

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEBIDANAN PADA KLIEN DENGAN CARCINOMA SERVIKS DI RUANG KEBIDANAN RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ABEPURA

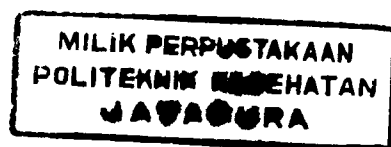
Di Ajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan
Pendidikan Diploma III Kebidanan



Oleh :

**NUR HASANAH FATIMAH
PO.71.24.4.06.27**

**DEPARTEMEN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN JAYAPURA
DIPLOMA III KEBIDANAN
T A H U N 2 0 0 8**



LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “ **ASUHAN KEBIDANAN
PADA KLIEN DENGAN CARCINOMA SERVIKS** di Ruang Kebidanan
Rumah Sakit Umum Daerah Abepura
Tahun 2008 ”

Telah Disetujui untuk Dihadapkan Kepada Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah
pada Politeknik Kesehatan Jayapura.

Jayapura ,4 September 2008

Pembimbing I



Dra. Welmintje Sapari, M.Kes
NIP. 640 010 681

Pembimbing II



Fredrika Rumaropen, S.ST
NIP. 640 010 659

LEMBAR PENGESAHAN

Diterima oleh Panitia Ujian Karya Tulis Ilmiah Program Diploma III Kebidanan
Politeknik Kesehatan Jayapura untuk memenuhi salah satu syarat guna
menyelesaikan pendidikan ahli madya kebidanan pada :

H a r i : Senin
Tanggal : 8 September 2008

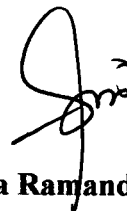
Panitia Ujian Ahli Madya Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura

K e t u a



Dra. Welmintje Sapari, M.Kes
NIP. 640 010 681

Sekretaris



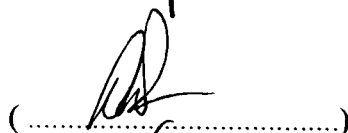
Susana Ramandey, S.Sos. M.Kes
NIP. 140 092 598

Tim Penguji :

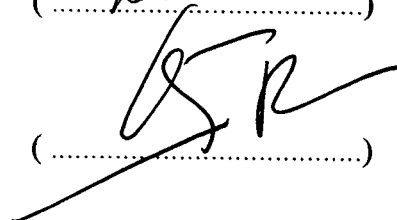
1. Dra. Welmintje Sapari, M.Kes
NIP. 640 010 681
2. Frederika Rumaropen, S.ST
NIP. 640 010 659
3. Saaty Kadiwaru, S.ST
NIP. 640 009 877



(.....)



(.....)



(.....)

KATA PENGANTAR

Puji dan Syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, atas berkat dan karunia-Nya sehingga Penulisan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “**ASUHAN KEBIDANAN PADA KLIEN DENGAN CARCINOMA SERVIKS DI RUANG KEBIDANAN RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ABEPURA** “ dapat terselesaikan .

Penulis menyadari dengan segala keterbatasan yang ada, sehingga dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan oleh sebab itu, saran dan kritik yang sifatnya membangun sangat diharapkan.

Selama penyusunan hingga selesainya penulisan Karya Tulis Ilmiah ini, Penulis banyak mendapat bantuan dan dukungan dari berbagai pihak , baik Moril maupun Materil. Oleh karena itu, dengan kerendahan hati perkenankanlah Penulis untuk menyampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. Bpk. Yan Piet Rumakewi, SKM., MM. selaku Direktur Politeknik Kesehatan Jayapura.
2. Dra. Welmintje Sapari, M.Kes, selaku Ketua Jurusan Kebidanan.
3. Pembimbing I dan II atas segenap ketekunan dan kerelaan hati, serta sumbangan pikirannya kepada Penulis.
4. Seluruh Dosen-dosen Kebidanan yang membimbing Penulis sehingga dapat menyelesaikan Pendidikan pada jurusan D III Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura.

5. Direktur RSUD Abepura yang telah memberikan izin Penulis dalam melakukan tinjauan kasus langsung pada bayi.
6. Kepala Ruang Kebidanan, RSUD Abepura beserta Staf yang banyak membantu dalam pelaksanaan Asuhan Kebidanan.
7. Suami dan Anak yang sangat membantu memberikan semangat dan dorongan kepada Penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
8. Rekan-rekan mahasiswa/i Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura, atas persaudaraan yang terjalin baik dalam memberikan motifasi, kritik, saran bagi Penulis.

Semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat memenuhi kriteria penilaian dan mengisi Warna Almamater Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura dan dapat berguna dalam pelayanan kami.

Jayapura, 30 Agustus 2008

Penulis

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

**DENGAN AGAMA KEHIDUPAN MENJADI
TERARAH DAN BERMAKNA
DENGAN SENI KEHIDUPAN MENJADI
HALUS DAN INDAH
DENGAN ILMU KEHIDUPAN MENJADI MUDAH**

Karya ini ku persembahkan kepada :

1. Suami dan Kedua anaku ku yang tercinta
2. Ayah(Almarhum) dan Ibu, serta ketiga adikku yang tersayang
3. Almamater-ku, Politeknik Kesehatan Jayapura yang kubanggakan

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
MOTTO	vi
DAFTAR ISI	vii

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	2
C. Rumusan Masalah	4
D. Manfaat Penulisan	4

BAB II TINJAUAN TEORI

A. Kosep Carsinoma

1. Pengertian	6
2. Etiologi	6
3. Epidemiologi	7
4. Patologi	8
5. Gambaran Klinis	17
6. Penanganan	18
7. Karsinoma Serviks Uterus dalam kehamilan	21
8. Prognosis	22
9. Penatalaksanaan	22

B. Manajemen Kebidanan

1. Pengertian	23
---------------	----

2. Tujuan Prinsip Proses Manajemen	23
3. Proses Manajemen	24

BAB III TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian Hari Pertama	28
B. Pengkajian Hari Kedua	42
C. Pengkajian Hari Ketiga	48

BAB IV PEMBAHASAN

53

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan	54
B. Saran	55

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Sesuai Undang – Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang kesehatan dan dengan memperhatikan Visi dan Misi Indonesia Sehat 2010 tentang Paradigma Sehat , telah ditetapkan bahwa Pembangunan Kesehatan bertujuan meningkatkan kesadaran , kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud Derajat Kesehatan Masyarakat optimal melalui 4 (empat) langkah utama yaitu ; (1) Pembangunan berwawasan Kesehatan ; (2) Mendorong kemandirian masyarakat untuk hidup sehat ; (3) Meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu , adil dan merata yang dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat ; (4) Meningkatkan kesehatan individual , keluarga termasuk lingkungan .

Kesehatan merupakan modal utama bagi setiap manusia , sebab dengan kesehatan yang dimiliki oleh setiap orang , maka individu tersebut dapat melaksanakan segala aktifitas dalam kehidupannya.

Masalah kesehatan yang sering timbul dalam kehidupan manusia sehari – hari sangatlah bervariasi , diantaranya adalah yang berkaitan dengan Carcinoma. Carcinoma adalah pertumbuhan baru yang ganas terdiri dari sel-sel epitelial yang cenderung menginfiltrasi jaringan sekitarnya dan menimbulkan metastasi . (Dorland , 2002)

Terdapat dua jenis utama kanker uterus yaitu ; Karsinoma Serviks dan Karsinoma endometrium yang mengenai korpus dan badan uterus .

Carsinoma Serviks adalah kondisi yang jarang terjadi disbanding sebelumnya akibat deteksi dini dengan Papsmear . Meskipun demikian , kondisi ini masih merupakan kanker reproduksi wanita ketiga yang paling umum , tidak termasuk kanker payudara . Kondisi ini paling sering pada usia 30 – 45 tahun , tetapi dapat terjadi pada usia dini yaitu 18 tahun . Aktivitas seksual berhubungan dengan angka kejadian kanker servikal pada wanita dibawah usia 25 tahun dengan riwayat pasangan seksual lebih dari satu orang dan beberapa kehamilan dini , angka kejadian ini lebih prevalen .

Berdasarkan data sekunder di ruang perawatan wanita Rumah Sakit Umum Daerah Abepura , jumlah penderita yang dirawat dengan Carsinoma Serviks selama tahun 2007 sampai dengan juli 2008 berjumlah 20 kasus dan yang meninggal akibat Carsinoma Serviks 3 orang . Dari data tersebut , maka penulis tertarik untuk membuat karya tulis ilmiah dengan judul ; “ Manajemen Kebidanan pada ibu dengan Carsinoma Serviks di Rumah Sakit Umum Daerah Abepura “

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan umum

Tujuan umum dari penulisan karya tulis ilmiah ini adalah agar penulis mampu memberikan asuhan kebidanan pada ibu dengan carcinoa Serviks di ruang Kebidanan Rumah Sakit Umum Daerah Abepura .

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penulisan Karya Tulis Ilmiah ini adalah agar penulis mampu melaksanakan asuhan kebidanan sesuai dengan langkah-langkah dalam proses kebidanan yaitu :

- a. Mampu melakukan pengkajian dan asuhan kebidanan pada ibu dengan Carsinoma Cerviks di ruang kebidanan Rumah Sakit Umum Daerah Abepura
- b. Mampu mengidentifikasi kasus-kasus resiko tinggi dalam masalah kebidanan khususnya ibu dengan Carsinoma Cerviks
- c. Mampu mengidentifikasi masalah yang harus di prioritaskan lebih dulu
- d. Mampu melaksanakan tindakan segera pada ibu dengan Carsinoma Cerviks
- e. Mampu melakukan intervensi asuhan kebidanan pada ibu dengan Carsinoma Cerviks
- f. Mampu mengimplementasikan asuhan kebidanan pada ibu dengan Carsinoma Cerviks
- g. Mampu melakukan evaluasi terhadap tindakan kebidanan yang telah dilakukan sehingga membuat perencanaan ulang dan tindak lanjut.
- h. Mampu mendokumentasikan hasil asuhan kebidanan pada ibu dengan Carsinoma Cerviks

C. Rumusan Masalah

1. Bagaimana melakukan pengkajian data asuhan kebidanan pada ibu dengan Carsinoma Serviks ?
2. Bagaimana mengidentifikasi kasus – kasus resiko tinggi dalam masalah kebidanan pada ibu dengan Carsinoma Serviks ?
3. Bagaimana mengidentifikasikan masalah yang harus diprioritaskan lebih dulu ?
4. Bagaimana melaksanakan tindakan segera pada ibu dengan Carsinoma Serviks ?
5. Bagaimana melakukan intervensi asuhan kebidanan pada ibu dengan Carsinoma Serviks ?
6. Bagaimana mengimplementasikan asuhan kebidanan pada ibu dengan Carsinoma Serviks ?
7. Bagaimana melakukan evaluasi terhadap tindakan yang telah dilakukan sehingga mampu membuat perencanaan ulang dan tindak lanjut ?
8. Bagaimana mendokumentasikan hasil asuhan kebidanan pada ibu dengan Carsinoma Serviks ?

D. Manfaat Penulisan

1. Bagi klien dan keluarga
Dengan memberikan informasi kepada klien dan keluarga tentang kondisi klien mengenai bahaya dan komplikasi yang dapat terjadi ,

sehingga dapat dijadikan pedoman dalam mengambil keputusan tentang perencanaan pengobatan dengan tujuan meningkatkan status kesehatan klien .

2. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai bahan pertimbangan yang dapat digunakan dalam menambah wahana kepastakaan di Akademi Kebidanan Politeknik kesehatan Papua

3. Bagi Institusi Rumah Sakit

Sebagai bahan pertimbangan dalam pemberian asuhan kebidanan pada klien dengan Carsinoma Serviks .

4. Bagi Mahasiswa

Menjadi asuhan bagi mahasiswa dalam proses pembelajaran dan praktek kebidanan .

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Carsinoma Cerviks

1. Definisi

Carsinoma adalah pertumbuhan baru yang ganas terdiri dari sel-sel epithelia yang cenderung menginfiltrasi jaringan sekitarnya dan menimbulkan metastasis. (Dorland, 2002)

Terdapat dua jenis utama kanker uterus yaitu : Carsinoma Cerviks dan Carsinoma Endometrium yang mengenai korpus dan badan uterus.

Carsinoma Cerviks adalah kondisi yang jarang terjadi di banding sebelumnya akibat deteksi dini dengan papsmear. Meskipun demikian, kondisi ini masih merupakan kanker reproduktif wanita ketiga yang paling umum, tidak termasuk kanker payudara

2. Etiologi

Sebab langsung dari kanker cerviks belum diketahui. Ada bukti kuat kejadian mempunyai hubungan erat dengan jumlah faktor (virgo), insidensi lebih tinggi pada mereka yang kawin dan pada yang tidak kawin, terutama pada gadis yang koitus pertama (Coitarche) dialami pada usia yang amat muda (< 16 tahun), insidensi meningkat dengan

tingginya paritas, apalagi bila jarak persalinan terlampau dekat, mereka dari golongan ekonomi rendah (hygiene seksual yang jelek), aktifitas seksual yang sering berganti-ganti pasangan (promiskuitas).

3. Epidemiologi

Diantara tumor ganas ginekologik, kanker serviks uterus masih menduduki tingkat pertama di Indonesia . Selama 40 tahun terakhir, kanker servikal invasif dari 15 kasus per 100.000 wqnitq. Meskipun demikian kondisi ini masih merupakan kanker reproduktif wanita ketiga yang paling umum tidak termasuk kanker payudara. Kondisi ini paling sering pada usia 30 – 45 tahun tetapi dapat terjadi pada usia dini yaitu 18 tahun. Aktifitas seksual berhubungan dengan angka kejadian kanker servikal pada wanita di bawa usia 25 tahun dengan riwayat pasangan seksual lebih dari satu orang dan beberapa kehamilan dini, angka kejadian ini lebih prevalen.

Mempertimbangkan keterbatasan yang ada , kita sepakat secara nasional melacak (mendeteksi dini) setiap wanita sekali saja setelah melewati usia 30 tahun dan menyediakan sarana penanganannya, untuk berhenti sampai usia 60 tahun. Yang penting dalam pelacakan ini adalah cakupannya (coverage). Bahkan direncanakan melatih tenaga sukarelawati (dukun, ibu-ibu PKK di Dasawisma) untuk mengenali bentuk portio yang mencurigakan untuk dapat di Papsmear oleh dokter /

bidan di puskesmas / puskeling(puskesmas keliling) sebagaimana disarankan oleh WHO (down-staging concept). Menurut Martin Dajoux, dari 1000 serviks uterus ternyata hanya 48 yang normal, 950 mengandung kelainan jinak dan 2 tumor ganas.

4. Patologi

Carsinoma serviks timbul di batas antara epitel yang melapisi ektoserviks (portio) dan endoserviks kanalis serviks yang disebut sebagai squamo-columnar junction (SCJ), Histologik antara epitel gepeng berlapis (sqamous kompleks) dari porsio dengan epitel kuboid/silindris pendek selapis bersilia dari endoserviks kanalis serviks.

Pada Wanita muda SCJ ini berada diluar ostium uteri eksternum, sedang pada wanita umur lebih dari 35 tahun SCJ berada di dalam kanalis serviks . Maka untuk melakukan papsmear yang efektif, yang dapat mengusap zona tranformasi, harus dikerjakan dengan skraper dari Ayre atau cytubrush sikat khusus. Pada awal perkembangan kanker serviks tak memberi tanda-tanda dan keluhan. Pada pemeriksaan dengan speculum, tampak sebagian porsio yang erosif (metaplasia skuamosa) yang fisiologik atau patologik.

Tumor dapat tumbuh : 1) eksofitik mulai dari SCJ kearah lumen vagina sebagai masa proliferaatif yang mengalami infeksi sekunder dan nekrosis ; 2) endofitik mulai dari SCJ tumbuh kedalam stroma serviks dan

cenderung untuk mengadakan infiltrasi untuk menjadi ulkus ; 3) ulseratif mulai dari SCJ dan cenderung merusak struktur jaringan serviks dengan melibatkan awal fornices vagina untuk menjadi ulkus yang luas.

Serviks yang normal, secara alami mengalami proses metaplasia (erosio) akibat saling desak-mendesaknya kedua jenis epitel yang melapisi. Dengan masuknya mutagen , porsio yang erosif (metaplasia skuamosa) yang semula faali / fisiologik dapat berubah menjadi patologik (displastik-diskariotik) melalui tingkatan NIS – I, II, III, dan KIS untuk akhirnya menjadi carcinoma invasif. Sekali menjadi mikro invasif atau invasif , proses keganasan akan berjalan terus .

Periode laten (dari NIS – I s/d KIS) tergantung dari daya tahan tubuh penderita. Umumnya fase prainvasif berkisar antara 3 – 20 tahun (rata-rata 5-10 tahun). Perubahan epitel displastik serviks secara kontinu yang masih memungkinkan terjadinya regresi spontan dengan pengobatan / tanpa diobati itu dikenal dengan unitarian concept dari Richart. Histopatolik sebagian besar (95-97%) berupa epidermoid atau squamous cell carcinoma, sisanya adenocarcinoma , clear cell carcinoma / mesonephroid carcinoma, dan yang paling jarang adalah sarcoma.

a. Tingkatan pra-maligna

Porsio yang erosive dengan ekstropion bukanlah termasuk lesi pramaligna, selama tidak ada bukti adanya perubahan displastik dari SCJ. Penting untuk dapat menggaet sel-sel dari SCJ untuk

pemeriksaan eksfoliatif sitologi, meskipun pada pemeriksaan ini ada kemungkinan terjadi false negative atau false positif. Perlu ditekankan bahwa penanganan / terapi hanya boleh dilakukan atas dasar bukti hispatologik. Oleh sebab itu, untuk konfirmasi hasil papsmear perlu tindak lanjut upaya diagnostic biopsy serviks.

b. Penyebaran

Pada umumnya secara limfogen melalui pembuluh geta bening menuju 3 arah : 1) kearah fornises dan dinding vagina ; 2) kearah kopus uterus dan ; 3) kearah parametrium dan dalam tingkatan yang lanjut menginfiltrasi septum rektovaginal dan kandung kemih.

Melalui pembuluh getah bening dalam parametrium kanan dan kiri sel tumor dapat menyebar kelenjar iliak luar dan kelenjar iliak dalam (higastrika). Penyebaran melalui pembuluh darah (bloodborne metastasis) tidak lazim .

Carsinoma Serviks umumnya terbatas pada daerah panggul saja. Tergantung dari kondisi imunologik tubuh penderita KIS akan berkembang menjadi mikro invasif dengan menembus membrane basalis dengan kedalaman invasi < 1 mm dengan sel tumor belum terlihat dalam pembuluh limfe atau darah .

Jika sel tumor sudah terdapat > 1 mm dari membrane basalis, atau < 1 mm tetapi sudah tampak berada dalam pembuluh limfe, maka prosenya sudah invasive. Tumor mungkin telah meninfiltrasi stroma

serviks, akan tetapi secara klinis belum tampak sebagai carcinoma. Tumor yang demikian disebut sebagai carcinoma. Tumor yang demikian disebut sebagai ganas praklinik (tingkat IB occult). Sesudah tumor menjadi invasif, penyebaran secara perkontinuitatum (menjalar) menuju fornices vagina, korpus uterus, rectum dan kandung kemih, yang pada tingkat akhir (terminal stage) dapat menimbulkan fistula rektum atau kandung kemih.

Penyebaran limfogen ke parametrium akan menuju kelenjar limfe regional melalui ligamentum latum, kelenjar-kelenjar iliak, obturator, hipogastrika, parasakral, praorta, dan seterusnya secara teoritis dapat lanjut melalui trunkus limfatikus di kanan dan vena subklavia di kiri mencapai paru-paru, hati, ginjal, tulang dan otak

Biasanya penderita sudah meninggal lebih dahulu disebabkan oleh perdarahan-perdarahan yang eksekutif dan gagal ginjal menahun akibat uremia oleh karena obstruksi ureter ditempat ureter masuk kedalam kandung kemih.

Tabel hubungan tingkat klinik dengan kelenjar daerah yang mengandung tumor

Tingkat	Presentase mengandung Tumor
I – B	10 – 20 %
II	30 %
III	60 %
IV	> 80 %

Pembagian tingkat keganasan

Tingkat keganasan klinik dibagi menurut FIGO, 1978 sebagai berikut :

Tabel Tingkat keganasan klinik menurut FIGO, 1978

Tingkat	Kriteria
0	Karsinoma In Situ (KIS) atau karsinoma intraepitel : membranel basalis masih utuh
I	Proses terbatas pada serviks walaupun ada perluasan kekorpus uteri
Ia	Karsinoma mikro invasif, bila membrane basalis sudah rusak dan sel tumor sudah memasuki stroma tak > 3 mm dan sel tumor tidak terdapat dalam pembuluh limfa atau pembuluh darah *) Kedalaman infasi 3 mm sebaiknya diganti dengan tak > 1 mm
Ib occ	(I b occult = I b tersembunyi); secara klinis tumor belum tampak sebagai karsinoma, tetapi pada pemeriksaan histologik ternyata sel tumor telah mengadakan invasi stroma Ia.
Ib	Secara klinis sudah diduga adanya tumor yang histologik menunjukan invasi kedalam stroma serviks uteri
II	Proses keganasan sudah keluar dari serviks dan menjalar ke 2/3 bagian atas vagina dan / ke parametrum, tetapi tidak sampai dinding panggul
II a	Penyabaran hanya ke vagina, parametrium masih bebas dari infiltrate tumor

IIb	Penyebaran ke perimetrium, uni / bilateral tetapi belum sampai dinding panggul
III	Penyebaran telah sampai ke 1/3 bagian distal vagina atau ke parametrium sampai dinding panggul
IIIa	Penyebaran sampai ke 1/3 bagian distal vagina ke parametrium tidak di persoalkan asal tidak sampai dinding panggul
IIIb	Penyebaran sudah sampai dinding panggul atau proses pada tingkat klinik I atau II , tetapi sudah ada gangguan faal ginjal
IV	Proses keganasan telah keluar dari panggul kecil dan melibatkan mukosa rectum dan / atau kandung kemih (dibuktikan secara histologik), atau telah terjadi metastasi keluar panggul atau ketempat-tempat yang jauh
IVa	Proses telah keluar dari panggul kecil, atau sudah menginfiltrasi mukosa rectum dan / kandung kemih
IVb	Telah terjadi penyebaran jauh

Tabel . Pembagian tingkat keganasan menurut system TNM

Tingkat	Kriteria
T	Tidak ditemukan tumor primer
TIS	Karsinoma pra invasif, ialah KIS (Karsinoma In Situ)
T1	Karsinoma terbatas pada serviks (walaupun adanya perluasan ke korpus uteri)
T1b	Secara klinis jelas karsinoma yang invasif

T2	Karsinoma telah meluas sampai daerah serviks tetapi belum sampai dinding panggul, atau karsinoma telah menjalar ke vagina, tetapi belum sampai 1/3 bagian distal
T2a	Karsinoma belum menginfiltrasi parametrium
T2b	Karsinoma telah menginfiltrasi parametrium
T3	Karsinoma telah melibatkan 1/3 bagian distal vagina atau telah mencapai dinding panggul (tidak ada celah bebas antara tumor dengan dinding panggul)
NB :	Adanya hidronefrosis atau gangguan faal ginjal akibat stenosis ureter karena infiltrasi tumor , menyebabkan kasus dianggap sebagai T3 meskipun pada penemuan lain kasus itu masuk kategori yang lebih rendah (T1 dan T2)
T4	Karsinoma telah menginfiltrasi mukosa rectum atau kandung kemih, atau meluas sampai diluar panggul (ditemukan edema bullosa tidak cukup bukti untuk mengklasifikasi sebagai T4)
T4a	Karsinoma melibatkan kandung kemih atau rectum saja dan buktikan secara hispatologik
T4b	Karsinoma telah meluas sampai diluar panggul
NB :	Pembesaran uterus saja belum ada alasan untuk memasukkannya sebagai T4
NX	Bila tidak memungkinkan untuk menilai kelenjar limfa regional . Tanda - / + ditambahkan untuk tambahan ada / tidak adanya informasi mengenai pemeriksaan hispatologik, jadi : NX + atau NX -
N0	Tidak ada defek kelenjar limfa pada limfografi

N1	Kelenjar limfa regional berubah bentuk sebagaimana ditunjukkan oleh cara-cara diagnostik yang tersedia (misalnya limfografi, CT Scan Panggul)
M0	Tidak ada metastase jarak jauh
M1	Terdapat metastasis berjarak jauh, termasuk kelenjar limfa atas bifurksio illiaka komunis.

Tabel Klasifikasi tentang Karsinoma Serviks Uteri

Tahapan Lesi	Lokasi	Deskripsi
Tahap 0	Karsinoma In Situ	Kanker terbatas pada Lapisan epitel, tidak terdapat bukti invasi
Tahap I	Karsinoma yang hanya benar-benar berada dalam serviks	Ukuran bukan merupakan kriteria
Tahap I A		Mikroinvasif
Tahap I B		Secara klinis jelas merupakan tahap I
Tahap II	Kanker Vagina	Lesi telah menyebar diluar serviks sehingga mengenai vagina (bukan sepertiga bagian bawah) atau area para serviks pada salah satu sisi atau kedua sisi
Tahap II A		Hanya perluasan Vagina

Tahap II B		Perluasan paraserviks dengan atau tanpa mengenai vagina
Tahap III	Kanker mengenai sepertiga bagian bawah vagina atau telah meluas kesalah satu atau kedua dinding pelvis	Penyakit nodus limfe yang teraba tidak merata pada dinding pelvis Urogram IV menunjukkan salah satu atau kedua ureter tersumbat oleh tumor
Tahap III A		Meluas sampai sepertiga bagian bawah vagina
Tahap III B		Metastase Carsinoma terisolasi yang dapat teraba pada dinding pelviks
Tahap IV	Perluasan Kandung Kemih Perluasan rectal penyebaran jauh	Bukti-bukti bahwa karsinoma mengenai kandung kemih tampak pada pemeriksaan sistoskopis atau oleh adanya fistulasi vesikovagina Karsinoma menyebar keluar pelvis sejati keorgan lainnya

5. Gambaran Klinis dan Diagnosa

Keputihan merupakan gejala yang sering ditemukan. Getah yang keluar dari vagina ini makin lama akan berbau busuk akibat infeksi dan nekrosis jaringan. Dalam hal demikian, pertumbuhan tumor ini menjadi ulseratif. Perdarahan yang dialami segera sehabis sanggama (disebut sebagai perdarahan kontak) merupakan gejala karsinoma serviks (75-80 %)

Perdarahan yang timbul akibat terbukanya pembuluh darah mekin lama akan lebih sering terjadi, juga diluar senggama (perdarahan spontan). Perdarahan spontan umumnya terjadi pada tingkat kliik yang lebih lanjut (II atau III), terutama tumor yang bersifat eksofitik. Pada wanita usia lanjut yang sudah tidak melayani suami secara seksual, atau janda yang sudah mati haid (menopause) bila mana mengidap kanker serviks sering terlambat datang meminta pertolongan .

Perdarahan spontan saat defekasi akibat tergesernya tumor eksofitik dari serviks oleh skibala, memaksa mereka datang kedokter . Adanya perdarahan spontan pervagina saat berdefekasi , perlu dicurigai kemungkinan adanya karsinoma serviks tingkat lanjut. Adanya bau busuk yang khas memperkuat dugaan adanya karsinoma.

Anemia akan menyertai sebagai akibat perdarahan pervagina yang berulang. Rasa nyeri akibat infiltrasi sel tumor ke serabut saraf, memerlukan pembiusan umum untuk dapat melakukan pemeriksaan

dalam yang cermat, khususnya pada lumen vagina yang sempit dan dinding sklerotik yang meradang. Gejala lain yang dapat timbul ialah gejala yang disebabkan oleh metastasis jauh.

Sebelum tingkat akhir (terminal stage), penderita meninggal akibat perdarahan yang ekserif, kegagalan faal ginjal (CRF = Chronic Renal Failure) akibat infiltrasi tumor keureter sebelum memasuki kandung kemih, yang menyebabkan obstruksi total .

Membuat diagnosa karsinoma serviks uterus yang klinis sudah agak lanjut tidaklah sulit. Yang menjadi masalah ialah bagaimana mendiagnosis dalam tingkat yang sangat awal, misalnya dalam tingkat pra-invasif, lebih baik bila dapat menangkapnya dalam tingkat pramaligna.

Hasil pemeriksaan sitologi eksploratif dari ekto dan endo-serviks yang positif tidak boleh dianggap diagnosis pasti. Diagnosis harus dipastikan dengan melakukan biopsi. Agar hasil pemeriksaan histologik memuaskan, biopsy harus terarah.

6. Penanganan

Terapi Karsinoma Serviks dilakukan bilamana diagnosis telah dipastikan secara histologik dan sudah dikerjakan perencanaan yang matang oleh tim yang sanggup melakukan rehabilitasi dan pengamatan lanjutan (tim kanker / tim onkologi).

Pada tingkat klinis (KIS) tidak dibenarkan dilakukan elektrokoagulasi atau elektrofulgerasi, bedah krio atau dengan sinar lesar, kecuali bila yang menangani seorang ahli dalam kolposkopi dan penderitanya masih muda dan belum punya anak .

Dengan biopsy kerucut meskipun untuk diagnosis, acapkali menjadi terapeutik. Ostium uteri internum tidak boleh rusak karenanya. Bila penderita telah cukup tua, atau sudah mempunyai cukup anak , uterus tidak perlu ditinggalkan, agar penyakit tidak kambuh dapat dilakukan histerektomi sederhana

Pada tingkat klinik Ia, umumnya dianggap dan ditangani sebagai kanker yang invasive. Bilamana invasi kurang dari atau hanya 1 mm dan tidak meliputi area yang luas serta tidak melibatkan pembuluh limfa atau pembuluh darah, penanganannya dilakukan seperti pada kis diatas.

Pada tingkat Ib, Ib occ dan Iia dilakukan histerektomi radikal dengan limfadenektomi panggul. Pasca bedah biasanya dilanjutkan dengan penyinar, tergantung ada / tidak adanya sel tumor dalam kelenjar limfa regional yang diangkat .

Pada tingkat IIb, III dan IV tidak dibenarkan melakukan tindakan bedah, untuk ini primer adalah raditerapi. Sebaiknya kasus dengan karsinoma serviks selekasnya dikirim ke pusat penanggulangan kanker, dimana berkumpul para pakar onkologi, yang berpengalaman dan

tersedianya sarana yang mutahir. Bilamana diperlukan penyinaran pasca bedah maka dilakukan radiasi.

Pada tingkat klinik IVa dan IVb penyinaran hanya bersifat invasif. Pemberian Khemoterapi dapat dipertimbangkan . Pada penyakit yang kambuh satu tahun sesudah penanganan lengkap, dapat dilakukan operasi jika terapi terdahulu adalah radiasi dan prosesnya masih terbatas pada panggul.

Bila mana operasi sudah jauh atau operasi tidak mungkin dilakukan, harus dipilih sitostatika tunggal tetapi berbentuk regimen yang terdiri dari kombinasi beberapa sitosttika .

Jika terapi terdahulu adalah operasi, sebaiknya dilakukan penyinaran bila prosesnya masih terbatas dalam panggul sedangkan kalau penyinaran tak mungkin dikerjakan atau prosesnya sudah lanjut penyebarannya, maka dipilih polikhemoterapi bila sarat-saratnya terpenuhi.

Penyinaran ulang pada kasus sebelumnya pernah mendapat radiasi, dengan mesin linac dan ditangani yang ahli hasilnya tidak selalu mengecewakan. Penggunaan imunoterapi masih dalam taraf eksperimen. Gambaran klinik dan penanganan adenokarsinoma serviks uterus pada umumnya tidak berbeda dengan karsinoma epidermoid.

7. Karsinoma Serviks Uteru dalam Kehamilan

Tumor ganas serviks tidak menghalangi untuk adanya kehamilan. Terdapat kira-kira 1 diantara 3000 kehamilan. Tidak ada perbedaan antara karsinoma serviks dalam dan diluar kehamilan, mengenai perjalanan penyakitnya, dalam rasio kesembuhan pada tingkat klinik yang sama. Untuk penanganan primer dipilih pembedahan karena penyinaran mempunyai efek samping yang merugikan penderita yang berusia muda.

Penanganan sirurgik didasarkan atas tingkat klinik penyakit dan umur kehamilan. Pada tingkat 0 kehamilan diteruskan sampai partus berlangsung spontan, dan bila 3 bulan pasca persalinan masih tetap ada maka ditangani seperti kondisi tidak hamil dengan memperhatikan tingkatan klinik yang ada saat itu .

Pada tingkat klinik I, II keatas dengan kehamilan :

- a. Trimester I dan awal trimester II : histerektomi radikal dengan limfadenektomi panggul dengan janin utero
- b. Trimester II lanjut : di tunggu sampai janin viable (dapat hidup diluar rahim, kehamilan > 34 minggu) . Dikerjakan sectio ceasarea klasik / korporal, diteruskan dengan histerektomi radikal dan limfadenektomi panggul
- c. Trimester III : Sectio Caesarea klasik / korporal dilanjutkan dengan histerektomi radikal dan limfadenektomi panggul

- d. Pasca Persalinan : histerektomi radikal dengan limfadenektomi panggul

8. Prognosis

Faktor-faktor yang menentukan prognosis ialah :

- a. Umur penderita
- b. Keadaan Umum
- c. Tingkat klinik keganasan
- d. Ciri-ciri histologik sel tumor
- e. Kemampuan ahli atau tim ahli yang menangani
- f. Sarana pengobatan yang ada

9. Penatalaksanaan

Apabila lesi prekursor seperti lesi intra-epitel skuamosa tingkat rendah (LGSIL) atau lesi intra-epitel tingkat tinggi (HGSIL) ditemukan melalui kolposkopi dan biopsi, pengangkatan non bedah konservatif memungkinkan untuk dilakukan.

Krioterapi (pembekuan dengan oksida nitrat) atau terapi laser efektif untuk kondisi ini. Konisasi (pengangkatan bagian yang berbentuk kerucut dari serviks) dilakukan bila temuan biopsi menunjukkan CIN atau HGSIL yang sebanding dengan displasia dan karsinoma in situ.

B. Manajemen Kebidanan

1. Pengertian

Manajemen kebidanan adalah metode dan pendekatan pemecahan masalah kesehatan ibu dan anak yang khususnya dilakukan oleh bidan didalam memberikan asuhan kepada individu, keluarga, dan masyarakat .

Penggunaan manajemen disini berfokus kepada prosesnya yang sistematis. Istilah manajemen kebidanan digunakan untuk memberikan bentuk khusus dari proses yang dilakukan oleh bidan didalam asuhan atau pelayanan kebidanan.

Yang dimaksud dengan metode manajemen kebidanan adalah suatu cara kerja sistematis yang memudahkan pelaksanaan kegiatan bidan dalam memecahkan masalah ibu dan anak serta keluarga berencana dalam lingkup tanggung jawab tepat guna dan berhasil guna. (Depkes RI, 1994)

2. Tujuan Prinsip Proses Manajemen

Proses manajemen kebidanan sesuai dengan standar yang terdiri dari :

- a. Secara sistematis mengumpulkan dan memperbaharui data yang lengkap dan relevan dengan melakukan pengkajian yang komprehensif terhadap kesehatan tiap klien, termasuk mengumpulkan riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik
- b. Mengidentifikasi masalah dan membuat diagnosa berdasarkan interpretasi data dasar

- c. Mengidentifikasi kebutuhan terhadap asuhan kesehatan dalam menyelesaikan masalah dan merumuskan tujuan asuhan kesehatan bersama klien
- d. Memberikan informasi dan support sehingga klien dapat membuat keputusan dan bertanggung jawab terhadap kesehatan
- e. Membuat rencana asuhan yang komprehensif bersama klien
- f. Secara pribadi bertanggung jawab terhadap implementasi rencana individu
- g. Melakukan konsultasi, perencanaan dan melaksanakan manajemen dengan kolaborasi dan merujuk klien untuk mendapat asuhan selanjutnya
- h. Merencanakan manajemen terhadap komplikasi tertentu, dalam situasi dan bila ada penyimpangan dari keadaan normal
- i. Melakukan evaluasi bersama klien terhadap pencapaian asuhan kesehatan dan merevisi rencana asuhan sesuai dengan kebutuhan (Varney, 1992)

3. Proses Manajemen

Menurut Helen Varney, 1997, bahwa proses manajemen merupakan proses pemecahan masalah yang ditentukan oleh perawat bidan pada awal tahun 1970-an. Proses ini memperkenalkan sebuahn metode dengan pengorganisasian pemikiran dengan tindakan-tindakan dengan

urutan logis dan menguntungkan baik bagi klien maupun tenaga kesehatan. Proses ini menguraikan bagaimana perilaku yang diharapkan dari pemberian asuhan. Proses manajemen ini bukan terdiri dari pemikiran dan tindakan saja melainkan juga perilaku pada setiap langkah agar pelayanan yang komperhensif dan aman dapat tercapai.

Dengan demikian proses manajemen harus mengikuti aturan yang logis dan memberikan pengetahuan yang menyatukan pengetahuan, hasil temuan dan penilaian yang terpisah-pisah menjadi satu kesatuan yang berfokus pada manajemen klien .

Proses manajemen terdiri dari 7 (tujuh) langkah yang terutama dimana setiap langkah disempurnakan secara periodic. Proses ini dimulai dengan mengumpulkan data dasar yang berakhir denganevaluasi, ketujuh langkah tersebut membentuk suatu kerangka lengkap yang dapat diaplikasikan dalam situasi apapun. Ketujuh langkah tersebut adalah sebagai berikut :

Langkah I . Pengumpulan Data Dasar

Pada langkah satu dilakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang di perlukan untuk menggevaluasi *klien* secara lengkap,yaitu :

- a. Riwayat kesehatan
- b. Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan
- c. Meninjau catatan terbaru atau catatan sebelumnya

- d. Meninjau data laboratorium dan membandingkan dengan hasil studi. pada langkah satu ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi *klien* .

Langkah II . Interpretasi Data Dasar

Pada langkah kedua ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap masalah atau diagnosa dan kebutuhan klien berdasarkan berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang di kumpulkan .

Masalah dan diagnosa keduanya di gunakan , karena beberapa masalah tidak dapat di selesaikan seperti diagnosa tetapi sungguh membutuhkan penanganan yang dituangkan ke dalam sebuah rencana asuhan terhadap klien . Masalah ini sering menyertai diagnosa.

Langkah III . Mengidentifikasi Diagnosa Masalah Potensial

Pada langkah ini di lakukan *identifikasi* masalah atau diagnosa *potensial* yang mungkin akan terjadi berdasarkan masalah atau diagnosa yang sudah di *identifikasi* . langkah ini membutuhkan antisipasi . Bilah kemungkinan dilakukan pencegahan sambil mengamati klien . Disini perlu sekali melakukan asuhan kebidanan dengan benar dan aman .

Langkah IV. Identifikasi Kebutuhan Segera

Pada langkah ini perlu dilakukan *identifikasi* tindakan segera oleh tenaga kesehatan atau dikonsultasikan atau di tangani bersama anggota tim kesehatan lain sesuai dengan kondisi *klien* untuk menyelamatkannya.

Langkah V. Intervensi atau Perencanaan

Pada langkah ini lakukan rencana asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya .Semua keputusan yang di kembangkan dalam asuhan menyeluruh ini harus benar *valid* berdasarkan teori serta sesuai dengan *asumsi* tentang apa yang akan di lakukan dan yang tidak di lakukan .

Langkah VI Implementasi atau pelaksanaan

Pada langkah ini di lakukan rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah sebelumnya di lakukan secara *efisien* dan aman

Langkah VII . Evaluasi

Pada langkah ini ditentukan evaluasi *keefektifan* dan asuhan yang sudah di berikan dengan mengulang kembali proses manajemen yang benar terhadap setiap aspek asuhan kebidanan yang telah di laksanakan Evaluasi merupakan langkah terakhir sistim pengecekan

BAB III

TINJAUAN KASUS

Kasus : Ibu dengan Carsinoma Serviks
Hari / Tanggal : Rabu, 25 Juni 2008
Jam : 08. 30 Wit
Tempat : Ruang Kebidanan RSUD Abepura
Oleh : Mhs. Akademi Kebidanan Nurhasana Fatimah

A. PENKAJIAN HARI I

Langkah I. Pengumpulan Data Dasar

1. Data Subjektif

a. Biodata

1). Nama Klien : Ny. F.R
Umur : 27 Tahun
Agama : Kristen Protestan
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : IRT
Suku/Bangsa : Manado / Indonesia
Nikah Ke : I
Lama menikah : 7 Tahun
Alamat : Waena II

2). Nama Suami : Tn. S.W
Umur : 30 Tahun
Agama : Kristen Protestan
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : tukang Ojek
Suku/Bangsa : Jawa / Indonesia
Nikah ke : I
Lama menikah : 7 Tahun
Alamat : Waena II

b. Data Biologis

1). Keluhan Utama :

Ibu mengeluh perdarahan pada alat kelaminnya, badan terasa lemas, pusing.

2). Riwayat Keluhan Utama :

Ibu Mengatakan sejak tanggal 19Juni 2008 perdarahan pada alat kelamin pada saat bersetubuh badan terasa lemas, pusing, mual, sesak, nyeri ulu hati, mudah lelah, gangguan pernafasan, nyeri pinggang

3). Riwayat Reproduksi :

a) Riwayat Menstruasi :

(1) Menarche : Umur 13 Tahun

(2) Siklus Haid : Tidak teratur

(3) Durasi Haid : 3-4 Hari

(4) Sifat Darah Haid : Banyak

(5) Bau : Biasa

b) Riwayat Obstetri

(1) Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang lalu : tidak ada

(2) Riwayat Gynekologi :

Riwayat gangguan sistem reproduksi : tidak pernah

Riwayat Sectio Caesarea : Tidak Pernah

(3) Riwayat menggunakan kontrasepsi : Tidak Pernah

4) Riwayat Kesehatan lalu

a) Riwayat yang pernah diderita : Batuk pilek

b) Riwayat Opname : Tidak ada

c) Riwayat Operasi : Tidak Pernah

5) Riwayat Keluarga

a) Penyakit Menular di keluarga : Tidak Ada

b) Penyakit menahun : Tidak ada

c) Penyakit Keturunan : Tidak Ada

d) Riwayat Persalinan Kembar :

(1) Pihak Suami : Tidak Ada

(2) Pihak Istri : Tidak Ada

6) Keadaan Psikososial

a) Klien :

(1) Ibu kurang memahami tentang Cancer Cerviks

(2) Ibu merasa cemas sehubungan dengan keadaan yang dialaminya

b) Suami

(1) Cemas melihat keadaan Istrinya

(2) Khawatir terhadap kondisi ibu

7) Latar Belakang Sosial Budaya

Ibu berasal dari suku manado dan bapak berasal dari suku jawa dan sudah lama menetap di Perumnas II Waena, mereka masih memegang teguh Adat Istiadat dari daerah mereka. Namun kehidupan mereka sudah membaur dengan masyarakat di sekitarnya.

8) Dukungan dari keluarga :

Kedua keluarga sangat mendukung akan kehidupan rumah tangga mereka sehingga mereka mengharapkan penyakit ibu dapat teratasi.

9) Kegiatan Keagamaan :

Tidak pernah mengikuti kegiatan keagamaan

10) Masalah-masalah Kehamilan sekarang

Pusing, mual, nyeri ulu hati, mudah lelah, gangguan pernafasan, nyeri pinggan, keluar darah dari kemaluan, sesak

11) Riwayat Aktivitas Sehari-hari

No	Aktivitas Sehari-hari	Selama Sakit
1	Nutrisi : - Pola Makan - Frekwensi Makan - Nafsu Makan - Makanan Kesukaan - Makanan Pantangan - Jumlah Minum	Tidak teratur 1 – 2 x sehari Kurang Buah yang Asam Tidak Ada 4-5 Gelas
2	Kebiasaan Yang Mempengaruhi : - Merokok - Obat Penenang - Minuman Keras - Jamu	Tidak Ada Tidak Ada Tidak Ada Tidak Ada
3	Eliminasi : a. BAB - Frekwensi - Bau/Warna - Konsistensi - Gangguan b. BAK - Frekwensi - Bau/Warna	1 x sehari Busuk / Kecoklatan Lembek Tidak Ada 4-5 x sehari Amoniak/ Kuning muda

	- Gangguan	Tidak Ada
4	Pola Tidur dan Istirahat - Tidur Siang - Tidur Malam	2 Jam 8-9 Jam
5	Olah Raga dan Rekreasi - Olah Raga - Rekreasi	Tidak Ada Ada
6	Hygiene Perorangan - Frekwensi Mandi - Pakai Sabun - Dikeringkan dengan Handuk - Frekwensi Sikat Gigi - Sikat Gigi dengan Odol - Frekwensi Cuci Rambut - Pakai Sampo	2 x sehari Ya Ya 2 x sehari Ya 1 x Seminggu Ya

2. Data Objektif

a. Pemeriksaan umum

- 1) Keadaan Umum : Sakit sedang
- 2) Kesadaran : Compos Mentis
- 3) Keadaan Emosional : Stabil
- 4) Berat Badan Terakhir : 56 Kg
- 5) Tinggi Badan : 160 cm
- 6) Pemeriksaan Tanda-tanda vital :
 - a) TD : 80/40 mmHg
 - b) N : 90 x/m
 - c) R : 24 x/m
 - d) SB : 36⁰C

b. Pemeriksaan Fisik

- 1) **Kepala** : Rambut Bersih
- 2) **Wajah** :

Oedema : tidak ada

Cloasma : tidak ada
- 3) **Mata** :

Konjungtiva : Pucat

Sklera : Tidak ada

Penglihatan : Jelas
- 4) **Hidung** : Tidak keluar cairan

5) **Kulit** : Turgor Baik

6) **Mulut dan Gigi** :

Stomatitis : Tidak Ada

Caries : Tidak Ada

Lidah : Bersih

7) **Telinga** : Bersih, Pendengaran baik

8) **Leher** :

Inspeksi : Tidak Ada pembesaran kelenjar limfe atau thyroid

Palpasi : Tidak ada pembesaran kelenjar

9) **Payudara** :

Pembesaran : tidak ada

Simetris : Ya

Areolamamae : pigmentasi

Putting Susu : Normal

Benjolan : Tidak Ada

10) **Thoraks dan Paru**

Bentuk dada : Simetris

Frekwensi Nafas : 24 x/m

Pergerakan Dada : Ada tiap kali bernafas

11) **Jantung**

Bunyi tambahan : Tidak Ada

12) ***Abdomen***

Inspeksi : Ada pembesaran

Palpasi : Nyeri tekan pada epigastrium

13) ***Ekstremitas Atas :***

Warna kuku : Pucat

Bentuk : Simetris

14) ***Ekstremitas Bawah***

Simetris : Ya

Varises : Tidak Ada

Oedema : Tidak Ada

Refleks Patella : + / +

15) ***Genetalia Eksterna***

Pengeluaran pervagina : Ada, perdarahan

Varises : Tidak Ada

Oedema : Tidak ada

c. Pemeriksaan Penunjang

1) ***Pemeriksaan Laboratorium :***

Darah : DDR = (-)

HB = 8,7 gr%

Urine :

Proteinuria : Tidak dilakukan pemeriksaan

Reduksi : Tidak dilakukan pemeriksaan

Feaces : Tidak dilakukan pemeriksaan

2) **Pemeriksaan USG** : Tidak dilakukan

Inspekulo : Tidak Dilakukan

P A : Non karatining epidermoid carsinoma

Langkah II . Interpretasi Data Dasar

Diagnosa :

Ibu : Ibu umur 27 tahun ,P:0, A:0 dengan Cancer Serviks , Anemi sedang

Dasar : Ca Serviks IIIa, Hb 8,7 gr%

Data Subjektif :

1. Ibu mengeluh perdarahan pada alat kelamin, badan terasa lemas, pusing

2. Masalah-maslah Kesehatan Sekarang :

Pusing, mual, nyeri ulu hati, mudah lelah, gangguan pernafasan , nyeri pinggang, keluar darah dari kemaluan, agak sesak

Data Objektif :

1. Tanda-tanda Vital :

TD : 80/40 mmHg

N : 90 x/m

R : 24 x/m

SB : 36⁰C

2. Conjuctiva pucat



Sclera anemis

3. HB : 7,9 gr %

Masalah : Ibu merasa cemas dengan penyakit yang dialaminya saat ini,

Dasar : Ibu mengatakan meras cemas dengan kondisi yang dialaminya

Kebutuhan : Menjelaskan pada ibu secara faktual tentang kondisi yang di
alaminya

Langkah III. Antisipasi Diagnosa dan Masalah Potensial

1. Potensial terjadi peningkatan klinis Stadium cancer

Dasar : Ca Cerviks IIIa

2. Potensial terjadi Anemia Berat

Dasar :

a. HB 8,7 gr%

b. Conjuctiva pucat

c. Sclera anemis

Langkah IV. Tindakan Segera

Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian pengobatan dan tindakan :

1. Pasang infus cairan NaCl

2. Asam Mafemanat 3 x 500 gr per oral

3. Codein 3 x 10 mg per oral

4. Cek darah : darah lengkap, DDR

5. Rencana Chemoterapi

Langkah V. Rencana Asuhan Menyeluruh

Tanggal : 25 Juni 2008

Jam : 09.00 Wit

1. Observasi keadaan Umum dan tanda-tanda vital ibu tiap 4 jam
2. Observasi perdarahan
3. Anjurkan pada ibu istirahat yang cukup
4. Ganti pembalut ibu yang basah
5. Berikan informasi yang faktual tentang apa yang dialaminya
6. Kolaborasi dengan dokter untuk pengobatan dan tindakan :
 - a. Asam Mafemanat 3 x 500 gr per oral
 - b. Codein 3 x 10 mg per oral
 - c. Pasang infus cairan NaCl pada ibu
 - d. Rencana transfusi PRC 1 kolf (250cc) bila hasil darah sudah ada
 - e. Observasi intake dan out put
 - f. Rencana Chemoterapi
7. Beri Nutrisi (Makan) dan minum yang cukup pada ibu
8. Kontrol Hb ulang 2 hari kemudian

Langkah VI. Pelaksanaan Asuhan Kebidanan Menyeluruh

Tanggal : 25 Juni 2008 Jam : 13.00 Wit

1. Mengobservasi keadaan Umum dan tanda-tanda vital ibu
2. mengobservasi Perdarahan

Jam : 13.20 Wit

3. Menganjurkan pada ibu istirahat yang cukup
4. Mengganti Pembalut ibu yang basah
5. Memberikan informasi yang faktual tentang apa yang dialaminya

Jam : 15.20 Wit

6. Kolaborasi dengan dokter untuk pengobatan dan tindakan :
 - a. Asam Mafemanat 3 x 500 gr per oral
 - b. Codein 3 x 10 mg per oral
 - c. Pasang infus cairan NaCl pada ibu
 - d. Observasi intake dan out put
 - e. transfusi PRC 1 kolf (250cc)
 - f. Rencana Chemoterapi

Jam 17.20

7. Memberi Nutrisi (Makan) yang cukup pada ibu
8. Memberikan minum yang cukup pada ibu
9. Mengontrol Hb ulang 2 hari kemudian

Langkah VII. Evaluasi

Tanggal : 25 Juni 2008 Jam : 20.20 Wit

1. Keadaan Umum Ibu : sakit sedang , Kesadaran: Compos mentis,
2. Tanda – tanda Vital :
 - TD : 80/40x/m
 - N : 90 x/m
 - R : 24 x/m
 - SB : 36⁰C
3. Ibu sudah tidur sesuai dengan anjuran yang diberikan
4. Pembalut ibu sudah diganti dengan yang kering
5. Ibu menerima dan mengerti dengan apa yang dialaminya
6. Dokter telah mengintruksi tindakan pengobatan :
 - a. Asam Mafemanat 3 x 500 gr per oral
 - b. Codein 3 x 10 mg per oral
 - c. Pasang infus cairan NaCl pada ibu
 - d. Observasi intake dan out put
 - e. transfusi PRC 1 kolf (250cc)
 - f. Rencana Chemoterapi tidak dilaksanakan
7. Ibu telah diberi makan 1 porsi
8. Ibu telah diberi minum 1 gelas
9. Cek Hb tiap hari

ASUHAN HARI KEDUA

Hari / Tanggal : Kamis , 26 Juni 2008

Jam : 08.00 Wit

Tempat : Ruang Bersalin RSUD Abepura

Oleh : Mhs. Akademi Kebidanan Nur Hasana Fatimah

B. Pengkajian Hari II

Langkah I . Pengkajian

Review Data Sebelumnya

1. Data Subjektif :

Ibu mengeluh perdarahan pada alat kelamin, badan terasa lemas , pusing

2. Data Objektif

- a. Ibu tampak pucat
- b. Infus menetes
- c. Keadaan : sakit sedang
- d. Kesadaran : *Compus mentis*
- e. Tanda – tanda vital :

TD : 80 / 40 mmHg

N : 90 x/m

R : 24 x/m

SB : 36⁰C x/m

Langkah II . Interpretasi data dasar

Diagnosa :

Ibu : Ibu umur 27 tahun P:0 , A :0 dengan Cancer serviks stadium III a ,
anemi berat

Masalah : Gangguan rasa nyaman

Dasar : Ca Serviks IIIa, Hb 8,7 gr%

Data Subjektif :

Ibu mengeluh perdarahan pada alat kelamin, badan terasa lemas, pusing

Data Objektif :

1. Ibu tampak meringis sambil memegang kepalanya

2. Tanda-tanda vital :

TD : 80/40 mmHg

N : 90 x/m

R : 24 x/m

SB : 36⁰C

3. HB : 4,8 gr %

Masalah : Ibu merasa cemas dengan penyakit yang dialaminya saat ini,

Dasar : Ibu mengatakan merasa cemas dengan kondisi yang dialaminya

Kebutuhan : Menjelaskan pada ibu secara faktual tentang kondisi yang di
alaminya

Langkah III. Antisipasi Diagnosa dan Masalah Potensial

1. Potensial terjadi peningkatan klinis Stadium cancer dan metastase

Dasar : Ca Cerviks IIIa

2. Potensial terjadi Anemia Berat

Dasar :

- a. HB 4,8 gr%
- b. Conjunctiva pucat
- c. Sclera anemis

Langkah IV. Tindakan Segera

Tanggal : 26 Juni 2008

Jam : 10.20 Wit

Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian pengobatan dan tindakan :

1. Pasang PRC 1 kolf (250cc)
2. Berikan minum Asam Mafemanat 3 x 500 gr per oral
3. Berikan minum Codein 3 x 10 mg per oral
4. Infus NaCl pada ibu dilanjutkan
5. Observasi intake dan out put
6. Rencana Chemoterapi

Langkah V. Rencana Asuhan Menyeluruh

Tanggal : 26 Juni 2008

Jam : 11.20 Wit

1. Observasi keadaan Umum dan tanda-tanda vital ibu tiap 4 jam
2. Observasi perdarahan
3. Anjurkan pada ibu istirahat yang cukup
4. Ganti pembalut ibu yang basah
5. Berikan informasi yang faktual tentang apa yang dialaminya
6. Kolaborasi dengan dokter untuk pengobatan dan tindakan :
 - a. Pasang infus cairan NaCl pada ibu
 - b. Berikan minum Asam Mafemanat 3 x 500 gr per oral
 - c. Berikan minum Codein 3 x 10 mg per oral
 - d. Transfusi PRC 1 kolf (250cc)
 - e. Observasi intake dan out put
 - f. Rencana Chemoterapi
7. Beri Nutrisi (Makan) dan minum yang cukup pada ibu
8. Kontrol Hb ulang tiap hari

Langkah VI. Pelaksanaan Asuhan Kebidanan Menyeluruh

Tanggal : 26 Juni 2008

Jam : 10.20 Wit

1. Mengobservasi keadaan Umum dan tanda-tanda vital
2. Mengobservasi tingkat Perdarahan

Jam : 11. 20 Wit

3. Menganjurkan pada ibu istirahat yang cukup
4. Mengganti Pembalut ibu yang basah
5. Memberikan informasi yang faktual tentang apa yang dialaminya

Jam : 12.20 Wit

6. Kolaborasi dengan dokter untuk pengobatan dan tindakan :
 - a. Berikan minum Asam Mafemanat 3 x 500 gr per oral
 - b. Berikan minum Codein 3 x 10 mg per oral
 - c. Pasang infus NaCl pada ibu
 - d. transfusi PRC 1 kolf (250cc)
 - e. Observasi intake dan out put
 - f. Rencana Chemoterapi

Jam 13.20

7. Memberi Nutrisi (Makan) yang cukup pada ibu
8. Memberikan minum yang cukup pada ibu
9. Mengontrol Hb ulang tiap hari

Langkah VII . Evaluasi

Tanggal : 26 Juni 2008

Jam : 14.20 Wit

1. Keadaan Umum Ibu : sakit sedang , Kesadaran: Compos mentis,
2. Tanda – tanda Vital :

TD : 80/40x/m

N : 90 x/m

R : 24 x/m

SB : 36⁰C

3. Ibu sudah tidur sesuai dengan anjuran yang diberikan
4. Pembalut ibu sudah diganti dengan yang kering
5. Ibu menerima dan mengerti dengan apa yang dialaminya
6. Dokter telah mengintruksi tindakan pengobatan :
 - a. Berikan minum Asam Mafemanat 3 x 500 gr per oral
 - b. Berikan Minum Codein 3 x 10 mg per oral
 - c. Pasang infus cairan NaCl pada ibu
 - d. Transfusi PRC 1 kolf (250cc)
 - e. Rencana Chemoterapi
 - f. Observasi intake dan out put
7. Ibu telah diberi makan 1 porsi
8. Ibu telah diberi minum 1 gelas
9. Cek Hb 6,6 gr %

ASUHAN HARI KETIGA

Hari Tanggal : Jumat , 27 Juni 2008

Jam : 08.00 Wit

Tempat : Ruang Bersaling RSUD Abepura

Oleh : Mhs. Akademi Kebidanan Nur Hasana Fatimah

C. Pengkajian Hari Ke III

Langkah I. Pengkajian

Review Data Sebelumnya

1. Data Subjektif :

Ibu mengeluh perdarahan pada alat kelamin, badan tmasih sedikit lemas
, pusing berkurang

2. Data Objektif

- a. Ibu tampak mulai segar
- b. Infus menetes
- c. Keadaan : sakit sedang
- d. Kesadaran : *Compus mentis*
- e. Tanda – tanda vital :

TD : 90 / 60 mmHg

N : 90 x/m

R : 24 x/m

SB : 36⁰C x/m

Langkah II . Interpretasi data dasar

Diagnosa :

Ibu : Ibu umur 27 tahun P:0 , A :0 dengan Cancer serviks , anemi
sedang

Masalah :

Dasar :

Data Subjektif :

Ibu mengeluh perdarahan pada alat kelamin, badan tidak lemas, tidak pusing

Data Objektif :

1. Ibu tampak Agak segar

2. Tanda-tanda vital :

TD : 90/60 mmHg

N : 90 x/m

R : 24 x/m

SB : 36⁰C

3. HB : 6,6 gr %

Masalah : Ibu merasa lebih tenang

Dasar : Ibu mengatakan sudah tidak cemas

Kebutuhan : Menjelaskan pada ibu secara faktual tentang kondisi yang di
alaminya

Langkah III. Antisipasi Diagnosa dan Masalah Potensial

Masalah teratasi sebagian

Langkah IV. Tindakan Segera

Klien mengatakan minta pulang karena sudah tidak ada biaya lagi untuk perawatan rumah sakit dan tidak ada biaya untuk Chemoterapi

Langkah V. Rencana Asuhan Menyeluruh

Tanggal : 27 Juni 2008

Jam : 10.20 Wit

1. Observasi keadaan Umum dan tanda-tanda vital ibu
2. Observasi tingkat perdarahan

Jam 11.20 Wit

3. Anjurkan istirahat yang cukup pada ibu
4. Anjurkan pada ibu untuk banyak berdoa dan pasrah atau berserah pada Tuhan Yang Maha Kuasa
5. Anjurkan Nutrisi (Makan) yang cukup pada ibu
6. Anjurkan minum yang cukup pada ibu
7. Kontrol Hb ulang tiap hari

Langkah VI. Pelaksanaan Asuhan Kebidanan Menyeluruh

Tanggal : 27 Juni 2008

Jam : 10.20 Wit

1. Mengobservasi keadaan Umum dan tanda-tanda vital
2. Mengobservasi tingkat Perdarahan

Jam : 11. 20 Wit

3. Mengkolaborasi dengan dokter untuk tindakan : melepaskan infuse
4. Beri Nutrisi(makan) dan Minum yang cukup pada ibu

Menganjurkan ibu untuk banyak berdoa

Langkah VII . Evaluasi

Tanggal : 27 Juni 2008

Jam : 10.20 Wit

1. Mengobservasi keadaan umum dan tanda-tanda vital
2. Tanda – tanda Vital :

TD : 90/60 x/m

N : 90 x/m

R : 24 x/m

SB : 36⁰C

3. Ibu menerima dan mengerti dengan apa yang dialaminya, dan ibu mengatakan akan banyak berdoa dan berserah kepada Tuhan Yang Maha Kuasa.

4. Dokter telah mengintruksi tindakan pengobatan :
 - a. Ibu makan minum baik dan BAB/BAK lancar (1x/3x)
 - b. Cairan infus telah dilepas
 - c. Klien boleh pulang
5. Ibu telah diberi makan 1 porsi
6. Ibu telah diberi minum 1 gelas
7. Ibu pulang

BAB IV

PEMBAHASAN

Kasus Ca Serviks dapat di deteksi secara dini jika setiap wanita mau melakukan papsmear pada umur 30 tahun atau lebih.

Karna pada umur tertentu wanita dalam reproduksi bisa terkena cancer termasuk ca serviks ini. Dengan dilakukannya papsmear akan ketahuan ada kelainan jaringan maka segera diobati dan kemungkinan akan sembuh. Tetapi pada kasus ini ditemukan dalam kondisi stadium lanjut, yaitu stadium III. Tentunya kondisi penderita sudah lemah, karena Ca serviks ini sudah metatase ke jaringan tubuh yang sehat sehingga kemungkinan sembuh itu kecil dan prognosis pasien mengarah kearah jelek .

Dalam stadium III, tentunya pengobatannya bersifat simptomatik saja. Oleh karena itu perlu dilakukan pendidikan kesehatan pada semua wanita agar dapat mau dilakukan papsmear secara suka rela dan jika ada kelainan jaringan segera di obati .

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Setelah Penulis melakukan Asuhan Kebidanan pada Ibu “ S ” dengan Ca Cerviks diruang Kebidanan RSUD Abepura , mulai tanggal 24 – 27 Juli 2008, maka penulis dapat menarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Setiap kasus kebidanan pada Ibu dengan Ca Cerviks , bila dilakukan pengkajian yang sistematis dan benar maka penanganannya dapat berlangsung dengan baik dimana dapat memberikan pelayanan terbaik , maka manajemen kebidanan dalam bentuk asuhan kebidanan merupakan metode yang tepat dalam pemecahan masalah klien.
2. Pelayanan yang baik tidak terlepas dari pemahaman teoritis maupun ketrampilan tenaga yang memberikan pelayanan. Untuk itu bidan dituntut lebih profesional didalam menangani setiap kasus kebidanan.
3. Selain pemahaman teoritis dan ketrampilan tenaga maka fasilitas penunjang seperti alat-alat atau instrument yang diperlukan bagi suatu tindakan kebidanan , sangatlah diperlukan.
4. Ibu “ S “ sebagai pasien dengan Ca Cerviks, dapat diberikan pelayanan menurut penulis cukup baik, masalah pasien dapat teratasi dan klien boleh pulang setelah pasien bersedia dilakukan papsmear, sesuai dengan

hasil pemeriksaan dokter bahwa pasien boleh pulang setelah dilakukan papsmear

5. Manajemen kebidanan dalam bentuk asuhan yang berkesinambungan , untuk itu diharapkan semua petugas atau bidan harus benar-benar memahami tentang manajemen kebidanan serta langkah-langkah atau tahap-tahap dalam manajemen kebidanan.

Disamping itu pula, kerja sama dari tenaga bidan dalam menyelesaikan berbagai masalah / kasus kebidanan , sangatlah diperlukan.

B. Saran

Demi tercapainya pelayanan kesehatan yang optimal khususnya kesehatan ibu dan anak, maka Bidan harus senantiasa mengembangkan diri dan meningkatkan kemampuan profesinya sesuai dengan perkembangan ilmu dan pengetahuan sehingga lebih profesional dalam menangani berbagai permasalahan yang dihadapi .

DAFTAR PUSTAKA

- Barbara Bates, 2000. *Buku Saku Pemeriksaan Fisik dan Riwayat Kesehatan*, EGC, Jakarta
- Bruner & Suddarth's, 2002 . *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*, Edisi kedua , volume I, EGC, Jakarta
- PUSDIKNAKES RI , 1993. *Komunikasi Terapeutik Asuhan Kebidanan*, Depkes RI, Jakarta
- _____ , 1994. *Konsep Kebidanan*, Depkes RI, Jakarta
- _____ , 1995. *Manajemen Kebidanan*, Depkes RI, Jakarta
- Dorland, 1998 . *Kamus Saku Kedokteran*, Edisi 25, EGC, Jakarta
- Harijanto, 2000. *Epidemiologi, Patogenesis, Manifestasi Klinis dan Pencegahan*. EGC, Jakarta
- Linda. J, dkk, 2006. *At a Glance Sistem Reproduksi*, Edisi kedua, Airlangga, Jakarta
- Machfoeds.I, 2005. *Metodelogi Penelitian Bidan Kesehatan, Keperawatan dan Kebidanan* , Fitramaya, Jakarta
- Mansjoer.A, 2001. *Kapita Selecta Kedokteran* , Edisi ketiga Jilid I, Media Aesculapis, FKUI, Jakarta
- Manuaba. I.B.G, 1998. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan*, EGC, Jakarta
- Markum, 2000. *Penuntun Anamnesis dan Pemeriksaan Fisik*, Pusat Informasi dan Penerbit bagian Ilmu Penyakit Dalam, FKUI, Jakarta
- Saifudin. A.B, 2001. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Martenal dan Neonatal*, Edisi kesatu YBP- SP, Jakarta



PUSAT PENDIDIKAN TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN PAPUA
PROGRAM D-III KEBIDANAN
Alamat : Jln Padang Bulan II Abepura, Telp: (0967) 588983

NAMA : NUR HASANAH FATIMAH
NIM : 20.71.24.4.06.27
PEMBIMBING I :
PEMBIMBING II :

N o	Tggl	Materi bimbingan	Rekomendasi	Paraf Pmbgg
1	7/8-08.	Bab I	Konsultasi judul log. baik ok.	
2	7/8-08 sore.	Bab I Bab II	OK. Bab materi kelainan lainnya ok.	
3	8/8-08	Bab III.	Bab II, OK. kembali for Bab II	
4	12/8-10	Bab III Bab IV & V	① tambahkan sedikit pada rencana asah. pd lini terakhir OK	
5				

No	Tggl	Materi bimbingan	Rekomendasi	Paraf Pmbbg
6	28/8 '08	Bab $\frac{II}{IV}$ $\frac{V}{V}$ Daftar pustaka } diperbaiki	Kembali tgl 30/8 '08 jam 1300	MSapari
7	29/8 '08	Bab $\frac{III}{IV}$ $\frac{V}{V}$ Daftar pustaka } diperbaiki	Kembali tgl 31/8 '08 jam 1900	MSapari
8	31/8 '08	Bab $\frac{III}{IV}$ } diperbaiki	Kembali tgl 1/9 '08 jam 1900	MSapari
9	1/9 '08	Ace → jam-buku		MSapari
10				

Jayapura 3 Juli 2008

Ketua Jurusan Kebidanan

MSapari

Dra. Welmintje Sapari, M.Kes
NIP 640 010 681