sedang menjalani pengobatan atau kemoterapi dan memerlukan asuhan keperawatan.	– Format Pengkajian Asuhan Keperawatan Gangguan Reproduksi

### 3.4 Lokasi dan Waktu Studi Kasus

Karya tulis ilmiah ini akan dilaksanakan pada bulan April 2019 selama 6 hari. Adapaun tempat dilaksanakan asuhan keperawatan maternitas pada pasien dengan kanker serviks dilakukan di Ruang Mawar Nifas RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Kalimantan Timur.

### 3.5 Prosedur Studi Kasus

Prosedur studi kasus pada karya tulis ilmiah ini adalah sebagai berikut:

1. Penyusunan proposal studi kasus
2. Proposal disetujui oleh penguji proposal
3. Meminta izin untuk pengumpulan data dengan metode studi kasus melalui surat izin pelaksanaan studi kasus kepada pihak Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.
4. Membina hubungan saling percaya kepada responden (BHSP), memberikan informasi singkat tentang tujuan dan manfaat studi kasus

kepada responden atau penjelasan untuk mengikuti penelitian (PSP). Bagi responden yang setuju untuk berpartisipasi dalam studi kasus ini, dibagikan lembar persetujuan (*informed consent*) untuk ditanda tangani.

5. Meminta keluarga responden yang setuju berpartisipasi dalam pelaksanaan karya tulis ilmiah tersebut.
6. Melakukan pemeriksaan fisik pada pasien dengan kanker serviks.
7. Merumuskan diagnosa pada pasien dengan kanker serviks.
8. Menentukan intervensi keperawatan sesuai dengan masalah keperawatan pada pasien dengan kanker serviks.
9. Melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan intervensi keperawatan pada pasien dengan kanker serviks.
10. Melakukan evaluasi segera setelah tindakan dilakukan dan rekapitulasi serta kesimpulan dari observasi dan analisa status kesehatan selama 6 hari dengan melihat tujuan yang telah tercapai.

### **3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data**

#### **3.6.1 Teknik Pengumpulan Data**

Pengumpulan data merupakan kegiatan untuk mengumpulkan data yang diperlukan dalam studi kasus ini. Metode pengumpulan data yang digunakan pada karya tulis ilmiah ini adalah sebagai berikut:

##### **1. Wawancara**

Wawancara merupakan metode pengumpulan data dengan cara mewawancarai langsung responden yang diteliti, metode ini memberikan hasil secara langsung (Hidayat, 2008). Pada studi kasus

ini sumber data diperoleh dari hasil wawancara terhadap keluarga klien dan perawat lainnya. Wawancara pada karya tulis ilmiah ini merupakan hasil anamnesis berisi tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang-dahulu-keluarga dan lain lain)

## 2. Observasi dan Pemeriksaan Fisik

Observasi merupakan metode pengumpulan data dengan cara melakukan pengamatan secara langsung kepada responden untuk mencari perubahan atau hal-hal yang akan diteliti (Hidayat, 2008). Pada studi kasus ini observasi dan pemeriksaan fisik menggunakan pendekatan IPPA (inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi) pada semua sistem tubuh klien

## 3. Dokumentasi

Dokumentasi dilakukan setiap hari setelah melakukan asuhan keperawatan kepada pasien dan dilakukan dengan menggunakan format asuhan keperawatan maternitas.

### 3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data berupa format tahapan proses keperawatan mulai dari pengkajian sampai evaluasi keperawatan. Alat pemeriksaan fisik yang terdiri dari tensimeter, stetoskop, termometer, timbangan, dan penlight.

### 3.7 Keabsahan Data

Keabsahan data melalui perbandingan dan pengecekan kembali data yang diperoleh dari wawancara dengan hasil observasi dan studi dokumentasi yang diperoleh dari lapangan. Dari semua data yang didapatkan dikategorikan mana data yang sama, yang berbeda, dan yang spesifik dari sumber-sumber data tersebut sehingga menghasilkan suatu kesimpulan.

### 3.8 Analisis Data

Pengolahan data menggunakan analisis deskriptif. Analisis deskriptif digunakan untuk menganalisis data dengan cara mendeskripsikan data yang terkumpul untuk membuat suatu kesimpulan (Notoatmodjo, 2010). Analisa data dalam karya tulis ilmiah ini digunakan untuk mengetahui penerapan asuhan keperawatan pada kedua pasien kanker serviks. Data yang sudah didapat dari hasil melakukan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, penegakan diagnosa, merencanakan tindakan, melakukan tindakan sampai mengevaluasi hasil tindakan akan dinarasikan dan melihat perbedaan antara partisipan 1 dan partisipan 2, kemudian dibandingkan dengan teori asuhan keperawatan pada pasien dengan kanker serviks. Analisa yang dilakukan adalah untuk menentukan apakah ada kesesuaian antara teori yang ada dengan kondisi pasien.

## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

Pada bab ini akan diuraikan hasil penelitian dan pembahasan mengenai hasil pengamatan tentang data umum pasien dan tentang gambaran lokasi umum penelitian yaitu ruangan Mawar RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Pengambilan data dilakukan pada tanggal 30 April - 05 Mei 2019 dan 03 - 08 Mei 2019 dengan jumlah sampel sebanyak dua pasien. Adapun hasil penelitiannya diuraikan sebagai berikut:

#### **4.1 Hasil Studi Kasus**

##### **4.1.1 Gambaran Lokasi Studi Kasus**

Studi kasus ini dilakukan di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda yang terletak di Jalan Palang Merah Indonesia No.1 Sidodadi Samarinda Ulu, Kota Samarinda, Kalimantan Timur. RSUD Abdul Wahab Sjahranie pada tahun 1974 dikenal dengan rumah sakit umum Segiri. Pada 12 November 1977 diresmikan oleh Gubernur yaitu Bapak H. A. Wahab Sjahranie untuk pelayanan rawat jalan. Pada 21 Juli 1984, seluruh pelayanan rawat inap dan rawat jalan dipindahkan dari rumah sakit lama (Selili) ke lokasi rumah sakit baru yang terletak di Jalan Palang Merah Indonesia. Pada tahun 1987 nama RSUD Abdul Wahab Sjahranie diresmikan. Fasilitas yang tersedia di RSUD Abdul Wahab Sjahranie antara lain Instalasi Gawat Darurat 24 jam, Instalasi Rawat Jalan (20 klinik), Instalasi Rawat Inap (733 tempat tidur), Laboratorium, Radiologi,

Radioterapi, Instalasi Penunjang Medik, Farmasi, Hemodialisa, Rehabilitasi Medik, Intensive Care Unit, Kamar Operasi, Stroke Center.

Penulis menggunakan Ruang Mawar Nifas yaitu ruang rawat inap yang digunakan bagi ibu setelah melahirkan normal maupun seksio sesaria dan wanita yang mengalami masalah dalam sistem reproduksi yang diterima dari ruang Verlos Kamer (VK) atau yang diterima langsung setelah pasien datang dari IGD dan Poli.

Adapun batas-batas Ruang Mawar Nifas yaitu sebagai berikut, sebelah utara terdapat Ruang Bougenville, sebelah selatan terdapat Ruangan Cempaka, sebelah barat terdapat Ruang Teratai 3 dan sebelah timur berbatasan langsung dengan jalan menuju Ruang Cath Lab, ICU, ICCU, PICU, NICU dan Hemodialisa. Jumlah pasien yang ada di ruangan berubah setiap hari karena Ruang Mawar Nifas merupakan ruang dimana pasien kapanpun datang dari IGD, Poli maupun VK (Verlos Kamer) dan segera di alih rawat setelah kondisi pasien mulai stabil. Bangunan Ruang Mawar Nifas terdiri dari 10 kamar pasien dengan kapasitas 50 tempat tidur, 10 kamar mandi pasien, 1 kamar mandi perawat, 1 ruang kepala ruangan, 1 ruang perawat, 1 ruang untuk mahasiswa, 1 ruang administrasi, 1 ruang tindakan, 1 ruang bayi dan 1 ruang penyimpanan alat.

#### 4.1.2 Pengkajian

Tabel 4.1 Hasil Anamnesis Biodata Pasien dengan Kanker Serviks di ruang Mawar RSUD Abdul Wahab Sjahranie

<b>Identitas Klien</b>	<b>Pasien 1</b>	<b>Pasien 2</b>
Nama	Ny.U	Ny. S
Jenis Kelamin	Perempuan	Perempuan
Umur	36 Tahun	56 Tahun
Status Perkawinan	Menikah	Menikah
Pekerjaan	Ibu Rumah Tangga	Petani
Agama	Islam	Islam
Pendidikan Terakhir	SMK	SD
Alamat	Jl.Karang Asam gg.6	Jl. Pdam Km 12 RT 18 Balikpapan
Diagnosa Medis	Ca.Serviks Stadium IIB	Ca.Serviks Stadium IIB
Nomor Register	01028899	01020763
MRS	30 April 2019	2 Mei 2019
Tgl Pengkajian	30 April 2019	3 Mei 2019

<b>Identitas Suami Pasien</b>	<b>Pasien 1</b>	<b>Pasien 2</b>
Nama	Tn.J	Tn.S
Umur	33 tahun	59 tahun
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	SMA	SMP
Pekerjaan	Swasta	Petani
Alamat	Jl.Karang Asam gg.6	Jl.Pdam Km.12 RT.18 Balikpapan

Dari table 4.1 data anamnesis didapatkan bahwa kedua pasien dalam biodata ditemukan ada persamaan jenis kelamin, agama dan diagnosa medis yaitu kanker serviks dan ada pula perbedaan biodata yaitu pekerjaan, pendidikan terakhir, alamat dan tanggal masuk pasien.



Tabel 4.2 Hasil Riwayat Biodata Pasien dengan Kanker Serviks di ruang Mawar RSUD Abdul Wahab Sjahranie

<b>Data Subjektif</b>	<b>Pasien 1</b>	<b>Pasien 2</b>
Keluhan Utama	Saat dikaji tanggal 30 April 2019 pada pukul 08.30 WITA, pasien mengatakan keluar daah bergumpal dari kemaluan dan terasa nyeri pada perut bagian bawah	Saat dikaji tanggal 3 Mei 2019 pada pukul 09.15 WITA, pasien mengatakan keluar sedikit darah dari kemaluan dan terasa nyeri pada perut bagian bawah, tidak nafsu makan dan terasa mual.
Alasan Kunjungan	Perdarahan Pervaginam	Perdarahan Pervaginam
Riwayat Penyakit Sekarang	<p>Pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit sering mengalami keputihan serta keluar darah bergumpal dari kemaluan selama lebih dari 3 bulan, awalnya pasien mengira hal tersebut adalah haid namun karena berlangsung cukup lama akhirnya pada tanggal 25 Maret 2019 suami pasien membawa pasien untuk memeriksakan keadaannya ke RS Hermina. Setelah dilakukan pemeriksaan di RS Hermina Samarinda barulah pasien mengetahui bahwa pasien menderita kanker serviks dan telah mencapai stadium Iib. Kemudian pasien dirujuk ke rumah sakit umum Abdul Wahab Sjahranie untuk dilakukan pengobatan dengan kemoradioterapi. Pasien masuk ke rumah sakit umum Abdul Wahab Sjahranie melalui IGD tanggal 30 April 2019 pukul 24.15 WITA karena mengalami perdarahan yang cukup banyak dari kemaluan dan kemudian di rawat di ruang Mawar dan sedang menunggu untuk proses pengobatan kemoradioterapinya. Saat dilakukan pengkajian tanggal 30 April 2019 jam 08.30 WITA pasien mengatakan masih keluar darah dari kemaluan terasa sedikit nyeri pada area perut bagian bawah dengan skala nyeri 4, seperti ditusuk-tusuk, selama 4-8 menit dan terasa hilang timbul, pasien mengatakan cemas akan kondisinya, pasien mengatakan</p>	<p>Pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit mengalami keputihan dan keluar darah dari kemaluan selama 2 minggu disertai nyeri perut bagian bawah. Lalu pasien dibawa ke RS Hermina Balikpapan tanggal 18 Januari 2019 dan menjalani pemeriksaan biopsy dan barulah pasien mengetahui telah menderita kanker serviks. Pasien kemudian di rujuk ke rumah sakit umum Abdul Wahab Sjahranie untuk menjalani kemoradioterapi. Pasien mengatakan sudah dilakukan pengobatan dengan radioterapi sebanyak 2 kali dan saat ini menunggu untuk proses kemoterapi. Pasien masuk ke rumah sakit umum Abdul Wahab Sjahranie melalui IGD tanggal 2 Mei 2019 pukul 16.24 WITA karena mengalami perdarahan dari kemaluan dan mual muntah. Saat dilakukan pengkajian 3 Mei 2019 jam 09.15 WITA Ny.S mengatakan kelua darah bergumpal dari kemaluan, tidak nafsu makan, terasa mual, nyeri di perut bagian bawah , skala nyeri 4, seperti ditusuk-tusuk selama 3-4 menit terasa hilang timbul, badan terasa lemas dan kepala pusing, pasien mengatakan dibantu suami saat akan ke kamar mandi/wc. Pasien terlihat pucat, lemas dan terkadang meringis menahan sakit saat nyeri timbul.</p>

	takut perdarahan akan terjadi, pasien mengatakan takut penyakitnya semakin parah setelah kemoterapi, pasien mengatakan kepala pusing, pasien terlihat pucat, lemas, pasien sering menanyakan tentang kondisinya pada perawat.	
Riwayat Kesehatan Dahulu	Pasien mengatakan sebelumnya pernah di rawat di rumah sakit karena sakit kanker serviks 1 bulan yang lalu.	Pasien mengatakan sebelumnya pernah di rawat di rumah sakit karena sakit kanker serviks 4 bulan yang lalu dan sudah dilakukan pengobatan.
Riwayat Kesehatan Keluarga	Pasien mengatakan ibu pasien menderita penyakit kanker payudara	Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit kanker ataupun penyakit lainnya seperti Hipertensi, Diabetes melitus dan lainnya.
Perilaku yang mempengaruhi kesehatan	Pasien mengatakan tidak pernah meminum alkohol, merokok, ataupun mengkonsumsi obat-obatan	Pasien mengatakan tidak pernah meminum alkohol, merokok, ataupun mengkonsumsi obat-obatan
Riwayat Menstruasi	Menarche : 11 tahun Siklus : 28 hari Teratur/tidak : teratur Lamanya : 5 hari Banyaknya : 3x ganti pembalut Masalah/ keluhan : keputihan	Menarche : 14 tahun Siklus : 28 hari Teratur/tidak : teratur Lamanya : 7 hari Banyaknya : 4 x ganti pembalut Masalah/ keluhan : keputihan
Riwayat Kontrasepsi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alat kontrasepsi yang pernah dipakai : pil</li> <li>- Kapan dipakai : tahun 2009</li> <li>- Tujuan : berhenti punya anak</li> <li>- Lama : 10 tahun</li> <li>- Kapan berhenti : tahun 2019</li> <li>- Alasan berhenti : setelah terkena penyakit kanker serviks</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alat kontrasepsi yang pernah dipakai : pil</li> <li>- Kapan dipakai : tahun 1997</li> <li>- Tujuan : berhenti punya anak</li> <li>- Lama : 18 tahun</li> <li>- Kapan berhenti : 2015</li> <li>- Alasan berhenti : sudah tidak haid</li> </ul>

Berdasarkan tabel 4.2 ditemukan data dari pengkajian riwayat kesehatan pada pasien 1 dan pasien 2 dalam keluhan utama ditemukan ada persamaan seperti pasien mengatakan keluar darah bergumpal dari kemaluan, dan nyeri pada perut bagian bawah. Pada riwayat penyakit sekarang persamaanya pasien 1 dan pasien 2 pernah masuk ke rumah sakit dengan penyakit yang sama. Pada riwayat kesehatan dahulu pasien 1 pernah masuk rumah sakit 1 bulan yang lalu dan pasien 2 pernah masuk rumah sakit 4 bulan yang lalu. Pada riwayat kesehatan keluarga dari pasien 1 ada anggota keluarga dengan riwayat penyakit kanker dan

pasien 2 tidak ada anggota keluarga dengan riwayat penyakit kanker. Pada riwayat menstruasi pasien 1 dan pasien 2 ditemukan persamaan yaitu adanya keluhan keputihan. Pada riwayat kontrasepsi pasien 1 dan pasien 2 persamaannya pernah menggunakan kontrasepsi yaitu pil.

Tabel 4.3 Hasil Pengkajian Pasien dengan Kanker Serviks di ruang Mawar RSUD Abdul Wahab Sjahranie

No.	Identitas Pasien	Pasien I	Pasien II
1.	Keadaan Umum	Pasien terlihat pucat Posisi pasien duduk Terpasang alat medis IVFD	Pasien terlihat lemas dan pucat Posisi pasien berbaring dan sesekali duduk di tempat tidur Terpasang alat medis IVFD
2.	Kesadaran	Compos Mentis E <sub>4</sub> M <sub>6</sub> V <sub>5</sub>	Compos Mentis E <sub>4</sub> M <sub>6</sub> V <sub>5</sub>
3.	Tanda – Tanda Vital	TD : 130/80 mmHg Nadi : 84 kali/menit RR : 18 kali/menit Temp : 36,4 °C	TD : 150/90 mmHg Nadi : 98 kali/menit RR : 20 kali/menit Temp : 36,9 °C
4.	Kenyamanan/nyeri	P : nyeri perut bagian bawah Q : seperti ditusuk-tusuk R : perut bawah sampai vagina S : 4 T : Hilang timbul	P : nyeri perut bagian bawah Q : seperti ditusuk-tusuk R : perut bawah S : 4 T : Hilang timbul
4.	Status Fungsional Barthel Indeks	Total skor 18 Dengan kategori tingkat ketergantungan pasien adalah ketergantungan ringan.	Total skor 14 Dengan kategori tingkat ketergantungan pasien adalah ketergantungan ringan.
5.	Pemeriksaan Kepala	<b>Kepala :</b> Simetris, kepala bersih, penyebaran rambut merata, warna rambut hitam muka pucat, dan kepala terasa pusing <b>Mata :</b> Sklera putih, konjungtiva anemis, palpebra tidak ada edema, refleks cahaya +, pupil isokor. <b>Hidung :</b> Pernafasan cuping hidung tidak ada, posisi septum nasal simetris, lubang hidung bersih, tidak ada penurunan ketajaman penciuman dan tidak ada kelainan <b>Rongga Mulut dan Lidah :</b> Warna bibir merah muda, lidah warna merah muda, mukosa lembab, ukuran tonsil normal, letak uvula simetris ditengah	<b>Kepala :</b> Simetris, kepala bersih, penyebaran rambut merata, warna rambut hitam mulai beruban muka pucat, dan kepala terasa pusing. <b>Mata :</b> Sklera putih, konjungtiva anemis, palpebra tidak ada edema, refleks cahaya +, pupil isokor. <b>Hidung :</b> Pernafasan cuping hidung tidak ada, posisi septum nasal simetris, lubang hidung bersih, tidak ada penurunan ketajaman penciuman dan tidak ada kelainan <b>Rongga Mulut dan Lidah :</b> Warna bibir merah muda, lidah warna merah muda, mukosa lembab, ukuran tonsil normal, letak uvula simetris ditengah

6.	Pemeriksaan Thorax	<p><b>Keluhan :</b> Pasien tidak ada keluhan sesak nafas, nyeri waktu bernafas dan batuk</p> <p><b>Inspeksi :</b> Bentuk dada simetris, frekuensi nafas 18 kali/menit, irama nafas teratur, pernafasan cuping hidung tidak ada, penggunaan otot bantu nafas tidak ada, pasien tidak menggunakan alat bantu nafas.</p> <p><b>Palpasi :</b> Vokal premitus teraba diseluruh lapang paru Ekspansi paru simetris, pengembangan sama di paru kanan dan kiri Tidak ada kelainan</p> <p><b>Perkusi :</b> Sonor, batas paru hepar ICS 5 dekstra</p> <p><b>Auskultasi :</b> Suara nafas vesikuler dan tidak ada suara nafas tambahan</p>	<p><b>Keluhan :</b> Pasien tidak ada keluhan sesak nafas, nyeri waktu bernafas dan batuk</p> <p><b>Inspeksi :</b> Bentuk dada simetris, frekuensi nafas 18 kali/menit, irama nafas teratur, pernafasan cuping hidung tidak ada, penggunaan otot bantu nafas tidak ada, pasien tidak menggunakan alat bantu nafas.</p> <p><b>Palpasi :</b> Vokal premitus teraba diseluruh lapang paru Ekspansi paru simetris, pengembangan sama di paru kanan dan kiri Tidak ada kelainan</p> <p><b>Perkusi :</b> Sonor, batas paru hepar ICS 5 dekstra</p> <p><b>Auskultasi :</b> Suara nafas vesikuler dan tidak ada suara nafas tambahan</p>
7.	Pemeriksaan Jantung	<p>a. Tidak ada keluhan nyeri dada</p> <p>b. Inspeksi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak terlihat adanya pulsasi iktus kordis</li> <li>- CRT &gt; 2 detik</li> <li>- Tidak ada sianosis</li> </ul> <p>c. Palpasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ictus Kordis teraba di ICS 5</li> <li>- Akral Hangat</li> </ul> <p>d. Perkusi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Batas atas : ICS II line sternal dekstra</li> <li>- Batas bawah : ICS V line midclavicula sinistra</li> <li>- Batas kanan : ICS III line sternal dekstra</li> <li>- Batas kiri : ICS III line sternal sinistra</li> </ul> <p>e. Auskultasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- BJ II Aorta : Dub, reguler dan intensitas kuat</li> <li>- BJ II Pulmonal : Dub, reguler dan intensitas kuat</li> <li>- BJ I Trikuspid : Lub, reguler dan intensitas kuat</li> <li>- BJ I Mitral : Lub, reguler dan intensitas kuat</li> <li>- Tidak ada bunyi jantung tambahan</li> <li>- Tidak ada kelainan</li> </ul>	<p>a. Tidak ada keluhan nyeri dada</p> <p>b. Inspeksi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak terlihat adanya pulsasi iktus kordis</li> <li>- CRT &gt; 2 detik</li> <li>- Tidak ada sianosis</li> </ul> <p>c. Palpasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ictus Kordis teraba di ICS 5</li> <li>- Akral Hangat</li> </ul> <p>d. Perkusi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Batas atas : ICS II line sternal dekstra</li> <li>- Batas bawah : ICS V line midclavicula sinistra</li> <li>- Batas kanan : ICS III line sternal dekstra</li> <li>- Batas kiri : ICS III line sternal sinistra</li> </ul> <p>e. Auskultasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- BJ II Aorta : Dub, reguler dan intensitas kuat</li> <li>- BJ II Pulmonal : Dub, reguler dan intensitas kuat</li> <li>- BJ I Trikuspid : Lub, reguler dan intensitas kuat</li> <li>- BJ I Mitral : Lub, reguler dan intensitas kuat</li> <li>- Tidak ada bunyi jantung tambahan</li> <li>- Tidak ada kelainan</li> </ul>
8.	Pemeriksaan Sistem Pencernaan dan Status Nutrisi	<p>a. BB : 49 Kg</p> <p>b. TB : 158 Cm</p> <p>c. IMT : <b>19,62 (normal)</b></p>	<p>a. BB : 54 Kg</p> <p>b. TB : 160 Cm</p> <p>c. IMT : <b>21,09 (normal)</b></p>

		<p>d. Terdapat penurunan berat badan dalam 6 bulan terakhir dari awalnya BB adalah 51 Kg menjadi 49 Kg</p> <p>e. Asupan makan tidak berkurang dan tidak ada mual</p> <p>f. BAB</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 kali sehari</li> <li>- Konsistensi lunak</li> </ul> <p>g. Diet</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jenis diet NTKTP</li> <li>- Frekuensi makan 3 kali sehari</li> <li>- Nafsu makan baik</li> <li>- Porsi makan habis</li> </ul> <p>h. Abdomen</p> <p>Inspeksi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bentuk : Bulat</li> <li>- Tidak ada bayangan vena</li> <li>- Tidak terlihat adanya benjolan</li> <li>- Tidak ada luka operasi pada abdomen</li> <li>- Tidak terpasang drain</li> </ul> <p>Auskultasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Peristaltik 15 kali/menit</li> </ul> <p>Palpasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat nyeri tekan pada perut bagian bawah</li> <li>- Tidak teraba adanya massa</li> <li>- Tidak ada pembesaran pada hepar dan lien</li> </ul> <p>Perkusi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Shifting Dullness (-)</li> <li>- Tidak ada nyeri pada pemeriksaan perkusi ginjal</li> </ul>	<p>d. Terdapat penurunan berat badan dalam 6 bulan terakhir dari awalnya BB adalah 60 Kg menjadi 54 Kg</p> <p>e. Asupan makan berkurang karena pasien mengaku tidak nafsu makan dan mual</p> <p>f. BAB</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 kali sehari</li> <li>- Konsistensi lunak</li> </ul> <p>g. Diet</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jenis diet BTKTP</li> <li>- Frekuensi makan 3 kali sehari</li> <li>- Tidak nafsu makan</li> <li>- Porsi makan hanya habis 2-3 sendok makan</li> </ul> <p>h. Abdomen</p> <p>Inspeksi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bentuk : Bulat</li> <li>- Tidak ada bayangan vena</li> <li>- Tidak terlihat adanya benjolan</li> <li>- Tidak ada luka operasi pada abdomen</li> <li>- Tidak terpasang drain</li> </ul> <p>Auskultasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Peristaltik 8 kali/menit</li> </ul> <p>Palpasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat nyeri tekan pada perut bagian bawah</li> <li>- Tidak teraba adanya massa</li> <li>- Tidak ada pembesaran pada hepar dan lien</li> </ul> <p>Perkusi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Shifting Dullness (-)</li> <li>- Tidak ada nyeri pada pemeriksaan perkusi ginjal</li> </ul>
9.	Pemeriksaan Sistem Syaraf	<p>a. Memori : Panjang</p> <p>b. Perhatian : Dapat mengulang</p> <p>c. Bahasa : Baik (dengan komunikasi verbal menggunakan bahasa Indonesia )</p> <p>d. Kognisi : Baik</p> <p>e. Orientasi : Baik (Terhadap orang, tempat dan waktu)</p> <p>f. Refleks Fisiologis</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Patella : 2 (Normal)</li> <li>- Achilles : 2 (Normal)</li> <li>- Bisep : 2 (Normal)</li> <li>- Trisep : 2 (Normal)</li> <li>- Brankioradialis : 2 (Normal)</li> </ul> <p>g. Pasien mengatakan pusing</p> <p>h. Istirahat/ tidur 9 jam/hari</p> <p>i. Pemeriksaan syaraf kranial</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- N1 : Normal (Pasien mampu</li> </ul>	<p>a. Memori : Panjang</p> <p>b. Perhatian : Dapat mengulang</p> <p>c. Bahasa : Baik (dengan komunikasi verbal menggunakan bahasa Indonesia )</p> <p>d. Kognisi : Baik</p> <p>e. Orientasi : Baik (Terhadap orang, tempat dan waktu)</p> <p>f. Refleks Fisiologis</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Patella : 2 (Normal)</li> <li>- Achilles : 2 (Normal)</li> <li>- Bisep : 2 (Normal)</li> <li>- Trisep : 2 (Normal)</li> <li>- Brankioradialis : 2 (Normal)</li> </ul> <p>g. Pasien mengatakan pusing</p> <p>h. Istirahat/ tidur 6 jam/hari</p> <p>i. Pemeriksaan syaraf kranial</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- N1 : Normal (Pasien mampu</li> </ul>

		<p>membedakan bau minyak kayu putih dan alkohol)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- N2 : Normal (Pasien mampu melihat dalam jarak 30 cm)</li> <li>- N3 : Normal (Pasien mampu mengangkat kelopak mata)</li> <li>- N4 : Normal (Pasien mampu menggerakkan bola mata kebawah )</li> <li>- N5 : Normal (Pasien mampu mengunyah )</li> <li>- N6 : Normal (Pasien mampu menggerakkan mata kesamping )</li> <li>- N7 : Normal (Pasien mampu tersenyum dan mengangkat alis mata)</li> <li>- N8 : Normal (Pasien mampu mendengar dengan baik)</li> <li>- N9 : Normal (Pasien mampu membedakan rasa manis dan asam )</li> <li>- N10 : Normal (Pasien mampu menelan)</li> <li>- N11 : Normal (Pasien mampu menggerakkan bahu dan melawan tekanan)</li> <li>- N12 : Normal (Pasien mampu menjulurkan lidah dan menggerakkan lidah keberbagai arah)</li> </ul>	<p>membedakan bau minyak kayu putih dan alkohol)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- N2 : Normal (Pasien mampu melihat dalam jarak 30 cm)</li> <li>- N3 : Normal (Pasien mampu mengangkat kelopak mata)</li> <li>- N4 : Normal (Pasien mampu menggerakkan bola mata kebawah )</li> <li>- N5 : Normal (Pasien mampu mengunyah )</li> <li>- N6 : Normal (Pasien mampu menggerakkan mata kesamping )</li> <li>- N7 : Normal (Pasien mampu tersenyum dan mengangkat alis mata)</li> <li>- N8 : Normal (Pasien mampu mendengar dengan baik)</li> <li>- N9 : Normal (Pasien mampu membedakan rasa manis dan asam )</li> <li>- N10 : Normal (Pasien mampu menelan)</li> <li>- N11 : Normal (Pasien mampu menggerakkan bahu dan melawan tekanan)</li> <li>- N12 : Normal (Pasien mampu menjulurkan lidah dan menggerakkan lidah keberbagai arah)</li> </ul>																																																																																									
10.	Pemeriksaan Sistem Perkemihan	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Kebersihan : Bersih</li> <li>b. Kemampuan berkemih : Spontan</li> <li>c. Tidak ada distensi kandung kemih</li> <li>d. Tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Kebersihan : Bersih</li> <li>b. Kemampuan berkemih : Spontan</li> <li>c. Tidak ada distensi kandung kemih</li> <li>d. Tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih</li> </ul>																																																																																									
11.	<p>Balance Cairan Pasien I</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Intake</th> <th>1/5/19</th> <th>2/5/19</th> <th>3/5/19</th> <th>4/5/19</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Minum peroral</td> <td>1200 ml</td> <td>1100 ml</td> <td>1300 ml</td> <td>1400 ml</td> </tr> <tr> <td>Cairan</td> <td>1440 ml</td> <td>1440 ml</td> <td>1440 ml</td> <td>1440 ml</td> </tr> <tr> <td>Infus</td> <td>25 ml</td> <td>25 ml</td> <td>25 ml</td> <td>25 ml</td> </tr> <tr> <td>Obat IV</td> <td>25 ml</td> <td>25 ml</td> <td>25 ml</td> <td>25 ml</td> </tr> <tr> <td>Makanan (1 kalori = 0,14 ml/hari)</td> <td>364 ml</td> <td>364 ml</td> <td>364 ml</td> <td>364 ml</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>3029 ml</td> <td>2929 ml</td> <td>3129 ml</td> <td>3229 ml</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Output</th> <th>1/5/19</th> <th>2/5/19</th> <th>3/5/19</th> <th>4/5/19</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Urine</td> <td>2000</td> <td>1900</td> <td>2100</td> <td>2100</td> </tr> </tbody> </table>	Intake	1/5/19	2/5/19	3/5/19	4/5/19	Minum peroral	1200 ml	1100 ml	1300 ml	1400 ml	Cairan	1440 ml	1440 ml	1440 ml	1440 ml	Infus	25 ml	25 ml	25 ml	25 ml	Obat IV	25 ml	25 ml	25 ml	25 ml	Makanan (1 kalori = 0,14 ml/hari)	364 ml	364 ml	364 ml	364 ml	Total	3029 ml	2929 ml	3129 ml	3229 ml	Output	1/5/19	2/5/19	3/5/19	4/5/19	Urine	2000	1900	2100	2100	<p>Balance Cairan Pasien II</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Intake</th> <th>3/5/19</th> <th>4/5/19</th> <th>5/5/19</th> <th>6/5/19</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Minum peroral</td> <td>1000 ml</td> <td>1150 ml</td> <td>1200 ml</td> <td>1200 ml</td> </tr> <tr> <td>Cairan</td> <td>1440 ml</td> <td>1440 ml</td> <td>1440 ml</td> <td>1440 ml</td> </tr> <tr> <td>Infus</td> <td>35 ml</td> <td>35 ml</td> <td>35 ml</td> <td>35 ml</td> </tr> <tr> <td>Obat IV</td> <td>35 ml</td> <td>35 ml</td> <td>35 ml</td> <td>35 ml</td> </tr> <tr> <td>Makanan (1 kalori = 0,14 ml/hari)</td> <td>273 ml</td> <td>273 ml</td> <td>273 ml</td> <td>273 ml</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>2748 ml</td> <td>2898 ml</td> <td>2948 ml</td> <td>2948 ml</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Output</th> <th>3/5/19</th> <th>4/5/19</th> <th>5/5/19</th> <th>6/5/19</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Urine</td> <td>1700</td> <td>1800</td> <td>1900</td> <td>1900</td> </tr> </tbody> </table>	Intake	3/5/19	4/5/19	5/5/19	6/5/19	Minum peroral	1000 ml	1150 ml	1200 ml	1200 ml	Cairan	1440 ml	1440 ml	1440 ml	1440 ml	Infus	35 ml	35 ml	35 ml	35 ml	Obat IV	35 ml	35 ml	35 ml	35 ml	Makanan (1 kalori = 0,14 ml/hari)	273 ml	273 ml	273 ml	273 ml	Total	2748 ml	2898 ml	2948 ml	2948 ml	Output	3/5/19	4/5/19	5/5/19	6/5/19	Urine	1700	1800	1900	1900
Intake	1/5/19	2/5/19	3/5/19	4/5/19																																																																																								
Minum peroral	1200 ml	1100 ml	1300 ml	1400 ml																																																																																								
Cairan	1440 ml	1440 ml	1440 ml	1440 ml																																																																																								
Infus	25 ml	25 ml	25 ml	25 ml																																																																																								
Obat IV	25 ml	25 ml	25 ml	25 ml																																																																																								
Makanan (1 kalori = 0,14 ml/hari)	364 ml	364 ml	364 ml	364 ml																																																																																								
Total	3029 ml	2929 ml	3129 ml	3229 ml																																																																																								
Output	1/5/19	2/5/19	3/5/19	4/5/19																																																																																								
Urine	2000	1900	2100	2100																																																																																								
Intake	3/5/19	4/5/19	5/5/19	6/5/19																																																																																								
Minum peroral	1000 ml	1150 ml	1200 ml	1200 ml																																																																																								
Cairan	1440 ml	1440 ml	1440 ml	1440 ml																																																																																								
Infus	35 ml	35 ml	35 ml	35 ml																																																																																								
Obat IV	35 ml	35 ml	35 ml	35 ml																																																																																								
Makanan (1 kalori = 0,14 ml/hari)	273 ml	273 ml	273 ml	273 ml																																																																																								
Total	2748 ml	2898 ml	2948 ml	2948 ml																																																																																								
Output	3/5/19	4/5/19	5/5/19	6/5/19																																																																																								
Urine	1700	1800	1900	1900																																																																																								

	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>ml</th> <th>ml</th> <th>ml</th> <th>ml</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>IWL</td> <td>735 ml</td> <td>735 ml</td> <td>735 ml</td> <td>735 ml</td> </tr> <tr> <td>Feces (1x = 200 ml/hari)</td> <td>200 ml</td> <td>200 ml</td> <td>200 ml</td> <td>200 ml</td> </tr> <tr> <td>Perdarahan</td> <td>150 ml</td> <td>150 ml</td> <td>100 ml</td> <td>50 ml</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>3085 ml</td> <td>2985 ml</td> <td>3135 ml</td> <td>3085 ml</td> </tr> </tbody> </table> <p>a. Balance Cairan tgl 01 Mei 2019 3029 - 3085 = - 56 ml</p> <p>b. Balance Cairan tgl 02 Mei 2019 2929 - 2935 = - 6 ml</p> <p>c. Balance Cairan tgl 03 Mei 2019 3029 - 3135 = - 6 ml</p> <p>d. Balance Cairan tgl 04 Mei 2019 3229 - 3085 = +171 ml</p>		ml	ml	ml	ml	IWL	735 ml	735 ml	735 ml	735 ml	Feces (1x = 200 ml/hari)	200 ml	200 ml	200 ml	200 ml	Perdarahan	150 ml	150 ml	100 ml	50 ml	Total	3085 ml	2985 ml	3135 ml	3085 ml	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>ml</th> <th>ml</th> <th>ml</th> <th>ml</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>IWL</td> <td>810 ml</td> <td>810 ml</td> <td>810 ml</td> <td>810 ml</td> </tr> <tr> <td>Feces (1x = 200 ml/hari)</td> <td>(-)</td> <td>200 ml</td> <td>(-)</td> <td>200 ml</td> </tr> <tr> <td>Perdarahan</td> <td>100 ml</td> <td>50 ml</td> <td>(-)</td> <td>(-)</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>2610 ml</td> <td>2860 ml</td> <td>2710 ml</td> <td>2910 ml</td> </tr> </tbody> </table> <p>a. Balance Cairan tgl 03 Mei 2019 2748 - 2610 = +138 ml</p> <p>b. Balance Cairan tgl 04 Mei 2019 2898 - 2860 = +38 ml</p> <p>c. Balance Cairan tgl 05 Mei 2019 2948 - 2710 = +238 ml</p> <p>d. Balance Cairan tgl 06 Mei 2019 2948 - 2910 = +38 ml</p>		ml	ml	ml	ml	IWL	810 ml	810 ml	810 ml	810 ml	Feces (1x = 200 ml/hari)	(-)	200 ml	(-)	200 ml	Perdarahan	100 ml	50 ml	(-)	(-)	Total	2610 ml	2860 ml	2710 ml	2910 ml
	ml	ml	ml	ml																																																
IWL	735 ml	735 ml	735 ml	735 ml																																																
Feces (1x = 200 ml/hari)	200 ml	200 ml	200 ml	200 ml																																																
Perdarahan	150 ml	150 ml	100 ml	50 ml																																																
Total	3085 ml	2985 ml	3135 ml	3085 ml																																																
	ml	ml	ml	ml																																																
IWL	810 ml	810 ml	810 ml	810 ml																																																
Feces (1x = 200 ml/hari)	(-)	200 ml	(-)	200 ml																																																
Perdarahan	100 ml	50 ml	(-)	(-)																																																
Total	2610 ml	2860 ml	2710 ml	2910 ml																																																
12.	Pemeriksaan Sistem Muskuloskeletal dan Integumen	<p>a. Pergerakan sendi bebas</p> <p>b. Kekuatan otot <math>5 \frac{5}{5}</math></p> <p>c. Tidak ada kelainan ekstremitas</p> <p>d. Tidak ada kelainan tulang belakang</p> <p>e. Tidak ada fraktur tidak terpasang traksi</p> <p>f. Kulit berwarna kemerahan</p> <p>g. Turgor kulit menurun</p> <p>h. Tidak terdapat luka</p> <p>i. Tidak ada pitting edema</p> <p>j. Nilai risiko dekubitus , pasien dalam kategori 19 (resiko rendah)</p>	<p>a. Pergerakan sendi bebas</p> <p>b. Kekuatan otot <math>5 \frac{5}{5}</math></p> <p>c. Tidak ada kelainan ekstremitas</p> <p>d. Tidak ada kelainan tulang belakang</p> <p>e. Tidak ada fraktur tidak terpasang traksi</p> <p>f. Kulit berwarna kemerahan</p> <p>g. Turgor kulit menurun</p> <p>h. Tidak terdapat luka</p> <p>i. Tidak ada pitting edema</p> <p>a. Nilai risiko dekubitus , pasien dalam kategori 17 (resiko rendah)</p>																																																	
13.	Pemeriksaan Sistem Endokrin	<p>a. Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid</p> <p>b. Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening</p> <p>c. Tidak ada trias DM</p>	<p>a. Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid</p> <p>b. Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening</p> <p>c. Tidak ada trias DM</p>																																																	
14.	Genitalia	Terdapat perdarahan pervaginam	Terdapat perdarahan pervaginam																																																	
15.	Kemanan dan Lingkungan	Total skor penilaian risiko pasien jatuh dengan skala morse adalah 50 Pasien dalam kategori resiko rendah	Total skor penilaian risiko pasien jatuh dengan skala morse adalah 50 Pasien dalam kategori resiko rendah																																																	
16.	Pengkajian Psikososial	<p>a. Pasien cemas dengan kondisi penyakitnya</p> <p>b. Pasien takut penyakitnya semakin memburuk setelah kemoterapi</p> <p>c. Pasien takut perdarahan akan</p>	<p>a. Persepsi pasien terhadap penyakitnya adalah merupakan cobaan Tuhan</p> <p>b. Ekspresi pasien terhadap penyakitnya adalah murung</p> <p>c. Pasien kooperatif saat interaksi</p>																																																	

		<ul style="list-style-type: none"> <li>d. terus terjadi</li> <li>d. Pasien sering menanyakan kondisinya pada perawat</li> <li>e. Ekspresi pasien terhadap penyakitnya adalah murung</li> <li>f. Pasien kooperatif saat interaksi</li> <li>g. Pasien tidak mengalami gangguan konsep diri</li> </ul>	d. Pasien tidak mengalami gangguan konsep diri
17.	Pengkajian Spiritual	Kebiasaan beribadah <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Sebelum sakit pasien sering beribadah</li> <li>b. Setelah sakit pasien beribadah hanya kadang –kadang</li> </ul>	Kebiasaan beribadah <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Sebelum sakit pasien sering beribadah</li> <li>b. Setelah sakit pasien beribadah hanya kadang -kadang</li> </ul>
18.	Personal Hygiene	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mandi 2 kali sehari</li> <li>b. Keramas 3 hari sekali</li> <li>c. Memotong kuku setiap 1 minggu sekali</li> <li>d. Ganti pakaian 2 kali sehari</li> <li>e. Sikat gigi 2 hari sekali</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mandi 1 kali sehari</li> <li>b. Keramas 3 hari sekali</li> <li>c. Memotong kuku setiap 1 minggu sekali</li> <li>d. Ganti pakaian 2 kali sehari</li> <li>e. Sikat gigi 2 hari sekali</li> </ul>

Berdasarkan tabel 4.3 ditemukan data senjang pada pengkajian kepala dan pengkajian genitalia ditemukan bahwa pada kedua pasien tersebut mengalami gangguan perfusi jaringan perifer. Pada pengkajian kepala pasien satu terlihat pucat, CRT > 2 detik, konjungtiva anemis. Pada pasien dua mengalami wajah terlihat pucat, CRT > 2 detik, konjungtiva anemis. Sedangkan pada pengkajian genitalia kedua pasien mengalami perdarahan pervaginam.

Pada pengkajian kenyamanan/nyeri ditemukan bahwa pada kedua pasien tersebut mengalami nyeri kronis. Pasien satu mengatakan nyeri perut bagian bawah, seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 4 dan terasa hilang timbul, pasien terlihat meringis menahan sakit, nyeri tekan pada perut bagian bawah, tekanan darah 140/80 mmHg dan nadi 98x/menit. Pada pasien kedua mengatakan nyeri perut bagian bawah, seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 4 dan terasa hilang timbul,



pasien terlihat meringis menahan sakit, nyeri tekan pada perut bagian bawah, tekanan darah 150/90 mmHg dan nadi 104x/menit.

Pada pengkajian psikososial ditemukan bahwa pada pasien satu mengalami masalah ansietas. Pasien satu mengatakan cemas akan kondisi penyakitnya, pasien mengatakan takut perdarahan akan terus terjadi, pasien mengatakan takut penyakitnya semakin memburuk setelah kemoterapi, pasien sering menanyakan tentang kondisinya pada perawat, pasien terlihat murung.

Pada pengkajian keadaan umum ditemukan bahwa pada pasien dua mengalami masalah intoleransi aktivitas. Pasien dua mengatakan kepala terasa pusing, pasien terlihat lemas, pasien terlihat pucat, pasien hanya berbaring dan sesekali duduk di tempat tidur.

Pada pengkajian nutrisi ditemukan bahwa pada pasien dua mengalami masalah resiko defisit nutrisi. Pasien dua mengatakan tidak nafsu makan dan mengatakan terasa mual, pasien mengatakan mengalami penurunan berat badan 6 kg dalam 6 bulan terakhir pasien terlihat lemas, porsi makan tidak dihabiskan, pasien hanya makan 2-3 sendok dari porsi makanan yang disediakan.

Tabel 4.4 Hasil Anamnesis Pemeriksaan Penunjang Pasien dengan Kanker Serviks di ruang Mawar RSUD Abdul Wahab Sjahranie

<b>Tindakan</b>	<b>Pasien 1</b>	<b>Pasien 2</b>
Pemeriksaan penunjang	Pemeriksaan laboratorium tanggal 2/5/2019 1. Leukosit 15,86 $10^3/\mu\text{L}$ (Normal: 4,80-10,80 $10^3/\mu\text{L}$ ) 2. Eritrosit 3,36 $10^6/\mu\text{L}$ (Normal: 4,20-5,40 $10^6/\mu\text{L}$ ) 3. Haemoglobin 7,9 g/dl (Normal: 12-16 g/dl) 4. Hematokrit 24,5 % (Normal: 37-54%)	Pemeriksaan Laboratorium tanggal 3/5/2019 1. Leukosit 11,53 $10^3/\mu\text{L}$ (Normal: 4,80-10,80 $10^3/\mu\text{L}$ ) 2. Eritrosit 4,24 $10^6/\mu\text{L}$ (Normal: 4,20-5,40 $10^6/\mu\text{L}$ ) 3. Haemoglobin 8,8 g/dl (Normal: 12-16 g/dl) 4. Hematokrit 26,7 % (Normal: 37-54%)
	Rontgen tanggal Kesan : Foto thorax dalam batas normal	Rontgen tanggal 4/5/2019 Kesan : Foto thorax dalam batas normal
	Echocardiography tanggal 1/5/2019 Kesan : Normal Echocardiography	Echocardiography tanggal 4/5/2019 Kesan : Normal Echocardiography
		USG tanggal 3/5/2019 Kesan : tampak lesi hiperedoic diproyeksi cerviks ukuran 3,9 x 5,2 cm. Penyokong gambaran massa serviks.
	Patologi Anatomi Kesimpulan : Cervix, biopsi : carsinoma cervix invasive	Patologi Anatomi Kesimpulan : Cervix, biopsi : carsinoma cervix invasive

Pada pemeriksaan penunjang ditemukan bahwa kedua pasien mengalami masalah perfusi perifer tidak efektif dan resiko infeksi. Pada pasien satu hasil pemeriksaan laboratorium hemoglobin 7,9 g/dl, hematokrit 24,5 %, Eritrosit 3,36  $10^6/\mu\text{L}$ , leukosit 15,86  $10^3/\mu\text{L}$ . Pada pasien dua hasil laboratorium hemoglobin 8,8 g/dl, hematokrit 26,7 %, eritrosit 4,24  $10^6/\mu\text{L}$  leukosit 11,53  $10^3/\mu\text{L}$ .

Tabel 4.5 Penatalaksanaan Terapi Pasien dengan Kanker Serviks di ruang Mawar RSUD Abdul Wahab Sjahranie

<b>Penatalaksanaan Terapi</b>	
<b>Pasien 1</b>	<b>Pasien 2</b>
Asam Traneksamat (IV) 3 x 500 mg	Asam Traneksamat (IV) 3 x 500 mg
Antrain (IV) 2 x 1amp	Antrain (IV) 2 x 1amp
Cefadroxil (PO) 3 x 1	Ceftriaxone (IV) 2x 1 gr
Tablet tambah darah (PO) 2 x 1	Metoclopramide (IV) 3x 1 amp

RL	(IVFD) 20 tpm	RL	(IVFD) 20 tpm
----	---------------	----	---------------

Berdasarkan tabel 4.5 ditemukan data pasien 1 dan pasien 2 memiliki penatalaksanaan terapi yang sama, yaitu obat anti perdarahan untuk mengurangi perdarahan pervaginam, obat nyeri untuk mengurangi rasa nyeri, dan antibiotik untuk mencegah terjadinya infeksi.

#### 4.1.3 Analisa Data

Tabel 4.6 Daftar Analisa Data Pasien 1 dengan Kanker Serviks di ruang Mawar RSUD Abdul Wahab Sjahranie

<b>Pasien 1</b>			
No	Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
1	Data subjektif : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan keluar darah bergumpal dari kemaluan</li> <li>• Pasien mengatakan terkadang kepala terasa pusing</li> </ul> Data Objektif : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien terlihat pucat</li> <li>• Konjungtiva anemis</li> <li>• CRT &gt; 2 detik</li> <li>• Hemoglobin 7,9 g/dl</li> <li>• Hematokrit 24,5 %</li> </ul>	Penurunan konsentrasi hemoglobin	Perfusi perifer tidak efektif (D.0009)
2	Data subjektif : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan nyeri perut bagian bawah</li> <li>P : nyeri kanker serviks</li> <li>Q : seperti ditusuk-tusuk</li> <li>R : nyeri perut bagian bawah hingga vagina</li> <li>S : skala nyeri 4</li> <li>T : hilang timbul</li> </ul> Data Objektif : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien terlihat meringis ketika nyeri timbul</li> <li>• Nyeri tekan pada perut bagian bawah</li> <li>• TD : 140/80 mmHg</li> <li>• N : 98 x/menit</li> </ul>	Penekanan syaraf lumbosakralis	Nyeri kronis (D.0078)
3	Data subjektif : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan cemas akan kondisi penyakitnya</li> </ul>	Kurang terpapar informasi	Ansietas (D.0080)

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan takut perdarahan akan terus terjadi</li> <li>Pasien mengatakan takut penyakitnya semakin memburuk setelah kemoterapi</li> </ul> <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien sering menanyakan tentang kondisinya pada perawat</li> <li>Pasien terlihat murung</li> <li>Hasil pemeriksaan patologi anatomi:</li> </ul> <p>Kesimpulan : Cervix, biopsi : carsinoma cervix invasive</p>		
4	<p>Data subjektif : -</p> <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien terlihat lemas</li> <li>Leukosit : <math>15,86 \cdot 10^3/\mu\text{L}</math></li> </ul>	Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (imunosupresi)	Resiko infeksi (D.0142)

Tabel 4.7 Daftar Analisa Data Pasien 2 dengan Kanker Serviks di ruang Mawar RSUD Abdul Wahab Sjahranie

Pasien 2			
No	Data	Etiologi	Masalah keperawatan
1	<p>Data subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan terkadang masih keluar sedikit darah dari kemaluan</li> <li>Pasien mengatakan badan lemas dan pusing</li> </ul> <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien terlihat pucat</li> <li>Konjungtiva anemis</li> <li>CRT &gt;2 detik</li> <li>Haemoglobin : 8,8 g/dl</li> <li>Hematokrit 26,7 %</li> </ul>	Penurunan konsentrasi hemoglobin	Perfusi perifer tidak efektif (D.0009)
2	<p>Data subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan nyeri perut bagian bawah</li> </ul> <p>P : nyeri kanker serviks Q : seperti ditusuk-tusuk R : nyeri perut bagian bawah hingga vagina S : skala nyeri 4 T : hilang timbul</p> <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien terlihat meringis ketika nyeri</li> </ul>	Penekanan syaraf lumbosakralis	Nyeri kronis (D.0078)

	<p>timbul</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nyeri tekan pada perut bagian bawah</li> <li>• TD : 150/90 mmHg</li> <li>• N : 104 x/menit</li> </ul>		
3	<p>Data subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan dibantu suami saat akan ke kamar mandi/ wc</li> <li>• Pasien mengatakan badan terasa lemas dan kepala pusing</li> </ul> <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien terlihat lemas</li> <li>• Pasien terlihat pucat</li> <li>• Pasien hanya berbaring dan sesekali duduk di tempat tidur</li> <li>• Hemoglobin 8,8 g/dl</li> </ul>	Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	Intoleransi Aktivitas (D.0056)
4	<p>Data subjektif : -</p> <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien terlihat lemas</li> <li>• Leukosit : <math>11,53 \cdot 10^3/\mu\text{L}</math></li> </ul>	Ketidakekuatan pertahanan tubuh sekunder (imunosupresi)	Resiko infeksi (D.0142)
5	<p>Data subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan tidak nafsu makan</li> <li>• Pasien mengatakan terasa mual</li> <li>• Pasien mengatakan mengalami penurunan berat badan 6 kg dalam 6 bulan terakhir</li> </ul> <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien terlihat lemas</li> <li>• Porsi makan tidak dihabiskan</li> <li>• Pasien makan 2-3 sendok</li> <li>• IMT : 21,09 (normal)</li> </ul>	Mual muntah	Resiko Defisit Nutrisi (D.0032)

#### 4.1.4 Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.8 Daftar Diagnosa Keperawatan Pasien dengan Kanker Serviks di ruang Mawar RSUD Abdul Wahab Sjahranie

No	Pasien 1		Pasien 2	
	Tanggal ditemukan	Diagnosa keperawatan	Tanggal ditemukan	Diagnosa keperawatan
1	30/04/2019	Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin (D.0009)	03/05/2019	Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin (D.0009)
2	30/04/2019	Nyeri kronis b.d penekanan syaraf lumbosakrlis (D.0078)	03/05/2019	Nyeri kronis b.d penekanan syaraf lumbosakrlis (D.0078)
3	30/04/2019	Ansietas b.d kurang terpapar informasi (D.0080)	03/05/2019	Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen (D.0056)
4	30/04/2019	Resiko infeksi b.d ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (imunopresi) (D.0142)	03/05/2019	Resiko infeksi b.d ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (imunopresi) (D.0142)
5			03/05/2019	Resiko Defisit Nutrisi b.d mual muntaH (D.0032)

Berdasarkan tabel 4.7 ditemukan data dari pengkajian ditemukan 4 diagnosa keperawatan pada pasien 1 yaitu perfusi perifer tidak efektif, nyeri kronis, ansietas, dan resiko infeksi dan pada pasien dua ditemukan 5 diagnosa keperawatan yaitu perfusi perifer tidak efektif, nyeri kronis, intoleransi aktivitas, resiko infeksi dan resiko defisit nutrisi.

### 4.1.5 Perencanaan

Tabel 4.9 Daftar Perencanaan Tindakan Keperawatan Pasien 1 dengan Kanker Serviks di ruang Mawar RSUD Abdul Wahab Sjahranie

Pasien 1				
No	Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1	30/04/2019	Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin (D.0009)	<p><b>NOC :</b> Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 6x24 jam diharapkan perfusi perifer efektif dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tekanan systole dan diastole dalam rentang normal TD : 120/80 mmHg</li> <li>2. Tidak ada ortostatik hipertensi</li> <li>3. Kapilarirefil &lt; 2 detik</li> <li>4. Hemoglobin normal (10 g/dl)</li> </ol>	<p><b>SIKI :</b> <b>Perawatan Sirkulasi I.02079</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1. Periksa sirkulasi perifer</li> <li>1.2. Identifikasi faktor resiko gangguan pada sirkulasi</li> <li>1.3. Monitor adanya panas, kemerahan, nyeri atau bengkak ekstermitas</li> <li>1.4. Catat hasil lab Hb dan Ht</li> <li>1.5. Lakukan hidrasi</li> <li>1.6. Jelaskan kepada pasien dan keluarga tentang tindakan pemberian tranfusi darah</li> <li>1.7. Berikan tranfusi darah</li> </ol>
2	30/04/2019	Nyeri kronis b.d penekanan syaraf lumbosakralis (D.0078)	<p><b>NOC :</b> Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 6x24 jam diharapkan pasien mampu untuk mengontrol dan menunjukkan tingkat nyeri dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengenal faktor-faktor penyebab nyeri</li> <li>2. Melaporkan nyeri, frekuensi, dan lamanya</li> <li>3. Tanda-tanda vital dalam rentang normal TD : 120/80 mmHg Nadi :60-80 x/menit Suhu : 36,5-37°C RR : 16-20 x/menit</li> <li>4. Klien melaporkan nyeri berkurang</li> </ol>	<p><b>SIKI :</b> <b>Manajemen Nyeri I.08238</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri</li> <li>2.2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>2.3. Identifikasi respons nyeri non verbal</li> <li>2.4. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</li> <li>2.5. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>2.6. Jelaskan penyebab, periode, pemicu nyeri</li> <li>2.7. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri</li> <li>2.8. Berikan analgetik</li> </ol>

No	Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
3	30/04/2019	Ansietas b.d kurang terpapar informasi (D.0080)	<p>dengan skala 1-2 dari 10 atau nyeri ringan</p> <p><b>Tujuan dan Kriteria Hasil</b></p> <p><b>NOC :</b> Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan masalah ansietas teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas</li> <li>2. Postur tubuh, ekspresi wajah, bahasa tubuh, dan tingkat aktivitas menunjukkan berkurangnya kecemasan</li> <li>3. Tanda-tanda vital dalam batas normal TD : 120/80 mmHg Nadi : 60-80 x/menit Suhu : 36,5-37°C RR : 16-20 x/menit</li> </ol>	<p><b>SIKI :</b> <b>Reduksi Ansietas I.09314</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1. Monitor tanda-tanda ansietas</li> <li>3.2. Ciptakan suasana yang terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</li> <li>3.3. Pahami situasi yang membuat ansietas</li> <li>3.4. Dengarkan dengan penuh perhatian</li> <li>3.5. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</li> <li>3.6. Jelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin dialami</li> <li>3.7. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis</li> <li>3.8. Anjurkan keluarga agar tetap bersama pasien, jika perlu</li> <li>3.9. Latih teknik relaksasi</li> </ol>
4	30/04/2019	Resiko infeksi b.d ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (imunopresi) (D.0142)	<p><b>Tujuan dan Kriteria Hasil</b></p> <p><b>NOC :</b> Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 6x24 jam diharapkan tidak terjadi infeksi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien bebas dari tanda dan gejala infeksi</li> <li>2. Menunjukkan kemampuan mencegah timbulnya infeksi</li> <li>3. Jumlah leukosit dalam batas normal (4,80-10,80 <math>10^3/\mu\text{L}</math>)</li> <li>4. Menunjukkan perilaku hidup sehat</li> </ol>	<p><b>SIKI :</b> <b>Pencegahan Infeksi I.14539</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4.1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</li> <li>4.2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>4.3. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>4.4. Jelaskan cara mencuci tangan dengan benar</li> <li>4.5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</li> <li>4.6. Berikan antibiotik</li> </ol>



Berdasarkan tabel 4.9 setelah dilakukan penegakan diagnosa keperawatan pada pasien 1 dan pasien 2, dibuat perencanaan tindakan keperawatan sesuai dengan masing-masing diagnosa yang ditemukan pada pasien tersebut.

Tabel 4.10 Daftar Perencanaan Tindakan Keperawatan Pasien 2 dengan Kanker Serviks di ruang Mawar RSUD Abdul Wahab Sjahranie

<b>Pasien 2</b>				
<b>No</b>	<b>Tanggal ditemukan</b>	<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Tujuan dan Kriteria Hasil</b>	<b>Intervensi Keperawatan</b>
<b>1</b>	03/05/2019	Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin (D.0009)	<b>NOC :</b> Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 6x24 jam diharapkan perfusi perifer efektif dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tekanan systole dan diastole dalam rentang normal TD : 120/80 mmHg</li> <li>2. Tidak ada ortostatik hipertensi</li> <li>3. Kapilarirefil &lt; 2 detik</li> </ol>	<b>SIKI :</b> <b>Perawatan Sirkulasi I.02079</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1. Periksa sirkulasi perifer</li> <li>1.2. Identifikasi faktor resiko gangguan pada sirkulasi</li> <li>1.3. Monitor adanya panas, kemerahan, nyeri atau bengkak ekstermitas</li> <li>1.4. Catat hasil lab Hb dan Ht</li> <li>1.5. Lakukan hidrasi</li> <li>1.6. Jelaskan kepada pasien dan keluarga tentang tindakan pemberian tranfusi darah</li> <li>1.7. Berikan tranfusi darah</li> </ol>
<b>2</b>	03/05/2019	Nyeri kronis b.d penekanan syaraf lumbosakralis (D.0078)	<b>NOC :</b> Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 6x24 jam diharapkan pasien mampu untuk mengontrol dan menunjukkan tingkat nyeri dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengenal faktor-faktor penyebab nyeri</li> <li>2. Melaporkan nyeri, frekuensi, dan lamanya</li> <li>3. Tanda-tanda vital dalam rentang normal TD : 120/80 mmHg Nadi : 60-80 x/menit Suhu : 36,5-37°C RR : 16-20 x/menit</li> <li>4. Klien melaporkan nyeri berkurang dengan skala 1-2 dari 10 atau nyeri ringan</li> </ol>	<b>SIKI :</b> <b>Manajemen Nyeri I.08238</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri</li> <li>2.2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>2.3. Identifikasi respons nyeri non verbal</li> <li>2.4. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</li> <li>2.5. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>2.6. Jelaskan penyebab, periode, pemicu nyeri</li> <li>2.7. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri</li> <li>2.8. Berikan analgetik</li> </ol>

No	Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan	NOC : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 6x24 jam diharapkan masalah intoleransi aktivitas teratasi dengan kriteria hasil : 1. Berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai <b>Tujuan dan Kriteria Hasil</b>	<b>SIKI</b> <b>Manajemen Energi I.05178</b> 3.1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 3.2. Monitor kelelahan fisik dan emosional <b>Intervensi Keperawatan</b>
			peningkatan darah, nadi dan RR 2. Mampu melakukan aktivitas sehari-hari secara bertahap 3. Sirkulasi status baik 4. Mampu berpindah dengan atau tanpa bantuan alat 5. Hemoglobin normal (10 g/dl)	3.3. Monitor pola dan jam tidur 3.4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan saat melakukan aktivitas 3.5. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan 3.6. Anjurkan tirah baring 3.7. Anjurkan melakukan aktivitas bertahap 3.8. Anjurkan menghubungi perawat jika ada tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang
4	03/05/2019	Resiko infeksi b.d ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (imunopresi) (D.0142)	<b>NOC :</b> Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 6x24 jam diharapkan tidak terjadi infeksi dengan kriteria hasil : 1. Pasien bebas dari tanda dan gejala infeksi 2. Menunjukkan kemampuan mencegah timbulnya infeksi 3. Jumlah leukosit dalam batas normal (4,80-10,80 $10^3/\mu\text{L}$ ) 4. Menunjukkan perilaku hidup sehat	<b>SIKI :</b> <b>Pencegahan Infeksi I.14539</b> 4.1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik 4.2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4.3. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 4.4. Jelaskan cara mencuci tangan dengan benar 4.5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 4.6. Berikan antibiotik
5	03/05/2019	Resiko Defisit Nutrisi b.d mual muntah (D.0032)	<b>NOC :</b> Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 6x24 jam diharapkan masalah resiko defisit nutrisi tidak terjadi dengan kriteria hasil : 1. Tidak ada penurunan berat badan	<b>SIKI :</b> <b>Manajemen Nutrisi I.03119</b> 5.1. Identifikasi status nutrisi 5.2. Identifikasi adanya alergi atau adanya intoleransi makanan 5.3. Monitor asupan

<b>No</b>	<b>Tanggal ditemukan</b>	<b>Diagnosa Keperawatan</b>	2. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi 3. Tidak ada tanda-tanda malnutrisi 4. Menunjukkan peningkatan fungsi dari pengecap dari menelan 5. Asupan caitan secara oral/ <b>Tujuan dan Kriteria Hasil</b>	makanan 5.4. Monitor berat badan 5.5. Monitor hasil dari pemeriksaan laboratorium 5.6. Berikan makanan tinggi protein dan tinggi kalori <b>Intervensi Keperawatan</b>
			intravena/perenteral sepenuhnya adekuat	tinggi kalori 5.7. Anjurkan pasien makan sedikit tapi sering 5.8. Anjurkan posisi duduk saat makan, jika mampu

#### 4.1.6 Pelaksanaan

Tabel 4.11 Daftar Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Pasien 1 dengan Kanker Serviks di ruang Mawar RSUD Abdul Wahab Sjahranie

Pasien 1				
No	Tanggal/Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
1	30/04/2019			
	08.35	1.2. Menanyakan adanya perdarahan pervaginam	Pasien mengatakan keluar darah bergumpal dari kemaluan	<i>Siti</i>
	08.55	2.8. Memberikan obat injeksi Asam Traneksamat 1 amp/IV dan antrain 1 amp/IV	Tidak ada reaksi alergi	
	09.08	2.2. Mengkaji skala nyeri berdasarkan PQRST	P : nyeri kanker serviks Q : seperti ditusuk-tusuk R : nyeri perut bagian bawah hingga vagina S : skala nyeri 4 T : hilang timbul	<i>Siti</i>
	09.10	2.3. Melihat reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan	Ny.U terlihat meringis menahan sakit	<i>Siti</i>
	09.11	2.6. Memberikan penjelasan tentang penyebab nyeri	Ny.U mengatakan mengerti, dan dapat menyebutkan kembali penyebab nyeri	
	09.15	1.1. Melihat adanya tanda dan gejala gangguan sirkulasi perifer	CRT > 2 detik, konjungtiva anemis, muka pucat	<i>Siti</i>
	09.17	2.7. Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam	Ny. U mengatakan merasa lebih nyaman setelah melakukan nafas dalam secara berulang-ulang	<i>Siti</i>
	10.46	1.4. Melihat hasil laboratorium (hemoglobin dan hematokrit)	Hemoglobin 7,9 g/dl Hematokrit 24,5 %	<i>Siti</i>

No	Tanggal/Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	Siti Paraf
	10.47	1.6. Menjelaskan kepada pasien dan keluarga tentang tindakan pemberian tranfusi darah	Ny.U dan keluarga memahami pentingnya tranfusi darah	<i>Siti</i>
	10.50	3.8. Mendorong keluarga untuk menemani pasien	Keluarga pasien mengatakan akan selalu menemani pasien	<i>Siti</i>
	11.05	1.5. Memasang perlengkapan tranfusi	Ny. U telah dipasang blood set dengan Nacl 0.9 % 20 tpm	<i>Siti</i>
	11.15	3.1. Mengukur tanda-tanda vital	TD : 130/80 mmHg	<i>Siti</i>
				<b>Paraf</b>
	11.28	1.7. Memberikan tranfusi darah	N :84x/menit Suhu : 36,4°C RR :18x/menit Ny.U dan keluarga memahami dan dapat menyebutkan tanda dan gejala alergi darah dan akan melapor jika salah satu tanda muncul Ny.U terpasang tranfusi darah Golongan Darah : O No.PDUT : 14968 Jenis tranfusi : PRC Volume : 265 cc Leukosit : 15,86 10 <sup>3</sup> /μL	<i>Siti</i>
	13.05	4.1. Melihat hasil laboratorium (leukosit)		<i>Siti</i>
	13.03	3.1. Melihat tanda gejala cemas	Ny.U terlihat murung dan ekspresi wajah sedih	<i>Siti</i>
	13.14	3.6. Menjelaskan prosedur yang akan dilakukan selama pengobatan	Ny.U mengatakan paham dengan prosedur yang akan dilakukan dan akan mengikuti pengobatan yang telah diberikan oleh dokter	<i>Siti</i>
	13.15	4.3. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi	Ny.U dan keluarga memahami tanda dan gejala infeksi	<i>Siti</i>
2	01/05/2019			
	08.45	3.3. Menanyakan penyebab kecemasan pasien	Ny. U mengatakan takut karena dirinya menderita kanker dan takut tidak dapat sembuh	<i>Siti</i>
	08.47	3.6. Menjelaskan prosedur yang akan dilakukan selama pengobatan	Ny.U mengatakan paham dengan prosedur pengobatan yang dilakukan, Ny.U mengatakan lebih tenang dan akan mengikuti pengobatan yang diberikan oleh dokter	<i>Siti</i>
	08.50	3.7. Melakukan penyuluhan kesehatan tentang efek samping dan penanganan dari kemoradioterapi yang akan dilakukan	Ny.U dan keluarga mendengarkan dengan antusias dan bertanya saat penyuluhan. Ny.U menyebutkan efek samping dan penanganannya dari kemoradioterapi	<i>Siti</i>
	09.03	2.8. Memberikan obat injeksi Asam Traneksamat 1 amp/IV dan antrain 1 amp/IV	Tidak ada reaksi alergi	<i>Siti</i>
	09.05	4.2. Mengajarkan kepada pasien dan keluarga cara mencuci tangan yang benar	Ny.U dan keluarga dapat mempraktekkan cara mencuci tangan yang benar	<i>Siti</i>
	09.11	4.5. Menanyakan tentang nafsu makan pasien	Ny.U mengatakan nafsu makan baik dan tidak ada mual	<i>Siti</i>

No	Tanggal/Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
	09.12	1.2. Menanyakan adanya perdarahan pervaginam	Ny.U mengatakan darah yang keluar dari kemaluan berkurang	<i>Siti</i>
	11.30	2.3. Mengukur tanda-tanda vital	TD : 120/70 mmHg N : 80 x/menit RR : 20x/menit Suhu : 36,6°C	<i>Siti</i>
	11.32	2.2. Mengkaji skala nyeri berdasarkan PQRST	P : nyeri kanker serviks Q : seperti ditusuk-tusuk	<i>Siti</i>
	11.34	2.7. Menganjurkan pasien untuk melakukan teknik relaksasi nafas dalam	R : nyeri perut bagian bawah hingga vagina S : skala nyeri 4 T : hilang timbul Pasien mempraktekkan teknik relaksasi nafas dalam dengan benar	<i>Siti</i>
	11.35	2.3. Melihat reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan	Pasien terkadang meringis menahan sakit	<i>Siti</i>
	11.36	3.4. Mendorong pasien untuk mengungkapkan perasaannya	Pasien mengatakan akan tetap semangat dan tidak ingin terlalu stress karna akan fokus menjalani pengobatan yang akan dilakukan agar cepat sembuh	<i>Siti</i>
3	02/05/2019			
	08.46	1.2. Menanyakan adanya perdarahan pervaginam	Ny.U mengatakan terkadang darah bergumpal masih keluar dari kemaluan	<i>Siti</i>
	08.48	2.8. Memberikan obat injeksi Asam Traneksamat 1 amp/IV dan antain 1 amp/IV	Tidak ada reaksi alergi	<i>Siti</i>
	09.06	4.5. Menganjurkan pasien untuk meningkatkan asupan nutrisi	Ny.U mengatakan berusaha meningkatkan asupan nutrisi	<i>Siti</i>
	09.07	2.2. Mengkaji skala nyeri berdasarkan PQRST	P : nyeri kanker serviks Q : seperti ditusuk-tusuk R : nyeri perut bagian bawah hingga vagina	
	10.05	2.7. Menjelaskan tentang cara mengontrol nyeri dengan metode distraksi	S : skala nyeri 4 T : hilang timbul Ny.U dapat menyebutkan cara-cara mengontrol nyeri dengan metode distraksi seperti menyanyi atau menonton tv atau video	<i>Siti</i>
	10.06	2.3. Mengukur tanda-tanda vital	TD : 110/80 mmHg N : 84x/menit RR : 20x/menit Suhu : 36,7°C	<i>Siti</i>
4	03/05/2019			
	08.25	1.4. Melihat hasil laboratorium (hemoglobin dan leukosit)	Hemoglobin : 9.1 g/dl Leukosit : 14,55 10 <sup>3</sup> /μL	<i>Siti</i>
	08.35	2.2. Mengkaji skala nyeri berdasarkan PQRST	P : nyeri kanker serviks Q : seperti ditusuk-tusuk R : nyeri perut bagian bawah hingga vagina S : skala nyeri 4	<i>Siti</i>

No	Tanggal/Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
	08.40	2.7. Menanyakan tentang cara mengontrol nyeri dengan distraksi	T : hilang timbul Ny.U mengatakan teknik distraksi nyeri yang dapat dilakukan seperti menyanyi, membaca, menonton.	<i>Siti</i>
	08.41	2.7. Mengobservasi penerimaan pasien tentang manajemen nyeri	Ny.U mengatakan jika nyeri timbul, pasien akan menarik nafas dalam melalui hidung menahannya sebentar dan menghembuskan secara perlahan	<i>Siti</i>
	08.42	2.8. Memberikan obat injeksi Asam Traneksamat 1 amp/IV dan antain 1 amp/IV	lewat mulut Tidak ada reaksi alergi	<i>Siti</i>
	08.43	1.2. Menanyakan tentang adanya perdarahan pervaginam	Ny.U mengatakan masih keluar darah bergumpal dari kemaluan	<i>Siti</i>
	10.55	1.5. Mengganti cairan infus	Telah terpasang blood set dan cairan telah diganti Nacl 0,9 % 20 tpm	<i>Siti</i>
	11.20	2.3. Mengukur tanda-tanda vital	TD : 110/80 mmHg N : 78x/menit RR:18x/menit Suhu : 36,8°C	<i>Siti</i>
	11.25	1.7. Memberikan tranfusi darah	Ny.U dan keluarga memahami dan dapat menyebutkan tanda dan gejala alergi darah dan akan melapor jika salah satu tanda muncul Ny.U terpasang tranfusi darah Golongan Darah : O No.PDUT : 14722 Jenis tranfusi : PRC Volume : 255 cc	<i>Siti</i>
5	04/05/2019			
	08.25	2.5. Menanyakan tentang pola tidur pasien	Ny.U mengatakan dapat tidur nyenyak dan tidak ada gangguan pola tidur	<i>Siti</i>
	08.45	2.8. Memberikan obat injeksi Asam Traneksamat 1 amp/IV dan antain 1 amp/IV	Tidak ada reaksi obat	<i>Siti</i>
	08.46	1.2. Menanyakan adanya perdarahan pervaginam	Ny.U mengatakan sekarang darah hanya keluar sedikit	<i>Siti</i>
	09.47	2.2. Mengkaji skala nyeri berdasarkan PQRST	P : nyeri kanker serviks Q : seperti ditusuk-tusuk R : nyeri perut bagian bawah hingga vagina S : skala nyeri 3 T : hilang timbul	<i>Siti</i>
	09.48	2.7. Menganjurkan pasien untuk menggunakan teknik relaksasi nafas dalam	Pasien dapat mempraktekkan teknik relaksasi nafas dalam secara berulang	<i>Siti</i>
	09.49	4.5. Menganjurkan pasien untuk menjaga asupan nutrisi	Ny.U mengatakan banyak makan terutama susu dan buah-buahan	<i>Siti</i>
	11.15	2.3. Mengukur tanda-tanda vital	TD : 120/70 mmHg N : 80x/menit	<i>Siti</i>

	11.20	1.5. Mengganti cairan infus	RR : 18x/menit Suhu :36,7°C Cairan infus telah terpasang RL 500 cc 20 tpm, aliran infus lancar	<i>Siti</i>
6	05/05/2019 09.05	2.8. Memberikan obat injeksi Asam Traneksamat 1 amp/IV	Tidak ada reaksi alergi	<i>Siti</i>
<b>No</b>	<b>Tanggal/Jam</b>	<b>Tindakan Keperawatan</b>	<b>Evaluasi Tindakan</b>	<b>Paraf</b>
	09.06	dan antain 1 amp/IV 1.2. Menanyakan tentang adanya perdarahan	Ny.U mengatakan perdarahan telah berhenti	<i>Siti</i>
	09.07	1.3. Menganjurkan pasien dan keluarga memonitor tanda dan gejala perdarahan	Ny.U dan keluarga mengatakan paham dan akan melaporkan kepada perawat jika terjadi tanda dan gejala perdarahan	<i>Siti</i>
	11.40	2.3. Mengukur tanda-tanda vital	TD : 110/70 mmHg N: 76x/menit RR : 18x/menit Suhu :36,4°C	<i>Siti</i>
	11.45	1.4. Melihat hasil laboratorium	Hemoglobin : 10,7 g/dl Hematokrit : 28,7 % Leukosit : 14,76 10 <sup>3</sup> /μL	<i>Siti</i>
	11.46	2.2. Mengkaji skala nyeri	Ny.U mengatakan nyeri berkurang P : nyeri kanker serviks Q : seperti ditusuk-tusuk R : nyeri perut bagian bawah hingga vagina S : skala nyeri 3 T : hilang timbul	<i>Siti</i>

Tabel 4.12 Daftar Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Pasien 2 dengan Kanker Serviks di ruang Mawar RSUD Abdul Wahab Sjahranie

Pasien 2				
No	Tanggal/Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
1	03/05/2019 08.40	2.2. Mengkaji skala nyeri berdasarkan PQRST	P : nyeri kanker serviks Q : seperti ditusuk-tusuk R : nyeri perut bagian bawah hingga vagina S : skala nyeri 4 T : hilang timbul	<i>Siti</i>
	08.42	1.2. Menanyakan adanya perdarahan pervaginam	Pasien mengatakan keluar darah bergumpal dari kemaluan	<i>Siti</i>
	08.43	2.8. Memberikan obat injeksi Asam Traneksamat 1 amp/IV, antarin 1 amp/IV, ceftriaxone 1 gr/IV, metoclopramide 1 amp/IV	Tidak ada reaksi alergi	<i>Siti</i>
	08.44	2.3. Melihat reaksi nonverbal dari	Pasien terkadang meringis menahan	<i>Siti</i>

No	Tanggal/Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
	09.18	ketidaknyamanan 1.2 Melihat adanya tanda dan gejala gangguan sirkulasi perifer	sakit Pasien terlihat pucat, konjungtiva anemis, CRT > 2 detik	<i>Siti</i>
	09.24	2.6 Memberikan penjelasan tentang penyebab nyeri	Ny.S mengatakan mengerti, dan dapat menyebutkan kembali penyebab nyeri	<i>Siti</i>
	09.25	2.7. Mengajarkan teknik relaksasi	Ny.S mengatakan merasa lebih	<i>Siti</i>
	09.29	nafas dalam 3.1. Mengkaji kemampuan pasien dalam beraktivitas	nyaman setelah melakukan nafas dalam secara berulang-ulang Ny.S mengatakan dibantu suami saat akan ke kamar mandi/wc	<i>Siti</i>
	09.44	3.4. Menanyakan keluhan saat beraktivitas	Ny.S mengatakan badan terasa lemas dan pusing saat beraktivitas	<i>Siti</i>
	11.20	5.2. Menanyakan adanya alergi makanan	Ny.S mengatakan tidak ada alergi makanan	<i>Siti</i>
	11.21	5.3. Menanyakan pola makan pasien	Ny.S mengatakan hanya makan 2-3 sendok karena mual	<i>Siti</i>
	11.23	1.4. Melihat hasil laboratorium (hemoglobin, hematokrit)	Hemoglobin 8,8 g/dl Hematokrit 26,7 %	<i>Siti</i>
	11.55	1.3. Mengukur tanda-tanda vital	TD : 150/90 N :98x/menit Suhu : 36,8°C RR :20x/menit	
2	04/05/2019			
	08.47	3.6. Menganjurkan pasien untuk banyak istirahat	Ny.S mengatakan akan mencoba untuk banyak istirahat	<i>Siti</i>
	08.48	3.7. Menganjurkan pasien untuk melakukan aktivitas secara bertahap	Ny.S mengatakan masih perlu bantuan suami untuk melakukan aktivitas	<i>Siti</i>
	08.49	2.8. Memberikan obat injeksi Asam Traneksamat 1 amp/IV, antarin 1 amp/IV, ceftriaxone 1 gr/IV, metoclopramide 1 amp/IV	Tidak ada reaksi alergi	<i>Siti</i>
	09.30	5.7. Menganjurkan pasien makan sedikit tapi sering	Ny.S mengatakan akan mencoba makan sedikit namun sering	<i>Siti</i>
	09.32	5.4. Menanyakan berat badan pasien	Ny.S mengatakan berat badan sekarang 54 kg	<i>Siti</i>
	09.33	5.1. Mengidentifikasi status nutrisi	TB: 160 cm BB: 54 kg IMT: 21,09 kgm <sup>2</sup> (Normal)	<i>Siti</i>
	10.04	4.1. Melihat hasil laboratorium (leukosit)	Leukosit : 11,53 10 <sup>3</sup> /μL	<i>Siti</i>
	10.12	4.3. Mengajarkan tanda dan gejala infeksi	Ny.S dan keluarga memahami dan dapat menyebutkan tanda dan gejala infeksi	<i>Siti</i>
	10.15	5.3. Menanyakan tentang nafsu makan pasien	Ny.S mengatakan masih tidak nafsu makan	<i>Siti</i>
	10.16	1.2. Menanyakan adanya perdarahan pervaginam	Ny.S mengatakan darah hanya keluar sedikit dari kemaluan	<i>Siti</i>
	10.34	1.6 Menjelaskan kepada pasien	Ny.S dan keluarga memahami	<i>Siti</i>



No	Tanggal/Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
	10.35	dan keluarga tentang tindakan pemberian tranfusi darah 1.5. Memasang perlengkapan tranfusi	pentingnya tranfusi darah Ny.S telah terpasang blood set dan Nacl 0,9 % 20tpm	<i>Siti</i>
	10.41	2.3. Mengukur tanda-tanda vital	TD: 130/90 mmHg Nadi: 88x/menit Suhu : 36,6°C RR: 20x/menit	<i>Siti</i>
	11.12	1.7. Memberikan tranfusi darah	Ny.S terpasang tranfusi darah Golongan Darah : AB No.PDUT : 14375 Jenis tranfusi : PRC Volume : 265 cc	<i>Siti</i>
	13.02	2.2. Mengkaji skala nyeri berdasarkan PQRST	P : nyeri kanker serviks Q : seperti ditusuk-tusuk R : nyeri perut bagian bawah hingga vagina S : skala nyeri 4 T : hilang timbul	<i>Siti</i>
	13.03	2.7. Mengajarkan pasien untuk melakukan teknik relaksasi nafas dalam	Pasien mempraktekkan teknik relaksasi nafas dalam dengan	<i>Siti</i>
3	05/05/2019			
	08.55	1.2. Menanyakan adanya perdarahan pervaginam	Ny.S mengatakan sedikit darah dari kemaluan seperti flek	<i>Siti</i>
	08.58	2.8. Memberikan obat injeksi Asam Traneksamat 1 amp/IV, antarin 1 amp/IV, ceftrixone 1 gr/IV, metoclopramide 1 amp/IV	Tidak ada reaksi alergi	<i>Siti</i>
	09.59	4.5. Mengajarkan pasien untuk meningkatkan asupan nutrisi	Ny.S sekarang mengatakan senang makan buah-buahan	<i>Siti</i>
	09.25	1.4. Melihat hasil laboratorium	Hemoglobin : 10,4 g/dl	<i>Siti</i>
	09.26	2.2. Mengkaji skala nyeri berdasarkan PQRST	P : nyeri kanker serviks Q : seperti ditusuk-tusuk R : nyeri perut bagian bawah hingga vagina S : skala nyeri 4 T : hilang timbul	<i>Siti</i>
	10.40	2.3. Mengukur tanda-tanda vital	TD : 140/80 mmHg N : 90x/menit RR : 21x/menit Suhu : 36,9°C	<i>Siti</i>
	10.44	4.4. Mengajarkan kepada pasien dan keluarga cara mencuci tangan yang benar	Ny.S dan keluarga dapat mempraktekkan cara mencuci tangan yang benar	<i>Siti</i>
	10.48	2.7. Menjelaskan tentang cara mengontrol nyeri dengan metode distraksi	Ny.S dapat menyebutkan cara-cara mengontrol nyeri dengan metode distraksi seperti menyanyi atau menonton tv atau video	<i>Siti</i>
	11.16	3.5. Membantu pasien untuk duduk	Ny.S mengatakan lebih merasa	<i>Siti</i>

No	Tanggal/Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
			nyaman	
4	06/05/2019 09.04	2.8. Memberikan obat injeksi Asam Traneksamat 1 amp/IV, antarin 1 amp/IV, ceftriaxone 1 gr/IV, metoclopramide 1 amp/IV	Tidak ada reaksi alergi	<i>Siti</i>
	09.21	2.2. Mengkaji skala nyeri berdasarkan PQRST	P : nyeri kanker serviks Q : seperti ditusuk-tusuk R : nyeri perut bagian bawah hingga vagina S : skala nyeri 3 T : hilang timbul	<i>Siti</i>
	09.22	2.7. Menanyakan tentang cara mengontrol nyeri dengan distraksi	Ny.S mengatakan teknik distraksi nyeri yang dapat dilakukan seperti menyanyi, memabaca, menonton.	<i>Siti</i>
	09.24	2.7. Mengobservasi penerimaan pasien tentang manajemen nyeri	Ny.S mengatakan jika nyeri timbul, pasien akan menarik nafas dalam melalui hidung menahannya sebentar dan menghembuskan secara perlahan lewat mulut	<i>Siti</i>
	09.25	5.3. Menanyakan asupan makananan pasien	Ny.S mengatakan makan ¼ porsi makan	<i>Siti</i>
	11.10	5.8. Menganjurkan pasien untuk duduk saat makan	Ny.S mengatakan duduk ketika makan	<i>Siti</i>
	11.13	1.2. Menanyakan tentang adanya perdarahan pervaginam	Ny.S mengatakan sudah tidak keluar darah lagi dari kemaluan	<i>Siti</i>
	11.14	4.6. Menganjurkan pasien untuk banyak minum	Ny.S mengatakan akan berusaha minum 8 gelas perhari	<i>Siti</i>
	11.15	3.2. Menanyakan tentang kondisi pasien saat beraktivitas	Keluarga pasien mengatakan akan selalu menemani pasien	<i>Siti</i>
	12.01	3.8. Menganjurkan pasien untuk memanggil perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak juga berkurang	Ny.S mengatakan akan memanggil perawat jika kondisi kelelahan yang dirasa tidak berkurang	<i>Siti</i>
	12.03	1.5. Mengganti cairan infus	Telah terpasang RL 500 cc 20 tpm, aliran infus lancar	<i>Siti</i>
	12.11	2.3. Mengukur tanda-tanda vital	TD : 130/80 mmHg N : 78x/menit RR:20x/menit Suhu : 37,2°C	<i>Siti</i>
5	07/05/2019 08.45	1.5. Mengganti cairan infus	Telah terpasang RL 500 cc 20 tpm, aliran infus lancar	<i>Siti</i>
	08.46	2.5. Menanyakan tentang pola tidur pasien	Ny.S mengatakan dapat tidur namun terkadang terbangun jika badan terasa nyeri	<i>Siti</i>
	08.47	1.2. Menanyakan adanya perdarahan pervaginam	Ny.S mengatakan tidak lagi keluar darah dari kemaluan	<i>Siti</i>
	09.13	2.8. Memberikan obat injeksi	Tidak ada reaksi obat	<i>Siti</i>

No	Tanggal/Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
	09.15	Asam Traneksamat 1 amp/IV, antarin 1 amp/IV, ceftriaxone 1 gr/IV, metoclopramide 1 amp/IV 2.2. Mengkaji skala nyeri	Ny.S mengatakan nyeri berkurang, skala nyeri 3	<i>Siti</i>
	10.22	5.8. Menganjurkan pasien untuk menjaga asupan nutrisi	Ny.S banyak makan buah karena buah tidak membuat mual	<i>Siti</i>
	10.21	5.7. Menganjurkan pasien untuk makan sedikit tapi sering	Ny.S mengatakan sudah mencoba makab sedikit tapi sering	<i>Siti</i>
	10.23	4.6. Menganjurkan pasien untuk banyak minum	Pasien mengatakan minum 2 botol aqua tanggung sehari	<i>Siti</i>
	11.15	3.3. Menanyakan tentang pola tidur pasien	Pasien mengatakan sekarang bisa tidur dengan nyenyak karena nyeri jarang timbul	<i>Siti</i>
	11.16	4.1. Melihat hasil laboratorium	Hemoglobin : 10,4 g/dl Hematokrit : 28,2 % Leukosit : 11,20 $10^3/\mu\text{L}$	<i>Siti</i>
	11.17	3.2. Mengukur tanda-tanda vital	TD : 130/80 mmHg N: 88x/menit RR : 20x/menit Suhu :36,8°C	<i>Siti</i>
6	08/05/2019			
	08.50	1.2. Menanyakan tentang adanya perdarahan	Ny.S mengatakan sudah tidak lagi keluar darah dari kemaluan	<i>Siti</i>
	08.51	1.3. Menganjurkan pasien dan keluarga memonitor tanda dan gejala perdarahan	Ny.S dan keluarga mengatakan paham dan akan melaporkan kepada perawat jika terjadi tanda dan gejala perdarahan	<i>Siti</i>
	08.52	2.8. Memberikan obat injeksi Asam Traneksamat 1 amp/IV, antarin 1 amp/IV, ceftriaxone 1 gr/IV, metoclopramide 1 amp/IV	Tidak ada reaksi alergi	<i>Siti</i>
	09.02	2.2. Mengkaji skala nyeri	Ny.S mengatakan nyeri berkurang skala nyeri 3	<i>Siti</i>
	09.03	3.6. Menanyakan kemampuan aktivitas pasien	Ny.S mengatakan masih dibantu suaminya berjalan ke kamar mandi	<i>Siti</i>
	10.41	3.2. Menanyakan kondisi fisik pasien saat beraktivitas	Ny.S mengatakan badannya tidak lagi terasa lemas saat beraktivitas	<i>Siti</i>
	10.42	5.3. Menanyakan asupan makanan pasien	Ny.S mengatakan akan berusaha banyak makan mulai sekarang	<i>Siti</i>
	11.30	3.2. Mengukur tanda-tanda vital	TD: 130/80 mmHg N: 84x/menit Suhu : 37°C RR : 18x/menit	<i>Siti</i>

#### 4.1.7 Evaluasi

Tabel 4.13 Daftar Evaluasi Keperawatan Pasien 1 dengan Kanker Serviks di ruang Mawar RSUD Abdul Wahab Sjahranie

Pasien 1			
Tanggal/Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
01/05/2019 8.45	Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin (D.0009)	<p><b>S :</b> - Pasien mengatakan masih keluar darah bergumpal dari kemaluan - Pasien mengatakan badan masih terasa lemas dan kepala pusing</p> <p><b>O :</b> - CRT &gt; 2 detik, konjungtiva anemis, muka pucat - Hemoglobin :7,9 g/dl - Hematokrit : 24,5 %</p> <p><b>A :</b> Masalah perfusi perifer tidak efektif teratasi sebagian</p> <p><b>P :</b> - Lanjutkan intervensi 1.1 Periksa sirkulasi perifer 1.2 Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi 1.3 Monitor adanya panas, kemerahan,nyeri atau bengkak ekstermitas 1.4 Catat hasil lab Hb dan Ht 1.5 Lakukan hidrasi 1.6 Jelaskan kepada pasien dan keluarga tentang tindakan pemberian tranfusi darah 1.7 Berikan tranfusi darah</p>	<i>Siti</i>
	Nyeri kronis b.d penekanan syaraf lumbosakrlis (D.0078)	<p><b>S :</b> - Pasien mengatakan masih terasa nyeri - Pasien mengatakan menggunakan teknik relaksasi nafas dalam saat nyeri timbul - P : nyeri kanker serviks <b>Q :</b> seperti ditusuk-tusuk <b>R :</b>nyeri perut bagian bawah hingga vagina <b>S :</b> skala nyeri 4 <b>T :</b> hilang timbul</p> <p><b>O :</b> - Pasien terlihat meringis menahan sakit - Masalah nyeri kronis teratasi sebagian</p> <p><b>A :</b> - Lanjutkan intervensi 2.1 Identifikasi lokasi,karakteristik,</p> <p><b>P :</b></p>	<i>Siti</i>

Tanggal/Jam	Diagnosa Keperawatan	<p>durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri</p> <p>2.2 Identifikasi skala nyeri</p> <p>2.3 Identifikasi respons nyeri non verbal</p> <p>2.4 Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</p> <p>2.5 Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p><b>Evaluasi (SOAP)</b></p>	Paraf
		<p>2.6 Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri</p> <p>2.7 Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri</p> <p>2.8 Berikan analgetik</p>	
	<p>Ansietas b.d kurang terpapar informasi (D.0080)</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan lebih tenang setelah mendapatkan penjelasan tentang prosedur pengobatan yang akan dilakukan</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien terlihat tenang</li> </ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah ansietas teratasi sebagian</li> <li>- Lanjutkan intervensi</li> </ul> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>3.1 Monitor tanda-tanda ansietas</li> <li>3.2 Ciptakan suasana yang terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</li> <li>3.3 Pahami situasi yang membuat ansietas</li> <li>3.4 Dengarkan dengan penuh perhatian</li> <li>3.5 Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</li> <li>3.6 Jelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin dialami</li> <li>3.7 Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis</li> <li>3.9 Latih teknik relaksasi</li> </ul>	Siti
	<p>Resiko infeksi b.d ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (imunopresi) (D.0142)</p>	<p>- Ny.U dan keluarga mengatakan paham dengan tanda dan gejala infeksi</p> <p>- Pasien mengatakan masih keluar darah bergumpal dari kemaluan</p> <p>- Leukosit: <math>15,86 \cdot 10^3/\mu L</math></p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah resiko infeksi tidak terjadi</li> <li>- Lanjutkan intervensi</li> </ul> <p>4.1 Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</p> <p>4.2 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan</p> <p>O :</p> <p>4.4 Jelaskan cara mencuci tangan yang benar</p> <p>A:</p> <p>4.5 Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>P :</p> <p>4.6 Berikan antibiotik</p>	Siti

S :

O :

A:

~

Tanggal/Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
02/05/2019 8.25	Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin (D.0009)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan masih keluar darah bergumpal dari kemaluan</li> <li>- CRT &gt; 2 detik, konjungtiva anemis, muka pucat</li> </ul> <p>Masalah perfusi perifer tidak efektif teratasi sebagian</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lanjutkan intervensi</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>1.1 Periksa sirkulasi perifer</li> <li>1.2 Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi</li> <li>1.3 Monitor adanya panas, kemerahan, nyeri atau bengkak ekstermitas</li> <li>1.4 Catat hasil lab Hb dan Ht</li> <li>1.5 Lakukan hidrasi</li> <li>1.7 Berikan tranfusi darah</li> </ul>	
	Nyeri kronis b.d penekanan syaraf lumbosakralis (D.0078)	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan masih terasa nyeri</li> <li>- Pasien mengatakan merasa lebih nyaman dengan teknik nafas dalam</li> </ul> <p><b>P :</b> nyeri kanker serviks</p> <p><b>Q :</b> seperti ditusuk-tusuk</p> <p><b>R :</b> nyeri perut bagian bawah hingga vagina</p> <p><b>S :</b> skala nyeri 4</p> <p><b>T :</b> hilang timbul</p> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien terlihat meringis menahan sakit</li> </ul> <p><b>TD:</b> 110/80 mmHg</p> <p><b>Nadi:</b> 84x/menit</p> <p><b>RR:</b> 20x/menit</p> <p><b>Suhu :</b> 36,7°C</p> <p><b>A:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah nyeri kronis teratasi sebagian</li> <li>- Lanjutkan intervensi</li> </ul> <p><b>P :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>2.1 Identifikasi lokasi,karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri</li> <li>2.2 Identifikasi skala nyeri</li> <li>2.3 Identifikasi respons nyeri non verbal</li> <li>2.4 Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</li> <li>2.5 Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>2.6 Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri</li> <li>2.7 Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri</li> <li>2.8 Berikan analgetik</li> </ul>	Siti
	Ansietas b.d kurang terpapar informasi (D.0080)	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan paham dengan prosedur yang akan dilakukan dan akan mengikuti pengobatan yang telah diberikan oleh dokter</li> <li>- Pasien mengatakan akan semangat dan</li> </ul>	Siti

Tanggal/Jam	Diagnosa Keperawatan	<p>tidak ingin terlalu stress karena akan fokus menjalani pengobatan agar cepat sembuh</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien dapat menyebutkan efek samping dari kemoterapi dan cara penanganannya</li> <li>- Pasien terlihat tenang</li> </ul> <p>TD: 110/80 mmHg Nadi: 84x/menit</p> <p style="text-align: center;"><b>Evaluasi (SOAP)</b></p>	Paraf
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah ansietas teratasi</li> </ul> <p>A : - Lanjutkan intervensi</p> <p>3.1 Monitor tanda-tanda ansietas</p> <p>P : 3.4 Dengarkan dengan penuh perhatian 3.6 Jelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin dialami 3.7 Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan</p>	
	Resiko infeksi b.d ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (imunosupresi) (D.0142)	<p>S : - Pasien dan keluarga dapat menjelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>O : - Pasien dan keluarga dapat mempraktekkan cara mencuci tangan yang benar</p> <p>- Tidak ada tanda dan gejala infeksi</p> <p>A : - Masalah resiko infeksi tidak terjadi</p> <p>- Lanjutkan intervensi</p> <p>P : 4.1 Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik 4.2 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan 4.5 Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 4.6 Berikan antibiotik</p>	Siti
03/05/2019 09.05	Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin (D.0009)	<p>S : - Pasien mengatakan masih keluar darah bergumpal dari kemaluan</p> <p>O : - Hemoglobin : 9,1 g/dl Hematokrit : 14,55 %</p> <p>A : Masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : - Lanjutkan intervensi</p> <p>1.1 Periksa sirkulasi perifer 1.2 Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi 1.3 Catat hasil lab Hb dan Ht 1.5 Lakukan hidrasi 1.7 Berikan tranfusi darah</p>	Siti
	Nyeri kronis b.d penekanan syaraf lumbosakralis (D.0078)	<p>S : - Pasien mengatakan nyeri mas</p> <p>- Pasien mengatakan merasa lebih nyaman dengan teknik nafas dalam</p> <p>- P : nyeri kanker serviks</p> <p>Q : seperti ditusuk-tusuk</p> <p>R : nyeri perut bagian bawah hingga</p>	Siti

Tanggal/Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
		vagina S : skala nyeri 4 T : hilang timbul - Pasien dapat menjelaskan metode distraksi dalam penanganan nyeri - Pasien terlihat tenang dan relaks TD: 110/80 mmHg Nadi: 78x/menit RR: 18x/menit	
		Suhu : 36,8°C A : - Masalah nyeri kronis teratasi sebagian - Lanjutkan intervensi P : 2.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri 2.2 Identifikasi skala nyeri 2.3 Identifikasi respons nyeri non verbal 2.4 Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 2.5 Fasilitasi istirahat dan tidur 2.7 Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri 2.8 Berikan analgetik	
	Resiko infeksi b.d ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (imunosupresi) (D.0142)	S : - Pasien dan keluarga dapat menjelaskan tanda dan gejala infeksi O : - Pasien dan keluarga dapat mempraktekkan cara mencuci tangan yang benar - Tidak ada tanda dan gejala infeksi A : - Masalah resiko infeksi tidak terjadi - Lanjutkan intervensi P : 4.1 Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik 4.2 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan 4.5 Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 4.6 Berikan antibiotik	Siti
04/05/2019 08.25	Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin (D.0009)	S : - Pasien mengatakan hanya sedikit darah yang keluar dari kemaluan O : Pasien terlihat pucat, CRT > 2 detik, konjungtiva anemis A : Masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi P : - Lanjutkan intervensi 1.1 Periksa sirkulasi perifer 1.2 Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi 1.3 Catat hasil lab Hb dan Ht	Siti



Tanggal/Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
	Nyeri kronis b.d penekanan syaraf (D.0078)	1.5 Lakukan hidrasi 1.7 Berikan tranfusi darah  <b>S :</b> - Pasien mengatakan nyeri berkurang - Pasien mengatakan merasa lebih nyaman dengan teknik nafas dalam Skala nyeri 4 - Pasien dapat menjelaskan metode distraksi dalam penanganan nyeri <b>O :</b> - Pasien terlihat tenang dan relaks TD: 120/70 mmHg Nadi: 80x/menit RR: 18x/menit Suhu : 36,7°C <b>A:</b> - Masalah nyeri kronis teratasi sebagian - Lanjutkan intervensi <b>P :</b> 2.1 Identifikasi lokasi,karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri 2.2 Identifikasi skala nyeri 2.3 Identifikasi respons nyeri non verbal 2.4 Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 2.5 Fasilitasi istirahat dan tidur 2.8 Berikan analgetik	Siti
	Resiko infeksi b.d ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (imunopresi) (D.0142)	<b>S :</b> - Pasien dan keluarga dapat menjelaskan tanda dan gejala infeksi <b>O :</b> - Pasien dan keluarga dapat mempraktekkan cara mencuci tangan yang benar - Tidak ada tanda dan gejala infeksi <b>A:</b> - Masalah resiko infeksi tidak terjadi - Lanjutkan intervensi <b>P :</b> 4.1 Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik 4.2 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan 4.6 Berikan antibiotik	Siti
05/05/2019 08.55	Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin (D.0009)	<b>S :</b> - Pasien mengatakan tidak ada lagi darah yang keluar dari kemaluan <b>O :</b> - Hemoglobin : 10,7 g/dl Hematokrit : 28,7 % <b>A:</b> Masalah perfusi perifer tidak efektif teratasi sebagian <b>P :</b> - Lanjutkan intervensi 1.1 Periksa sirkulasi perifer 1.2 Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi 1.5 Lakukan hidrasi	Siti

Tanggal/Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
	Nyeri kronis b.d penekanan syaraf lumbosakralis (D.0078)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri berkurang</li> <li>- Pasien mengatakan merasa lebih nyaman dengan teknik nafas dalam</li> <li>Skala nyeri 3</li> <li>- Pasien dapat menjelaskan metode distraksi dalam penanganan nyeri</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien terlihat tenang dan relaks</li> <li>TD: 110/70 mmHg</li> <li>Nadi: 76x/menit</li> <li>RR: 18x/menit</li> <li>Suhu : 36,4°C</li> </ul> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah nyeri kronis teratasi sebagian</li> <li>- Lanjutkan intervensi</li> </ul> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>2.1 Identifikasi lokasi,karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri</li> <li>2.2 Identifikasi skala nyeri</li> <li>2.3 Identifikasi respons nyeri non verbal</li> <li>2.4 Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</li> <li>2.5 Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>2.8 Berikan analgetik</li> </ul>	<i>Siti</i>
	Resiko infeksi b.d ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (imunopresi) (D.0142)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien dan keluarga dapat menjelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>- Pasien dan keluarga dapat mempraktekkan cara mencuci tangan yang benar</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada tanda dan gejala infeksi</li> <li>- Masalah resiko infeksi tidak terjadi</li> </ul> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lanjutkan intervensi</li> <li>4.1 Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</li> </ul> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>4.2 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan</li> <li>4.6 Berikan antibiotik</li> </ul>	<i>Siti</i>
06/05/2019 09.02	Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin (D.0009)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan tidak ada lagi darah yang keluar dari kemaluan</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Akral hangat, CRT &lt; 2 detik, wajah pucat, konjungtiva anemis</li> <li>Hemoglobin : 10,7 g/dl</li> <li>Hematokrit : 28,7 %</li> </ul> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Masalah perfusi perifer tidak efektif teratasi sebagian</li> </ul> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lanjutkan intervensi</li> <li>1.1 Periksa sirkulasi perifer</li> <li>1.2 Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi</li> <li>1.5 Lakukan hidrasi</li> </ul>	<i>Siti</i>

Tanggal/Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
	Nyeri kronis b.d penekanan syaraf lumbosakralis (D.0078)	<p>S : - Pasien mengatakan nyeri berkurang - Pasien mengatakan merasa lebih nyaman dengan teknik nafas dalam Skala nyeri 3</p> <p>O : - Pasien dapat menjelaskan metode distraksi dalam penanganan nyeri - Pasien terlihat tenang dan relaks TD: 120/70 mmHg Nadi: 78x/menit RR: 20x/menit Suhu : 36,9°C</p> <p>A : - Masalah nyeri kronis teratasi sebagian - Lanjutkan intervensi</p> <p>P : 2.1 Identifikasi lokasi,karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri 2.2 Identifikasi skala nyeri 2.3 Identifikasi respons nyeri non verbal 2.4 Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 2.5 Fasilitasi istirahat dan tidur 2.8 Berikan analgetik</p>	<i>Siti</i>
	Resiko infeksi b.d ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (imunوسupresi) (D.0142)	<p>S : - Pasien dan keluarga dapat menjelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>O : - Pasien dan keluarga dapat mempraktekkan cara mencuci tangan yang benar - Tidak ada tanda dan gejala infeksi - Leukosit <math>13,76 \cdot 10^3/\mu\text{L}</math></p> <p>A : - Masalah resiko infeksi tidak terjadi - Lanjutkan intervensi</p> <p>P : 4.1 Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik 4.2 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan 4.6 Berikan antibiotik</p>	<i>Siti</i>

Tabel 4.14 Daftar Evaluasi Keperawatan Pasien 2 dengan Kanker Serviks di ruang Mawar RSUD Abdul Wahab Sjahranie

Pasien 2			
Tanggal/Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
04/05/2019 0825	Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin (D.0009)	<p>S : - Pasien mengatakan masih keluar darah bergumpal dari kemaluan - Pasien mengatakan badan masih terasa lemas dan kepala pusing</p> <p>O : - Pasien hanya berbaring ditempat tidur - CRT &gt; 2 detik, konjungtiva anemis, muka pucat - Hemoglobin :8,8 g/dl</p>	<i>Siti</i>

Tanggal/Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hematokrit : 26,7 %</li> <li>Masalah perfusi perifer tidak efektif teratasi sebagian</li> <li>- Lanjutkan intervensi               <ul style="list-style-type: none"> <li>1.1 Periksa sirkulasi perifer</li> <li>1.2 Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi</li> <li>1.3 Monitor adanya panas, kemerahan,nyeri atau bengkak ekstermitas</li> <li>1.4 Catat hasil lab Hb dan Ht</li> <li>1.5 Lakukan hidrasi</li> <li>1.6 Jelaskan kepada pasien dan keluarga tentang tindakan pemberian tanfusi darah</li> <li>1.7 Berikan tranfusi darah</li> </ul> </li> </ul>	<b>Paraf</b>
	Nyeri kronis b.d penekanan syaraf lumbosakrlis (D.0078)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan masih terasa nyeri</li> <li>- Pasien mengatakan menggunakan teknik relaksasi nafas dalam saat nyeri timbul</li> <li>- P : nyeri kanker serviks</li> <li>Q : seperti ditusuk-tusuk</li> <li>R :nyeri perut bagian bawah hingga vagina</li> <li>S : skala nyeri 4</li> <li>T : hilang timbul</li> <li>- Pasien terlihat meringis menahan sakit</li> <li>- Masalah nyeri kronis teratasi sebagian</li> <li>- Lanjutkan intervensi               <ul style="list-style-type: none"> <li>2.1 Identifikasi lokasi,karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri</li> <li>2.2 Identifikasi skala nyeri</li> <li>2.3 Identifikasi respons nyeri non verbal</li> <li>2.4 Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</li> <li>2.5 Fasilitasi istiahat dan tidur</li> <li>2.7 Ajurkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri</li> <li>2.8 Berikan analgetik</li> </ul> </li> </ul>	<i>Siti</i>
	Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen (D.0056)	<ul style="list-style-type: none"> <li>S : - Pasien mengatakan aktivitas dibantu suami</li> <li>- Pasien mengatakan terasa pusing saat beraktivitas</li> <li>O : - Pasien terlihat lemas</li> <li>- Aktivitas pasien dibantu keluarga</li> <li>- Masalah intoleransi aktivitas teratasi sebagian</li> <li>- Lanjutkan intervensi</li> <li>P :               <ul style="list-style-type: none"> <li>3.1 Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</li> <li>3.2 Monitor kelelahan fisik dan emosional</li> </ul> </li> </ul>	<i>Siti</i>

Tanggal/Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
		3.3 Monitor pola tidur dan istirahat 3.4 Monitor lokasi dan ketidaknyamanan saat melakukan aktivitas 3.5 Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur jika tidak dapat dapat berpindah atau berjalan 3.6 Anjurkan tirah baring 3.7 Anjurkan melakukan aktivitas bertahap 3.8 Anjurkan menghubungi perawat jika ada tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang	
	Resiko infeksi b.d ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (imunopresi) (D.0142)	S : - Ny.U dan keluarga mengatakan paham dengan tanda dan gejala infeksi - Pasien mengatakan masih keluar darah bergumpal dari kemaluan O : - Leukosit: $15,86 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ - Masalah resiko infeksi tidak terjadi A : - Lanjutkan intervensi 4.1 Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik P : 4.2 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan 4.4 Jelaskan cara mencuci tangan yang benar 4.5 Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 4.6 Berikan antibiotik	Siti
	Resiko Defisit Nutrisi b.mual muntah (D.0032)	S : - Pasien mengatakan masih merasa mual saat makan O : - Pasien hanya menghabiskan 2-3 sendok makan A : - Masalah resiko defisit nutrisi tidak terjadi P : - Lanjutkan intervensi 5.3 Monitor asupan makanan 5.4 Monitor berat badan 5.5 Monitor hasil pemeriksaan laboratorium 5.6 Berikan makanan tinggi protein dan tinggi kalori 5.8 Anjurkan posisi duduk saat makan, jika perlu	Siti
05/05/2019 08.45	Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin (D.0009)	S : - Pasien mengatakan hanya sedikit darah yang keluar dari kemaluan O : - CRT > 2 detik, konjungtiva anemis, muka pucat A : Masalah perfusi perifer tidak efektif teratasi sebagian P : - Lanjutkan intervensi 1.1 Periksa sirkulasi perifer	Siti

Tanggal/Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
		1.2 Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi 1.3 Monitor adanya panas, kemerahan,nyeri atau bengkak ekstermitas 1.4 Catat hasil lab Hb dan Ht 1.5 Lakukan hidrasi	
	Nyeri kronis b.d penekanan syaraf lumbosakralis(D.0078)	S : - Pasien mengatakan merasa lebih nyaman dengan teknik nafas dalam - P : nyeri kanker serviks Q : seperti ditusuk-tusuk R : nyeri perut bagian bawah hingga vagina S : skala nyeri 4 T : hilang timbul O : - Pasien terlihat meringis menahan sakit TD: 140/80 mmHg Nadi: 90x/menit RR: 21x/menit Suhu : 36,9°C A: - Masalah nyeri kronis teratasi sebagian - Lanjutkan intervensi P : 2.1 Identifikasi lokasi,karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri 2.2 Identifikasi skala nyeri 2.3 Identifikasi respons nyeri non verbal 2.4 Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 2.5 Fasilitasi istiahat dan tidur 2.7 Ajurkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri 2.8 Berikan analgetik	<i>Siti</i>
	Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen (D.0056)	S : - Pasien mengatakan aktivitas dibantu suami - Pasien mengatakan terasa pusing saat beraktivitas O : - Pasien terlihat lemas - Aktivitas pasien dibantu keluarga A: - Masalah intoleransi aktivitas teratasi sebagian P : - Lanjutkan intervensi 3.1 Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 3.2 Monitor kelelahan fisik dan emosional 3.3 Monitor pola tidur dan istirahat 3.4 Monitor lokasi dan ketidaknyamanan saat melakukan aktivitas 3.5 Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur	<i>Siti</i>

Tanggal/Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
		jika tidak dapat dapat berpindah atau berjalan	
	Resiko infeksi b.d ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (imunopresi) (D.0142)	<p>S : - Pasien dan keluarga dapat menjelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>O : - Pasien dan keluarga dapat mempraktekkan cara mencuci tangan yang benar</p> <p>- Tidak ada tanda dan gejala infeksi</p> <p>A: - Masalah resiko infeksi tidak terjadi</p> <p>- Lanjutkan intervensi</p> <p>P : 5.3 Monitor asupan makanan</p> <p>5.5 Monitor hasil pemeriksaan laboratorium</p> <p>5.6 Berikan makanan tinggi protein dan tinggi kalori</p> <p>5.8 Anjurkan posisi duduk saat makan, jika perlu</p>	Siti
	Resiko Defisit Nutrisi b. mual muntah (D.0032)	<p>S : - Pasien mengatakan masih merasa mual saat makan</p> <p>O : - Pasien hanya menghabiskan 2-3 sendok makan</p> <p>A: - Masalah resiko defisit nutrisi tidak terjadi</p> <p>P : - Lanjutkan intervensi</p> <p>5.3 Monitor asupan makanan</p> <p>5.4 Monitor berat badan</p> <p>5.5 Monitor hasil pemeriksaan laboratorium</p> <p>5.6 Berikan makanan tinggi protein dan tinggi kalori</p> <p>5.7 Anjurkan pasien makan sedikit tapi sering</p>	Siti
06/05/2019 09.05	Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin (D.0009)	<p>S : - Pasien mengatakan tidak ada lagi darah yang keluar dari kemaluan</p> <p>O : - Pasien terlihat pucat, konjungtiva anemis</p> <p>A: Masalah perfusi perifer tidak efektif teratasi sebagian</p> <p>P : - Lanjutkan intervensi</p> <p>1.1 Periksa sirkulasi perifer</p> <p>1.2 Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi</p> <p>1.3 Monitor adanya panas, kemerahan, nyeri atau bengkak ekstermitas</p> <p>1.4 Catat hasil lab Hb dan Ht</p> <p>1.5 Lakukan hidrasi</p>	Siti
	Nyeri kronis b.d penekanan syaraf lumbosakralis (D.0078)	<p>S : - Pasien mengatakan nyeri berkurang</p> <p>- Pasien mengatakan merasa lebih nyaman dengan teknik nafas dalam</p> <p>Skala nyeri 4</p>	Siti

Tanggal/Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien dapat menjelaskan metode distraksi dalam penanganan nyeri</li> <li>O : - Pasien terlihat tenang dan relaks TD: 130/80 mmHg Nadi: 78x/menit RR: 20x/menit Suhu : 37,2°C</li> <li>A : - Masalah nyeri kronis teratasi sebagian</li> <li>- Lanjutkan intervensi</li> <li>P : 2.1 Identifikasi lokasi,karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri</li> <li>2.2 Identifikasi skala nyeri</li> <li>2.3 Identifikasi respons nyeri non verbal</li> <li>2.4 Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</li> <li>2.7 Ajurkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri</li> <li>2.8 Berikan analgetik</li> </ul>	
	Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen (D.0056)	<ul style="list-style-type: none"> <li>S : - Pasien mengatakan aktivitas dibantu suami</li> <li>- Pasien mengatakan terasa pusing saat beraktivitas</li> <li>O : - Pasien terlihat lemas</li> <li>- Aktivitas pasien dibantu keluarga</li> <li>A: - Masalah intoleransi aktivitas teratasi sebagian</li> <li>P : - Lanjutkan intervensi</li> <li>3.1 Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</li> <li>3.2 Monitor kelelahan fisik dan emosional</li> <li>3.3 Monitor pola tidur dan istirahat</li> <li>3.4 Monitor lokasi dan ketidaknyamanan saat melakukan aktivitas</li> <li>3.5 Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur jika tidak dapat dapat berpindah atau berjalan</li> </ul>	Siti
	Resiko infeksi b.d ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (imunopresi) (D.0142)	<ul style="list-style-type: none"> <li>S : - Pasien dan keluarga dapat menjelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>O : - Pasien dan keluarga dapat mempraktekkan cara mencuci tangan yang benar</li> <li>- Tidak ada tanda dan gejala infeksi</li> <li>A: - Masalah resiko infeksi tidak terjadi</li> <li>- Lanjutkan intervensi</li> <li>P : 4.1 Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</li> <li>4.2 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan</li> </ul>	Siti



Tanggal/Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
	Resiko Defisit Nutrisi b. mual muntah (D.0032)	<p>4.6 Berikan antibiotik</p> <p>S : - Pasien mengatakan masih merasa mual saat makan</p> <p>O : - Pasien hanya menghabiskan ¼ porsi makanan</p> <p>A : - Masalah resiko defisit nutrisi tidak terjadi</p> <p>P : - Lanjutkan intervensi</p> <p>5.3 Monitor asupan makanan</p> <p>5.5 Monitor hasil pemeriksaan laboratorium</p> <p>5.6 Berikan makanan tinggi protein dan tinggi kalori</p>	Siti
07/05/2019 08.55	Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin (D.0009)	<p>S : - Pasien mengatakan sudah tidak ada darah yang keluar dari kemaluan</p> <p>O : Pasien terlihat pucat Hemoglobin : 10,4 g/dl Hematokrit : 28,2 % Masalah perfusi perifer tidak efektif teratasi sebagian</p> <p>A: - Lanjutkan intervensi</p> <p>P : 1.1 Periksa sirkulasi perifer 1.2 Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi 1.3 Monitor adanya panas, kemerahan, nyeri atau bengkak ekstermitas 1.4 Catat hasil lab Hb dan Ht 1.5 Lakukan hidrasi</p>	Siti
	Nyeri kronis b.d penekanan syaraf lumbosakralis (D.0078)	<p>S : - Pasien mengatakan nyeri berkurang</p> <p>- Pasien mengatakan merasa lebih nyaman dengan teknik nafas dalam</p> <p>Skala nyeri 3</p> <p>- Pasien dapat menjelaskan metode distraksi dalam penanganan nyeri</p> <p>O : - Pasien terlihat tenang dan relaks</p> <p>TD: 130/80 mmHg</p> <p>Nadi: 88x/menit</p> <p>RR: 20x/menit</p> <p>Suhu : 36,8°C</p> <p>A: - Masalah nyeri kronis teratasi sebagian</p> <p>- Lanjutkan intervensi</p> <p>P : 2.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri</p> <p>2.2 Identifikasi skala nyeri</p> <p>2.3 Identifikasi respons nyeri non verbal</p> <p>2.4 Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</p> <p>2.7 Ajurkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri</p> <p>2.8 Berikan analgetik</p>	Siti

Tanggal/Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
	Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen (D.0056)	<p>S : - Pasien mengatakan aktivitas dibantu suami - Pasien mengatakan terasa pusing saat beraktivitas</p> <p>O : - Pasien terlihat lemas - Aktivitas pasien dibantu keluarga</p> <p>A : - Masalah intoleransi aktivitas teratasi sebagian</p> <p>P : - Lanjutkan intervensi 3.1 Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 3.2 Monitor kelelahan fisik dan emosional 3.4 Monitor lokasi dan ketidaknyamanan saat melakukan aktivitas 3.5 Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur jika tidak dapat dapat berpindah atau berjalan</p>	Siti
	Resiko infeksi b.d ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (imunopresi) (D.0142)	<p>S : - Pasien dan keluarga dapat menjelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>O : - Pasien dan keluarga dapat mempraktekkan cara mencuci tangan yang benar - Tidak ada tanda dan gejala infeksi</p> <p>A : - Masalah resiko infeksi tidak terjadi - Lanjutkan intervensi</p> <p>P : 4.1 Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik 4.2 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan 4.6 Berikan antibiotik</p>	Siti
	Resiko Defisit Nutrisi b.d mual muntah (D.0032)	<p>S : - Pasien mengatakan banyak makan buah-buahan</p> <p>O : - Pasien hanya menghabiskan ¼ porsi makanan</p> <p>A : - Masalah resiko defisit nutrisi tidak terjadi</p> <p>P : - Lanjutkan intervensi 5.3 Monitor asupan makanan 5.5 Monitor hasil pemeriksaan laboratorium 5.6 Berikan makanan tinggi protein dan tinggi kalori</p>	Siti
08/05/2019 09.10	Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin (D.0009)	<p>S : - Pasien mengatakan tidak ada lagi darah yang keluar dari kemaluan</p> <p>O : - Pasien masih terlihat lemas, konjungtiva anemis, CRT &lt; 2 detik - Hemoglobin : 10,4 g/dl Hematokrit : 28,2 %</p> <p>A : Masalah perfusi perifer tidak efektif teratasi sebagian</p>	Siti

Tanggal/Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
		<p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lanjutkan intervensi</li> <li>1.1 Periksa sirkulasi perifer</li> <li>1.2 Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi</li> <li>1.3 Monitor adanya panas, kemerahan,nyeri atau bengkak ekstermitas</li> <li>1.4 Catat hasil lab Hb dan Ht</li> <li>1.5 Lakukan hidrasi</li> </ul>	
	<p>Nyeri kronis b.d penekanan syaraf lumbosakralis (D.0078)</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri berkurang</li> <li>- Pasien mengatakan merasa lebih nyaman dengan teknik nafas dalam Skala nyeri 3</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien dapat menjelaskan metode distraksi dalam penanganan nyeri</li> <li>- Pasien terlihat tenang dan relaks</li> <li>TD: 130/70 mmHg</li> <li>Nadi: 80x/menit</li> <li>RR: 20x/menit</li> <li>Suhu : 37,1°C</li> </ul> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah nyeri kronis teratasi sebagian</li> <li>- Lanjutkan intervensi</li> </ul> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>2.1 Identifikasi lokasi,karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri</li> <li>2.2 Identifikasi skala nyeri</li> <li>2.3 Identifikasi respons nyeri non verbal</li> <li>2.4 Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</li> <li>2.7 Ajurkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri</li> <li>2.8 Berikan analgetik</li> </ul>	Siti
	<p>Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen (D.0056)</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan aktivitas dibantu suami</li> <li>- Pasien mengatakan terasa pusing saat beraktivitas</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien terlihat lemas</li> <li>- Aktivitas pasien dibantu keluarga</li> </ul> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah intoleransi aktivitas teratasi sebagian</li> </ul> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lanjutkan intervensi</li> <li>3.1 Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</li> <li>3.2 Monitor kelelahan fisik dan emosional</li> <li>3.4 Monitor lokasi dan ketidaknyamanan saat melakukan aktivitas</li> <li>3.5 Fasilitasi duduk disisi tempat tidur</li> </ul>	Siti
	<p>Resiko infeksi b.d ketidakadekuatan pertahanan</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien dan keluarga dapat menjelaskan tanda dan gejala infeksi</li> </ul>	Siti

Tanggal/Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
	tubuh sekunder (imunosupresi) (D.0142)	<p>O : - Pasien dan keluarga dapat mempraktekkan cara mencuci tangan yang benar</p> <p>- Tidak ada tanda dan gejala infeksi</p> <p>- Leukosit : <math>11,20 \times 10^3/\mu\text{L}</math></p> <p>A : - Masalah resiko infeksi tidak terjadi</p> <p>- Lanjutkan intervensi</p> <p>P : 4.1 Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</p> <p>4.2 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan</p> <p>4.6 Berikan antibiotik</p>	
	Resiko Defisit Nutrisi b.d mual muntah (D.0032)	<p>S : - Pasien mengatakan masih merasa mual saat mencium bau makanan yang menyengat</p> <p>O : Pasien hanya menghabiskan <math>\frac{1}{4}</math> porsi makanan</p> <p>A : - Masalah resiko defisit nutrisi tidak terjadi</p> <p>- Lanjutkan intervensi</p> <p>P : 5.3 Monitor asupan makanan</p> <p>5.5 Monitor hasil pemeriksaan laboratorium</p> <p>5.6 Berikan makanan tinggi protein dan tinggi kalori</p>	<i>Siti</i>
09/05/2019 08.55	Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin (D.0009)	<p>S : - Pasien mengatakan tidak ada lagi darah yang keluar dari kemaluan</p> <p>O : - Akral hangat, CRT &lt; 2 detik, wajah pucat, konjungtiva anemis</p> <p>Hemoglobin : 10,4 g/dl</p> <p>Hematokrit : 28,2 %</p> <p>A : Masalah perfusi perifer tidak efektif teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>1.1 Periksa sirkulasi perifer</p> <p>1.2 Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi</p> <p>1.3 Monitor adanya panas, kemerahan, nyeri atau bengkak ekstermitas</p> <p>1.4 Catat hasil lab Hb dan Ht</p> <p>1.5 Lakukan hidrasi</p>	<i>Siti</i>
	Nyeri kronis b.d penekanan syaraf lumbosakralis (D.0078)	<p>S : - Pasien mengatakan nyeri berkurang</p> <p>- Pasien mengatakan merasa lebih nyaman dengan teknik nafas dalam</p> <p>Skala nyeri 3</p> <p>O : - Pasien dapat menjelaskan metode distraksi dalam penanganan nyeri</p> <p>- Pasien terlihat tenang dan relaks</p> <p>TD: 130/80 mmHg</p> <p>Nadi: 84x/menit</p> <p>RR: 18x/menit</p>	<i>Siti</i>

Tanggal/Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
		Suhu : 37,3°C A : - Masalah nyeri kronis teratasi sebagian - Lanjutkan intervensi P : 2.1 Identifikasi lokasi,karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri 2.2 Identifikasi skala nyeri 2.3 Identifikasi respons nyeri non verbal 2.4 Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 2.7 Ajurkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri 2.8 Berikan analgetik	Paraf
	Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen (D.0056)	S : - Pasien mengatakan aktivitas dibantu suami - Pasien mengatakan terasa pusing saat beraktivitas O : - Pasien terlihat lemas - Aktivitas pasien dibantu keluarga TD: 130/80 mmHg Nadi: 84x/menit A : - Masalah intoleransi aktivitas teratasi sebagian P : - Lanjutkan intervensi 3.1 Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 3.2 Monitor kelelahan fisik dan emosional 3.4 Monitor lokasi dan ketidaknyamanan saat melakukan aktivitas 3.5 Fasilitasi duduk disisi tempat tidur	Siti
	Resiko infeksi b.d ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (imunopresi) (D.0142)	S : - Pasien dan keluarga dapat menjelaskan tanda dan gejala infeksi O : - Pasien dan keluarga dapat mempraktekkan cara mencuci tangan yang benar - Tidak ada tanda dan gejala infeksi - Leukosit 10,60 $10^3/\mu L$ A : - Masalah resiko infeksi tidak terjadi P : - Lanjutkan intervensi 4.1 Monitor tanda dan gejala infeksi 4.2 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4.6 Berikan antibiotik	Siti
	Resiko Defisit Nutrisi b.d mual muntah (D.0032)	S : - Pasien mengatakan sudah mempraktekkan makan sedikit tapi sering - Pasien mengatakan banyak makan buah-buahan	Siti

Tanggal/Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
		S : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien hanya menghabiskan ¼ porsi makanan</li> <li>- Pasien tidak mengalami penurunan berat badan (BB: 54 kg)</li> <li>- Pasien minum 2 botol tangguang air mineral (1200 ml)</li> <li>- Masalah resiko defisit nutrisi tidak terjadi</li> <li>- Lanjutkan intervensi               <ul style="list-style-type: none"> <li>5.1 Identifikasi status nutrisi</li> <li>5.3 Monitor asupan makanan</li> <li>5.4 Monitor berat badan</li> <li>5.5 Monitor hasil dari pemeriksaan laboratorium</li> <li>5.6 Berikan makanan tinggi protein dan tinggi kalori</li> </ul> </li> </ul>	

Tabel diatas menjelaskan bahwa pada pasien satu dilakukan asuhan keperawatan selama 6 hari, evaluasi pada klien satu menunjukkan 1 diagnosa keperawatan teratasi yaitu ansietas, 1 masalah diagnosa keperawatan tidak terjadi yaitu resiko infeksi, dan 2 diagnosa keperawatan teratasi sebagian yaitu perfusi perifer tidak efektif dan nyeri kronis. Pada pasien 2 dilakukan perawatan selama 6 hari, Evaluasi pasien dua ada 2 diagnosa keperawatan tidak terjadi yaitu resiko infeksi dan defisit nutrisi, 3 diagnosa keperawatan teratasi sebagian yaitu perfusi perifer tidak efektif, nyeri kronis dan intoleransi aktivitas.

#### 4.2 Pembahasan

Menurut asuhan keperawatan berdasarkan diagnosa medis dalam Price (2012) terdapat 8 diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus kanker serviks yaitu, nyeri kronis, defisit nutrisi, perfusi perifer tidak efektif, disfungsi seksual, difisit pengetahuan, harga diri rendah, resiko perdarahan, dan resiko infeksi.

Berdasarkan hasil pengkajian dan analisa data terdapat 4 diagnosa keperawatan yang ditegakkan pada pasien 1 yaitu perfusi perifer tidak efektif berhubungan

dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, nyeri kronis berhubungan dengan penekanan syaraf lumbosakralis, ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi, resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (imunosupresi) dan 5 diagnosa keperawatan yang ditegakkan pada pasien 2 yaitu perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, nyeri kronis berhubungan dengan penekanan syaraf lumbosakralis, intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (imunosupresi) dan resiko defisit nutrasi berhubungan dengan mual muntah.

Berikut pembahasan diagnosa keperawatan yang muncul sesuai teori pada kasus klien 1 dan 2 yaitu :

#### **4.2.2.1 (D.0009) Perfusi Perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin**

Menurut SDKI (2017) pada diagnosa keperawatan perfusi perifer tidak efektif tanda dan gejala terdiri dari data subjektif yaitu paratesia, nyeri ekstermitas, sedangkan data objektif yaitu pengisian kapiler > 2 detik, nadi perifer menurun atau tidak teraba, akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun, edema, penyembuhan luka lambat, indeks *ankle-brachial* < 0,90 dan bruit femoralis.

Berdasarkan studi kasus data hasil pengkajian tentang keadaan umum, genitalia, kepala dan hasil laboratorium ditemukan bahwa pada kedua pasien tersebut mengalami gangguan sirkulasi perifer. Pasien satu mengalami

perdarahan pervaginam, wajah terlihat pucat, CRT > 2 detik, pasien mengeluh pusing, konjungtiva anemis, dan hemoglobin 7,9 g/dl. Pada pasien dua mengalami perdarahan pervaginam, wajah terlihat pucat, CRT > 3 detik, pasien mengeluh pusing, konjungtiva anemis, dan hemoglobin 8,8 g/dl.

Menurut Price (2012) ada delapan diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien kanker servik yaitu nyeri kronis, defisit nutrisi, perfusi perifer tidak efektif, disfungsi seksual, defisit pengetahuan, harga diri rendah, resiko perdarahan, dan resiko infeksi.

Menurut analisa penulis terdapat kesesuaian antara hasil studi kasus dengan teori. Pada studi kasus pasien satu dan dua muncul diagnosa keperawatan perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin.

Menurut SIKI (2018) intervensi yang dapat dilakukan pada diagnosa keperawatan perfusi perifer tidak efektif adalah periksa sirkulasi perifer, identifikasi faktor resiko gangguan pada sirkulasi, monitor adanya panas, kemerahan, nyeri atau bengkak ekstermitas, catat hasil lab hb dan ht, lakukan hidrasi, jelaskan kepada pasien dan keluarga tentang tindakan pemberian tranfusi darah, berikan tranfusi darah.

Bedasarkan studi kasus pada pasien satu dan dua semua intervensi pada diagnosa keperawatan perfusi perifer dapat dilakukan pada kedua pasien dan tidak ditemukan adanya perbedaan.

Menurut NOC (2015) tujuan dari asuhan keperawatan diharapkan masalah perfusi perifer efektif teratasi dengan kriteria hasil tekanan systole dan



diastole dalam rentang normal (120/80 mmHg), tidak ada ortostatik hipertensi, kapilarirefil < 2 detik.

Berdasarkan hasil studi kasus evaluasi sumatif yang didapatkan dari kedua pasien adalah masalah perfusi perifer tidak efektif teratasi sebagian dengan evaluasi subjektif pasien 1 mengatakan tidak lagi keluar darah bergumpal dari kemaluan, evaluasi objektif pasien terlihat masih pucat, konjungtiva anemis, CRT < 2 detik, TD: 120/70 mmHg dan hemoglobin 10,7 g/dl. Sedangkan pada pasien 2 evaluasi subjektif pasien mengatakan tidak lagi keluar darah bergumpal dari kemaluan, evaluasi objektif pasien terlihat masih pucat, konjungtiva anemis, CRT < 2 detik, TD:130/80 mmHg dan hemoglobin 10,4 g/dl.

#### **4.2.2.2 (D.0078) Nyeri kronis berhubungan dengan penekanan syaraf lumbosakalis**

Menurut SDKI (2017) pada diagnosa keperawatan nyeri kronis tanda dan gejala terdiri dari data subjektif yaitu mengeluh nyeri, merasa depresi (tertekan), merasa takut mengalami cedera berulang, sedangkan data objektif pasien tampak meringis, gelisah, tidak mampu menuntaskan aktivitas, bersikap protektif, waspada, pola tidur berubah, anoreksia, fokus menyempit, berfokus pada diri sendiri.

Berdasarkan data hasil pengkajian tentang kenyamanan/nyeri ditemukan bahwa pada kedua pasien tersebut mengalami diagnosa keperawatan nyeri kronis. Pasien satu mengatakan nyeri perut bagian bawah, seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 4 dan terasa hilang timbul, pasien terlihat meringis menahan sakit, nyeri tekan pada perut bagian bawah, tekanan darah 140/80 mmHg dan nadi

98x/menit. Pada pasien kedua mengatakan nyeri perut bagian bawah, seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 4 dan terasa hilang timbul, pasien terlihat meringis menahan sakit, nyeri tekan pada perut bagian bawah, tekanan darah 150/90 mmHg dan nadi 104x/menit.

Menurut Price (2012) ada delapan diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien kanker servik yaitu nyeri kronis, defisit nutrisi, perfusi perifer tidak efektif, disfungsi seksual, defisit pengetahuan, harga diri rendah, resiko perdarahan, dan resiko infeksi.

Menurut analisa penulis terdapat kesesuaian antara hasil studi kasus dengan teori. Pada studi kasus pasien satu dan dua muncul diagnosa keperawatan nyeri kronis berhubungan dengan penekanan saraf.

Menurut SIKI (2018) intervensi yang dapat dilakukan pada diagnosa keperawatan nyeri kronis adalah identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respons nyeri non verbal, kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, fasilitasi istirahat dan tidur, jelaskan penyebab, periode, pemicu nyeri, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri, berikan analgetik.

Bedasarkan studi kasus pada pasien satu dan dua semua intervensi pada diagnosa keperawatan nyeri kronis dapat dilakukan pada kedua pasien dan tidak ditemukan adanya perbedaan.

Menurut NOC (2015) tujuan dari asuhan keperawatan diharapkan masalah nyeri kronis teratasi dengan kriteria hasil mengenal faktor-faktor penyebab nyeri, melaporkan nyeri, frekuensi, dan lamanya, tanda-tanda vital

normal (120/80 mmHg) klien melaporkan nyeri berkurang dengan skala 1-2 dari 10 atau nyeri ringan.

Berdasarkan hasil studi kasus evaluasi sumatif yang didapatkan dari kedua pasien adalah nyeri kronis teratasi sebagian dengan evaluasi subjektif pasien 1 mengatakan mengatakan nyeri berkurang, merasa lebih nyaman dengan penggunaan teknik relaksasi nafas dalam, skala nyeri 3, evaluasi objektif pasien terlihat tenang dan relaks, TD: 120/70 mmHg. Nadi: 78x/menit, RR:20x/menit, dan suhu 36,9°C. Sedangkan evaluasi subjektif pada pasien 2 mengatakan nyeri berkurang, merasa lebih nyaman dengan penggunaan teknik relaksasi nafas dalam, skala nyeri 3, evaluasi objektif pasien terlihat tenang dan relaks, TD: 130/80 mmHg. Nadi: 84x/menit, RR:18x/menit, dan suhu 37,3°C.

#### **4.2.2.3 (D.0080) Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi**

Menurut SDKI (2017) pada diagnosa keperawatan ansietas tanda dan gejala terdiri dari data subjektif yaitu pasien merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, sulit berkonsentrasi, mengeluh pusing, anoreksia, palpitasi, merasa tidak berdaya, sedangkan data objektif pasien tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur, frekuensi nadi meningkat, frekuensi napas meningkat, tekanan darah meningkat, diaforesis, tremor, muka tampak pucat, suara bergetar, kontak mata buruk, sering berkemih, berorientasi pada masa lalu.

Berdasarkan data hasil pengkajian tentang psikososial ditemukan bahwa pada pasien satu mengalami diagnosa keperawatan ansietas. Pasien satu mengatakan cemas akan kondisi penyakitnya, pasien mengatakan takut perdarahan akan terus terjadi, pasien mengatakan takut penyakitnya semakin

memburuk setelah kemoterapi, pasien sering menanyakan tentang kondisinya pada perawat, pasien terlihat murung.

Menurut Price (2012) ada delapan diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien kanker servik yaitu nyeri kronis, defisit nutrisi, perfusi perifer tidak efektif, disfungsi seksual, defisit pengetahuan, harga diri rendah, resiko perdarahan, dan resiko infeksi.

Menurut analisa penulis terdapat kesenjangan antara hasil studi kasus dengan teori. Pada studi kasus pasien satu muncul diagnosa keperawatan yang berbeda dari 8 diagnosa keperawatan menurut teori yaitu ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

Menurut SIKI (2018) intervensi yang dapat dilakukan pada diagnosa keperawatan ansietas adalah monitor tanda-tanda ansietas, ciptakan suasana yang terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, pahami situasi yang membuat ansietas, dengarkan dengan penuh perhatian, gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan, jelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin dialami, informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis, anjurkan keluarga agar tetap bersama pasien, dan latih teknik relaksasi.

Bedasarkan studi kasus pada pasien satu semua intervensi pada diagnosa keperawatan ansietas dapat dilakukan pada pasien dan tidak ditemukan adanya perbedaan.

Menurut NOC (2015) tujuan dari asuhan keperawatan diharapkan masalah ansietas teratasi dengan kriteria hasil pasien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas, postur tubuh, ekspresi wajah, bahasa tubuh,

dan tingkat aktivitas menunjukkan berkurangnya kecemasan, tanda-tanda vital dalam batas normal (120/80 mmHg).

Berdasarkan hasil studi kasus evaluasi sumatif yang didapatkan dari pasien satu adalah masalah ansietas teratasi dengan evaluasi subjektif pasien mengatakan akan tetap semangat dan tidak ingin terlalu stress karena akan fokus menjalani pengobatan agar cepat sembuh, pasien mengatakan paham dengan prosedur pengobatan yang akan dilakukan dan merasa lebih tenang dan akan mengikuti pengobatan yang telah diberikan dokter, evaluasi objektif pasien terlihat tersenyum dan relaks, TD: 120/70 mmHg, Nadi:78x/menit.

#### **4.2.2.4 (D.0056) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai dan kebutuhan oksigen**

Menurut SDKI (2017) pada diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas tanda dan gejala terdiri dari data subjektif yaitu pasien mengeluh lelah, dispnea saat/setelah aktivitas, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, merasa lemah, sedangkan data objektif frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat, gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah beraktivitas, gambaran EKG menunjukkan iskemia, sianosis.

Berdasarkan data hasil pengkajian tentang aktivitas ditemukan bahwa pada pasien dua mengalami masalah intoleransi aktivitas. Pasien dua mengatakan dibantu suami saat akan ke kamar mandi, pasien mengatakan badan terasa lemas dan kepala pusing, pasien terlihat pucat, pasien hanya berbaring dan sesekali duduk di tempat tidur, hemoglobin 8,8 g/dl.

Menurut Price (2012) ada delapan diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien kanker servik yaitu nyeri kronis, defisit nutrisi, perfusi perifer tidak efektif, disfungsi seksual, defisit pengetahuan, harga diri rendah, resiko perdarahan, dan resiko infeksi.

Menurut analisa penulis terdapat kesenjangan antara hasil studi kasus dengan teori. Pada studi kasus pasien dua muncul diagnosa keperawatan yang berbeda dari 8 diagnosa keperawatan menurut teori yaitu intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen.

Menurut SIKI (2018) intervensi yang dapat dilakukan pada diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas adalah identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, monitor kelelahan fisik dan emosional, monitor pola dan jam tidur, monitor lokasi dan ketidaknyamanan saat melakukan aktivitas, fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan, anjurkan tirah baring, anjurkan melakukan aktivitas bertahap, anjurkan menghubungi perawat jika ada tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang.

Bedasarkan studi kasus pada pasien semua intervensi pada diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas dapat dilakukan pada pasien dan tidak ditemukan adanya perbedaan.

Menurut NOC (2015) tujuan dari asuhan keperawatan diharapkan masalah intoleransi aktivitas teratasi dengan kriteria hasil berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan darah, nadi dan RR, mampu melakukan aktivitas sehari-hari secara bertahap, sirkulasi status baik, mampu berpindah dengan atau tanpa bantuan alat.

Berdasarkan hasil studi kasus evaluasi sumatif yang didapatkan dari pasien dua adalah masalah intoleransi aktivitas teratasi sebagian dengan evaluasi subjektif pasien mengatakan aktivitas masih dibantu oleh suami, pasien mengatakan masih merasakan pusing dan lemas saat beraktivitas, TD: 130/80 mmHg, nadi 84x/menit, RR: 18x/menit.

#### **4.2.2.5 (D.0142) Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (imunosupresi)**

Menurut SDKI (2017) pada diagnosa keperawatan resiko infeksi tidak terdapat tanda dan gejala baik itu berupa data subjektif maupun objektif namun terdapat faktor resiko seperti penyakit kronis, efek prosedur invasif, malnutrisi, peningkatan paparan organisme patogen lingkungan, ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer, dan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder.

Berdasarkan studi kasus data hasil pemeriksaan penunjang ditemukan bahwa pada kedua pasien tersebut mengalami resiko infeksi. Pasien satu mengalami. Pada pasien satu hasil pemeriksaan laboratorium hemoglobin 7,9 g/dl, leukosit  $15,86 \times 10^3/\mu\text{L}$ . Pada pasien dua hasil laboratorium hemoglobin 8,8 g/dl, leukosit  $11,53 \times 10^3/\mu\text{L}$ .

Menurut Price (2012) ada delapan diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien kanker servik yaitu nyeri kronis, defisit nutrisi, perfusi perifer tidak efektif, disfungsi seksual, defisit pengetahuan, harga diri rendah, resiko perdarahan, dan resiko infeksi.

Menurut analisa penulis terdapat kesesuaian antara hasil studi kasus dengan teori. Pada studi kasus pasien satu dan dua muncul diagnosa keperawatan resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder.

Menurut SIKI (2018) intervensi yang dapat dilakukan pada diagnosa keperawatan resiko infeksi adalah monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, jelaskan tanda dan gejala infeksi, jelaskan cara mencuci tangan dengan benar, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi, berikan antibiotik.

Bedasarkan studi kasus pada pasien satu dan dua semua intervensi pada diagnosa keperawatan resiko infeksi dapat dilakukan pada pasien dan tidak ditemukan adanya perbedaan.

Menurut NOC (2015) tujuan dari asuhan keperawatan diharapkan resiko infeksi tidak terjadi dengan kriteria hasil pasien bebas dari tanda dan gejala infeksi, menunjukkan kemampuan mencegah timbulnya infeksi, jumlah leukosit dalam batas normal, menunjukkan prilaku hidup sehat.

Berdasarkan hasil studi kasus evaluasi sumatif yang didapatkan dari pasien satu adalah resiko infeksi tidak terjadi dengan evaluasi subjektif pasien dan keluarga dapat menjelaskan tanda dan gejala infeksi, evaluasi objektif tidak ada tanda dan gejala infeksi, leukosit  $13,76 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ . Sedangkan evaluasi subjektif pada pasien dua adalah pasien dan keluarga dapat menjelaskan tanda dan gejala infeksi, evaluasi objektif tidak ada tanda dan gejala infeksi, leukosit  $10,60 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ .



#### **4.2.2.6 (D.0032) Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan mual muntah**

Menurut SDKI (2017) pada diagnosa keperawatan resiko defisit nutrisi tidak terdapat tanda dan gejala baik itu berupa data subjektif maupun objektif namun terdapat faktor resiko ketidakmampuan menelan makanan, ketidakmampuan mencerna makanan, ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi, peningkatan kebutuhan metabolisme, faktor ekonomi, dan faktor psikologis.

Berdasarkan studi kasus data hasil pengkajian tentang nutrisi ditemukan bahwa pada pasien dua mengalami resiko defisit nutrisi. Pasien dua mengatakan tidak nafsu makan dan mengatakan terasa mual, pasien mengatakan mengalami penurunan berat badan 6 kg dalam 6 bulan terakhir pasien terlihat lemas, porsi makan tidak dihabiskan, pasien hanya makan 2-3 sendok dari porsi makanan yang disediakan, IMT: 21,09 (normal).

Menurut Price (2012) ada delapan diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien kanker serviks yaitu nyeri kronis, defisit nutrisi, perfusi perifer tidak efektif, disfungsi seksual, defisit pengetahuan, harga diri rendah, resiko perdarahan, dan resiko infeksi.

Menurut analisa penulis terdapat kesesuaian antara hasil studi kasus dengan teori. Pada studi kasus pasien dua muncul diagnosa keperawatan resiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan.

SIKI (2018) intervensi yang dapat dilakukan pada diagnosa keperawatan resiko defisit nutrisi adalah identifikasi status nutrisi, identifikasi adanya alergi atau adanya intoleransi makanan, monitor asupan makanan, monitor berat badan, monitor hasil dari pemeriksaan laboratorium, berikan makanan tinggi protein dan

tinggi kalori, anjurkan pasien makan sedikit tapi sering, anjurkan posisi duduk saat makan.

Berdasarkan studi kasus pada pasien dua semua intervensi pada diagnosa keperawatan resiko defisit nutrisi dapat dilakukan pada pasien dan tidak ditemukan adanya perbedaan.

Menurut NOC (2015) tujuan dari asuhan keperawatan diharapkan resiko defisit nutrisi tidak terjadi dengan kriteria hasil tidak ada penurunan berat badan, mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi, tidak ada tanda-tanda malnutrisi, menunjukkan peningkatan fungsi dari pengecap dari menelan, asupan cairan secara oral/intravena/perenteral sepenuhnya adekuat.

Berdasarkan hasil studi kasus evaluasi sumatif yang didapatkan dari pasien dua adalah resiko defisit nutrisi tidak terjadi dengan evaluasi subjektif pasien mengatakan sudah mempraktekkan makan sedikit tapi sering, pasien mengatakan banyak makan buah-buahan, evaluasi objektif pasien menghabiskan  $\frac{1}{4}$  porsi makanan, pasien minum 2 botol air mineral tanggung (1200 ml), tidak terjadi penurunan berat badan.

## BAB V

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil studi kasus penerapan asuhan keperawatan pada pasien 1 dan pasien 2 dengan penyakit Kanker Serviks di ruang Mawar Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahranie Kalimantan Timur peneliti dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

##### 1. Pengkajian

Pengkajian adalah upaya mengumpulkan data secara lengkap dan sistematis untuk dikaji dan dianalisis sehingga masalah kesehatan dan keperawatan dapat ditentukan. Pada tahap pengkajian, kegiatan yang dilakukan adalah mengumpulkan data primer maupun sekunder. Pengumpulan data primer seperti riwayat keperawatan, pemeriksaan fisik, sedangkan pengumpulan data sekunder yaitu dengan cara studi dokumentasi, hasil pemeriksaan diagnostik, dan studi literatur. Pemeriksaan fisik dilakukan dengan empat cara yaitu inspeksi, perkusi, palpasi, dan auskultasi (IPPA). Setelah data terkumpul akan dikaji dan dianalisis sehingga ditemukan data fokus atau data senjang yang kemudian akan menunjang untuk ditegakkannya diagnosa keperawatan. Pada kasus Kanker Serviks perawat dalam melakukan pengkajian dituntut harus teliti dan kompherensif, sehingga mudah dalam menegakkan diagnosa keperawatan. Salah satu yang harus diperhatikan pada pasien kanker serviks yaitu pengkajian pada

genitalia, sirkulasi perifer, kenyamanan/ nyeri, nutrisi, psikologis, aktivitas dan hasil pemeriksaan penunjang.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Seperti yang dikemukakan beberapa ahli sebelumnya daftar diagnosa keperawatan pada bab dua di temukan kesenjangan dengan kasus nyata yang didapat pada kedua pasien dengan Kanker serviks. Kesenjangan tersebut yaitu dari delapan diagnosa keperawatan menurut teori yang muncul pada pasien kanker serviks yaitu nyeri kronis, defisit nutrisi, perfusi perifer tidak efektif, disfungsi seksual, defisit pengetahuan, harga diri rendah, resiko perdarahan, dan resiko infeksi namun pada studi kasus pada pasien satu dan pasien dua ada 4 diagnosa yang tidak muncul yaitu disfungsi seksual, defisit pengetahuan, harga diri rendah dan resiko perdarahan.

Ada tiga diagnosa keperawatan yang sama antara pasien satu dan dua yaitu diagnosa perfusi perifer tidak efektif, nyeri kronis dan resiko infeksi. Ditemukan pula diagnosa keperawatan yang berbeda antara pasien satu dan dua yaitu pada pasien satu muncul diagnosa keperawatan ansietas sedangkan pada pasien dua tidak ditemukan diagnosa keperawatan tersebut.. Pada pasien dua ditemukan diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas dan resiko defisit nutrisi sedangkan pada pasien satu tidak ditemukan diagnosa keperawatan tersebut.

## 3. Perencanaan

Perencanaan yang digunakan dalam kasus pada kedua pasien di sesuaikan dengan masalah keperawatan yang muncul dan ditegaskan berdasarkan tanda dan gejala mayor, minor dan kondisi pasien saat ini. Tujuan perencanaan yang dibuat dari tujuan jangka panjang dan jangka pendek. Sedangkan perencanaan masalah keperawatan kedua pasien disusun sesesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia.

#### 4. Pelaksanaan tindakan

Implementasi keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan yang telah disusun oleh penulis dan waktu pelaksanaannya disesuaikan dengan kebijakan di ruang Mawar Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

#### 5. Evaluasi

Akhir dari proses keperawatan adalah evaluasi terhadap asuhan keperawatan yang di berikan. Evaluasi meliputi evaluasi formatif dan sumatif. Berdasarkan evaluasi sumatif yang penulis lakukan pada pasien 1 dan berdasarkan kriteria yang penulis susun terdapat 1 diagnosa keperawatan yang teratasi yaitu ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi, 1 diagnosa keperawatan tidak terjadi yaitu resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (imunosupresi) dan 2 diagnosa keperawatan yang sebagian teratasi Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, dan nyeri kronis berhubungan dengan penekanan saraf.

Sedangkan pada klien 2 terdapat 2 diagnosa keperawatan tidak terjadi yaitu resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (imunosupresi), resiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan dan 2 diagnosa keperawatan yang sebagian teratasi yaitu perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin dan nyeri kronis berhubungan dengan penekanan saraf

## **B. Saran**

Untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada klien dengan *Kanker Serviks* diperlukan adanya suatu perubahan dan perbaikan diantaranya:

### **1. Bagi Penulis**

Hasil studi kasus yang dilakukan diharapkan dapat menjadi acuan dan menjadi bahan perbandingan pada peneliti selanjutnya dalam melakukan penelitian pada pasien kanker serviks.

### **2. Bagi Tempat Penelitian**

Bagi perawat ruangan Mawar RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda sebaiknya ditingkatkan dalam melakukan tindakan keperawatan untuk memotivasi pasien dalam menjalani perawatan di ruang rawat inap mawar nifas agar tidak terjadi komplikasi yang tidak diinginkan pada pasien kanker serviks.

### **3. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan**

Dalam pengembangan Ilmu Keperawatan diharapkan dapat menambah keluasan Ilmu Keperawatan dan penambahan waktu

dalam melakukan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Kanker Serviks dan juga memacu pada peneliti selanjutnya dan menjadi bahan perbandingan dalam melakukan penelitian pada pasien dengan Kanker Serviks.



## DAFTAR PUSTAKA

- Amin Huda Nurarif, and H. K. (2016). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA. Edisi revisi jilid 1*. Yogyakarta: MediAction.
- Asmadi. (2008). *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Astrid Savitri, D. (2015). *Kupas Tuntas Kanker Payudara, Leher Rahim, dan Rahim*. Yogyakarta: Pustaka Perss.
- Aspiani, R. Y. (2017). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Maternitas*. Jakarta: TIM.
- Budiono, dkk. (2015). *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: Bumi Medika.
- Brunner, and S. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8 Volume 2*. Jakarta: EGC.
- Debora, O. (2012). *Proses Keperawatan dan Pemeriksaan Fisik*. Jakarta: Salemba Medika.
- Diananda, R. (2008). *Mengenal Seluk Beluk Kanker*. Yogyakarta: Kata Hati.
- Endang Purwoastuti, and E. S. M. (2015). *Ilmu Obstetri dan Ginekologi Sosial Bagi Kebidanan*. Yogyakarta: PUSTAKABARUPRESS.
- Hidayat, A. A. (2008). *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisa Data*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hutahaen, S. (2010). *Konsep dan Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta: Trans Info.
- Mitayani. (2009). *Asuhan Keperawatan Maternitas*. Jakarta: Salemba Medika.
- M.F.Rozi. (2013). *Kiat Mudah Mengatasi Kanker Serviks*. Yogyakarta: Aulia Publishing.
- Morita, D. (2016). Kajian Pengobatan Pasien Kanker Serviks di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. *In Proceeding of Mulawarman Pharmaceuticals Conferences (Vol. 4, pp. 330-334)*.
- NANDA. (2015). *Diagnosis Keperawatan : Definisi & Klasifikasi Edisi 10*. Jakarta: EGC.
- Notoatmodjo. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.



- Nurlaila, Shoufiah, R., & Hazanah, S. (2016). *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Prilaku Melakukan Vaksin Kanker Serviks. Mahakam Midwifery Journal* (Vol. 1).
- Kemenkes. (2015). Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan. *Situasi Penyakit Kanker*.
- Kemenkes. (2018). *Data dan Informasi : Profil Kesehatan Indonesia 2017*.
- Padila. (2015). *Asuhan Keperawatan Maternitas II*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi I*. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018) *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi I*. Jakarta : DPP PPNI.
- Prawirohardjo, S. (2011). *Ilmu Kandungan Edisi Ketiga*. Jakarta: PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Price, and W. (2012). *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-proses Penyakit, Edisi 6*. Jakarta: EGC.
- Reeder, D. (2013). *Keperawatan Maternitas Kesehatan Wanita, Bayi & Keluarga, Edisi 18 Volume 1*. Jakarta: EGC.
- S. Ariani. (2015). *Stop! Kanker*. Yogyakarta: Istana Medika.
- Wijaya, D. (2010). *Pembunuh Ganas Itu Bernama Kanker Serviks*. Yogyakarta: Sinar Kejora.
- WHO. (2014). World Health Organization-Cancer Country Profiles. *Who.Int*.
- WHO. (2014). World Health Organization Prevention Cancer Control. *Who.Int*
- Wuringsih. (2016). Potret Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Klien Dengan Kanker Serviks Melalui Pendekatan Konservasi Dan Efikasi Diri. *Nurscope. Jurnal Keperawatan dan Pemikiran Ilmiah Keperawatan*, 2(2), 49-6