

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

1. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar

a. Pengertian Kebutuhan Dasar Manusia

Menurut Maslow, manusia termotivasi untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan hidupnya. Kebutuhan-kebutuhan tersebut memiliki tingkatan atau hirarki, mulai dari yang paling rendah (bersifat dasar/fisiologis) sampai yang paling tinggi aktualisasi diri (Hawita, Reni sulistyowati, 2017). Hierarchy of needs (hirarki kebutuhan) dari Maslow menyatakan bahwa manusia memiliki 5 macam kebutuhan, yaitu:

1. Kebutuhan fisiologi

Kebutuhan dasar merupakan hal yang harus terlebih dahulu terpenuhi agar manusia dapat bertahan hidup dan melanjutkan hidupnya. Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan manusia akan oksigen, air, makanan, suhu tubuh yang normal, tidur, homeostasis, kebutuhan seksual, dan sebagainya.

2. Kebutuhan akan rasa Aman

Maslow menjelaskan bahwa kebutuhan akan rasa aman ini meliputi rasa aman secara fisik maupun emosional. Kebutuhan pada tingkat ini tergantung pada usia dari individu tersebut. Contohnya seperti anak-anak yang lebih membutuhkan pendampingan orangtua karena tingkat kewaspadaan diri anak yang masih rendah.

3. Kebutuhan sosial (rasa cinta, kasih sayang, hak kepemilikan)

Seorang individu membutuhkan cinta, kasih sayang, dan memiliki hak kepemilikan terhadap suatu hal. Selain itu, seorang individu dapat mendapatkan kebutuhan di tingkat ini dengan menjalin pertemanan dengan individu lain, membentuk keluarga, bersosialisasi dengan suatu kelompok, beradaptasi dengan lingkungan sekitar, serta berada dalam lingkungan masyarakat.

4. Kebutuhan mendapatkan penghargaan

Penghargaan bagi Maslow adalah harga diri. Setiap individu berhak mendapatkan harga diri mereka masing-masing. Harga diri dapat berasal dari diri sendiri maupun orang lain. Menurut Maslow, harga diri dibagi menjadi dua bentuk yakni bentuk menghargai diri sendiri dan bentuk penghargaan dari orang lain.

5. Kebutuhan untuk Mengaktualisasikan Diri

Kebutuhan di tingkat ini merupakan kebutuhan yang paling tertinggi. Aktualisasi diri dapat diartikan sebagai wujud sesungguhnya untuk mencerminkan harapan serta keinginan seorang individu terhadap dirinya sendiri. (Teori Hierarki Menurut Maslow).

Kebutuhan rasa aman dan perlindungan (Safety and security needs) ketika kebutuhan fisiologis seseorang telah terpenuhi secara layak, kebutuhan akan rasa aman mulai muncul. Keadaan aman, stabilitas, proteksi dan keteraturan akan menjadi kebutuhan yang meningkat. Jika tidak terpenuhi, maka akan timbul rasa cemas dan takut sehingga dapat menghambat pemenuhan kebutuhan lainnya. (Haswita, Reni sulistyowati, 2017).



Teori Kebutuhan Maslow
sumber: <http://lecture.bdyzone.com/>

2. Konsep Kebutuhan Rasa Nyaman

a. Pengertian Kenyamanan

Kenyamanan merupakan suatu keadaan seseorang merasa sejahtera atau nyaman baik secara mental, fisik maupun sosial (Keliat Windarwati, Parwiowiyono, & Subu, 2015).

Kenyamanan menurut (Keliat dkk, 2015) dapat dibagi menjadi tiga yaitu:

- a. Kenyamanan fisik; merupakan rasa sejahtera atau nyaman secara fisik.
- b. Kenyamanan lingkungan; merupakan rasa sejahtera atau rasa nyaman yang dirasakan didalam atau dengan lingkungannya
- c. Kenyamanan sosial; merupakan keadaan rasa sejahtera atau rasa nyaman dengan situasi sosialnya.

b. Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman

Menurut Potter & Perry yang dikutip dalam buku (Iqbal Mubarak, Indrawati, & Susanto, 2015) rasa nyaman merupakan keadaan terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan ketentraman (kepuasan yang dapat meningkatkan penampilan sehari-hari), kelegaan (kebutuhan yang telah terpenuhi), dan transenden. Kenyamanan seharusnya dipandang secara holistik yang mencakup empat aspek yaitu:

- a. Fisik, berhubungan dengan sensasi tubuh
- b. Sosial, berhubungan dengan interpersonal, keluarga, dan sosial
- c. Psikospiritual, berhubungan dengan kewaspadaan internal dalam diri seorang yang meliputi harga diri, seksualitas dan makna kehidupan Lingkungan, berhubungan dengan latar belakang pengalaman eksternal manusia seperti cahaya, bunyi, temperature, warna, dan unsur ilmiah lainnya. Meningkatkan kebutuhan rasa nyaman dapat diartikan perawat telah memberikan kekuatan, harapan, hiburan, dukungan, dorongan, dan bantuan.

Rasa nyaman dibutuhkan setiap individu dalam suatu konteks keperawatan, perawat harus memperhatikan dan memenuhi rasa nyaman. Gangguan rasa nyaman yang dialami oleh klien diatasi oleh perawat melalui intervensi keperawatan (Sutanto & Fitriana, 2017).

c. Pengertian Gangguan Rasa Nyaman

Gangguan rasa nyaman adalah perasaan seseorang merasa kurang nyaman dan sempurna dalam kondisi fisik, psikospiritual, lingkungan, budaya dan sosialnya. Gangguan rasa nyaman mempunyai batasan karakteristik yaitu: ansietas, berkeluh kesah,

gangguan pola tidur, gatal, gejala distress, gelisah, iritabilitas, ketidakmampuan untuk relaks, kurang puas dengan keadaan, menangis, merasa dingin, merasa kurang senang dengan situasi, merasa hangat, merasa lapar, merasa tidak nyaman, merintih, dan takut (Keliat et al., 2015).

Gangguan rasa nyaman merupakan suatu gangguan dimana perasaan kurang senang, kurang lega, dan kurang sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan serta sosial pada diri yang biasanya mempunyai gejala dan tanda minor mengeluh mual (PPNI, 2016).

d. Jenis Gangguan Rasa Nyaman

Menurut (Mardella, Ester, Riskiyah, & Mulyaningrum, 2013) Gangguan rasa nyaman dapat dibagi menjadi 3 yaitu:

a. Nyeri Akut

Nyeri akut merupakan keadaan seseorang mengeluh ketidaknyamanan dan merasakan sensasi yang tidak nyaman, tidak menyenangkan selama 1 detik sampai dengan kurang dari enam bulan.

b. Nyeri Kronis

Nyeri kronis adalah keadaan individu mengeluh tidak nyaman dengan adanya sensasi nyeri yang dirasakan dalam kurun waktu yang lebih dari enam bulan.

c. Mual

mual merupakan keadaan pada saat individu mengalami sensasi yang tidak nyaman pada bagian belakang tenggorokan, area epigastrium atau pada seluruh bagian perut yang bisa saja menimbulkan muntah atau tidak.

e. Penyebab Gangguan Rasa Nyaman

Dalam buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (PPNI, 2016) penyebab gangguan rasa nyaman adalah:

a. Gejala penyakit

b. Kurang pengendalian situasional atau lingkungan.

- c. Ketidakadekuatan sumber daya (misalnya dukungan finansial, sosial dan pengetahuan).
- d. Kurangnya privasi.
- e. Gangguan stimulasi lingkungan.
- f. Efek samping terapi (misalnya, medikasi, radiasi dan kemoterapi).
- g. Gangguan adaptasi kehamilan

f. Gejala Dan Tanda Gangguan Rasa Nyaman

Gejala dan tanda gangguan rasa nyaman (nyeri) dapat dibagi menjadi 2 (dua) yaitu sebagai berikut (PPNI, 2016):

- a. Gejala dan tanda mayor:

Data subjektif:

- 1) Mengeluh tidak nyaman
- 2) Mengeluh mual
- 3) Mengeluh ingin muntah
- 4) Tidak berminat makan

Data objektif:

(tidak tersedia)

- b. Gejala dan tanda minor

Data subjektif:

- 1) Merasa asam di mulut
- 2) Sensasi panas/dingin
- 3) Sering menelan

Data objektif:

- 1) Saliva meningkat
- 2) Pucat
- 3) Diaphoresis
- 4) Takikardi
- 5) Pupil dilatasi.

3. Konsep Dasar Nyeri

a. Definisi Nyeri

International Association for Study of Pain (IASP) Menyatakan nyeri adalah pengalaman sensoris subyektif dan emosional yang tidak menyenangkan yang didapat terkait dengan kerusakan jaringan yang nyata, berpotensi rusak, atau menggambarkan kondisi terjadinya kerusakan.

Nyeri merupakan suatu kondisi dimana berupa perasaan yang tidak menyenangkan, bersifat sangat subjektif. Perasaan nyeri yang dirasakan setiap orang berbeda dalam hal skala ataupun tingkatannya, dan hanya orang tersebut lah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya (Terry,2015).

Nyeri adalah suatu keadaan yang mempengaruhi seseorang dimana eksistensinyadiketahui jika seseorang pernah mengalaminya. Nyeri adalah suatu perasaan menderita secara fisik dan mental atau perasaan nyeri yang bisda menimbulkan ketegangan. Nyeri adalah suatu mekanisme produksi bagi tubuh, timbul bila mana jaringan yangsedang dirusak dean menyebabkan individu tersebut bereaksi atau menghilangkan rangsang nyeri (Menurut Mc. Coffery, 2022).

b. Fisiologis nyeri

fisiologi nyeri merupakan alur terjadinya nyeri dalam tubuh. rasa nyeri merupakan sebuah mekanisme yang terjadi dalam tubuh, yang melibatkan fungsi organ tubuh, terutama sistem saraf sebagai reseptor rasa nyeri. reseptor nyeri adalah organ tubuh yang berfungsi untuk menerima rangsang nyeri. organ tubuh yang berperan sebagai reseptor nyeri adalah ujung syaraf bebas dalam kulit yang berespon hanya terhadap stimulus kuat yang secara potensial merusak. reseptor nyeri disebut juga nosireseptor, secara anatomis reseptor nyeri (nosireseptor) ada yang bermielien dan ada uga yang tidak bermielin dari syaraf perifer. berdasarkan letaknya, nosireseptor dapat dikelompokkan dalam beberapa bagaian tubuh yaitu pada kulit (kutaneus), somatik dalam (deepsomatik), dan pada daerah viseral, karena letaknya yang berbeda-beda inilah, nyeri yang timbul juga memiliki sensasi yang berbeda.

c. Klasifikasi Nyeri

1. Berdasarkan waktu durasi nyeri:

- a. Nyeri akut : < 3 bulan, mendadak akibat trauma atau inflamasi, tandarespon simpatis, penderita ansietas sedangkan keluarga suportif.
- b. Nyeri kronik : >3 bulan, hilang timbul atau terus menerus, tanda respon parasimpatis, penderita depresi sedangkan keluarga Lelah.

2. Berdasarkan etiologi :

- a. Nyeri nosiseptik : rangsang timbul oleh mediator nyeri, seperti pada paska trauma operasi dan luka bakar
- b. Nyeri neuropatik : rangsang oleh kerusakan saraf atau disfungsi saraf seperti diabetes mellitus, herpes zoster berdasarkan intensitas nyeri, ke dalam
- d. Nyeri somatik dalam : nyeri berasal dari otot, tendo, tumpul, kurang terlokasic. nyeri visceral : nyeri yang berasal dari organ internal atau organ pembungkusnya, seperti nyeri kolik gastrointestinal, dan kolik ureter.
- e. Nyeri alih/reffered : masukan dari organ dalam pada tingkat spinal disalah artikan penderita sebagai masukan dari daerah kulit pada segmen spinal yang sama.

3. Menurut sifat

- a. Incidental pain, yaitu nyeri yang timbul sewaktu-waktu lalu menghilang.
- b. Steady pain, yaitu nyeri yang timbul dan menetap serta dirasakan dalam waktu yang lama.
- c. Paroxysmal pain, yaitu nyeri yang dirasakan berintensitas tinggi dan kuat sekali.

4. Berdasarkan lokasi/tempat

- a. Radiating pain nyeri menyebar dari sumber jaringan di dekatnya (cardiac pain)
- b. Reffered pain Nyeri di rasakan pada bagian tubuh tertentu yang diperkirakan berasal dari jaringan penyebab.
- c. Intractable pain nyeri yang sangat susah dihilangkan (Nyeri kanker maligna)

- d. Phantom pain sensasi nyeri dirasakan pada bagian tubuh yang hilang (bagian tubuh yang diamputasi, yang lumpuh karena injury medulla spinalis).

5. Penyebab nyeri

1. Mekanik yaitu :
 - a. Trauma jaringan (ex: operasi)
 - b. Perubahan jaringan (ex: edema)
 - c. Penyumbatan pada saluran tubuh
 - Tumor
 - Spasme otot
2. Termal (ex: panas atau dingin)
3. Kimia:
 - a. Iskemia jaringan karena sumbatan arteri coroner
 - b. Spasme otot

6. Menurut intensitas rasa nyeri

Intensitas nyeri dapat diukur dengan beberapa cara, antara lain dengan menggunakan skala nyeri menurut Hayward, skala nyeri menurut *McGill (McGill scale)*, dan skala wajah atau *Wong-Baker FACES Rating Scale*.

1. Skala nyeri menurut *McGill (McGill scale)*:

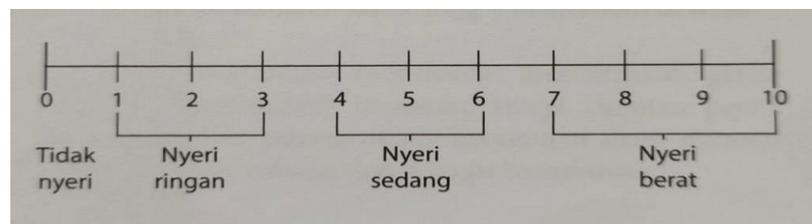
0= tidak nyeri

1-3 = nyeri ringan

4-6 = nyeri sedang

7-9 = sangat nyeri, tetapi masih dapat dikendalikan

10 = sangat nyeri dan tidak bisa dikendalikan



Gambar 2.1
Skala Menurut *Mc Gill (McGill Scale)*

Sumber (Mubarok, Indrawati, & Susanto, 2015)

2. Skala wajah atau *Wong-Baker FACES Rating Scale*

Pengukuran intensitas nyeri dengan skala wajah dilakukan

dengan cara memperhatikan mimik wajah pasien pada saat nyeri tersebut menyerang.



Gambar 2.2
Skala nyeri wong-baker Face Rating Scale

(Sumber Mubarak, Indrawati, & Susanto, 2015)

3. Skala Nyeri Menurut Hayward

Pengukuran intensitas nyeri dengan menggunakan skala nyeri Hayward dilakukan dengan meminta penderita untuk memilih salah satu bilangan (dari 0-10) yang menurutnya paling menggambarkan pengalaman nyeri yang ia rasakan. Skala nyeri menurut Hayward dapat dituliskan sebagai berikut.

Tabel 2.4
Skala Nyeri Menurut Hayward

Skala	Keterangan
Skala 0	Tidak nyeri
Skala 1-3	Nyeri ringan
Skala 4-6	Nyeri sedang
Skala 7-9	Sangat nyeri tapi masih dapat dikontrol oleh pasien dengan aktivitas yang bisa dilakukan
Skala 10	Sangat nyeri dan tidak terkontrol

Pengalaman nyeri pada seseorang dapat di pengaruhi oleh beberapa hal, diantaranya adalah :

1. Arti nyeri adalah arti nyeri bagi seseorang memiliki banyak perbedaan dan hampir Sebagian arti nyeri merupakan arti yang negatif , seperti membahayakan, merusak, dan lain-lain. Keadaan ini di pengaruhi lingkungan dan pengalaman.
2. Persepsi nyeri adalah penilaian yang sangat subjektif tempatnya pada korteks (pada fungsi evaluasi kognitif).

Persepsi ini di pengaruhi oleh faktor yang dapat memicu stimulasi nociceptor.

3. Toleransi nyeri adalah toleransi ini erat hubungannya dengan intensitas nyeri yang dapat mempengaruhi kemampuan seseorang menahan nyeri. Faktor yang dapat mempengaruhi peningkatan toleransi nyeriantara lain alkohol, obat-obatan, hipnotis, gerakan atau gerakan, pengalihan perhatian, kepercayaan yang kuat dan sebagainya. Sedangkan faktor yang menurunkan toleransi antara lain kelelahan, rasamarah, bosan, cemas, nyeri yang kunjung tidak hilang, sakit, dan lain-lain.
4. Reaksi terhadap nyeri adalah reaksi terhadap nyeri merupakan bentuk respons seseorang terhadap nyeri seperti ketakutan, gelisah cemas, menangis, dan menjerit. Semua ini merupakan bentuk respon nyeri yang dapat di pengaruhi oleh beberapa faktor, seperti arti nyeri, tingkat persepsi nyeri, tingkat persepsi nyeri, pengalaman masa lalu, nilai budaya, harapan sosial, kesehatan fisik dan mental, rasa takut, cemas, usia, dan lain-lain.

7. Farmakologi Obat Analgesik

a. Lindokain tempel(Lidocaine patch)5%

Berisi lidokain 5%(700mg),memberikan efek samping yang cukup baik ke jaringan local, tanpa efek anastesi, sangat baik untul nyeri neuromatik, efek samping: iritasi kulit ringan, cara pengguna 3 patches di area yang paling nyeri selama <12 jam dalam periode 24 jam.

b. Eutectic Mixture of Local Anesthetics (EMLA)

Mengandung lidokain 2,5% dan prilokain 2,5%, onset kerjanya bergantung pada jumlah krim yang diberikan, efeknya selama 2-3 jam dengan ditutupi dengan kassa oklusif, cara kerja: oleskan krim EMLA dengan tebal pada kulit dan tutuplah dengan kassa oklusif.

c. Parasetamol

Untuk nyeri sedang dan anti pireutik, dosis 10 mg/kgBB/kali dengan pemberian 3-4 x sehari, untuk dewasa dapat diberi dosis 3-4 kali 500 mg perhari.

d. Obat Anti-Inflamasi Non-Steroid (OAINS)

Efek analgesic pada nyeri akut dan kronik dengan intensitas ringan-sedang, anti-piretik, obatnya salah satunya Katerolac

e. Anti depresan

Mekanisme kerja: memblok pengambilan Kembali norepineprin dan serotonin sehingga meningkatkan efek neurotransmitter tersebut dan mwningkat aktivitas neuron inhibisi nosiseptif.

f. Anti-Konvulsan

1. Carbamazepine untuk nyeri neuromatik. Efek samping: samnolen, gangguan berjalan, pusing, Dosis: 400-1800 mg/hari (2-3 kali perhari), mulai dengan dosis kecil (2 x 100 mg), ditingkatkan permingguan hingga dosis efek.

2. Gabapentin: obat pilihan utama dalam mengobati neuromatik, efek samping minimal dan ditoleransi dengan baik dosis 100-4800 mg/hari (3-4 kali sehari).

3. Antagonis kanal natrium

g. Antagonis natal kalsium

Ziconotide; merupakan antagonis kanal kalsium yang paling efektif sebagai analgesic, dosis 1-3 mg/hari, Nimodipin, Verapimil ex: migran dan sakit kepala kronik.

h. Tramadol

Merupakan analgesic yang lebih poten daripada OAINS oral, dengan efek samping lebih sedikit dan ringan.

2. **Tinjauan Asuhan Keperawatan**

Proses keperawatan merupakan gambaran dari hubungan antara pasien dan perawat, identitas dan peran profesionalitas perawat, dan pengembangan pengetahuan perawat. Antusiasme perawat dalam menerima tantangan baru dalam memberikan

pelayanan telenursing sangat tinggi, hal tersebut dapat berdampak pada kemampuan meningkatkan komunikasi yang efektif antara perawat dan pasien. (Koerniawan et al., 2020)

Proses keperawatan membantu perawat mendapatkan luaran, mengukur kualitas pelaksanaan asuhan keperawatan dan memudahkan perawat untuk melakukan praktik klinis keperawatan khususnya bagi perawat pemula. Proses keperawatan terdiri dari lima tahapan, yaitu pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. (Koerniawan et al., 2020).

Pengkajian pada masalah nyeri yang dapat dilakukan adalah adanya Riwayat nyeri, serta keluhan nyeri seperti lokasi nyeri, intensitas nyeri, kualitas, dan waktu serangan. Cara pendekatan yang digunakan dalam mengkaji nyeri dengan cara PQRST, yaitu sebagai berikut.

P (pemacu), yaitu faktor yang memengaruhi gawat atau ringannya nyeri

Q (quality), yaitu kualitas nyeri (misalnya tumpul, tajam, merobek).

R (regional), yaitu daerah perjalanan nyeri.

S (severity), yaitu intensitas nyeri.

T (time), yaitu serangan, lamanya waktu serangan atau frekuensi nyeri dan sebab.

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap pertama dalam proses keperawatan. Tahap ini sangat penting dan menentukan dalam tahap-tahap selanjutnya. Data yang komprehensif dan valid akan menentukan penetapan diagnosis keperawatan dengan tepat dan benar, serta selanjutnya akan berpengaruh dalam perencanaan keperawatan. Tujuan dari pengkajian adalah didapatkannya data yang komprehensif yang mencakup data-data bio-psiko dan spiritual. Tahap pengkajian dari proses keperawatan merupakan proses dinamis yang terorganisasi, dan meliputi empat aktivitas

dasar atau elemen dari pengkajian yaitu pengumpulan data secara sistematis, memvalidasi data, memilah, mengatur data dan mendokumentasikan data dalam format. (Tarwoto & Wartonah, 2015). Menurut (Padila, 2016) pengkajian keperawatan yang dilakukan pada pasien kanker serviks sebagai berikut.

1. Identitas Pasien

Identitas pasien meliputi nama, umur, jenis kelamin, status perkawinan, agama, pendidikan, pekerjaan, suku bangsa, alamat, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, dan diagnosa medis.

a. Nama

Nama pasien dan suami, untuk mempermudah perawat dalam mengetahui pasien, sehingga dapat diberikan asuhan yang sesuai kondisi pasien, selain itu juga dapat memperberat hubungan antara perawat dan pasien sehingga dapat meningkatkan rasa percaya pasien terhadap perawat. Nama pasien harus lengkap dan jelas sesuai tanda pengenal, untuk memastikan bahwa yang di periksa benar – benar pasien asuhan yang sesuai dengan kondisi pasien. Kesalahan identifikasi dapat berakibat fatal baik secara medis, etika maupun hukum.

b. Umur

Mengetahui apakah pasien memiliki usia resiko tinggi atau tidak, sehingga jika pasien beresiko dapat diantisipasi sedini mungkin. Terkadang digunakan untuk memperkirakan kemungkinan penyakit yang dialami, beberapa kondisi khas untuk umur tertentu.

c. Jenis Kelamin

Pastikan Perempuan atau laki – laki.

d. Pendidikan

Mengetahui jenjang Pendidikan pasien maupun suami sehingga dapat menggunakan kata – kata yang sesuai dengan jenjang Pendidikan pasien maupun suami.

- e. Alamat
Mengetahui lokasi tempat tinggal pasien.
- f. Agama
Memotivasi pasien dengan kata – kata yang bersifat religious, terutama pada pasien dengan gangguan psikologis.
- g. Suku bangsa
Mengetahui kebudayaan dan perilaku atau kebiasaan pasien, apakah sesuai atau tidak dengan pola hidup sehat.
- h. Pekerjaan
Mengetahui keadaan ekonomi pasien, sehingga saat diberikan asuhan dapat disesuaikan dengan kondisi ekonominya.
- i. No Telepon atau Hp
Mempermudah tenaga Kesehatan untuk menghubungi pasien atau keluarga terdekat saat terjadi kondisi gawat darurat.

2. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan Utama

Keluhan yang paling dirasakan pasien saat dilakukan pengkajian. Pasien dengan kanker serviks biasanya mengeluh gangguan pada menstruasi, keputihan dan perdarahan pada vagina di luar masa haid, sakit perdarahan sewaktu melakukan hubungan seks, dan adanya infeksi pada saluran dan kandung kemih. Dalam mengkaji keluhan pasien agar efektif maka gunakan (PQRST)

P (pemacu), yaitu faktor yang memengaruhi gawat atau ringannya nyeri

Q (quality), yaitu kualitas nyeri (misalnya tumpul, tajam, merobek).

R (regional), yaitu daerah perjalanan nyeri.

S (severity), yaitu intensitas nyeri.

T (time), yaitu serangan, lamanya waktu serangan atau frekuensi nyeri dan sebab.

b. Riwayat Kesehatan Sekarang

Keluhan yang dirasakan pasien sejak gejala pertama sampai saat dilakukan, sejak kapan keluhan dirasakan, berapa lama dan berapa kali keluhan tersebut terjadi. (Aulia et al., 2021)

c. Riwayat Kesehatan Dahulu

Perlu ditanyakan pada pasien dan keluarga, apakah pasien pernah mengalami hal yang demikian dan perlu ditanyakan juga apakah pasien pernah menderita penyakit infeksi.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Perlu ditanyakan apakah dalam keluarga ada yang menderita penyakit seperti ini atau penyakit menular lain.

3. Pola Fungsional Kesehatan Gordon

a. Pemeliharaan dan persepsi kesehatan.

Kemungkinan pasien belum mengetahui penyebab dari keluhan utama yang dirasakan pasien, belum mengetahui terkait pengobatan dan prosedur pengobatan. Kanker serviks dapat diakibatkan oleh higiene yang kurang baik pada daerah kewanitaan. Kebiasaan menggunakan bahan pembersih vagina yang mengandung zat-zat kimia juga dapat mempengaruhi terjadinya kanker serviks.

Masalah yang mungkin muncul: Defisiensi Pengetahuan

b. Pola nutrisi dan metabolik

Kaji kebiasaan makan, jumlah makanan, tipe dan banyaknya makanan dan minuman. Faktor-faktor pencernaan seperti nafsu makan, ketidaknyamanan rasa dan bau, gigi dan bau mukosa mulut, mual atau muntah, pembatasan makanan dan alergi makanan. Faktor yang berkaitan dengan aktifitas, penyakit, dan stres. Pada pasien dengan kanker serviks biasanya pasien mengalami penurunan nafsu makan, ketidaknyamanan bau dan rasa, bau mukosa mulut, mengalami mual dan muntah akibat efek samping kemoterapi.

Masalah yang mungkin muncul : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

c. Pola eliminasi

Kaji kebiasaan pola buang air besar dan buang air kecil pasien seperti frekuensi, jumlah, warna, bau, konsistensi dan nyeri. Pada pasien kanker serviks dapat terjadi inkontinensia urine akibat dari uterus yang menekan kandung kemih. Dapat pula terjadi disuria serta hematuria. Selain itu bisa juga terjadi inkontinensia alvi akibat dari peningkatan tekanan otot abdominal.

d. Pola aktivitas dan latihan

Kaji apakah penyakit mempengaruhi pola aktivitas dan latihan. Dengan skor kemampuan perawatan diri (0= mandiri, 1= alat bantu, 2= dibantu orang lain, 3= dibantu orang lain dan alat, 4= tergantung total). Kaji apakah klien mengalami sesak napas saat beraktivitas.

e. Pola istirahat dan tidur

Kaji kebiasaan tidur pasien sehari-hari seperti jumlah waktu tidur, jam tidur dan bangun. Penggunaan obat-obatan untuk mempermudah tidur, gejala dari perubahan pola tidur, faktor-faktor yang mempengaruhi misalnya nyeri. Kemungkinan pasien dengan kanker serviks mengalami gangguan pada pola istirahat dan tidur akibat progresivitas dari kanker serviks

f. Pola kognitif – perseptual

Kaji gambaran penginderaan khusus : penglihatan, pendengaran, rasa, sentuh, dan bau. Penggunaan alat bantu seperti kaca mata dan alat bantu dengar. Persepsi akan kenyamanan atau nyeri dan kemampuan membuat keputusan. Pada pasien dengan kanker serviks biasanya pasien akan mengalami nyeri yang lama lebih dari 6 bulan.

Masalah yang mungkin muncul : Nyeri kronik

g. Pola persepsi dan konsep diri

Pada pasien dengan kanker serviks kadang pasien merasa malu terhadap orang sekitar karena mempunyai penyakit kanker

serviks, akibat dari persepsi yang salah dari masyarakat. Dimana salah satu etiologi dari kanker serviks adalah akibat dari sering berganti – ganti pasangan seksual.

Masalah yang mungkin muncul: Gangguan citra tubuh

h. Pola seksualitas dan reproduksi

Kaji apakah terdapat perubahan pola seksualitas dan reproduksi pasien selama pasien menderita penyakit ini. Pada pola seksualitas pada pasien kanker serviks biasanya akan terganggu akibat dari rasa nyeri yang selalu dirasakan pada saat melakukan hubungan seksual (dispareuni) serta adanya perdarahan setelah berhubungan. Serta keluar cairan encer (keputihan) yang berbau busuk dari vagina.

Masalah yang mungkin muncul : Resiko perdarahan

i. Pola manajemen coping stress

Kaji bagaimana pasien mengatasi masalah-masalahnya. Bagaimana manajemen coping pasien. Apakah pasien dapat menerima kondisinya setelah sakit.

j. Pola peran – hubungan

Bagaimana pola peran hubungan pasien dengan keluarga atau lingkungan sekitarnya. Apakah penyakit ini dapat mempengaruhi pola peran dan hubungannya. Pasien dengan kanker serviks harus mendapatkan dukungan dari suami serta orang – orang terdekatnya karena itu akan mempengaruhi kondisi kesehatan pasien. Biasanya coping keluarga akan melemah ketika dalam anggota keluarganya ada yang menderita penyakit kanker serviks.

k. Pola keyakinan dan nilai

Kaji apakah penyakit pasien mempengaruhi pola keyakinan dan nilai yang diyakini.

4. Pemeriksaan Fisik

a. Inspeksi

1) Perdarahan vagina

- 2) Keputihan berwarna putih atau purulen yang berbau dan tidak gatal
- 3) Adanya bau busuk yang khas
- 4) Raut wajah pucat
- 5) Ekspresi wajah meringis dan posisi tubuh menahan nyeri
- 6) Tanda-tanda anemia
- 7) Hematuri
- 8) Bila tumor tumbuh eksofitik maka terlihat lesi pada porsi atau sudah sampai vagina

b. Palpasi

- 1) Nyeri tekan pada abdomen
- 2) Serviks dapat teraba membesar, ireguler, teraba lunak
- 3) Nyeri punggung bawah
- 4) Obstruksi ureter, periksa hidronefrosis dengan tes balotemen
- 5) Palpasi fundus arteri
- 6) Perubahan denyut nadi
- 7) Perubahan tekanan darah
- 8) Peningkatan suhu tubuh

5. Pemeriksaan Diagnostik/Penunjang

a. Pap Smear

Test Pap smear dapat dilakukan di RS, klinik dokter kandungan ataupun laboratorium. Prosedurnya cepat (hanya memerlukan waktu beberapa menit) dan tidak menimbulkan rasa sakit. Test Pap smear dapat dilakukan bila tidak dalam keadaan haid ataupun hamil. Untuk hasil terbaik, sebaiknya tidak berhubungan intim minimal 3 hari sebelum pemeriksaan. Pap smear merupakan salah satu cara deteksi dini kanker leher rahim. Test ini mendeteksi adanya perubahan-perubahan sel leher rahim yang abnormal, yaitu suatu pemeriksaan dengan mengambil cairan pada leher rahim dengan spatula kemudian dilakukan pemeriksaan dengan mikroskop. Pap smear

hanyalah sebatas skrining, bukan diagnosis adanya kanker serviks. Jika ditemukan hasil pap smear yang abnormal, maka dilakukan pemeriksaan standar berupa kolposkopi

b. IVA (Inspeksi Visual Asam Asetat)

Untuk deteksi dini kanker serviks, selain test Pap Smear, metoda lain yang dapat menjadi pilihan adalah IVA (Inspeksi Visual dengan Asam Asetat). IVA digunakan untuk mendeteksi abnormalitas sel serviks setelah mengoleskan larutan asam asetat (asam cuka 3-5%) pada leher rahim. Asam asetat menegaskan dan menandai lesi pra-kanker dengan perubahan warna agak keputihan (acetowhite change). Hasilnya dapat diketahui saat itu juga atau dalam waktu 15 menit.

c. Servikografi

Servikografi terdiri dari kamera 35 mm dengan lensa 100 mm dan lensa ekstensi 50 mm. Servikografi dapat digunakan sebagai metoda yang baik untuk skrining massal, lebih-lebih di daerah di mana tidak ada seorang spesialis sitologi, maka kombinasi servikogram dan kolposkopi sangat membantu dalam deteksi kanker serviks.

d. Gineskopi

Gineskopi menggunakan teleskop monokuler, ringan dengan pembesaran 2,5 x dapat digunakan untuk meningkatkan skrining dengan sitologi. Biopsi atau pemeriksaan kolposkopi dapat segera disarankan bila tampak daerah berwarna putih dengan pulasan asam asetat. Sensitivitas dan spesifisitas masing-masing 84% dan 87% dan negatif palsu sebanyak 12,6% dan positif palsu 16%.

e. Pemeriksaan Penanda Tumor (PT)

Penanda tumor adalah suatu substansi yang dapat diukur secara kuantitatif dalam kondisi prakanker maupun kanker. Salah satu PT yang dapat digunakan untuk mendeteksi adanya

perkembangan kanker serviks adalah CEA (Carcino Embryonic Antigen) dan HCG (Human Chorionic Gonadotropin). Kadar CEA abnormal adalah $> 5 \mu\text{L/ml}$, sedangkan kadar HCG abnormal adalah $> 5\text{ng/ml}$. HCG dalam keadaan normal disekresikan oleh jaringan plasenta dan mencapai kadar tertinggi pada usia kehamilan 60 hari. Kedua PT ini dapat dideteksi melalui pemeriksaan darah dan urine.

f. Biopsy Kerucut

Biopsy Kerucut adalah mengambil tonjolan jaringan serviks yang lebih besar untuk penelitian apakah ada atau tidak kanker invasive.

g. MRI /CT scan abdomen atau pelvis

MRI/CT scan abdomen atau pelvis digunakan untuk menilai penyebaran lokal dari tumor dan atau terkenanya nodus limfa regional.

h. Tes Schiller

Tes Schiller dilakukan dengan cara serviks diolesi dengan larutan yodium, sel yang sehat warnanya akan berubah menjadi coklat sedangkan sel yang abnormal warnanya menjadi putih atau kuning.

i. Pemeriksaan darah lengkap

Pemeriksaan ini dilakukan untuk mendeteksi tingkat komplikasi pendarahan yang terjadi pada penderita kanker serviks dengan mengukur kadar hemoglobin, hematokrit, trombosit dan kecepatan pembekuan darah yang berlangsung dalam sel-sel tubuh.

6. **Diagnosis Keperawatan**

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang

berkaitan dengan kesehatan. (SDKI, 2017)

Diagnosis keperawatan merupakan suatu pernyataan yang menggambarkan respon manusia (keadaan sehat atau perubahan pola interaksi aktual atau potensial) dari individu atau kelompok secara legal mengidentifikasi dan dapat memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan atau untuk mengurangi, menyingkirkan atau mencegah perubahan. (Budiono & Budi Pertami, 2016), masalah keperawatan yang sering muncul pada klien dengan gangguan kebutuhan rasa nyaman (nyeri) adalah:

- a. Nyeri Akut
- b. Gangguan Pola Tidur
- c. Konstipasi

Tabel 2.1
Diagnosis Keperawatan Menurut SDKI: 2017

Diagnosis	Penyebab/Factor Resiko	Tanda dan Gejala (Mayor)	Tanda dan Gejala (Minor)	Kondisi Terkait
Nyeri Akut (D.0077)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma) 2. Agen pencedera kimiawi (mis. Terbakar, bahan kimia iritan) 3. Agen pencedera fisik (mis. Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, Latihan fisik berlebihan) 	<p>Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh nyeri <p>Objectif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur 	<p>Subjektif: (tidak tersedia)</p> <p>Objectif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah meningkat 2. Pola nafas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berfikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri 7. diaforesis 	<ol style="list-style-type: none"> 1. kondisi pembedahan 2. cedera traumatis 3. infeksi 4. sindrom coroner akut 5. glaucoma
Gangguan Pola Tidur (D.0055)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hambatan lingkungan (mis. Kelembapan lingkungan sekitar, suhu lingkungan, pencahayaan, kebisingan, bau tidak sedap, jadwal pemantauan/pemeriksaan/tindakan) 2. Kurang kontrol tidur 3. Kurang privasi 4. Restrain fisik 5. Ketiadaan teman tidur 6. Tidak familiar dengan peralatan tidur 	<p>Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh sulit tidur 2. Mengeluh sering terjaga 3. Mengeluh tidak puas tidur 4. Mengeluh pola tidur berubah 5. Mengeluh istirahat tidak cukup <p>Objectif: -</p>	<p>Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun <p>Objectif: -</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri/kolik 2. Hipertiroidisme 3. Kecemasan 4. Penyakit paru obstruktif kronik 5. Kehamilan 6. Periode pasca partum 7. Kondisi pasca operasi

Diagnosis	Penyebab/Factor Resiko	Tanda dan Gejala (Mayor)	Tanda dan Gejala (Minor)	Kondisi Terkait
Konstipasi (D.0049)	<p><i>Fisiologis:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penurunan mobilitas gastrointestinal 2. Ketidakadkuat pertumbuhan gigi 3. Ketidakcukupan diet 4. Ketidak cukupan serat 5. Ketidakcukupan asupan cairan 6. Aganglionik (mis. Penyakit Hirschsprung) 7. Kelemahan otot abdomen <p><i>Psikologis:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Konfusi 2. Depresi 3. Gangguan emosional <p><i>Situasional:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perubahan kebiasaan makan (mis. Jenis makanan, jadwal makan) 2. Ketidakadkuatan toileting 3. Aktivitas fisik harian kurang dari yang dianjurkan 4. Penyalahgunaan laksatif 5. Efek agen farmakologis 6. Ketidakteraturan kebiasaan defekasi 7. Kebiasaan menahan dorongan defekasi 8. Perubahan lingkungan 	<p><i>Subjectif:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Defekasi kurang dari 2 kali seminggu 2. Pengeluaran fases lama dan sulit <p><i>Objektif:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fases keras 2. Peristaltic usus menurun 	<p><i>Subjectif:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengejak saat defekasi <p><i>Objektif:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Distensi abdomen 2. kelemahan umum 3. teraba massa pada rektal 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lesi/cedera pada medulla spinalis 2. Spinal bifida 3. Stroke 4. Sclerosis multiple 5. Penyakit parkinson 6. Demensia 7. Tumor 8. Ketidak seimbangan elektrolit 9. Hemoroid 10. Obesitas 11. Kehamilan 12. Pasca operasi obstruksi bowl 13. Pembesaran postat 14. Abses rektal 15. Fisura anorectal 16. Striktura anorectal 17. Ulkus rektal 18. Rektokel 19. Penyakit Hirschsprung 20. Impaksi fases

Sumber: (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

7. Intervensi

Menurut SIKI (2018), Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penulisan klinis, untuk encapai luaran (outcome) yang diharapkan, Intervensi keperawatan aktivitas menggunakan pendekatan SIKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia). Sedangkan buku SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia) digunakan penulis untuk merumuskan tujuan dan kriteria hasil keperawatan. Adapun tujuan dan kriteria hasil serta intervensi dari gangguan pemenuhan kebutuhan nyaman (Nyeri) menurut SIKI (2018) adalah:

Tabel 2.2
Rencana Keperawatan Menurut SIKI : 2018 sebagai berikut:

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
<p style="text-align: center;">Nyeri Akut (D.0077)</p>	<p>Setelah dilakukan Tindakan asuhan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan status nyeri menurun, Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh nyeri menurun 2. Nyeri seperti tertusuk-tusuk menurun 3. Nyeri hilang timbul menurun 4. Skala nyeri 0 menurun 	<p>Terapi Relaksasi: Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (<i>Stroke Back Massage</i>) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri 3. Fasilitasi istirahat dan tidur <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Anjurkan menggunakan analgesic secara tepat 3. Ajarkan Teknik nonfarmakologis (<i>Strock Back Massage</i>) <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgesic, <i>jika perlu</i>

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
<p>Gangguan Pola Tidur (D.0055)</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 kali 24 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. kesulitan tidur menurun 2. keluhan sering terjaga menurun 3. keluhan tidak puas tidur menurun 4. keluhan pola tidur berubah menurun 5. keluhan istirahat tidak cukup menurun 	<p>Dukungan tidur</p> <p><i>Observasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur fisik atau psikologis 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur kopi teh alkohol makan mendekati waktu tidur minum banyak air sebelum tidur 4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Modifikasi lingkungan pencahayaan kebisingan suhu matras dan tempat tidur 2. Batas waktu tidur siang jika perlu 3. Fasilitas menghilangkan stres sebelum tidur 4. tetapkan jadwal tidur rutin lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan 5. Sesuaikan jadwal pemberian obat atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga <p><i>Edukasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 3. Anjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur 4. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM 5. Ajarkan faktor-faktor berkontribusi terhadap gangguan pola tidur psikologis gaya hidup sering berubah shift bekerja 6. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara farmakologi lainnya.

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
<p>Konstipasi (D.0149)</p>	<p>Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan eliminasi fekal membaik dengan Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan defekasi lama dan sulit Menurun 2. Distensi abdomen Menurun 3. Konsistensi Fases Membaik 4. Frekuensi defekasi Membaik 	<p>Manajemen Konstipasi :</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa tanda dan gejala 2. Periksa pergerakan usus, Karakteristik fases 3. Identifikasi Faktor resiko konstipasi <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan diet tinggi serat 2. Lakukan massase abdomen, jika perlu 3. Lakukan evaluasi fases secara manual, jika perlu 4. Berikan enema atau irigasi, jika perlu <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan etiologi masalah dan alas an Tindakan 2. Anjurkan peningkatan asupan cairan jika tidak ada kontra indikasi 3. Ajarkan cara mengatasi konstipasi implasi <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian obat pencahar, jika perlu.

Sumber: (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

8. Implementasi

Implementasi yang merupakan komponen dari proses keperawatan adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan. Implementasi dari rencana asuhan keperawatan mengikuti komponen perencanaan dari proses keperawatan. Sedangkan di lingkungan perawatan kesehatan lainnya, Implementasi mungkin dimulai secara langsung setelah pengkajian (SIKI., 2018).

9. Evaluasi

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Jika hasil evaluasi menunjukkan tercapainya tujuan dan kriteria hasil, klien dapat keluar dari siklus proses keperawatan. Jika sebaliknya, klien akan masuk kembali ke dalam siklus tersebut mulai dari pengkajian ulang. Secara umum, evaluasi ditunjukkan untuk:

- 1) Melihat dan menilai kemampuan klien dalam mencapai tujuan.
- 2) Menentukan apakah tujuan keperawatan telah tercapai atau belum.
- 3) Mengkaji penyebab jika tujuan asuhan keperawatan belum tercapai (SLKI., 2019)

3 Tinjauan Konsep Penyakit

a. Pengertian

Kanker serviks adalah suatu proses keganasan yang terjadi pada leher rahim, sehingga jaringan di sekitarnya tidak dapat melaksanakan fungsi sebagaimana mestinya. Keadaan tersebut biasanya disertai dengan adanya perdarahan dan pengeluaran cairan vagina yang abnormal, penyakit ini dapat terjadi berulang-ulang. Kanker serviks dimulai dengan adanya suatu perubahan dari sel leher rahim normal menjadi sel abnormal yang kemudian membelah diri tanpa terkendali. Sel leher Rahim yang abnormal ini dapat berkumpul menjadi tumor. Tumor yang terjadi dapat bersifat jinak ataupun ganas yang akan mengarah ke kanker dan dapat menyebar (Darmawati,2015).

b. Klasifikasi

Stadium kanker adalah cara bagi paramedis untuk merangkum seberapa jauh kanker telah menyebar. Salah satu cara yang digunakan pada umumnya untuk memetakan stadium kanker serviks yaitu sistem FIGO (Federasi Internasional Ginekologi dan Obstetri).

c. Etiologi

Penyebab Kanker serviks tidak diketahui secara pasti. Menurut (Darmawati,2015) beberapa faktor predisposisi kanker serviks antara lain yaitu:

1. HPV (Human Papilloma Virus) adalah virus penyebab kutil genitalia (kondiloma akuminata) yang ditularkan melalui hubungan seksual. Varian yang sangat berbahaya adalah HPV tipe 16, 18, 45 dan 56. Sekitar 90-99% jenis kanker serviks disebabkan oleh HPV. Virus ini bisa ditransfer melalui hubungan seksual dan bisa hadir dalam berbagai variasi.
2. Tembakau dalam rokok bisa menurunkan system kekebalan tubuh dan mempengaruhi kemampuan tubuh untuk

melawan infeksi HPV pada leher Rahim

3. Hubungan seksual pertama dilakukan pada usia dini. Semakin muda seorang perempuan melakukan hubungan seks, maka semakin besar risiko untuk terkena kanker serviks. Berdasarkan penelitian para ahli, perempuan yang melakukan hubungan seks pada usia kurang dari 17 tahun mempunyai risiko 3 kali lebih besar daripada yang menikah pada usia lebih dari 20 tahun, selain itu spermayang mengandung komplemen histone dapat bereaksi dengan DNA sel leherrahim. Sperma yang bersifat alkalis dapat menimbulkan hiperplasia danneoplasia sel leher rahim.
4. Perilaku seksual berganti pasangan seks akan meningkatkan penularan penyakit kelamin. Risiko terkena kanker serviks menjadi 10 kali lipat pada wanita yang mempunyai partner seksual 6 orang atau lebih.
5. Perilaku seksual berganti pasangan seks akan meningkatkan penularan penyakit kelamin. Risiko terkena kanker serviks menjadi 10 kali lipat pada wanita yang mempunyai partner seksual 6 orang atau lebih.
6. Pemakaian pil KB. Penggunaan kontrasepsi oral dilaporkan meningkatkan insiden NIS
7. Neoplasia Intraepitelial Kanker serviks
8. Meskipun tidak langsung. Diduga mempercepat perkembangan progresivitas lesi. Pemakaian pil KB lebih dari 6 tahun meningkatkan risiko terjadinya Kanker serviks.
9. Penjelasan yang rasional atas fenomena ini adalah karena kontrasepsi oral menginduksi eversiepitel kolumnar sehingga meningkatkan atipia pada wanita, menurunkan kadar asam folat darah sehingga terjadi perubahan megaloblastik sel epitel leher rahim dan dapat meningkatkan efek ekspresi onkoprotein virus.

10. Suami yang tidak disirkumsisi. Telah diketahui bahwa frekuensi kanker serviks pada wanita Yahudi jauh lebih rendah dibandingkan dengan wanita kulit putihlainnya. Mereka menyangka bahwa persetubuhan dengan laki-laki yang tidakdisirkumsisi lebih banyak menyebabkan Kanker serviks karena hygiene penistidak terawat, di mana terdapat kumpulan-kumpulan smegma.

d. Manifestasi Klinis

Berikut ini merupakan manifestasi klinis yang dapat muncul pada wanita dengan kanker serviks (Suzanne et al., 2019):

1. Kanker serviks biasanya tidak memiliki gejala. Pada saat ditemukan rabas, perdarahan tidak teratur, nyeri dan perdarahan setelah hubungan seksual maka memungkinkan bahwa penyakit kanker serviks telah berlanjut.
2. Rabas pada vagina secara bertahap jumlahnya bertambah, menjadi berair, berwarna gelap dan memiliki bau tidak sedap karena adanya nekrosis dan infeksi tumor.
3. Perdarahan dapat terjadi dengan interval yang tidak teratur diantara periode menstruasi atau setelah menopause, dapat terlihat adanya noda pada celana dalam, dapat terjadi akibat trauma ringan seperti melakukan hubungan seksual, douching, atau defekasi. Perdarahan dapat menetap dan bertambah pada kondisi penyakit yang berlanjut.
4. Terdapat nyeri pada tungkai, disuria, perdarahan pada rektum, dan pada stadium lanjut ditandai dengan adanya edema pada ekstremitas.
5. Munculnya nyeri hebat pada punggung dan kaki akibat keterlibatan saraf dapat terjadi ketika kanker telah berlanjut menginvasi jaringan di luar serviks termasuk fundus dan kelenjar limfe di bagian sakrum.
6. Terjadi penurunan berat badan sehingga menyebabkan pasien tampak kurus dan terjadi anemia yang disertai adanya demam

akibat infeksi sekunder dan abses pada masa ulserasi dan terbentuknya fistula pada stadium akhir.

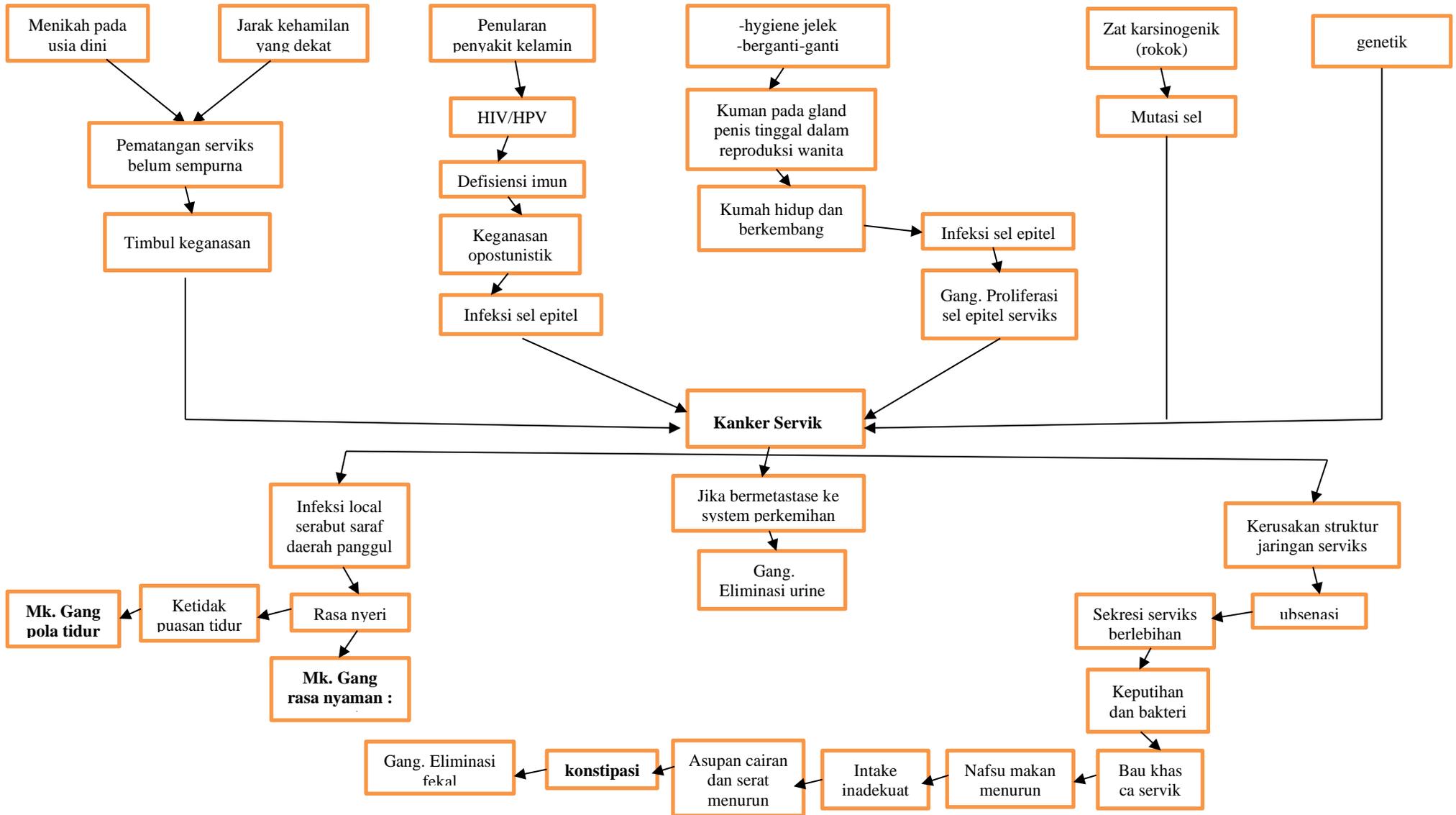
E. Patofisiologi

Karsinoma serviks biasa timbul di daerah yang disebut squamo columnar junction (SJC) atau sambungan skuamo-kolumnar (SSK), yaitu batas antara epitel yang melapisi ekstoserviks (porsio) dan endoserviks kanalis serviks, dimana secara histologi terjadi perubahan dari epitel ekstoserviks yaitu epitel skuamosa berlapis pipih dengan epitel endoserviks berbentuk kuboid/kolumnar pendek selapis dan bersilia. Letak SSK dipengaruhi oleh faktor usia, aktivitas seksual, dan seringnya melahirkan. Pada wanita muda, SSK berada di luar ostium uteri eksternum, sedangkan pada wanita berusia di atas 35 tahun SSK berada di dalam kanalis serviks. Oleh karena itu pada wanita muda, SSK rentan terhadap faktor luar berupa mutagen yang akan memicu displasia dari SSK tersebut. Pada wanita dengan aktivitas seksual tinggi, SSK terletak di ostium eksternum karena trauma atau retraksi otot oleh prostaglandin. Pada masa kehidupan wanita terjadi perubahan fisiologis pada epitel serviks, epitel kolumnar akan digantikan oleh epitel skuamosa yang diduga berasal dari cadangan epitel kolumnar. Proses pergantian epitel kolumnar menjadi epitel skuamosa disebut proses metaplasia dan terjadi akibat pengaruh pH vagina yang rendah. Aktivitas metaplasia yang tinggi sering dijumpai pada masa pubertas. Akibat proses metaplasia ini, maka secara morfogenetik terdapat 2 SJC, yaitu SJC asli dan SJC baru yang menjadi tempat pertemuan antara epitel skuamosa baru dengan epitel kolumnar. Daerah di antara kedua SSK ini disebut daerah transformasi (Pandey, 2017).

Pada proses karsinogenesis asam nukleat virus dapat bersatu ke dalam gen dan DNA sel host sehingga menyebabkan terjadinya mutasi sel. Sel yang mengalami mutasi tersebut dapat

berkembang menjadi sel displastik sehingga terjadi kelainan epitel yang disebut displasia. Dimulai dari displasia ringan, displasia sedang, displasia berat dan karsinoma in-situ dan kemudian berkembang menjadi karsinoma invasif. Tingkat displasia dan karsinoma in-situ dikenal juga sebagai tingkat prakanker. Pada tahap awal infeksi, sebelum menjadi kanker didahului oleh adanya lesi prakanker yang disebut Cervical Intraepithelial Neoplasia (CIN) atau Neoplasia Intraepitel Serviks (NIS). Lesi prakanker ini berlangsung cukup lama yaitu memakan waktu antara 10 -20 tahun. Dalam perjalanannya CIN I (NIS I) akan berkembang menjadi CIN II (NIS II) kemudian menjadi CIN III (NIS III) yang bila penyakit berlanjut maka akan berkembang menjadi kanker serviks. Konsep regresi spontan serta lesi yang persisten menyatakan bahwa tidak semua lesi pra kanker akan berkembang menjadi lesi invasif atau kanker serviks, sehingga diakui masih banyak faktor yang mempengaruhi. CIN I (NIS I) hanya 12% saja yang berkembang ke derajat yang lebih berat, sedangkan CIN II (NIS II) dan CIN III (NIS III) mempunyai risiko berkembang menjadi kanker invasif bila tidak mendapatkan penanganan (Zarchi et al., 2011).

Pathway : Menurut SDKI: 2017.



G. Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Novelia, 2017) pemeriksaan diagnostic untuk menentukan kanker serviks sebagai berikut :

- a. Schillentest :Epitel karsinoma serviks tidak mengandung glycogen karena tidak mengikat yodium. Kalau porsio diberi yodium maka epitel karsinoma yang normal akan berwarna coklat tua, sedang yang terkena karsinoma tidak berwarna.
- b. Koloskopi : Memeriksa dengan menggunakan alat untuk melihat serviks dengan lampu dan dibesarkan 10-40 kali. Keuntungan ; dapat melihat jelas daerah yang bersangkutan sehingga mudah untuk melakukan biopsy.Kelemahan ; hanya dapat memeiksa daerah yang terlihat saja yaitu porsio, sedang kelianan pada skuamosa columnar junction dan intraservikal tidak terlihat.
- c. Kolpomikroskopi : Melihat hapusan vagina (Pap Smear) dengan pembesaran sampai 200 kali
- d. Biopsi : Dengan biopsi dapat ditemukan atau di tentukan jenis karsinomanya
- e. Konisasi :Dengan cara mengangkat jaringan yang berisi selaput lender serviks dan epitel gepeng dan kelenjarnya. Konisasi dilakukan bila hasil sitologi meragukan dan pada serviks tidak tampak kelainan-kelainanyang jelas.
- f. Pemeriksaan lainnya.
- g. Pemeriksaan hematology (Hb, Ht, lekosit, trombosit, LED, golongan darah, masa peredaran dan masa pembekuan)
- h. Pemeriksaan biokimia darah meliputi SGOt dan SGPT.
- i. Pemeriksaan kardiovaskular, antara lain EKG.
- j. Pemeriksaan system respiratorius dan urologi serta tes alergi terhadap obat.

H. Penatalaksanaan

- a. Penatalaksanaan medis yang dapat dilakukan adalah (Novelia, 2017) :
 1. Pembedahan atau operasi Pembedahan merupakan pilihan untuk perempuan dengan kanker serviks stadium I dan II.
 2. Trakelektomi radikal (Radical Trachelectomy) Mengambil leher rahim, bagian dari vagina, dan kelenjar getah bening di panggul.pilihan ini dilakukan untuk Perempuan dengan tumor kecil yang ingin mencoba untuk hamil dikemudian hari.
 3. Histerektomi total : mengangkat leher rahim dan rahim.
 4. Histerektomi radikal : mengangkat leher rahim, beberapa jaringan disekitar leher rahim, dan bagian dari vagina.
 5. Saluran telur dan ovarium :Mengangkat kedua saluran tuba dan ovarium. Pembedahan ini disebut salpingo-ooforektomi.
 6. Kelenjar getah bening :Mengambil kelenjar getah bening dekat tumor untuk melihat apakah mengandung leher rahim. Jika sel kanker telah histerek tomy total dan radikal mencapai kelenjar getah bening,itu berarti penyakit ini mungkin telah menyebar ke bagian lain dari tubuh.
 7. Radioterapi Hal ini juga dapat digunakan setelah operasi untuk menghancurkan sel-sel kanker apa pun yang masih di daerah tersebut. Perempuan dengan kanker yang menyerang bagian bagian selain kanker serviks mungkin perlu diterapi radiasi dan kemoterapi. Terapi radiasi menggunakan sinar berenergi tinggi untuk membunuh sel-sel kanker. Terapi ini mempengaruhi sel-sel di daerah yang diobati. Ada dua jenis terapi ini :
 - b. Terapi radiasi eksternal Sebuah mesin besar akan mengarahkan radiasi pada panggul atau jaringan lain di mana kanker telah menyebar. Pengobatan biasanya di berikan di rumah sakit.Penderita mungkin menerima radiasi eksternal 5 hari seminggu selama beberapa minggu.Setiap pengobatan hanya

memakan waktu beberapa menit.

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

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

1. Kemoterapi diberikan sebelum operasi untuk memperkecil ukuran kanker yang akan di operasi atau sesudah operasi untuk membersihkan sisa-sisa sel kanker, kadang dikombinasikan dengan terapi radiasi tapi kadang juga tidak. Kemoterapi ini biasanya diberikan dalam tablet/pil, suntikan, atau infus. Jadwal pemberian ada yang setiap hari, sekali seminggu atau bahkan sekali sebulan. Efek samping yang terjadi terutama tergantung pada jenis obat-obatan yang diberikan dan seberapa banyak. kemoterapi membunuh sel-sel kanker yang tumbuh cepat, terapi juga dapat membahayakan sel-sel normal yang membelah dengan cepat, yaitu:
 2. Sel darah : Bila kemoterapi menurunkan kadar sel darah merah yang sehat, penderita akan lebih mudah terkena infeksi, mudah memar atau berdarah, dan merasa sangat lemah dan lelah.
 3. Sel-sel pada akar rambut : Kemoterapi dapat menyebabkan rambut rontok. Rambut penderita yang hilang akan tumbuh lagi, tetapi kemungkinan mengalami perubahan warna dan tekstur.
 4. Sel yang melapisi saluran pencernaan : Kemoterapi menurunkan nafsu makan, mual-mual dan muntah, diare, atau infeksi pada mulut dan bibir. Efek samping lainnya termasuk ruam kulit,

kesemutan atau mati rasadi tangan dan kaki, masalah pendengaran, kehilangan keseimbangan, nyeri sendi, atau kaki bengkak.

Penatalaksanaan Keperawatan (Novelia, 2017)

1. Pemberian edukasi dan informasi untuk meningkatkan pengetahuan pasien dan mengurangi kecemasan serta ketakutan pasien.
2. Perawat mendukung kemampuan pasien dalam perawatan diri untuk meningkatkan kesetahan dan mencegah komplikasi.
3. Perawat perlu mengidentifikasi bagaimana pasien dan pasangannya memandang kemampuan reproduksi wanita dan memaknai setiap hal yang berhubungan dengan kemampuan reproduksinya. Bagi Sebagian wanita, masalah harga diri dan citra tubuh yang berat dapat muncul saat mereka tidak dapat lagi mempunyai anak. Pasangan mereka sering sekali menunjukkan sikap yang sama, yang merendahkan wanita yang tidak dapat memberikan keturunan.
4. Apabila terdiagnosis menderita kanker, banyak Wanita merasa hidupnya lebih terancam dan perasaan ini jauh lebih penting dibandingkan kehilangan kemampuan reproduksi. Intervensi keperawatan kemudian difokuskan untuk membantu pasien mengekspresikan rasa takut, membuat parameter harapan yang realistis, memperjelas nilai dan dukungan spiritual, meningkatkan kualitas sumber daya keluarga dan komunitas, dan menemukan kekuatan diri untuk menghadapi masalah.

I. Stadium Kanker Serviks

Stadium adalah istilah yang dipergunakan oleh ahli medis untuk menggambarkan tahapan kanker serta sejauh mana kanker tersebut telah menyebar dan menyerang jaringan di sekitarnya. Stadium kanker serviks menunjukkan tahapan atau periode kanker serviks menunjukkan tahapan atau periode kanker serviks. Penetapan stadium ini merupakan upaya hati-hati guna

mengetahui dan memilih perawatan yang terbaik untuk mengobati penyakit (Rahayu, 2015).

Untuk mengetahui sejauh mana kanker serviks telah menyerang seorang pasien, dokter akan melakukan beberapa rangkaian pemeriksaan fisik padanya. Pemeriksaan tersebut antara lain kolposkopi, yaitu teropong leher Rahim, biopsy kerucut (pengambilan sedikit jaringan serviks untuk diteliti oleh ahli patologi) dan tes penanda tumor melalui pengambilan contoh darah.

Pada sistem ini, angka romawi 0 sampai IV menggambarkan stadium kanker. Semakin besar angkanya, maka kanker semakin serius dan dalam tahapan lanjut. (Rahayu, 2015). International Federation of Gynecologists and Obstetricians Staging System for Cervical Cancer (FIGO) pada tahun 2012 menetapkan stadium kanker sebagai berikut:

1. Stadium In-Situ atau Stadium 0

Stadium ini disebut juga “Carsinoma-in-situ” yang berarti “kanker yang berada di tempatnya”, belum menyerang bagian lain. Stadium in-situ merupakan sel kanker yang belum tampak seperti sel abnormal karena masih terlihat seperti sel normal dan pertumbuhannya juga masih normal. Oleh karena itu, penting untuk melakukan papsmear atau biopsi sebagai langkah deteksi dini kanker serviks.

2. Stadium Awal

Stadium awal merupakan sel kanker yang mulai menampilkan tanda-tanda yang berbeda dengan pertumbuhan sel kanker tampak lebih cepat dibandingkan dengan sel normal. Kanker Serviks stadium awal diobati dengan membuang uters atau terapi radiasi menggunakan sinar X berenergi tinggi , seringkali bersama dengan kemoterapi, pada stadium ini dibagi menjadi 2 stadium yaitu stadium 1A dan stadium 1B.

3. Stadium II

Sudah mulai menyebar keluar dari leher rahim menuju jaringan-jaringan di sekitarnya. Tapi kanker masih belum tumbuh ke dalam otot-otot atau ligamen dinding panggul. Pada Stadium II kanker telah menyebar ke vagina bagian atas. Kanker serviks Stadium II dapat dilakukan dengan pembedahan atau radioterapi atau kombinasi dari keduanya.

4. Stadium III

Kanker serviks telah menyebar jauh dari serviks menuju ke dalam struktur di sekitar daerah panggul. Kanker ini mungkin telah tumbuh ke dalam vagina bagian bawah dan otot-otot serta ligamen yang melapisi dinding panggul. Stadium ini biasanya diobati dengan radioterapi dan kemoterapi. Pada Stadium III kanker telah menyebar ke sepertiga bagian bawah dari vagina tetapi masih belum ke dinding panggul.

5. Stadium IV

Kanker telah menyebar ke organ-organ tubuh di luar serviks dan rahim. Pada stadium ini, kanker diobati dengan pembedahan, radioterapi dan kemoterapi, atau kombinasi dari ketiganya. Pada Stadium IV kanker telah menyebar ke organ-organ seperti kandung kemih. Berikut ini gambar skematik stadium kanker serviks, dari stadium 0-IV. Gambar yang berwarna merah adalah ilustrasi perkembangan kanker serviks.



Gambar Stadium Kanker Servik (Lewis, 2015)

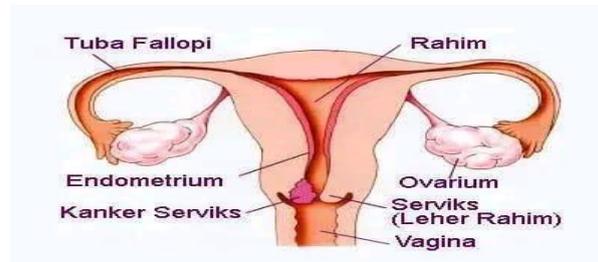
Tabel 2.5
Stadium Kanker Serviks (Edianto, 2015).

Stadium	Karakteristik
I	Lesi tumor masih terbatas di serviks
IA1	Lesi telah menembus membrane basalis kurang dari 3 mm dengan diameter permukaan tumor < 7 mm
IA2	Lesi telah menembus membrane membrane basalis * 3 mm tetapi < 5 mm dengan diameter permukaan tumor < 7 mm
IB1	Lesi terbatas di serviks dengan ukuran lesi primer < 4 cm
IB2	Lesi terbatas di serviks dengan ukuran lesi primer * 4 cm
II	Lesi telah keluar dari serviks (meluas ke parametrium dan sepertiga progsimal vagina)
IIA	Lesi telah meluas ke sepertiga progsimal vagina
HB	Lesi telah meluas ke parametrium tetapi tidak mencapai dinding panggul
III	Lesi telah keluar dari serviks (menyebar ke parametrium atau sepertiga vagina distal)
IIIA	Lesi menyebar ke sepertiga vagina distal
IIIB	Lesi menyebar ke parametrium sampai dinding panggul
IV	Lesi menyebar keluar organ genetalia
IVA	Lesi meluas ke organ panggul, dan menyebar ke mukosa versika urinaria
IVB	Lesi meluas ke mukosa rectum dan meluas ke organ jauh

I. Anatomi kanker serviks

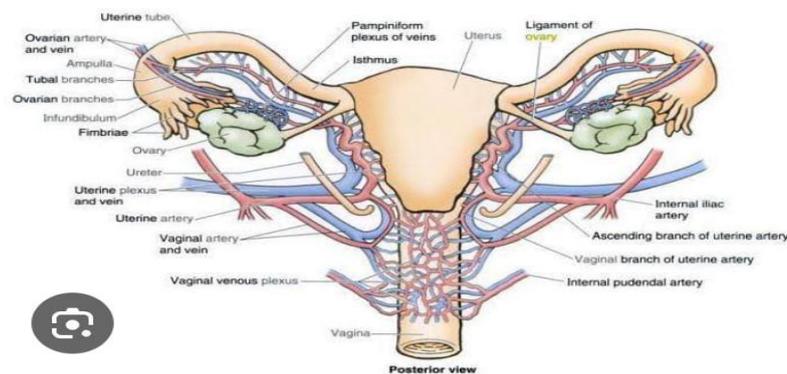
Serviks merupakan organ reproduksi wanita yang terletak di bagian bawah rahim (uterus). Serviks menghubungkan vagina dengan rahim dan sebagai pintu masuk antara vagina dengan rahim. Serviks dianggap sebagai struktur anatomi yang terpisah karena secara anatomis dan histologis berbeda dari rahim dan vagina. Serviks menonjol melalui dinding anterior

vagina dan terbagi menjadi bagian atas vagina dan bagian bawah vagina. Bagian atas vagina (portio supravaginalis) dipisahkan dari kandung kemih secara anterior oleh jaringan fibrosa (parametrium), yang juga memanjang ke lateral antara lembaran ligamen.



Gambar Anatomi sistem reproduksi wanita (Olson & Pawlina, 2008)

Serviks diinervasi oleh saraf sensorik dan susunan saraf otonom baik susunan saraf simpatis maupun susunan saraf parasimpatis. Susunan saraf simpatis berasal dari daerah T5-L2 yang mengirimkan serat-serat yang bersinaps pada satu atau banyak pleksus yang terdapat pada dinding perut belakang atau di dalam panggul sehingga yang sampai di serviks ialah saraf pascaganglion. Serat parasimpatis berasal dari daerah S2- S4 dan bersinaps dalam pleksus dekat atau dinding rahim. Serat-serat saraf masuk ke uterus melalui serviks dalam dan kebanyakan melalui ganglion Frankenhauser (ganglion serviks, pleksus uterovaginal) yang merupakan pleksus utama pada panggul dan terletak dekat pada ujung ligamen sakrouterina (Edianto, 2006).



Gambar arteri dan vena pada uterus, vagina dan ovarium (Rendi et al., 2012)

J. Publikasi Terkait Asuhan Keperawatan

Tabel 2.5
Publikasi Terkait Asuhan Keperawatan

No.	Penulis	Tahun	Judul	Hasil
1.	Asyifa Nur Qumilaili Fatahadjad	2020	Asuhan Keperawatan Pada pasien CA Serviks dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman dan Nyaman di Ruang Melati RSUD Dr. Moewardi.	pengkajian awal pada keluhan utama pasien Ny. S adalah merasakan nyeri pada punggung bagian bawah. Pasien masuk ruang perawatan pada tanggal 17 Februari 2020 pukul 15.06 WIB. Pasien tampak tegang, wajah tampak meringis menahan sakit, pasien sering memegang dan memijat punggung bagian bawahnya. TD : 120/90 mmHg, N : 86x/menit, S : 36,7oC, RR : 22x/menit. keperawatan nyeri tindakan yang dilakukan adalah pemberian <i>slow stroke back massage</i> dengan durasi 2 kali dalam sehari dalam waktu \pm 10 menit selama 3 hari didapatkan hasil terjadi penurunan skala nyeri dari 30 mm menjadi 16 cmm. Rekomendasi tindakan <i>slow stroke back massage</i> efektif dilakukan pada pasien kanker serviks dengan nyeri.
2.	Kristianti, W.	2022	Efektivitas Slow Stroke Back Massage Dan Aroma Terapi Untuk Menurunkan Nyeri Akut Pada Pasien Kanker Serviks. Universitas Widya Husada Semarang	Penelitian dilakukan pada tanggal 9 juni 2022 sampai 11 juni 2022 dengan pelaksanaan sehari satu kali selama 10 menit. Hasil :hasil penelitian menunjukkan bahwa setelah dilakukan terapi slow stroke back massage dan aromaterapi selama tiga hari kepada kedua subjek penelitian yaitu mengalami penurunan skala nyeri. Pada subjek pertama terjadi penuruna tingkat skala nyeri dari 5 menjadi 0 dan untuk subjek kedua terjadi

				penurunan tingkat skala nyeri dari 6 menjadi 0.
3.	Zulfia Samiun	2019	Asuhan keperawatan Dengan Gangguan Sisem Reproduksi CA Serviks Dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman (Nyeri) Di RSUD Labuang baji Makassar	<p>pengkajian, hasil yang diperoleh selama studi kasus, diperoleh data sebagai berikut : keluar darah dari jalan lahir, Hb: 8,5 g/dl, kongjungtiva nampak pucat, darah bergumpal, RBC - $2.48 \times 10^6/\mu$, HCT - 18.0 %, MCV - 72.6 fL, TTV : TD : 100/80 MmHg, N : 88 kali/menit, S : 37 °C, P : 20 kali/menit. Klien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah kanan, klien merasa nyeri pada perutnya seperti ditusuk-tusuk dan nyerinya hilang timbul, wajah klien nampak pucat dan meringis, Skala nyeri sedang (6), TTV: TD : 100/70 MmHg, nadi : 92 kali/menit, suhu : 37,1 °c, pernapasan: 20 kali/menit. Klien mengatakan susah tidur, klien mengatakan tidurnya hanya \pm 2 jam dalam semalam, klien Nampak gelisah saat tidur, kongjungtiva pucat, Hb 8,5 g/dl. Implementasi dilaksanakan selama 3 hari. Implementasi yang dilakukan yaitu :</p> <p>mengukur TTV, mengkaji tingkat nyeri, Mengajarkan pada klien untuk tehnik relaksasi napas dalam jika nyeri timbul, melakukan tehnik distraksi jika nyeri timbul, mengatur posisi/berikan posisi yang nyaman, penatalaksanaan pemberian obat analgetik sesuai dengan instruksi dokter. Hasil/evaluasi keperawatan setelah dilakukan implementasi selama 3 hari yaitu diagnose nyeri b/d abdomen kanan bawah akibat kanker serviks belum teratasi.</p>

4.	Nuraini, N., Apriza, A., & Dewi, S. .	2024	Asuhan Keperawatan Pada Pasien Kanker Serviks Menggunakan Teknik Slow Strok Back Massage Terhadap Penurunan Nyeri Di Ruang Tulip RSUD Arifin Ahmad Provinsi Riau.	Hasil penelitian didapatkan keluhan pada klien dengan keluhan nyeri pinggang. Observasi dilakukan selama 3 hari dengan hasil terjadi penurunan nyeri yang signifikan pada ke-3 pasien, dengan penurunan skala 1-2, diukur menggunakan instrument skala nyeri "Numeric Rating Scale". Setelah dilakukan terapi semua pasien merasa lebih nyaman, rileks serta dapat beristirahat dengan tenang dimalam hari. setelah diberikan terapi slow stroke back massage terhadap penurunan skala nyeri pada kanker serviks selama 3 hari adalah klien mengatakan setelah dilakukan implementasi terapi slow stroke back massage terhadap penurunan skala nyeri pada kanker serviks selama 3 hari klien mengalami penurunan skala nyeri hari pertama skala nyeri pasien menurun dari skala nyeri 5 menjadi skala nyeri 3. Hari kedua skala nyeri pasien menurun dari skala nyeri 5 menjadi skala nyeri 3. Dan hari ketiga skala nyeri 3 menjadi skala nyeri 2. Kesimpulan yaitu adanya penurunan skala nyeri setelah dilakukan terapi Slow stroke back massage dari skala nyeri 4-5 menjadi skala nyeri 2 selama 3 hari berturut-turut. Diharapkan bagi pasien ca serviks dapat menerapkan terapi Slow stroke back massage untuk menurunkan skala nyeri.
----	---	------	---	---