

# **KARYA TULIS ILMIAH**

**MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU  
DENGAN GANGGUAN SISTEM REPRODUKSI ( Ca. SERVIKS )  
DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH  
JAYAPURA**

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk  
Menyelesaikan Diploma III Kebidanan**



**OLEH**

**NAMA : DEPINA KAROBA**

**NIM : PO.71.24.4.06.08**

**DEPARTEMEN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLITEKNIK KESEHATAN JAYAPURA  
DIPLOMA - III KEBIDANAN  
TAHUN 2008**

**MILIK PERPUSTAKAAN  
POLITEKNIK KESEHATAN  
JAYAPURA**

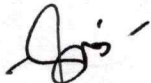
## **LEMBAR PERSETUJUAN**

**Laporan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul " Manajemen Asuhan Kebidanan Pada  
Ibu Dengan Gangguan Sistem Reproduksi ( Ca. Serviks ) Diruang Ginekologi  
Rumah Sakit Umum Daerah Jayapura"**

**Telah Disetujui Untuk Dihadapkan Kepada Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah  
Pada Politeknik Kesehatan Jayapura**

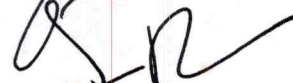
**Jayapura, 26 Agustus 2008**

**Pembimbing I**



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

**Pembimbing II**



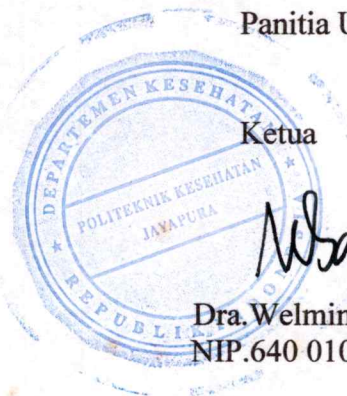
**Saaty Kadiwaru, S.ST  
NIP. 640 009 877**

## 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 :

Hari : Minggu  
Tanggal : 07 September 2008

Panitia Ujian Ahli Madya Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura



Ketua

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

Sekretaris

Susana Ramandey, S.sos, M.Kes  
NIP. 640 010 659

### Tim Penguji :

1. Susana Ramandey. S.sos. M. Kes
2. Saaty Kadiwaru . S. ST
3. Fredika Rumaropen . S. ST

## **KATA PENGANTAR**

Pujidan syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Kuasa atas Rahmat dan Karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul Manajemen asuhan Kebidanan Pada Ibu Dengan Gangguan system Reproduksi ( Ca. Serviks ) di ruang Ginekologi Rumah Sakit Umum Daerah Jayapura.

Karya Tulis Ilmiah ini merupakan salah satu persyaratan untuk menyelesaikan pendidikan D – III Kebidanan pada Politeknik Kesehatan Jayapura.

Penulis menyadari dengan keterbatasan yang ada, bahwa penulisan Karya Tulis ini masih jauh dari segala kesempurnaan. Oleh sebab itu saran dan kritik yang bersifat membangun sangat diharapkan untuk kesempurnaan Karya Tulis ini. Perkenankanlah penulis pada kesempatan ini pula penulis menyampaikan ucapan banyak terima kasih kepada :

1. J.P. Rumaikewi, SKM.MM, sebagai Direktur Politeknik Kesehatan Jayapura yang telah memberikan kesempatan pada penulis untuk mengikuti pendidikan pada Politeknik Kesehatan Jayapura.
2. Dra. Welmintje Sapari, M. Kes, sebagai Ketua Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Papua

3. Direktur dan Kepala Ruangan Bersalin Rumah Sakit Umum Daerah Jayapura beserta staf yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengambil kasus ini
4. Klien ( Ny. A ) dan keluarga yang telah membuka diri memberikan data yang akurat sehingga penulis dapat menyusun dan menyelesaikan KTI ini dengan baik
5. Susana Ramandey, S.sos. M. Kes, selaku Dosen Pembimbing I Yang telah meluangkan waktu dan dengan sabar membimbing penulis dalam pembuatan KTI ini
6. Saaty KAdiwaru, S.ST, selaku Dosen dan Pembimbing II yang meluangkan waktu untuk membimbing penulis dalam pembuatan KTI ini
7. Teman – teman Jurusan Kebidanan Angkatan VII tahun 2006 yang banyak memberikan motivasi dukungan kepada penulis selama mengikuti pendidikan pada Politeknik Kesehatan Jayapura

Dengan kesadaran penuh penulis menyadari bahwa penulisan ini tentunya sangat jauh dari kesempurnaan dimana tak ada gading yang tak retak dengan mengingat bahwa waktu pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini sangat singkat bagi penulis, maka diharapkan para pembaca Karya Tulis Ilmiah ini dapat memberikan kritik membangun dan masukan saran untuk memperbaiki kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.

Akhir kata penulis ucapkan semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermakna dan bermanfaat bagi yang membutuhkannya.

Jayapura, 26 Agustus 2008

Penulis

## **MOTTO DAN PERSEMBAHAN**

- MOTTO**      “ Yang lebih utamadari harta kekayaan adalah Kesehatan tubuh dan yang lebih dari kesehatan tubuh adalah menjalankan Firman Tuhan.”
- “ Akuilah Dia dalam segala tingkah lakumu maka Ia akan meluruskan jalan mu. “
- “Segala perkara dapat kutanggung didalam Dia yang memberikan kekuatan kepada ku . “ ( Filipi 4:13 )

Karya Tulis ini penulis persembahkan kepada :

1. Tuhan Yesus Kristus
2. Ayahanda yang tercinta Lisen Karoba dan Ibunda Tanonegeme Wonda yang selalu mendoakan aku selama dalam bangku study
3. Kakanda yang tersayang Otena, Desman, Pisman, Istius dan adinda Detana, Otiben, Losko yang selalu doakan aku
4. Anak – anak ku yang tersayang Desmira Geley, Join't Geley, Jordan Geley, Epy Geley dan Sony Geley yang selalu doakan aku
5. Suami ku yang aku cintai Denias Geley yang selalu membantu dalam perkuliahan sampai selesainya.
6. Dosen Pembimbing ku yang selalu mambimbing dalam penulisan KTI ini
7. Tak lupa teman tersayang Yuliana Aleda Merani yang setia menemani penulis dalam suka maupun duka dalam perkuliahan
8. Teman – teman yang selalu mendukung dalam aktifitas kuliah yakni : Servis, Rollyna, dan Dolpina
9. Om Nesco, Yohanes dan Usman yang selalu membantu aku dalam biaya study
10. Pemda Kabupaten Puncak Jaya yang selalu membantu dalam study

## DAFTAR ISI

|                              |      |
|------------------------------|------|
| Lembaran Judul.....          | i    |
| Lembaran Pengesahan.....     | ii   |
| Lembaran Persetujuan.....    | iii  |
| Kata Pengantar.....          | iv   |
| Motto dan Persembahan.....   | vii  |
| Daftar Isi.....              | viii |
| <br>                         |      |
| BAB I PENDAHULUAN.....       | 1    |
| A. Latar Belakang.....       | 1    |
| B. Tujuan Penulisan.....     | 4    |
| C. Rumusan Masalah.....      | 5    |
| D. Manfaat Penulisan.....    | 6    |
| <br>                         |      |
| BAB II TINJAUAN TEORI        |      |
| A Konsep Dasar.....          | 8    |
| 1. Neoplasma.....            | 8    |
| a. Pengertian.....           | 8    |
| b. Daur Pertumbuhan Sel..... | 9    |
| c. Penyebaran Kanker.....    | 11   |
| d. Etiologi.....             | 12   |

|                                                           |    |
|-----------------------------------------------------------|----|
| e. Patologi.....                                          | 12 |
| 2. Kanker Serviks.....                                    | 13 |
| a. Batasan.....                                           | 13 |
| b. Etiologi.....                                          | 13 |
| c. Patologi.....                                          | 14 |
| d. Diagnosa.....                                          | 15 |
| e. Penentuan Study Klinik.....                            | 15 |
| f. Kriteria Diagnosa.....                                 | 17 |
| g. Penatalaksanaan.....                                   | 21 |
| h. Pengobatan Kanker Serviks.....                         | 24 |
| i. Pengawasan Lanjut.....                                 | 26 |
| j. Prosedur Tetap Ca. RSUD Jayapura.....                  | 27 |
| B Manajemen Kebidanan.....                                | 27 |
| 1. Definisi.....                                          | 27 |
| 2. Tujuan.....                                            | 28 |
| 3. Hasil yang diharapkan.....                             | 28 |
| <br><b>BAB III GAMBARAN UMUM TEMPAT PENGAMBILAN KASUS</b> |    |
| <b>DAN TINJAUAN KASUS</b>                                 |    |
| A. Gambaran Umum Lokasi Pengambilan Kasus.....            | 34 |
| B. Kasus.....                                             | 38 |

|                  |    |
|------------------|----|
| 1. Hari I.....   | 38 |
| 2. Hari II.....  | 53 |
| 3. Hari III..... | 59 |

#### **BAB IV PEMBAHASAN**

|                         |    |
|-------------------------|----|
| A. Pengkajian.....      | 64 |
| B. Diagnosa.....        | 65 |
| C. Tindakan Segera..... | 65 |
| D. Rencana Asuhan.....  | 66 |
| E. Implementasi.....    | 67 |
| F. Evaluasi.....        | 67 |

#### **BAB V PENUTUP**

|                    |    |
|--------------------|----|
| A. Kesimpulan..... | 69 |
| B. Saran.....      | 70 |

**Daftar Pustaka**

**Lampiran**

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. LATAR BELAKANG**

Pada era globalisasi saat ini yang sangat ketat dan penuh tantangan, menuntut Pemerintah melakukan berbagai macam pembaharuan di segala bidang tidak terkecuali di bidang kesehatan. Salah satu upaya pemerintah dalam visi pembangunan kesehatan Indonesia sehat 2010.

Visi Pembangunan Kesehatan Indonesia Sehat 2010 adalah derajat kesehatan yang optimal dengan strategi : paradigma sehat, Profesionalisme, Jaringan Pelayanan Kesehatan Masyarakat (JPKM) dan Desentralisasi. ( Heni Puji Wahyuningsih, 2006 )

Untuk mencapai visi tersebut diperlukan tenaga professional yang berkualitas dalam pelayanan kesehatan masyarakat. Salah satunya adalah tenaga bidan untuk melayani kesehatan wanita selama kurun waktu kesehatan reproduksi wanita sejak remaja, masa calon pengantin, masa hamil, masa persalinan, masa nifas, periode interval, masa klimakterium dan menopause tetapi juga gangguan system reproduksi dan seksualitas. ( Heni Puji Wahyuningsih, 2006 )

Gangguan system reproduksi wanita yakni infeksi dan kanker disebabkan oleh faktor lingkungan dalam hal ini lingkungan aktivitas yang

meliputi: gaya hidup, penggunaan bahan kimia, fisika dan virus dan faktor degeneratif. Faktor degeneratif merupakan salah satu sebab meningkatnya resiko terserang kanker. (Baradero M, dkk, 2008)

Untuk itu, salah satu peran bidan profesional sebagai edukasi serta advokat dalam pemberian proses asuhan kebidanan dapat memberikan informasi yang tepat atau peningkatan pengetahuan klien tentang kanker serviks sangatlah penting.

Kanker merupakan salah satu penyakit degeneratif yang terus meningkat dari tahun ke tahun. Penyakit ini menyebabkan beban baik social maupun ekonomi serta penderitaan baik fisik maupun mental. Selain itu penyakit kanker merupakan salah satu penyebab kematian terbanyak di dunia sekarang ini. Kematian akibat kanker di dunia diperkirakan berjumlah 4,3 juta pertahun dan 2,3 juta diantaranya ditemukan di Negara berkembang, sedangkan penderita baru diperkirakan 5,9 juta pertahun dan 3,0 juta pertahun di Negara berkembang (Parkin et al., 1988). Kejadian kanker paling tinggi terjadi pada wanita Amerika diantara angka insiden kanker di dunia. Diperkirakan 40 persen wanita Amerika di diagnosa menderita kanker dan 20 persennya mati akibat penyakit ini (Louise, 2000)

Kanker leher rahim adalah kanker nomor tiga yang paling umum dari kanker di dunia. Sekitar 500.000 kasus baru diidentifikasi setiap tahunnya dan hampir 200.000 wanita mati karena kanker leher rahim setiap

tahunnya.(Vuhahula, 2004). Dari data global seluruh kasus kanker leher rahim di dunia sekitar 80 persen terjadi di Negara berkembang, dengan jumlah kasus di Afrika sebanyak 69.000, Amerika Latin dan Karibia sebanyak 77.000 kasus dan yang terbanyak di Asia sebanyak 235.000 kasus (Parkin, 2000). Di Indonesia menurut Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tercatat proporsi penyebab kematian karena kanker semakin meningkat dari 4,8 persen tahun 1992 menjadi 5,0 persen tahun 1995 dan meningkat lagi menjadi 6 persen tahun 2001. kanker termasuk urutan kelima terbanyak sebagai penyebab kematian (SKRT, 2001). Data Departemen Kesehatan (Depkes) di Indonesia terdapat 90 – 100 kasus kanker leher rahim per 100.000 penduduk. Setiap tahun terjadi 200 kasus kanker leher rahim.

Lazcano et al. (1999) melakukan penelitian pada wanita Mexico dengan desain studi kualitatif mengidentifikasi hambatan dari deteksi dini kanker leher rahim pada masyarakat di Mexico. Hasil menunjukkan bahwa hambatan adalah pada: 1). Kurangnya pengetahuan tentang asal-usul terjadinya kanker leher rahim; 2). kurangnya kesadaran; 3) persepsi bahwa kanker penyakit fatal yang tidak dapat dielakkan; 4).menolak uji pelvic; 6) biaya yang terlalu tinggi; 7). Tidak adanya dukungan dari suami/pasangannya.

Menurut data yang penulis himpun dari catatan medical record di ruang bersalin RSUD Dok II Jayapura dari bulan April 2007 sampai bulan April 2008 penderita gangguan system Reproduksi Ca. Serviks yang pernah dirawat

berjumlah 79 orang sehingga prevalensi penderita yang dirawat sebesar 3,80 %. Sedangkan jumlah penderita yang dirawat pada bulan Mei 2008 berjumlah 3 orang.

Bidan dalam memberikan pelayanan kebidanan menggunakan metodologi manajemen kebidanan. Metoda pelayanan kebidanan merupakan suatu langkah yang sistematis, terarah, terukur dalam pengambilan keputusan. Manajemen kebidanan menggunakan langkah langkah sebagai berikut : pengkajian data, interpretasi data, mengidentifikasi masalah potensial danantisipasi tindakan segera yang bersifat mandiri, kolaborasi atau rujukan, menentukan rencana tindakan, tindakan atau pelaksanaan dan evaluasi. ( Heni Puji Wahyuningsih, 2006 )

Berdasarkan uraian pada latar belakang maka penulis tertarik menyelesaikan karya tulis berjudul “ Asuhan Kebidanan Pada Ibu Dengan Ca Serviks Di Ruang Ginekologi RSUD Jayapura.

## **B. TUJUAN PENULISAN**

Adapun tujuan penulisan terbagi dua yaitu :

### **1. Tujuan Umum**

Meningkatkan pengetahuan dan kemampuan dalam memberikan asuhan kebidanan pada ibu dengan Ca. Serviks dengan penerapan manajemen kebidanan.

## 2. Tujuan Khusus

Setelah melakukan manajemen asuhan kebidanan pada ibu dengan Ca. Serviks penulis :

- a. Mampu melakukan pengkajian pada ibu dengan Ca. Serviks.
- b. Mampu melakukan interpretasi data dasar pada manajemen Ca. Serviks
- c. Mampu mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial pada manajemen kebidanan dengan kasus Ca. Serviks
- d. Mampu melakukan identifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera pada manajemen kebidanan dengan Ca. Serviks
- e. Mampu merencanakan asuhan yang menyeluruh pada manajemen kebidanan dengan kasus Ca. Serviks
- e. Mampu melaksanakan tindakan sesuai rencana
- f. Mampu melaksanakan evaluasi rencana tindakan pada kasus Ca. Serviks

## C. RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan permasalahan tersebut diatas, penulis membatasi pada masalah asuhan kebidanan pada ibu dengan gangguan sistem reproduksi ( Ca Serviks ) yang terjadi di Rumah Sakit dengan menggunakan Manajemen Kebidanan :

1. Bagaimana melakukan pengkajian pada ibu dengan Ca. Serviks ?
2. Bagaimana melakukan Interpretasi data dasar pada ibu dengan Ca. Serviks ?

3. Bagaimana mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial pada Ibu dengan Ca. Serviks ?
4. Bagaimana melakukan Identifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera pada ibu dengan Ca. Serviks ?
5. Bagaimana merencanakan asuhan yang menyeluruh pada ibu dengan Ca. Serviks ?
6. Bagaimana melaksanakan tindakan terhadap kebutuhan ibu dengan Ca. Serviks ?
7. Bagaimana melaksanakan evaluasi terhadap setiap kegiatan yang telah direncanakan dan diimplementasikan.

#### **D. MANFAAT**

Dalam penerapan asuhan kebidanan pada ibu dengan Ca. Serviks maka

##### **1. Untuk Rumah Sakit**

Agar setiap bidan dapat meningkatkan pelayanan kebidanan dengan manajemen kebidanan terutama dalam penanganan kasus resiko gangguan reproduksi khususnya Ca. Serviks.

##### **2. Untuk Lembaga Pendidikan**

Sebagai acuan dalam beberapa asuhan kebidanan dan menjadi pedoman bagi para mahasiswa, maupun pihak-pihak dalam melaksanakan asuhan kebidanan.

### 3. Untuk Penulis

Dengan disusunnya Studi Kasus ini diharapkan dapat melaksanakan asuhan kebidanan yang tepat kepada ibu dengan Ca. serviks sesuai standar pelayanan kebidanan serta dapat mengambil keputusan yang sesuai dengan kondisi pasien, dengan menggunakan metode manajemen kebidanan.

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **A. KONSEP DASAR**

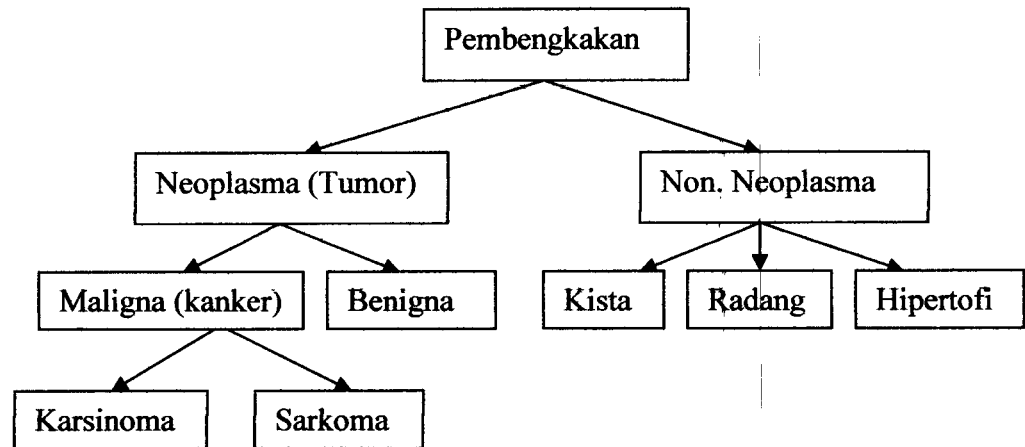
##### **1. NEOPLASMA**

###### **a. Pengertian**

Dalam arti umum tumor adalah benjolan atau pembengkakan abnormal dalam tubuh, dalam arti khusus tumor adalah benjolan yang disebabkan oleh neoplasma.

Neoplasma dapat bersifat ganas atau jinak. Neoplasma ganas atau kanker terjadi karna timbul dan berkembang sel tidak terkendali sehingga sel-sel ini tumbuh terus menerus merusak bentuk dan fungsi organ tempat tumbuhnya.

Kanker atau sarcoma tumbuh menyusup (infiltrasi) dapat menyebar kebagian lain tubuh dan umumnya fatal jika dibiarkan. Neoplasma jinak tumbuh dengan batas tegas dan tidak menyusup, tidak merusak, tetapi membesar dan menekan jaringan sekitarnya (ekspansif) dan umumnya tidak bermetastase.



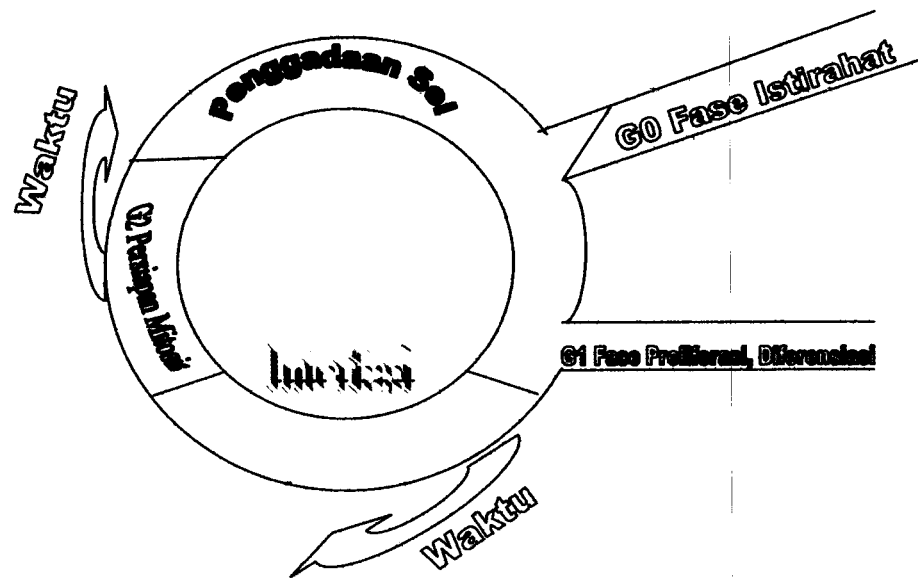
Gambar 1. Jenis Tumor  
Dikutip dari Buku Ajar Ilmu Bedah. Edisi 2

#### b. Daur Pertumbuhan Sel

Dapat dibedakan secara morfologi dan biokimia secara morfologi, pertumbuhan sel dapat dibedakan menjadi dua fase:

- 1). Fase Mitosis
- 2) Fase Interfase

Pada fase interfase, sel baru tumbuh menjadi sel dewasa, sementara terjadi sintesis DNA, RNA, Enzim dan Protein baru serta duplikasi uraian tunggal kromosom menjadi uraian ganda. Lamanya interfase sangat beragam dari beberapa jam sampai bertahun – tahun, bahkan ada sel yang tidak akan mengalami lagi fase mitosis.



Gambar 2. Daur Perbaikan Sel

Dikutip dari Buku Ajar Ilmu Bedah. Edisi 2

Fase G1 atau fase tumbuh pertama

Sangat bervariasi sel yang tidak melanjutkan pertumbuhan masuknya. Masuk ke fase G0 dan menjalankan faalnya sampai mati.

Contoh sel yang menetap dalam fase G0 adalah sel saraf normal.

Fase S atau fase Sintesis dan fase G2 atau fase tumbuh kedua merupakan fase persiapan menjelang fase mitosis.

Pengetahuan tentang daur pertumbuhan sel penting untuk pengobatan dengan sitostatika, karena kebanyakan obat-obat kanker bekerja pada fase mitosis.

### c. Penyebaran kanker

Kanker dapat menyebar perkontinuitatum, limfogen didalam rongga tubuh dan secara latrogenetik. Penyebaran perkontinuitatum terjadi karena sel atau jaringan kanker menyusup keluar dari organ tempat tumor induknya, kemudian menginfiltrasi organ atau jaringan sekitarnya.

Penyebaran limfogen terjadi akibat sel kanker menyusup ke saluran limfe, kemudian ikut aliran limfe menyebar dan menimbulkan metastase.

Penyebaran hematogen terjadi akibat sel kanker menyusup ke kapiler darah kemudian masuk ke pembuluh darah dan menyebar mengikuti aliran darah vena sampai ke organ lain. Penyebaran hematogen dapat terjadi melalui system vena porta, system vena cava atau system vena pulmonalis.

Penyebaran transluminal terjadi dalam dinding saluran suatu system seperti saluran nafas, saluran cerna dan saluran kemih. Sel lepas ke dalam lumen kemudian tertanam di satu atau beberapa tempat. Kanker yang telah menyusup ke lapisan serosa dapat melepaskan selnya ke dalam rongga tubuh, misalnya pleura atau peritoneum, lalu tersebar dan menimbulkan metastasis di tempat lain.

Penyebaran latrogenik adalah penyebaran yang terjadi akibat tikan medis, misalnya karena massage, palpasi kasar atau tindakan dalam operasi, sel kanker lepas dari tempatnya, kemudian menyebar dan menimbulkan metastasis.

#### **d. Etiologi**

Faktor penyebab kanker berbeda-beda diberbagai Negara, yang berperan penting antara lain makanan ( kurang gizi ) dan racun dari asap rokok. Selain itu karsinogen melalui makanan, industri dan tindakan kedokteran tetap mengancam.

#### **e. Patologi**

Sewaktu menghadapi suatu benjolan, harus dipikirkan empat masalah :

- 1). Apakah benjolan tersebut disebabkan oleh neoplasma? Bila ada kecurigaan kearah keganasan, harus dilakukan biopsy untuk pemeriksaan jaringan. Diagnostic ditegakkan berdasarkan sifat sel maupun sifat jaringan dengan pemeriksaan histopatologik mengenai ada atau tidaknya keganasan, jenis keganasan, sifat dan tingkat keganasan dan luasnya penyebaran.

- 2) Tumor ganas jenis apa yang dihadapi

Ada puluhan jenis kanker yang kini dikenal. Atas dasar ini harus ada keterangan tentang asal jaringan tumor. Jaringan epitel dapat menimbulkan karsinoma, tetapi macamnya dapat berbeda. Misalnya karsinoma servik menginfiltrasi jelas tentang gambar klinis dan cara pertumbuhan, pengobatan dan prognosisnya.

### 3). Tingkat keganasan

Perlu ditentukan untuk meramalkan prognosis karena prognosis ditentukan oleh tingkat diferensial jaringan tumor. Keagresifan tumor berhubungan erat dengan derajat diferensial histologik.

### 4). Luas penyebaran tumor

Penentuan luas penyebaran dilakukan untuk berbagai tujuan, antara lain penentuan tahap perkembangan, penentuan penanganan yang paling baik serta memperkirakan prognosis melalui hasil pengobatan dan membandingkan efektivitas berbagai macam pengobatan. (YBPSP, 2005)

## 2. KANKER SERVIKS

### a. Batasan

Kanker serviks adalah penyakit keganasan pada leher rahim baik primer (tumor masih prainvasif) maupun sekunder (metastatik).

(I Ketut Martayasa, 2002)

### b. Etiologi

Kanker serviks terjadi tanpa penyebab yang pasti walaupun diketahui terdapat beberapa faktor yang diduga :

- 1). Umur.
- 2). Paritas.
- 3) Koitus usia dibawah 16 tahun berganti patner seksual; dihubungkan dengan sifat komplemen histon sperma dan alkalis semen.

- 4). Merokok aktif atau pasif.
- 5). Akseptor pil kontrasepsi.
- 6). Status gizi dan social ekonomi cultural.
- 7). Status imunitas seperti penderita HIV-AIDS
- 8). Infeksi : Mikroplasma, Klamidia dan Virus Herpes Simpleks tipe 2.
- 9). Paparan Humam Papalloma Virus onkogenik terutama tipe 16, 18, 33, 35, 45, 58.
- 10). Kanker serviks berawal dari lesi prakanker yang dalam kurun waktu 5-15 tahun dapat menjadi kanker serviks invasive.

( I Ketut Martayasa, 2002 )

### c. Patologis

Karsinoma serviks timbul diantara epitel yang melapisi ektoserviks ( porsio) dan endoserviks kanalis serviks yang disebut sebagai *squamo columnar junction* (SCJ). Histologik antara epitel gepeng berlapis ( *squamous complex* ) dari porsio dengan epitel kuboid/ silindri pendek selapis bersilia dari endoserviks kanalis serviks. Tumor dapat tumbuh :

- 1). eksofitik, mulai dari SCJ ke arah lumen vagina sebagai masa proliferaatif yang mengalami infeksi sekunder dan nekrosis;
- 2). mengadakan infiltrasi menjadi ulkus;
- 3). ulseratif mulai 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 – mendesak kedua jenis epitel yang melapisi. Dengan masuknyamutagen, porsio yang erosive (metaplasma skuamosa) yang semula fisiologik dapat berubah menjadi patologik, (displastik-diskariotik) melalui tingkatan NIS-I,II,III dan KIS untuk akhirnya menjadi karsinoma invasive. Sekali menjadi mikroinvasif/invasive, proses keganasan akan berjalan terus.

**d. Diagnosis**

Diagnosis kanker serviks ditegakkan berdasarkan histopatologik dimana dibedakan atas:

- 1). Tipe Epidermoid.
- 2). Tipe Adenokarsinoma
- 3). Tipe lainnya( clearcell karsinoma dan sarcoma)

( Prawirohardjo ,2005 )

**e. Penentuan Stadium Klinik (Tingkat Keganasan Klinik Menurut FIGO,1978)**

| Stadium | Kriteria / Deskripsi                                                      |
|---------|---------------------------------------------------------------------------|
| 0       | Karsinoma In Situ atau karsinoma intraepitel: membrane basalis masih utuh |
| I       | Proses terbatas pada serviks walaupun ada perluasan ke korpus uteri       |
| Ia      | Karsinoma mikro invasive; bila membrane basalis sudah                     |

|         |                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|         | <p>rusak dan sel tumor sudah memasuki stroma tak &gt; 3mm dan sel tumor tidak terdapat dalam pembuluh limfe atau pembuluh darah.</p> <p>*) kedalaman invasi 3mm sebaiknya diganti dengan tak &gt; 1mm.</p>                      |
| Ib occ: | (Ib occult = Ib yang tersembunyi); secara klinis tumor belum tampak sebagai karsinoma, tetapi pada pemeriksaan histologik ternyata sel tumor telah mengadakan invasi stroma melebihi I a.                                       |
| Ib      | Secara klinis sudah diduga adanya tumor yang histologik menunjukkan invasi ke dalam stroma serviks uteri.                                                                                                                       |
| II      | Proses keganasan sudah keluar dari serviks dan menjalar ke $\frac{2}{3}$ bagian atas vagina dan/ ke parametrium, tetapi tidak sampai dinding panggul.                                                                           |
| Ila     | Penyebaran hanya ke vagina, parametrium masih bebas dari infiltrate tumor,                                                                                                                                                      |
| Ilb     | Penyebaran ke parametrium, uni/bilateral tetapi belum sampai dinding panggul.                                                                                                                                                   |
| III     | Penyebaran telah sampai ke $\frac{1}{3}$ bagian distal vagina atau ke parametrium sampai dinding panggul:                                                                                                                       |
| IIIa    | Penyebaran sampai ke $\frac{1}{3}$ bagian distal vagina, sedang ke parametrium tidak dipersoalkan asal tidak sampai dinding panggul.                                                                                            |
| IIIb    | Penyebaran sudah sampai dinding panggul, tidak ditemukan daerah bebas infiltrasi antara tumor dengan dinding panggul ( <i>frozen pelvic</i> ) atau proses pada tingkat klinik I atau II, tetapi sudah ada gangguan faal ginjal. |

|     |                                                                                                                                                                                                               |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| IV  | Proses keganasan telah keluar dari panggul kecil dan melibatkan mukosarektum dan/ kandung kemih (dibuktikan secara histologik), atau telah terjadi metastatis keluar panggul atau ke tempat-tempat yang lain. |
| IVa | Proses sudah keluar dari panggul kecil, atau sudah menginfiltrasi mukosa rectum dan/ kandung kemih.                                                                                                           |
| IVb | Telah terjadi penyebaran jauh                                                                                                                                                                                 |

( Prawirohardjo ,2005 )

#### f. Kriteria Diagnosis

##### 1). Gejala Klinis

a). Faktor resiko pada etiologi

b).Tanpa keluhan

c). Dengan keluhan

##### (1). Keputihan

Merupakan gejala yang sring ditemukan. Getah yang keluar dari vagina ini makin lama akan berbau busuk akibat infeksi dan nekrosis jaringan. Dalam hal demikian, pertumbuhan tumor menjadi ulseratif.

##### (2).Perdarahan pervaginam abnormal

Perdarahan yang timbul akibat terbukanya pembuluh darah makin lama akan lebih sering terjadi( perdarahan spontan). Perdarahan spontan umumnya terjadi pada tingkat klinik yang

lebih lanjut (II atau III), terutama pada tumor yang bersifat eksofitik.

(3). Perdarahan post koital

Perdarahan yang dialami segera sehabis senggama ( perdarahan kontak) merupakan gejala karsinoma serviks ( 75 – 80 %)

(4). Perdarahan pasca menopause

Bilamana mengidap kanker serviks sering terlambat datang meminta pertolongan.

(5). Gangguan kencing dan defekasi

Perdarahan spontan saat defekasi akibat tergesernya tumor eksofitik dari serviks oleh skibala, perlu dicugai kemungkinan adanya karsinoma serviks tingkat lanjut. Adanya bau busuk yang khas memperkuat dugaan adanya karsinoma. Anemia akan menyertai sebagai akibat perdarahan pervaginam yang berulang.

(6). Nyeri daerah pelvis, pinggang/punggung dan tungkai.

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 yang sklerotik dan meradang.

(7). Keluhan – keluhan lain sesuai dengan lokasi penyebaran penyakit.

Gejala – gejala yang disebabkan oleh metastatis jauh. Kegagalan faal ginjal akibat infiltrasi tumor ke ureter sebelum memasuki kandung kemih yang menyebabkan obstruksi total.

( Prawirohardjo ,2005 )

## 2).Pemeriksaan Fisik Umum

### a). Pembesaran kelenjar limfe supra klavikula dan inguinal.

Kelenjar limfe bisa membesar yang kemudian menghambat sirkulasi darah vena dan menimbulkan edema pada ekstremitas bawah. Pembesaran kelenjar limfe bisa juga menyebabkan obstruksi ureter dan/ atau hidronefrosis.

( Yakobus Siswadi dkk,2006)

### b). Pembesaran lever, ascitas, tulang dan lain-lain sesuai dengan organ yang terkena.

( I Ketut Martayasa, 2002 )

### c). Vaginal Toucher

(1). Vagina : flour, fluktus dan tanda-tanda penyebaran/ infiltrasi pada vagina.

(2). Porsio : berdungkul, padat, rapuh dengan ukuran bervariasi, eksofitik atau endofitik.

(3). Korpus Uterus: normal atau lebih besar, kalau perlu dilakukan sondage untuk konfirmasi besar dan arah uterus dan apakah terjadi piometra dan hematometra.

(4). Adneksa / parametrium: tanda-tanda penyebaran, teraba kaku/padat, apakah terdapat tumor.

d). Rectal Toucher

(1). Menilai penyebaran penyakit ke arah dinding pelvis yaitu *Cancer Free Space* ( CFS ) merupakan daerah bebas antara tepi lateral serviks dengan dinding serviks.

(2) .Kriteria: - CFS 100% : berarti belum ada tanda – tanda penyebaran.

- CFS 25-100% : berarti ada penyebaran, tetapi belum mencapai dinding pelvis.

- CFS 0 % : berarti penyebaran mencapai dinding pelvis

3). Pemeriksaan VT dan RT untuk menilai penyebaran ke organ sekitar kolon, rectum dan vesika urinaria.

( I Ketut Martayasa, 2002 )

4). Pemeriksaan Penunjang

a). Pap smear sebagai skrining

b). Biopsy dengan/tanpa tuntunan kolposkopi.

- c). Konisasi.
- d). Tes fungsi ginjal, hati ,dll
- e). Pemeriksaan lain sesuai dengan keperluan:
  - (1). Foto toraks
  - (2). USG ginjal/ abdomen
  - (3). IVP
  - (4). Rektoskopi
  - (5). Sitoskopi
  - (6).CT Scan

( I Ketut Martayasa, 2002 )

**g. Penatalaksanaan**

Dalam hal pengobatan yang perlu diketahui adalah :

- a). Pengobatan pada tingkat klinik (KIS) dengan biopsy kerucut (conebiopsy)meskipun untuk diagnotik, acapkali menjadi terapeutik. Ostium uteri internum tidak boleh sampai rusakkarenanya. Bila penderita telah cukup tua atau sudah mempunyai cukup anak, uterus tidak perlu ditinggalkan, agar penyakit tidak kambuh dapat dilakukan histerektomi sederhana ( simple vaginal hysterectomy ).
- b). Jenis-jenis pengobatan :

Pada tingkat klinik Ia, umumnya dianggap dan ditangani sebagai kanker yang invasive. Bilamana kedalaman invasi kurang dari 1mm

dan tidak meliputi area yang luas serta tidak melibatkan pembuluh limfa atau pembuluh darah, penanganan dilakukan seperti pada KIS diatas.

Pada klinik Ib, IIb occ dan IIa dilakukan histerektomi radikal dengan limfadenektomi panggul. Pasca bedah biasanya dilanjutkan dengan penyinaran, 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 radioterapi.sebaiknya kasus dengan karsinoma serviks selekasnya dikirim ke pusat penanggulangan kanker, dimana berkumpul para pakar onkologi yang berpengalaman dan tersedianya sarana yang mutakhir. Bilamana diperlukan penyinaran pasca bedah, maka di yogyakarta (RSUP Dr.Sargjito) dilksuksn radiasi luar dengan Cobatl -60 dosis 5000rads (fraksi 200 rads/hari selama 25 hari (5 minggu) karena sabtu dan minggu tak ada penyinaran), disusul 2 minggu kemudian dengan radiasi dalam dengan aplikasi radium 2 kali (interval 1-2 minggu) @ 750 R(=Roentgen) dititik A (=setinggi 2 cm dari oue dan sejauh 2 cm dari sumbu uterus) dan titik B (= setinggi titik A sejauh 3 cm ke lateral didaerah obturator), atau menggunakan metoda Fletcher dengan *afterloading* memakai bola-bola dari Cesium-137 (*brachytherapy*). Di Jakarta

dengan tersedianya pesawat Linac ( *Linear Accelerator* ) di RSCM, RSPP dan RSPAD Gatot Subroto teknik penyinaran sudah lebih canggih, karena penetrasi sinar jauh lebih dalam dibanding dengan penyinaran yang dikeluarkan oleh sumber Cobalt-60 apalagi Cesium-137. Penggunaan *radiosensitizers* dan *radio-enhancers* masih dalam taraf eksperimental.

Pada tingkat klinik IVa dan IVb penyinaran hanya bersifat paliatif. Pemberian khemoterapi dapat dipertimbangkan. Pada penyakit yang kambuh satu tahun sesudah penanganan lengkap, dapat dilakukan operasi jika terdahulu adalah radiasi dan prosesnya masih terbatas pada panggul. Bilamana proses sudah jauh atau operasi tak mungkin dilakukan, harus dipilih khemoterapi bila syarat – syaratnya terpenuhi. Untuk ini tidak digunakan sitostatika (polikhemoterapi). Jika terapi terdahulu adalah operasi, sebaiknya dilakukan penyinaran bila prosesnya masih terbatas dalam panggul (*lokoregional*), sedangkan kalau penyinaran tidak mungkin dikerjakan atau prosesnya sudah lanjut penyebarannya, maka dipilih polikhemoterapi bila syarat-syaratnya terpenuhi. Penyinaran ulang pada kasus – kasus yang sebelumnya pernah mendapat radiasi, dengan mesin Linac dan ditangani yang ahli, hasilnya tidak selalu mengecewakan. ( Prawirohardjo ,2005)

#### **h. Pengobatan Kanker Serviks**

Pengobatan kanker serviks didasarkan tahap penyakit dan beberapa faktor lain. Wanita saat ini mempunyai banyak pilihan dalam pengobatan kanker serviks daripada sebelumnya. Pengobatan kanker serviks biasanya meliputi pembedahan, kemoterapi dan terapi radiasi.

##### **1). Pembedahan**

Untuk menangani kanker serviks tahap I dan II, dianjurkan pembedahan histerektomi simpel atau radikal. Pada histerektomi radikal, yang diangkat adalah uterus, jaringan penyokong, vagina bagian atas, dan kelenjar lmfe pelvis.

Pembedahan ini tidak dilakukan apabila kanker sudah meluas di luar rongga pelvis.

( Yakobus Siswadi dkk,2006)

##### **2). Kemoterapi**

Kanker sel skuamosa cenderung tidak responsive terhadap kemoterapi. Akan tetapi protocol riset telah dikembangkan, kemoterapi diberikan sebelum radiasi dilakukan. Kemoterapi ternyata bisa membuat tumor mengecil secara drastis.

Pengobatan kemoterapi ada 4 jenis, yaitu:

##### **( a). Pengobatan Induksi**

Untuk terapi primer tumor-tumor nonsolid atau kasus lanjut karena tidak ada pilihan lain. Disebut juga pengobatan penyelamatan.

(b). Kemoterapi Adjuvant

Pengobatan tumor primer dikontrol dengan cara lain bedah atau radiasi terapi tetapi diyakini masih ada sel-sel kanker yang sukar dideteksi sehingga diperlukan tambahan kemoterapi.

(c). Kemoterapi Primer

Pengobatan kemoterapi diberikan lebih dulu sebelum pengobatan lain ( bedah atau radiasi ).

(d). Kemoterapi Neo Adjuvant

Pengobatan kemoterapi diberikan lebih dulu setelah itu pengobatan lain ( bedah atau radiasi ) dilanjutkan kemoterapi lagi.

Persiapan dan Persyaratan Kemoterapi

(a). Persiapan

Sebelum pengobatan dimulai maka terlebih dahulu dilakukan pemeriksaan yang meliputi:

- (1). Darah tepi, Hb Hitung jenis lekosit, trombosit
- (2). Fungsi Hepar = bilirubin, SGOT, SGPT, Alkali Phospat
- (3). Fungsi Ginjal = ureum, creatinin
- (4). EKG ( terutama Pemberian Adrimicin, Epirubicin)
- (5). Audiogram

(b). Syarat

- (1). Keadaan umum cukup baik.
- (2). Penderita mengerti tujuan dan efek samping yang akan terjadi, informal consent.
- (3). Fokal ginjal dan hati baik
- (4). Diagnosis patologi
- (5). Jenis kanker diketahui cukup sensitive terhadap kemoterapi.
- (6). Riwayat pengobatan (radioterapi/kemoterapi) sebelumnya.
- (7). Pemeriksaan laboratorium menunjukkan Hemoglobin  $> 10$  gr%, leukosit  $> 5000/\text{mm}^3$ , trombosit  $> 150.000/\text{mm}^3$ .

(c). Terapi radiasi ( Radioterapi )

Radioterapi yang dipakai untuk kanker serviks adalah radiasi pelvis eksternal atau implant intrakavitas.

( Yakobus Siswadi dkk,2006)

**i. Pengawasan Lanjutan**

1. Pemeriksaan

- a). Anamnesis.
- b). Pemeriksaan fisik umum
- c). Pemeriksaan Ginekologi
- d). Pap Smear :

- \* Tiga bulan I setiap bulan
- \* Dua tahun II setiap 3 bulan
- \* Selanjutnya setiap 6 bulan

## 2. Pemeriksaan Penunjang:

- a). Laboratorium: LFT, RFT, Hb, LEUKOSIT, TROMBOSIT.
- b). Foto Toraks, IVP

## j. Prosedur Tetap CA RSUD Jayapura

- a). Biopsy,(PA),Hb,Kimia Darah.
- b). Periksa DC, Foto Toraks, EKG(Rekam Jantung), UL
- c). Konsultasi dengan dokter penyakit dalam.
- d). Khemo terapi tiap 3 bulan →Kembali control.

## 2. MANAJEMEN KEBIDANAN

### a. Definisi

Manajemen kebidanan pada ibu intra natal adalah proses pemecahan masalah pada masa intra natal yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan, ketrampilan dalam rangkaian tahapan logis untuk pengambilan keputusan yang berfokus pada klien. ( Varney, 1997 dalam Salmah,2006 ).

b. Tujuan

Memberikan asuhan kebidanan yang adekuat, komprehensif dan berstandar pada ibu dengan gangguan sistem reproduksi ( Ca. Serviks ) dengan memperhatikan riwayat ibu, kebutuhan dan respon ibu serta mengantisipasi resiko-resiko yang akan terjadi.

c. Hasil yang diharapkan.

Terlaksananya asuhan segera/rutin pada ibu dengan Ca. Serviks termasuk melakukan pengkajian, membuat diagnosa kebidanan, mengidentifikasi masalah dan kebutuhan terhadap tindakan segera baik oleh bidan maupun oleh dokter atau melakukan kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain serta menyusun rencana asuhan dengan tepat dan rasional berdasarkan keputusan yang dibuat pada langkah sebelumnya.

**Langkah I : Tahap pengumpulan Data**

Pada langkah pertama ini dilakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang dibutuhkan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap.

Data diperoleh melalui :

1. Anamnesa

- a. Biodata, data Biografi
- b. Riwayat kesehatan, termasuk faktor herediter dan kecelakaan.
- c. Riwayat menstruasi
- d. Riwayat obstetri dan ginekologi, termasuk nifas dan laktasi.

e. Biopsiko spiritual

f. Pengetahuan klien

Pemeriksaan fisik, sesuai kebutuhan dan tanda-tanda vital .

Pemeriksaan khusus :

a. Inspeksi

b. Palpasi

2. Auskultasi

3. Perkusi

4. Pemeriksaan Penunjang

a. Laboratorium

b. Diagnosa lain : USG, Radiologi.

Catatan terbaru dan sebelumnya

Data yang dikumpul ini sebagai data dasar untuk interpretasi kondisi klien untuk menentukan langkah berikutnya. ( Simatupang EJ,2008)

### **Langkah II : Interpretasi Data Dasar**

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap masalah atau diagnosa berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah di kumpulkan. Dirumuskan diagnosa yang spesifik, masalah psikososial berkaitan dengan hal-hal yang sedang dialami oleh wanita tersebut.

Diagnosa Kebidanan.

Diagnosa kebidanan adalah diagnosa yang ditegakkan bidan dalam lingkup praktek kebidanan dan memenuhi “ standar nomenklatur “ ( tata nama ) diagnosa kebidanan. ( Varney,1997 dalam Salmah 2006)

### **Langkah III : Mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial**

Pada langkah ini bidan mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial berdasarkan diagnosa atau masalah yang sudah teridentifikasi :langkah ini membutuhkan antisipasi, bila mungkin dilakukan pencegahan. Bidan diharapkan waspada dan bersiap-siap menghadapinya bila diagnosa / masalah potensial ini benar-benar terjadi. Langkah ini penting selesai dalam melakukan asuhan yang aman, contohnya : ibu dengan Ca. Serviks potensial yang akan terjadi atau kemungkinan penyebab Ca. Serviks adalah resiko terjadinyaCa.Serviks stadium lanjut

### **Langkah IV : Menetapkan Kebutuhan Terhadap Tindakan Segera**

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan / atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah ke empat ini mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan.

### **Langkah V : Menyusun Rencana Asuhan yang Komprehensif**

Pada langkah ini direncanakan asuhan menyeluruh yang dibutuhkan oleh hasil kajian pada langkah sebelumnya langkah ini merupakan kelanjutan

manajemen terhadap diagnosa atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi.

Pada langkah ini informasi / data yang kurang lengkap dapat dilengkapi . Rencana asuhan menyeluruh tidak hanya meliputi yang sudah teridentifikasi atau setiap masalah yang berkaitan, tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang akan terjadi berikutnya, apakah dia membutuhkan penyuluhan, konseling, atau rujukan bila ada masalah yang berkaitan dengan aspek sosio – kultural , ekonomi atau psikologi.

Setiap rencana asuhan harus disetujui oleh kedua belah pihak sehingga asuhan yang diberikan dapat efek, karena sebagian dari asuhan akan dilaksanakan oleh pasien.

#### Rencana Asuhan

1. Bantulah ibu jika ia tampak gelisah, ketakutan dan kesakitan.
2. Berikan dukungan dan yakinkan dirinya .
3. Berikan informasi mengenai kondisi kesehatannya saat ini.
4. Dengarkan keluhannya dan cobalah untuk lebih sensitif terhadap perasaannya.
5. Tetap menjaga privasi ibu
6. Menjaga kebersihan diri :
  - a. Ibu tetap dijaga kebersihannya agar terhindar dari infeksi.
  - b. Jika ada darah segera dibersihkan.

- c. Anjurkan ibu untuk makan dan minum agar mencegah dehidrasi, tawarkan ibu makanan dan minuman yang disukainya.

#### **Langkah VI : Pelaksanaan langsung asuhan yang efisien dan aman.**

Melaksanakan asuhan menyeluruh yang telah direncanakan pelaksanaan asuhan ini sebagian dilakukan oleh bidan, sebagian oleh klien sendiri atau oleh petugas kesehatan lain. Walau bidan tidak melaksanakan seluruh asuhan sendiri, tetapi dia tetap memiliki tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya .( misalnya memantau rencananya benar-benar terlaksana ).

Bila perlu kolaborasi dengan dokter misalnya kalau adanya komplikasi. Manajemen yang efisien berhubungan dengan waktu, biaya serta peningkatan mutu asuhan. Kaji ulang apakah semua rencana telah di laksanakan.

#### **Langkah VII Evaluasi**

Pada langkah ini dievaluasi keefektifan asuhan yang diberikan , apakah telah memenuhi kebutuhan asuhan yang telah diidentifikasi dalam diagnosa maupun masalah.

Pelaksanaan rencana asuhan tersebut dapat dianggap efektif bilamana memang benar-benar efektif. Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut terlaksana dengan efektif dan mungkin sebagian belum, karena proses manajemen asuhan ini merupakan suatu kegiatan yang berkesinambungan maka perlu evaluasi, kenapa asuhan yang diberikan belum efektif.

Dalam hal ini perlu mengulang kembali dari awal setiap asuhan yang belum efektif, melalui proses manajemen, untuk mengidentifikasi mengapa proses tersebut tidak efektif serta melakukan penyesuaian. Langkah-langkah proses manajemen umumnya merupakan pengkajian yang memperjelas proses berfikir, yang mempengaruhi tindakan serta berorientasi pada proses klinis, karena proses manajemen tersebut berlangsung didalam situasi klinik.

Manajemen kebidanan ( 7 ) langkah ini merupakan proses berfikir dalam mengambil keputusan klinis, ketika memberikan asuhan kebidanan yang dapat diaplikasi / diterapkan dalam setiap situasi. Untuk pendokumentasian / pencatatan asuhan dapat diterapkan dalam bentuk “ SOAP “. ( Simatupang EJ,2008)

**BAB III**  
**GAMBARAN UMUM TEMPAT PENGAMBILAN KASUS**  
**DAN TINJAUAN KASUS**

**A. GAMBARAN UMUM LOKASI PENGAMBILAN KASUS**

Rumah Sakit Umum Daerah Jayapura mulai dibangun pada tahun 1956 oleh pemerintah Hindia Belanda dan diresmikan, pemakaiannya oleh Gubernur Jendral Hindia Belanda pada tanggal 5 Juni 1959 selanjutnya Rumah Sakit ini diserahkan dan mulai dikelola oleh Pemda Rprovinsi Papua sejak tahun 1962. Kemudian pada tahun 2001 dalam proses tipe **B** pendidikan dan sampai saat ini pengelolanya ditangani oleh **PEMERINTAH DAERAH PROVINSI TINGKAT I PAPUA**.

Rumah Sakit Umum Dok II Jayapura secara administratif terletak didaerah dok II, Distrik Jayapura Utara sesuai perkembangan Rumah Sakit Daerah Dok II Jayapura.

Saat ini berstatus Rumah Sakit Tipe B dengan 16 ruangan perawatan dan jumlah tenaga : Medis, Paramedis, dan Non Medis sebanyak 645 orang. Jumlah kapasitas tempat tidur diruang perawatan secara keseluruhannya 373 buah.

Di Rumah Sakit Umum Daerah Dok II Jayapura mempunyai beberapa unit pelayanan yaitu :

a). Unit rawat jalan terdiri dari :

Polik Penyakit Dalam, Polik Bedah, Polik Anak, Polik Kebidanan, Polik Paru-paru, Polik Jantung, Polik Mata, Polik Gigi dan Mulut, Polik Kulit dan Kelamin, Polik Gizi, Polik Jiwa, Polik THT, Polik Syaraf, Polik Suntik, Polik Laktasi, dan VCT ( ODHA ).

b). Unit Rawat Inap terdiri dari :

Ruang ICU, Ruang Kebidanan, Ruang Syaraf, Ruang Anak, Ruang Kelas I, Ruang Penyakit Dalam Pria, Ruang Penyakit Dalam Wanita, Ruang Paru-paru, Ruang Perinatologi, Ruang Bedah Pria I, Ruang Bedah Wanita dan Ruang Bedah Pria II.

c). Pelayanan Penunjang lainnya adalah :

UGD ( Unit Gawat Darurat ), Ruang Radiologi, Ruang Laboratorium, Ruang Operasi, Ruang Fisio Therapy, dan Ruang Haemodiliasis.

## B. Gambaran Tentang Ruang Bersalin / Ginekologi

Ruang bersalin dok II Jayapura memiliki 5 unit pelayanan meliputi ruang VK ( Verlos Kamar ), ruang ginekologi, ruang kelas I, ruang VIP , ruang super VIP .Ruang bersalin mempunyai alat-alat untuk menolong persalinan normal dengan jumlah yang cukup memadai, termasuk alat-alat yang digunakan untuk menolong persalinan patologi antara lain alat Vacum Extraksi dan alat Vorsep.

Sarana penunjang lainnya seperti : tabung oksigen, pengisap lendir ( suction ) sarana untuk infus, obat-obatan, spuit disposibel, sarung tangan, larutan anti septik semua ini tersedia dengan jumlah yang cukup memadai.

Pertolongan persalinan memenuhi standar APN ( Asuhan Persalinan Normal ) partogram dan pendokumentasian sudah dilaksanakan dengan baik, ruang ginekologi mempunyai alat-alat untuk tindakan kuretasi, dan alat untuk melakukan tindakan biopsi.

Sarana infus dan obat-obatan selalu tersedia, termasuk sarung tangan, spuit disposibel dan larutan anti septik.

Alat-alat diseterilkan dengan mengacu pada standar yaitu rebus kukus.

#### 1. Ketenagaan

Jumlah tenaga medis dan non medis yang ada dirung bersalin atau ginekologi terdiri dari :

- |                      |                  |
|----------------------|------------------|
| a. Dokter spesialis  | = 5 orang        |
| b. Dokter umum       | = 2 orang        |
| c. D III Kebidanan   | = 11 orang       |
| d. D III Keperawatan | = 8 orang        |
| e. Perawat Bidan     | = 17 orang       |
| f. SPK               | = 1 orang        |
| g. Administrasi      | = <u>3 orang</u> |
|                      | 47 orang         |

2. Kapasitas tempat tidur diruang bersalin / ginekologi terdiri dari :

- a. Verlos Kamar ( VK ) = 6 buah
  - b. Ruang Ginekologi = 27 buah
  - c. Ruang rawat gabung = 24 buah
  - d. Ruang klas dan VIP = 8 buah
  - e. Ruang super VIP = 8 buah
- 73 buah

3. Protap di kamar bersalin :

- a. Protap preeklamsia berat
- b. Protap Retensio plasenta
- c. Protap Pre Seksio Caesarea
- d. Protap Gerakan sayang ibu
- e. Protap Asfiksia
- f. Protap Asuhan Persalinan Normal ( APN )
- g. Protap penapisan
- h. Protap menyusui bayi yang benar

## **B. KASUS**

Tanggal pengkajian : 25-05-2008

Jam : 09.00 wit

Tempat : Ruang Ginekologi RSUD Dok II Jayapura

Diagnosa Medis : Ca. Serviks Stadium III

Oleh : Mahasiswi AKBID Depina Karoba

## **LANGKAH .I. PENGKAJIAN**

### **A. DATA SUBYEKTIF**

#### **1. BIO DATA**

a. Nama Ibu : Ny. A.B

Umur : 49 Tahun

Pendidikan : SMEA

Pekerjaan : IRT

Suku/Bangsa : Biak/Indonesia

Agama : K. Protestan

Nikah ke : I

Lama Nikah : 37 Tahun

Alamat : Hamadi Gunung

b.Nama Bapak : Tn. F. P. R

Umur : 49 Tahun

Pendidikan : SMA  
Pekerjaan : Sipil POLRI  
Suku/Bangsa : Biak/ Indonesia  
Agama : K. Protestan  
Nikah ke : I  
Lama Nikah : 37 tahun  
Alamat : Hamadi Gunung

## **2. DATA BIOLOGIS/FISIOLOGIS**

### **1. Keluhan utama :**

- Ibu masuk RS dengan mengatakan keluar darah dari jalan lahir disertai dengan sakit diperut bagian bawah dan menjalar sampai ke tulang belakang
- Ibu mengatakan badan terasa panas dan lemah.

### **2. Riwayat keluhan utama :**

Ibu mengatakan mengalami perdarahan sejak bulan maret 2007 dan sudah 3 kali masuk keluar rumah sakit namun tidak ada perubahan. Pada bulan Mei 2007 ibu berobat ke RS Wahidin dan setelah melalui beberapa kali pemeriksaan maka hasilnya ibu menderita kanker mulut rahim stadium III..

### 3. Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu :

| NO | Umur Kehamilan | Jenis Persalinan | Penolong Persalinan | BB Bayi | Keadaan Ibu /bayi | Jenis Kelamin | Usia Anak |
|----|----------------|------------------|---------------------|---------|-------------------|---------------|-----------|
| 1. | CB             | Spontan          | Bidan               | Lupa    | Baik              | Perempuan     | 36        |
| 2. | CB             | Spontan          | Bidan               | 3000    | Baik              | Laki-laki     | 33        |
| 3. | CB             | Spontan          | Bidan               | 2800    | Baik              | Perempuan     | 27        |
| 4. | CB             | Spontan          | Bidan               | 2600    | Baik              | Perempuan     | 24        |
| 5. | CB             | Spontan          | Bidan               | 2400    | Baik              | Laki-laki     | 22        |
| 6. | CB             | Spontan          | Bidan               | 2900    | Baik              | Laki-laki     | 17        |

### 4. Riwayat pola seksualitas dan reproduksi :

Ibu menjalani perannya sebagai isteri pada awal pernikahannya sampai mempunyai 6 anak dengan baik.. Namun 9 tahun yang lalu ibu mulai mengalami haid yang berkepanjangan dan disertai dengan rasa nyeri di perut bagian bawah setiap bulannya. pola perannya sebagai isteri masih dilakukan walaupun tidak rutin namun tidak dipermasalahkan oleh suami.

### 5. Riwayat Keluarga Berencana :

Ibu pernah ikut KB suntik dan Pil namun tidak teratur dan berhenti ber KB sejak 9 tahun yang lalu.

### 6. Riwayat Kesehatan Lalu :

Ibu pernah sakit malaria dan ISPA namun tidak pernah opname. Ibu tidak pernah mengalami operasi. Dan setelah ibu mengalami perdarahan maka ibu sudah lebih dari 7 kali opname.

#### 7. Riwayat Keluarga :

Dalam keluarga tidak ada penyakit menahun dan lainnya. Hubungan antara ibu, suami dan anak – anak tetap baik walaupun ibu sakit. Suami dan anak – anak selalu bergantian menjaga ibu di rumah sakit.

#### 8. Keadaan Psiko-Sosial

Ibu mengatakan bosan di rumah sakit dan mengatakan aku capek dengan keadaan seperti ini. Ibu mengatakan pula tidak dapat melakukan aktifitas sehari – hari mengurus suami dan anak – anak. Dan dengan keadaannya saat ini ibu tidak mampu melakukan aktifitas sendiri / harus dengan bantuan orang lain.

Suami merasa cemas dengan keadaan istrinya, namun akan tetap menjaga dan melindungi isterinya.

#### 9. Latar belakang Sosial-Budaya :

Ibu dan suami : ibu dan suami berasal dari suku yang sama dan masih memegang adat istiadat namun tidak bertentangan dengan kesehatan.

## 10. Dukungan dari keluarga :

Perhatian dari pihak keluarga klien dan suami sangat besar, terlihat pada waktu berkunjung ke dua keluarga berganti mengunjungi dan memberi dukungan dan selalu berdoa bersama-sama.

## 11. Pola aktifitas dan latihan

| Kemampuan Perawatan Diri | Makan / minum | Berpakaian | Mobilisasi di tempat tidur | Berpindah | Ambulasi |
|--------------------------|---------------|------------|----------------------------|-----------|----------|
| 0                        | ✓             | ✓          | ✓                          | ✓         | ✓        |
| 1                        |               |            |                            |           |          |
| 2                        |               |            |                            |           |          |
| 3                        |               |            |                            |           |          |
| 4                        |               |            |                            |           |          |

Keterangan :

0 : Mandiri  
 2 : Dibantu orang  
 4 : Tergantung total

1 : Alat bantu  
 3 : di bantu orang dan alat

## 12. Pola nutrisi / metabolisme

Program di rumah sakit : Diet TKTP, selama di rumah sakit,ibu tidak teratur makan, porsi makan ½ dari orang dewasa sehat itupun tidak dihabiskan, ibu tidak ada selera makan.

Intake cairan : terpasang infus RL 20 tetes / menit

Klien minum air putih 6 – 7 gelas ( 1500 cc )

### 13. Pola Eliminasi

#### BAB

Selama di rumah sakit klien tidak bermasalah dengan BAB, klien tidak tentu jadwal BAB nya. Klien biasa dibantu keluarga untuk BAB di kamar mandi.

Konsistensi lunak, berbau khas faeces.

#### BAK

Klien dibantu dengan pemasangan Dower Cateter, warna urine kuning tua.

### 14. Pola tidur dan istirahat

#### Sebelum sakit

Menurut klien tidak ada gangguan pada pola tidur, klien tidur malam selama  $\pm$  6-7 jam, tidur siang selama  $\pm$  1-2 jam, tanpa gangguan, klien tidur dengan nyenyak.

#### Setelah sakit

Klien mengatakan kalau tidur sering terbangun karena rasa nyeri pada perut bagian bawah yang hebat sampai tembus ke tulang belakang serta perdarahan, kadang badan terasa panas. Klien biasa tidur malam  $\pm$  4-5 jam sedangkan pada siang hari klien biasa tidur  $\pm$   $\frac{1}{2}$  - 1 jam walaupun waktunya tidak tentu.

## B. DATA OBYEKTIF

### 1. Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : lemah, Kesadaran : CM

Penampilan : kelihatan kurus, agak pucat

Ekspresi wajah : gelisah, dan meringis menahan nyeri

#### Pemeriksaan Tanda Vital :

- Tekanan Darah : 100/70 mmhg
- Suhu Badan : 37.3 oC
- Denyut Nadi : 80 x/menit
- Pernafasan : 20 x /menit
- BB sekarang : 63 kg
- TB : 162 cm
- LILA : 23 cm

#### 2. Pemeriksaan Fisik

##### a. Kepala

Ispeksi :Rambut berwarna hitam agak beruban, ikal

Palpasi :tidak ada benjolan.

##### b. Muka

Ispeksi

- Simetris :kanan dan kiri

- Bentuk wajah : oval

- Gerakan abnormal : tidak ada

- Ekspresi wajah :gelisah dan meringis menahan nyeri

Palpasi

Nyeri tekan : tidak ada

c. Mata

Ispeksi

- Simetris : Ya
- Conjuktiva : anemis
- Sklera : tidak ikterik
- Klien tidak menggunakan alat bantu kaca mata

d. Hidung

inspeksi

- Sekret : tidak ada
- Polip : tidak ada
- Kebersihan : Bersih

Palpasi

- Nyeri tekan : tidak ada

e. Mulut / Gigi

- Stomatitis : tidak ada
- Lidah : bersih
- Caries : tidak ada
- Mukosa mulut : lembab
- Kebersihan : baik

f. Leher

- Pembesaran Kelenjar Tyroid : tidak ada

- Pembesaran kelenjar Limfe : tidak ada

g. Dada dan Paru

Inspeksi

- Bentuk dada : simetris
- Pergerakan dada : sesuai dengan gerakan nafas
- Massa : tidak ada
- Frekwensi Pernapasan : 20 x / menit
- Pernapasan : dada

Palpasi

- Nyeri Tekan : tidak ada

h. Jantung

- Inspeksi : tidak ada kelainan
- Auskultasi : bunyi jantung lup dup

i. Payudara

Inspeksi

- simetris : Ya, kiri / kanan
- Palpasi
- Nyeri tekan : tidak ada
- Benjolan : tidak ada
- Pembesaran kelenjar aksila: tidak ada

## j. Abdomen

- Nyeri tekan : Ya
- Lien : membesar
- Striae : tidak ada
- Luka Bekas Operasi : tidak ada

## k. Vulva Vagina

- Keadaan Umum : baik
- Edema : tidak ada
- Varices : tidak ada
- Pengeluaran : darah, jumlah 1500 cc, bau khas Ca
- Kebersihan : agak kotor

## l. Tungkai Bawah

- Simetris : ya
- Reflek patela : +/-
- Varices : tidak ada
- Edema : tidak ada
- gaya berjalan agak membungkuk

## 3. Pemeriksaan Ginekologi

- Inspeksi ; ada keluar darah dari jalan lahir
- Palpasi : tidak ada benjolan / massa pada daerah Ano-vaginal

- Inspekulo : Portio tampak merah dan iritasi

#### 4. Pemeriksaan Penunjang

Tanggal 24 – 5 - 2008

##### a. Urine

- Protein : tidak dilakukan

- Reduksi : tidak dilakukan

##### b. Darah

- Hb : 8,3 gr %

- Golongan darah : B

- Leukosit : 12700 cell /ul

c. Kemoterapi : tidak dilakukan karena perbaiki keadaan umum ibu dulu.

### B. LANGKAH II INTERPRESTASI DATA DASAR

Diagnosa : Ibu umur 49 tahun, P VI ( multiparitas ), A0, anemia sedang dan infeksi jalan lahir dengan Ca. Serviks Stadium III

Dasar :

**DS** : - hasil pemeriksaan bulan Mei 2007 di RS Wahidin, ujung pandang ( data petugas )

- Ibu mengatakan merasa sakit pada daerah perut bagian bawah

- Ibu mengatakan merasa tidak nyaman karena keluar darah dari jalan lahir

- Ibu mengeluh badan terasa panas dan lemah
- Sakit kepala dan agak pucat
- Ibu merasa sedih karena perannya sebagai isteri dan ibu tidak dapat dilakukan dengan baik karena sakit
- gaya jalan agak berbungkuk

**DO** : - keadaan umum : lemah

- kesadaran : CM

- nyeri tekan pada abdomen

- portio : kemerahan

- HB : 8,3 gr %

- Leukosit : 12700 cell/ ul

- TTV : TD 100/70 mmhg

N 80 x/m

R 20 x/m

SB 37,5° C

### **C.LANGKAH III . DIAGNOSA POTENSIAL**

#### **1. Potensial terjadi Ca. Serviks Stadium IV**

Dasar : perdarahan yang berkepanjangan, nyeri tekan pada abdomen,

Keadaan umum ibu lemah sehingga belum dilakukan kemoterapi.

#### **2. Potensial terjadi Anemia berat**

Dasar : HB 8,3 gr %, perdarahan, ibu mengeluh sakit kepala, lemah

### 3. Potensial terjadi infeksi

Dasar : perdarahan, S<sub>b</sub> 37,5°C, Leukosit 12700 cell/ ul, daerah sekitar vulva vagina agak kotor.

## **D. LANGKAH IV . INTERFENSI SEGERA**

### 1. Kolaborasi dokter

Infus RL + Trandosik 500 mg / 8 jam

Douwer kateter, Transfusi darah 750 cc.

## **E. LANGKAH V. RENCANA ASUHAN KEBIDANAN MENYELURUH**

### 1. Beri informasi pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan .

Rasional : agar ibu dan keluarga mengerti dan memahami apa yang dialami oleh ibu terhadap penyakitnya sehingga dapat membantu pada setiap tindakan yang diberikan.

### 2. Observasi keadaan Umum ibu , TTV dan HB

Rasional: dengan pemeriksaan tanda-tanda vital dan HB yang teratur dapat terdeteksi kelainan pada ibu terutama kadar HB .

### 3. Kolaborasi dokter, untuk pemberian therapy, infus RL+ tradosik 500 mg / 8

jam dan transfusi darah 750cc.

Rasional : pemberian therapy yang tepat dapat membantu mengurangi rasa nyeri yang hebat pada perut bagian bawah dan mempercepat naiknya kadar Hb

4. Pasang douwer kateter

Rasional : Pasien tidak dapat BAK secara spontan .

5. Berikan dukungan moril.

Rasional : dengan memberikan dukungan moril dapat membantu ibu mengatasi rasa putus asa terhadap penyakit yang dideritanya.

6. Pemenuhan kebutuhan nutrisi /diet TKTP

Rasional : dengan memberikan nutrisi/ diet TKTP yang cukup dapat memenuhi

7. Anjurkan ibu ganti pembalut / softeks dan pakaian ibu bila basah atau kotor

Rasional : mencegah terjadi infeksi .

8. Libatkan keluarga untuk membantu ibu mobilisasi ringan

Rasional : Dengan membantu mobilisasi ringan dapat mengurangi rasa nyeri

## **F. LANGKAH VI. PELAKSANAAN ASUHAN SECARA MENYELURUH**

Tanggal 25-05-2008

Jam 09.30 wit

1. Memberi informasi pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan .
2. Mengobservasi keadaan Umum ibu, TTV, perdarahan dan HB
3. Menyiapkan alat – alat pemasangan infus dan obat trandosik 500 mg.

Jam 09. 30 wit melakukan pemasangan infus RL + Tradosik 500 mg/ 8 jam

kecepatan 20 tetes per menit. Kemudian pada jam 18. 00 wit

Pasang transfusi darah 500 cc dengan kecepatan 20 tetes / menit

4. Memasang douwer kateter.

5. Memberikan dukungan moril.

6. Memberikan kebutuhan nutrisi /diet TKT

7. menganjurkan ibu ganti pembalut / softeks dan pakaian ibu bila basah atau kotor

8. melibatkan keluarga untuk membantu ibu melakukan mobilisasi ringan seperti miring kanan/ miring kiri.

## **LANGKAH VII EVALUASI**

Tanggal : 25 – 5 – 2008

Jam 15.05 wit

1. Ibu dan keluarga memahami penjelasan yang disampaikan petugas tentang hasil pemeriksaan.

2. Keadaan umum ibu masih lemah, kesadaran compos mentis, ibu mengatakan rasa nyeri pada perut bagian bawah masih terasa, ibu ganti pembalut / softeks 1 kali.

TTV : TD 100/60 mmhg, Nadi 88 x / menit, Respirasi 28x/menit, SB 37,5 o C.

3. Cairan infus RL + Tradosik 500 mg / 8 jam masih terpasang dengan kecepatan 20 tetes / menit dan pukul 18.00 wit ganti transfusi darah 500 cc dengan kecepatan 20 tetes / menit.

4. Douwer kateter terpasang baik urine keluar  $\pm$  400 cc
5. Ibu sudah tidak terlalu cemas walaupun masih sering merintih kesakitan
6. Ibu telah makan bubur dengan lauk walau tidak habis.

## **MANAJEMEN KEBIDANAN HARI KE II**

### **LANGKAH I : PENGKAJIAN**

Tanggal : 26 – 5 – 2008

Jam : 08.30 wit

Tempat : Ruang Ginekologi DOK II Jayapura

Oleh : Depina Keroba

**DS** :- Ibu mengatakan perut masih terasa sakit dan masih keluar darah

- Ibu mengatakan ingin mandi
- Ibu mengatakan tidak dapat tidur karena banyak pengunjung / keluarga
- Ibu merasa badan terasa panas

**DO** : 1 Keadaan umum : lemah, Kesadaran : CM

2. Infus Nacl kosong masih terpasang dengan kecepatan 20 tetes / menit

3 TTV : TD 120/70mmHg, N 88x/m, R 24x/m, SB 37° C

4. Nyeri tekan pada perut bagian bawah

4 Ekpresi wajah : tampak pucat

5. Kateter masih terpasang produksi urine 400 cc.

## **LANGKAH II : INTERPRESTASI DATA DASAR**

1. Diagnosa : Ibu umur 49 tahun, P VI, A0 dengan Ca. Serviks Stadium III

Dasar

**DS** : - Ibu mengatakan perut masih terasa sakit

- Ibu mengeluh masih keluar darah

- Ibu mengatakan badan terasa panas

**DO** : 1. Keadaan umum : lemah, tenang, kesadaran : CM

2. Ekspresi wajah : tampak pucat

3. Nyeri tekan pada abdomen

4. Perdarahan pervagianam ada

5. TTV : TD 120/70 mmhg

N 88 x/m

R 24 x/m

SB 37,5° C

2. Masalah

a. Gangguan pola tidur

**DS** :- ibu mengatakan perut terasa sakit

-Ibu mengatakan badan masih terasa panas

-Ibu mengatakan tidak dapat tidur karena banyak pengunjung /keluarga yang datang

DO : - nyeri tekan pada perut bagian bawah

- KU : lemah

- Ekspresi wajah : Agak pucat

- TTV : TD 120/70 mmHg

N 88x/m

R 24 x/m

b. gangguan rasa nyaman ( nyeri)

DS : - Ibu mengatakan darah masih keluar dari jalan lahir

- Ibu mengatakan badan terasa panas

- Ibu mengatakan nyeri perut bagian bawah

DO : - KU : lemah

- TTV : TD 120/70 mmHg

N 88 x/m

R 24 x/m

SB 37,5° C

- Ekspresi wajah agak pucat

- HB : 8,3 gr %

- Perdarahan pervaginam +, bau khas Ca. Serviks

### **LANGKAH III . DIAGNOSA POTENSIAL**

1. Potensial terjadi Ca. Serviks Stadium IV

Dasar : perdarahan yang berkepanjangan, nyeri tekan pada abdomen,

Keadaan umum ibu lemah sehingga belum dilakukan kemoterapi.

## 2. Potensial terjadi Anemia berat

Dasar : HB 8,3 gr %, perdarahan, ibu mengeluh masih nyeri tekan pada perut

## 3. Potensial terjadi infeksi

Dasar : perdarahan, S<sub>b</sub> 37,5°C, ibu mengatakan badan terasa panas.

### **LANGKAH IV . INTERFENSI SEGERA**

Kolaborasi dokter : lanjutkan therapy RL + Trandosik 500 mg / 8 jam dan transfuse darah.

### **LANGKAH V . RENCANA ASUHAN KEBIDANAN MENYELURUH**

#### 1. Observasi keadaan Umum ibu , TTV tiap 2 jam

Rasional: dengan pemeriksaan dan tanda-tanda vital yang teratur dapat terdeteksi kelainan pada ibu .

#### 2. Kolaborasi dokter untuk lanjutkan therapy infus RL + Trandosik 500 mg/ 8 jam

dengan kecepatan 20 tetes / menit dan lanjutkan dengan transfusi darah 250 cc dengan kecepatan 20 tetes / menit

#### 3. Pantau pengeluaran darah pervaginam

Rasional : mengetahui perkembangan anemia .

4. Pemenuhan kebutuhan nutrisi /diet TKTP

Rasional : dengan memberikan nutrisi/ diet TKTP yang cukup dapat memenuhi kebutuhan nutrisi ibu

5. Bantu klien dan keluarga dalam perawatan diri

Rasional : dengan perawatan diri yang baik dapat membantu mencegah terjadinya infeksi infeksi serta memberikan kesegaran pada klien.

6. Libatkan keluarga untuk memberikan lingkungan yang tenang dengan membatasi kunjungan

Rasional : Dengan lingkungan yang tenang ibu dapat beristirahat dengan baik

## **LANGKAH VI. PELAKSANAAN ASUHAN SECARA MENYELURUH**

Tanggal 26-05-2008

Jam 10.30 wit

1. Mengobservasi keadaan Umum ibu dan TTV
2. Pada jam 10. 30 wit melanjutkan therapy sesuai instruksi dokter yaitu

Pasang infus RL + Tradosik 500 mg/ 8 jam dengan kecepatan 20 tetes/menit dan lanjutkan dengan transfusi darah 250 cc dengan kecepatan 20 tetes / menit pada pukul 18. 30 wit

3. Memberikan kebutuhan nutrisi /diet TKT
4. Memantu pengeluaran darah pervaginam

5. Bantu ibu dan keluarga dalam perawatan diri ibu dengan membersihkan badan ibu dengan air hangat dan menggantikan baju ibu bila kotor dan pembalut ibu bila basah.
6. Melibatkan keluarga untuk memberikan lingkungan yang tenang dengan membatasi kunjungan.

### **LANGKAH VII EVALUASI**

Tanggal : 26 – 5 – 2008

Jam 15.05 wit

1. Keadaan umum ibu masih lemah, kesadaran compos mentis, ibu mengatakan rasa nyeri pada perut bagian bawah masih terasa, ibu ganti pembalut / softeks 2 kali. Jumlah perdarahan  $\pm$  100 cc.  
TTV : TD 110/70 mmhg, Nadi 88 x / menit, Respirasi 20x/menit, SB 37,5 o C.
2. Cairan infus RL + Trandosik 500 mg pukul 18. 30 wit  
Tanggal 26 5 – 2008 jam 18. 30 wit
3. melanjutkan dengan Transfusi darah 250 cc dengan kecepatan 20 tetes / menit dan pukul 21.00 wit transfusi darah habis kemudian ganti dengan cairan NACL kosong dengan kecepatan 20 tetes / menit.
4. Douwer kateter terpasang baik urine keluar  $\pm$  600 cc, warna kuning tua
5. Ibu sudah tidak terlalu cemas walaupun masih sering merintih kesakitan
6. Ibu telah makan nasi ikan dan sayur , habis  $\frac{1}{2}$  porsi

7. Keluarga berjanji akan membatasi jumlah kunjungan dan berjanji akan membantu memperhatikan kebutuhan ibu.
8. Tanggal 27/5-2008 rencana periksa HB post transfusi

### **MANAJEMEN KEBIDANAN HARI KE III**

#### **LANGKAH I : PENGKAJIAN**

Tanggal : 27 – 5 – 2008

Jam : 09.30 Wit

Tempat : Ruang Ginekologi DOK II Jayapura

Oleh : Depina Keroba

**DS** :- Ibu mengatakan perut masih terasa sakit sampai tembus ke tulang belakang

- Ibu mengatakan masih keluar darah
- Ibu mengatakan bosan di rumah sakit dan mau minta ijin dokter untuk pulang ke rumah

**DO** : 1. TTV : TD 110/70mmHg, N 88 x/menit, R 20 x / menit, SB 37,5° C

2. Infus Nacl kosong masih terpasang dengan kecepatan 20 tetes / menit

3 Keadaan umum : lemah, tenang. Kesadaran : CM

4 Ekspresi wajah : tampak pucat

5. Kateter masih terpasang produksi urine 500 cc, warna kuning tua

6. HB : 10,5 gr %

7. Nyeri tekan pada perut bagian bawah masih terasa dan tidak ada perubahan.

## **LANGKAH II : INTERPRESTASI DATA DASAR**

**Diagnosa** : Ibu 49 tahun, P IV, A0 dengan Ca. Serviks Stadium III

**Dasar**

**DS** : - Ibu mengatakan perut masih terasa sakit, sampai tembus ke tulang belakang

- Ibu mengeluh masih keluar darah dari kemaluan

- Ibu mengatakan bosan di rumah sakit dan mau ijin dokter untuk pulang

**DO** : 1. Keadaan umum : lemah, tenang, kesadaran : CM

2. Ekspresi wajah : tampak pucat

- nyeri tekan pada abdomen

- HB : 10.5 gr %

- TTV : TD 110/70 mmhg

N 80 x/m

R 20 x/m

SB 37° C

## **LANGKAH III . DIAGNOSA POTENSIAL**

1. Potensial terjadi Ca. Serviks Stadium IV

**Dasar** : Ibu dengan Ca. Serviks Stadium III

## 2. Masalah

Tingkat kejenuhan ibu dengan kondisi kesehatannya

Dasar

DS : - Ibu mengatakan bosan dirumah sakit dan mau ijin dokter untuk pulang ke rumah

DO : 1. Keadaan umum : lemah, tenang, kesadaran : CM

2. Ekspresi wajah : tampak pucat

3. nyeri tekan pada abdomen

4. HB : 10.5 gr %

5. TTV : TD 110/70 mmhg

N 80 x/m

R 20 x/m

SB 37<sup>0</sup>

## LANGKAH IV . INTERFENSI SEGERA

Kolaborasi dokter : ijin pulang dan kembali bila kondisi ibu mulai membaik untuk dilakukan kemoterapi.

## LANGKAH V . RENCANA ASUHAN KEBIDANAN MENYELURUH

1. Beri informasi pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan .

Rasional : agar ibu dan keluarga mengerti dan memahami apa yang dialami oleh ibu terhadap penyakitnya

2. Ibu diijinkan pulang ke rumah selama 3 hari dan masuk rumah sakit kembali;

Ibu dipersiapkan pulang untuk bertemu dengan keluarga.

Rasional : Psikologis yang dapat mempercepat proses penyembuhan penyakit yang dilaminya.

3. Berikan dukungan moril.

Rasional : dengan memberikan dukungan moril dapat membantu ibu mengatasi rasa putus asa terhadap penyakit yang dideritanya.

4. Anjurkan keluarga untuk tetap memenuhi kebutuhan nutrisi ibu di rumah

Rasional : dengan memberikan nutrisi yang cukup dapat membantu meningkatkan kondisi kesehatan ibu

5. Anjurkan ibu ganti pembalut / softeks dan pakaian ibu bila basah atau kotor

Rasional : mencegah terjadi infeksi .

6. Libatkan keluarga untuk membantu ibu mobilisasi ringan

Rasional : Dengan membantu mobilisasi ringan dapat mengurangi rasa nyeri.

## **LANGKAH VI. PELAKSANAAN ASUHAN SECARA MENYELURUH**

Tanggal 27-05-2008

Jam 09.30 wit

1. Memberi informasi pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan .
2. Mengobservasi keadaan Umum ibu, TTV, perdarahan dan HB
3. Jam 13.00 wit memberi ijin ibu pulang ke rumah
5. Memberikan dukungan moril.

6. Menganjurkan keluarga untuk memenuhi kebutuhan nutrisi yang bergizi pada ibu.
7. Menganjurkan ibu ganti pembalut / softeks dan pakaian ibu bila basah atau kotor
8. melibatkan keluarga untuk membantu ibu melakukan mobilisasi ringan di rumah.

### LANGKAH VII EVALUASI

Tanggal : 27 – 5 – 2008

Jam 15.05 wit

1. Ibu dan keluarga memahami penjelasan yang disampaikan petugas tentang hasil pemeriksaan.
2. Keadaan umum ibu masih lemah, kesadaran compos mentis, ibu mengatakan rasa nyeri pada perut bagian bawah masih terasa, ibu ganti pembalut / softeks 1 kali dengan jumlah perdarahan  $\pm 50$  cc  
TTV : TD 100/60 mmhg, Nadi 88 x / menit, Respirasi 28x/menit, SB 37,5 o C  
HB : 10,5 gr %.
3. Semua peralatan medis dilepas dari tubuh ibu
4. Ibu dan keluarga berjanji setelah 3 hari dirumah akan kembali ke Rumah Sakit untuk persiapan kemo terapi.

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Asuhan yang diberikan pada nyonya A, ibu dengan Ca. Serviks Stadium III mulai dilakukan pada tanggal 25-5-2008 jam 08.05 wit dia ruang Ginekologi RSUD Dok II Jayapura sesuai dengan tahapan dan proses Manajemen Kebidanan.

Berdasarkan kasus yang penulis tangani yaitu ibu dengan Ca. Serviks Stadium III di ruangan Ginekologi RSUD Dok II Jayapura, dimana dalam pelaksanaannya akan membahas kesenjangan antara teori dengan kenyataan yang telah dilaksanakan.

Maka dalam pembahasan ini dijelaskan setiap langkah-langkah pada Manajemen Kebidanan yang di rumuskan oleh Varney yaitu sebagai berikut :

#### **A. Pengkajian**

Pada pengkajian merupakan tahap pengumpulan data yang lengkap, akurat dan sistimatis, dengan cara anamnesa / wawancara, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Ibu masuk ruangan Ginekologi RSUD Dok II Jayapura pada tanggal 25 – 5 – 2008 jam 09.00 WIT dengan keluhan sakit pada perut bagian bawah sampai menjalar kebelakang, keluar darah darah dari jalan lahir yang berkepanjangan, ibu lemah, gaya berjalan ibu agak membungkuk dan kepala pusing. Pemeriksaan fisik yang dilakukan sehubungan dengan kondisi: wajah agak pucat, konjungtiva tampak anemis, nyeri tekan yang hebat pada abdomen. Pada pemeriksaan penunjang ( pemeriksaan Laboratorium ) Darah ,

HB 8,3 gr % dan leukosit 12700 cell / ul. Ibu dirawat selama tiga jhari. Gejala dan tanda pada kasus yang penulis asuh sesuai dengan teori, jadi tidak ada kesenjangan antara teori dan pasien yang diasuh.

## **B. Diagnosa**

Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosa dan dapat diketahui apa yang terjadi kebutuhan klien.

Dari pengumpulan data didapat diagnosa aktual dan diagnosa potensial yaitu :

### **1. Diagnosa aktual**

Ibu umur 49 tahun, P VI ( multiparitas ), A0, anemia sedang dan infeksi jalan lahir dengan Ca. Serviks Stadium III

### **2. Diagnosa potensial**

a). Potensial terjadi Ca, Serviks Stadium IV

b). Potensial terjadi anemia berat

c). Potensial terjadi infeksi

Pada teori setiap pasien dengan Ca Serviks dilakukan Pemeriksaan Anatomis Patologis ( PA). Pada pasien yang penulis asuh hasil PA nya tidak ada, pasien pasca rujukan dari RS. Wahidin Makasar. Jadi diagnosa yang penulis dapatkan dari dokter secara klinik saja.

## **C. Tindakan segera**

Dalam melakukan tindakan segera pada penanganan ibu dengan Ca.

Serviks Stadium III adalah melakukan kolaborasi dengan dokter yaitu :

1. Kolaborasi dokter pemberian infus RL + Trandosik 500 mg dengan

kecepatan 20 tetes/menit.

2. Pemberian transfusi darah 750 cc dengan kecepatan 20 tetes / men
3. Pasang Douwer kateter

Dan dalam pemberian therapy ini dan selama melakukan tindakan tidak mengalami kendala . tetapi dalam melanjutkan transfusi darah kendalan yang kami alami adalah keluarga sulit untuk mendapatkan darah di rumah sakit maupun pendonor darah.

#### **D. Rencana Asuhan**

Rencana asuhan kebidanan merupakan penyusunan rencana tindakan yang akan dilaksanakan secara menyeluruh untuk mengatasi masalah sesuai dengan diagnosa yang telah ditentukan dengan tujuan untuk terpenuhinya kebutuhan klien.

Perencanaan asuhan yang penulis lakukan sesuai dengan kebutuhan klien pada ibu dengan Ca. Serviks adalah :

Rencana asuhan yang dibuat sebagai berikut :

- 1). Advis dokter pasang infus RL + Trandosik 500 mg dengan  
kecepatan 20 tts/menit.,transfusi darah 750 cc dengan kecepatan 20 tetes /  
menit, dan pasang douwer kateter.
- 2). Observasi tanda-tanda keadaan umum, kesadaran, dan tanda – tanda  
vital.
- 3). Beri dukungan moril

- 4). Penuhi asupan nutrisi ibu dengan diet TKTP
- 5). Pantau in put dan out put cairan
- 6). Libatkan keluarga dalam perawatan diri ibu
- 7). Membantu ibu melakukan mobilisasi ringan

Dan rencana ini sesuai kebutuhan pada penderita dengan Ca. Serviks.

#### **E. Implementasi**

Pelaksanaan ini merupakan realisasi dari rencana asuhan kebidanan yang telah dibuat, dimana tujuan dari pelaksanaan ini adalah untuk memenuhi kebutuhan klien dalam hal informasi kesehatan dan tindakan Pelaksanaan yang tepat.

Untuk melaksanakan tindakan selanjutnya penulis mengadakan kolaborasi aktif dengan tim medis, bidan, pembimbing ruang bersalin, sehingga dapat memberikan masukan dan perhatian yang baik dari penulis, sehingga asuhan dilakukan secara intensif dan dapat berjalan baik. Untuk mampu melakukan ketrampilan asuhan sesuai dengan teori-teori yang didapat.

#### **F. Evaluasi**

Merupakan tahap akhir dari proses asuhan kebidanan untuk menilai pencapaian asuhan kebidanan yang diberikan pada klien. Asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan sesuai diagnosa dan masalah.

Dalam melakukan evaluasi terhadap asuhan yang diberikan, didapatkan hasil sesuai dengan rencana dan tujuan. Pada prinsipnya bahwa penderita dengan Ca. Serviks Stadium III menurut teori sulit untuk

disembuhkan karena mudah terjadi metastase ke organ lainnya. Sehingga penulis hanya mengasuh tentang psikologi pasien agar dapat menerima penyakit yang dihadapinya dan mendekatkan diri pada Tuhan Yang Maha Esa dan pasien menerimanya.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Setelah penulis melakukan asuhan kebidanan pada Ny. A dengan CA.

Serviks Stadium III dan berdasarkan pembahasan dari tiap-tiap bab maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Kasus ibu dengan Ca. Serviks merupakan salah tumor ganas ginekologik yang masih menduduki peringkat pertama di Indonesia. Hal ini disebabkan belum memadainya sarana penanganan untuk mendeteksi dini setiap wanita yang melewati umur 30 tahun sampai berhenti pada usia 60 tahun.
2. kasus ibu dengan Ca. Serviks banyak dijumpai pada wanita yang jarak persalinannya terlampau dekat, mereka yang dari golongan sosial ekonomi rendah, aktifitas sosial yang sering bergangti – ganti pasangan, wanita yang mengalami infeksi virus HPV (*Human Papilloma Virus*) dan akhirnya kebiasaan merokok.
3. Manajemen kebidanan merupakan hal yang penting didalam penanganan Gangguan sistem reproduksi ( Ca. Serviks ), dengan manajemen kebidanan yang dilakukan secara profesional ibu dengan Ca. Serviks dapat ditangani dengan tepat dan benar.

4. Peningkatan pengetahuan bagi bidan baik melalui pendidikan formal maupun non formal merupakan salah satu jalan keluar untuk menekan percepatan kasus ibu dengan Ca. Servik

## **B. Saran**

Berdasarkan kesimpulan diatas, maka penulis merekomendasikan sebagai berikut :

### **a. Untuk Rumah Sakit**

Agar pelayanan dirumah sakit dapat optimal dalam penanganan kasus ibu dengan Ca. Servik sehingga diharapkan dapat menekan angka kematian ibu yang berhubungan dengan gangguan sistem reproduksi ( Ca. Servik ).Maka perlu dilakukan beberapa hal :

- a. Perlu menyiapkan sarana yang memadai sesuai dengan kebutuhan akan pelayanan kebidanan khusus di Ruang Bersalin / ginekologi RSUD Dok II Jayapura agar mutu pelayanan dan pengobatan lebih ditingkatkan, dan berjalan sesuai dengan yang diharapkan..
- b. Dapat memberi kesempatan kepada bidan untuk meningkatkan mutu pelayanan ketrampilan dan pengetahuan dalam bidang kesehatan melalui pendidikan tinggi kebidanan supaya lebih profesional.

### **b. Untuk Institusi Pendidikan**

- a. Untuk mendapatkan mutu pendidikan yang optimal maka perlu memberikan kesempatan yang cukup kepada mahasiswa dalam

mengimplementasikan asuhan manajemen kebidanan dan menerapkan di lokasi praktek.

- b. Penyediaan perpustakaan dengan pengelolaan yang baik dan menyediakan buku-buku mengenai kebidanan yang dirasakan selama ini masih kurang , sehingga kebutuhan mahasiswa akan referensi dapat terpenuhi.

c. Untuk Profesi

- a. Setiap Bidan dimanapun ia bertugas dan dalam menjalankan atau melaksanakan pengabdian profesinya, harus senantiasa memberikan pelayanan yang prima dan bermutu sesuai dengan harapan dan dapat menghasilkan pelayanan yang memuaskan serta melaksanakan pelayanan dan asuhan sesuai standar dan etika profesi yang telah ditetapkan.
- b. Bidan jangan merasa cepat puas dengan apa yang dimilikinya pada saat ini, tetapi harus secara terus – menerus dan berkesinambungan meningkatkan ketrampilan dan pengetahuannya dengan mengikuti perkembangan IPTEK yang sedang berlangsung.

## DAFTAR PUSTAKA

- Baradero.M, dkk,2008, ***Klien Kanker***, EGC, Jakarta
- Martayasah.IG, 2002, ***Makalah Obstetri dan Ginekologi***, Jayapura
- Prawirohardjo.S, 2005, ***Ilmu Kandungan*** , Edisi ke II ,YBP-SP , Jakarta
- Salmah,dkk, 2006, ***Asuhan Kebidanan antenatal***, EGC, Jakarta
- Simatupang,EJ,2008, ***Manajemen Pelayanan Kebidanan***, EGC, Jakarta
- Siswadi Y,dkk, 2008, ***klien Kanker Seri Asuhan Keperawatan*** , Jakarta
- Sjamsuhidayat, Wim De Jung, 2004, ***Buku Ajar Ilmu Bedah***, Edisi ke II, EGC, Jakarta
- Wahyuningsih,HP, 2006, ***Etika Profesi Kebidanan***, Fitramaya, Yogyakarta