

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Dalam hal ini penulis menyajikan pengkajian data dari klien Kanker Serviks di Rumah Sakit Islam Darus Syifa' Surabaya. Pengkajian dilakukan pada tanggal 21 April 2014.

3.1 Pengkajian keperawatan

Pengkajian dilakukan tanggal 21-4-2014 pukul 16.30 WIB

3.1.1 Pengumpulan Data

a) Identitas

Nama Ny. S, usia 40 tahun, suku Jawa, bangsa Indonesia, pendidikan SMP, alamat Jl.Bnw III/14A Sby, agama Islam, pekerjaan ibu rumah tangga, nama suami Tn. H, usia 45 tahun, suku jawa, bangsa Indonesia, pendidikan SMP, alamat Jl.Bnw III/14A Sby, agama islam, pekerjaan swasta (sopir truk) , tanggal MRS 20-4-2014 pukul 12.45 WIB nomer rekam medik 22 08 xx

b) Keluhan utama

Klien mengatakan keluarnya lendir dan darah banyak dari vagina, klien mengatakan setiap hari mengganti pembalut sebanyak 3 sampai 6 kali dalam sehari.

c) Riwayat Kesehatan/ penyakit sekarang :

7 hari (14/4/2014) yang lalu klien mengeluh keluarnya banyak darah berlendir di vagina, darah berwarna merah segar dan berbau. Klien juga mengeluhkan nyeri pinggang bawah pusat dan kemaluan serta badannya terasa lemas, lalu

klien dibawa ke UGD RSI. Darus Syifa' Surabaya dan MRS pada tanggal 20-04-2014.

d) Riwayat kesehatan penyakit dahulu :

Klien mengatakan 1 tahun yang lalu mengalami penyakit kanker serviks (02/06/2013), saat itu klien masuk rumah sakit Di RS. BDH - Benowo Surabaya. Saat di Rumah Sakit BDH klien tidak mendapatkan penanganan spesifik untuk kanker serviksnya.

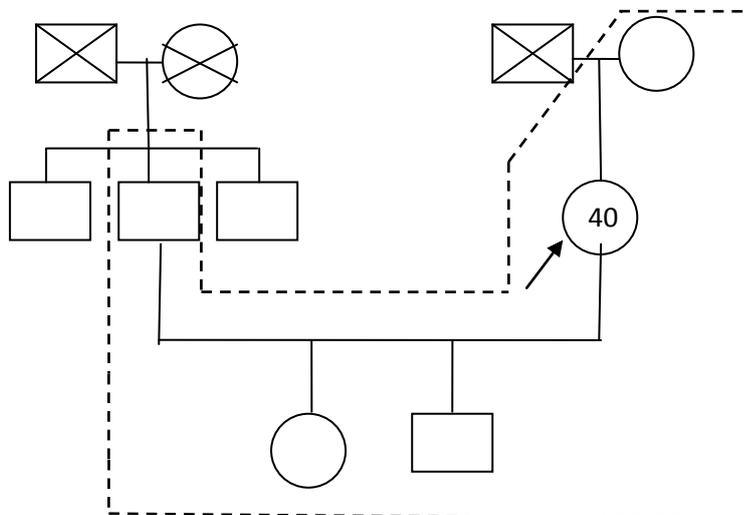
Riwayat kesehatan penyakit keluarga :

Klien mengatakan dalam keluarga tidak terdapat penyakit menular seperti TBC, Hepatitis, keluarga tidak ada yang memiliki penyakit menurun seperti, Hipertensi, Diabetes, dan dalam keluarga juga tidak ada yang punya penyakit seperti ini.

e) Riwayat psikososial :

Klien merasa putus asa karena penyakitnya tidak kunjung sembuh.

Genogram



Keterangan :  : Laki-laki meninggal  : Laki-laki hidup
 :  : Perempuan meninggal  : Perempuan hidup

 :  :Klien

 : ----- : tinggal satu rumah.

f) Riwayat obstetric

- a. Riwayat haid : Menarche usia 14 tahun, dalam 2 tahun pertama haid tidak teratur (dalam satu bulan haid 5 hari, lalu pada dua bulan selanjutnya klien tidak mengalami haid) jumlah darah yang keluar banyak, warna merah, bau amis, flour albus tidak pernah.
- b. Riwayat perkawinan : klien menikah usia 24 tahun.
- c. Riwayat kehamilan : Klien mengatakan selama kehamilan anak ke 1 dan 2 mengalami mual-muntah selama 3 minggu, kehamilan cukup bulan, dan melahirkan secara normal.

g) Pola fungsi kesehatan

- 1) Pola persepsi dan tatalaksana hidup sehat.

Sebelum masuk rumah sakit :

Klien mengatakan saat pagi hari dimandikan oleh suaminya, dan saat sore hari klien di seka oleh anak-anaknya. Klien gosok gigi 1x/hari, keramas 3hari sekali, dan klien mengatakan jika sakit klien berobat ke alternatif herbal.

Masuk rumah sakit :

Klien diseka pagi dan sore dengan sabun, gosok gigi 1x/hari, klien tidak keramas selama MRS (2 hari).

2) Pola nutrisi dan metabolisme

Sebelum masuk rumah sakit :

Klien mengatakan sebelum sakit makan 3 kali sehari, namun tiap kali makan klien hanya menghabiskan satu sendok makan saja dengan komposisi : nasi, lauk/sayur.

Masuk rumah sakit :

klien mengatakan selama dirumah sakit klien juga tidak nafsu makan, setiap kali makan klien selalu mual. Diit dari rumah sakit klien hanya menghabiskan 1 sendok makan. klien makan 3 kali sehari, BB SMRS :44 kg, BB MRS :42 kg.

3) Pola aktivitas

Sebelum masuk rumah sakit :

Klien mengatakan selama di rumah tidak dapat melakukan aktifitas sebagai istri dan ibu rumah tangga karena kaki kiri klien mengalami kelumpuhan dan badan klien terasa lemas.

Masuk rumah sakit :

Klien mengatakan dirumah sakit hanya tiduran saja, dan semua aktifitasnya selalu dibantu oleh keluarga.

4) Pola eliminasi

Sebelum masuk rumah sakit :

klien mengatakan BAB 2 hari sekali dengan karakteristik : encer berampas, dan BAK 3 kali sehari dengan karakteristik : warna kuning, tidak ada darah, ada keluhan dengan buang air besar.

Masuk rumah sakit :

Klien mengatakan selama di rumah sakit BAB 2 kali sehari dengan karakteristik : encer berampas, dan BAK 4 kali sehari dengan karakteristik : warna kuning, tidak ada darah.

5) Pola istirahat

Sebelum masuk rumah sakit :

Klien mengatakan dirumah sehari-hari istirahat tidur malam 2-4 jam, tidur siang 1-2 jam.

Masuk rumah sakit :

Klien selalu tidur tidak teratur hanya sekitar 2-5 jam, klien sulit untuk mengawali tidur karena badannya terasa nyeri.

6) Pola hubungan dan peran

Klien mengatakan di rumah hubungan dengan ibu kandungnya terjalin kurang baik, tetapi dengan keluarga yang lain hubungannya terjalin baik.

Klien merasa sedih karena tidak bisa berperan baik sebagai istri dan ibu.

Di RS klien mengatakan hubungan dengan klien lain yang satu kamar juga terjalin baik.

7) Pola sensori dan kognitif

Sensori =

- a) Klien mengatakan tidak mengalami gangguan penglihatan, pendengaran, penciuman dan perabaan.
- b) Klien mengatakan nyeri dan lemas pada seluruh tubuhnya, nyeri yang dirasakan kadang datang dan kadang hilang lagi, nyeri sedang dengan skala nyeri 4 (0-10).

Kognitif =

Klien mengatakan bahwa penyakit kanker serviks ditandai dengan perdarahan pada vagina dengan terus-menerus dan klien merasa putus asa dengan penyakitnya, klien merasa penyakitnya tidak dapat disembuhkan lagi. Jika klien sakit klien berobat ke pengobatan tradisional/herbal.

8) Pola persepsi dan konsep diri

Gambaran diri :

Sebelum masuk rumah sakit :

Klien menyadari bahwa dirinya seorang perempuan dan ia memiliki 2 orang anak (1 perempuan dan 1 laki-laki).

Masuk rumah sakit : Klien menyadari saat ini ia dalam keadaan sakit dan terpasang infus.

Harga diri :

Sebelum masuk rumah sakit :

Klien tidak menarik diri dan klien selalu berusaha berkumpul dengan keluarga dan tetangga, namun klien mengatakan terkadang ia merasa rendah diri.

Masuk rumah sakit :

Klien merasa rendah diri dengan kondisi yang dialaminya saat ini dan ibu klien tidak menerima kondisi klien saat ini, namun keluarga yang lain masih tetap menerima kondisi klien saat ini dan terus memberikan dukungan semangat.

Ideal diri :

Sebelum masuk rumah sakit :

Klien mengatakan selalu berkumpul dengan suami dan kedua anaknya.

Masuk rumah sakit :

Klien mengatakan bahwa ia sudah putus asa dengan penyakitnya dan klien berharap agar Allah segera mencabut nyawanya agar klien tidak terus menerus merepotkan suami dan anak-anaknya.

Peran :

Sebelum masuk rumah sakit :

Klien mengatakan perannya sebagai istri dan ibu tidak dapat ia lakukan dengan baik, setelah mengalami sakit kanker serviks sejak 1 tahun yang lalu, dan perannya digantikan oleh suami dan anak-anaknya.

Masuk rumah sakit :

Klien dirumah sakit perannya sebagai pasien, sehingga tanggung jawabnya semakin terganggu.

Identitas diri : Klien berjenis kelamin perempuan dan sudah menikah.

9) Pola reproduksi dan seksual

Klien mengatakan cemas dan malu karena semenjak mengalami sakit kanker serviks klien tidak melakukan hubungan suami istri pervagina.

10) Pola penanggulangan stress

Klien mengatakan bila ada masalah selalu membicarakan dengan orang terdekat yaitu suaminya dan anak-anaknya.

11) Pola tata nilai dan kepercayaan

Klien mengatakan beragama islam. Selama klien di rumah sakit tetap menjalankan ibadahnya dengan cara berdo'a.

3.1.2 Data obyektif

1. Pemeriksaan umum

Keadaan umum lemah, keluar keringat dingin, akral dingin dan pucat, kesadaran menurun, observasi vital sign TD: 110/60 mmHg, Nadi: 88 x/menit, Suhu 36° C, RR: 24 x/menit.

2. Pemeriksaan fisik

a) Kepala :

bentuk simetris, rambut hitam, rambut mudah rontok, kulit kepala kotor, tidak terdapat benjolan abnormal.

b) Mata :

Bentuk simetris, sclera putih, konjungtiva pucat, lingkaran mata berwarna hitam.

c) Hidung :

Bentuk simetris, bersih, tidak ada sekret, terdapat bulu hidung.

d) Telinga :

Bentuk simetris, tidak ada cairan yang keluar dari telinga, pendengaran normal.

e) Mulut :

bibir kering, pucat, tidak ada stomatitis, gigi tidak caries, gigi dan mulut tampak kotor.

f) Thorak:

bentuk simetris, tidak ada nyeri tekan.

g) Abdomen

Inspeksi : Bentuk simetris, tidak ada lesi, tidak ada benjolan abnormal, tidak ada pembesaran hepar.

Palpasi : Terdapat nyeri tekan pada daerah gastro.

Perkusi : Suara timpani.

Auskultasi : Terdapat suara bising usus 25 kali/menit.

h) Inguinal :

Tidak terdapat benjolan abnormal pada inguinal, terdapat lesi.

i) Genetalia

Keluarnya darah yang terus menerus sekitar 100cc/hari, warna vagina merah meradang, vagina berbau, warna darah merah segar dan bercampur lendir, darah berbau, sehari klien menghabiskan 3-5 pampres.

j) Anus

Tidak terdapat hemoroid.

k) Ekstremitas

pada ekstremitas atas akral dingin dan pucat, tangan sebelah kiri terpasang infus, pada ekstremitas bawah kaki dingin dan pucat, terdapat edema pada ekstremitas kaki kanan dan kiri.

3. Pemeriksaan penunjang :

a. Pemeriksaan laboratorium

Tanggal 21 April 2014

	Pemeriksaan	Hasil	Nilai normal
<u>HEMATOLOGI</u>	Hemoglobin	4,8 gr%	11,5-18,0 g/dl
	Leukosit	9.100	4.000-11.000/dl
	LED	60/95	0-20 perjam
	Trombosit	280.000	150.000/450.000/ul
	PCV	17%	35-50%
	Erythorit	2,28	3,5-60jt/cmm

<u>KIMIA KLINIK</u>			
	Glukosa acak	88	120
	Albumin	2,2	3,6-5,2 mg/dl
	BUN	10,1	4,7-23,3 mg/dl
	Kreatinin	0,89	0,6-1,0 mg/dl

<u>ELEKTROLIT</u>			
	Natrium	125,8	136-149m Eq/
	Kalium	3,99	4-5 m Eq/l
	Khlorida	97,2	98-107m Mol/l

b. Pemeriksaan radiologi

Tidak terdapat pemeriksaan radiologi.

c. Pemeriksaan lain-lain

Tanggal 21 APRIL 2014

ECG

Heart Rate =119 bpm

Pr = 124 ms

QRS Dur. = 76 ms

QT/QTc = 360/511 ms

P-Q-T axes 120-109-58

- Analysis Result (to be finally confirmed by cardiologist)

Sinus tachycardi (HR = 100-130)

Low voltage QRS

Right axis deviation

- Axis and MI be inirect due to low voltage (Moderately abnormal ECG)

4. Terapi :

- a) Infus RL 500 cc 25 tetes per menit.
- b) Ondansentron 8ml (2x1)
- c) Diit TKTP

3.1.3 Daftar masalah keperawatan

1. Perubahan perfusi jaringan (anemia).
2. Pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.
3. Intoleransi aktifitas.
4. Pola eliminasi alvi.
5. Pola istirahat tidur.
6. Pola kognitif.
7. Pola persepsi dan konsep diri.
8. Pola reproduksi dan seksual.

3.1.4 Analisa Data

Tanggal 21-4-2014 pukul 16.30 WIB

Data 1

Data subyektif : klien mengatakan badannya terasa lemah, lesu, dan vagina terus mengeluarkan darah berwarna merah dan berbau, pusing, mata berkunang-kunang.

Data obyektif : a. Klien tampak lemah, lesu

b. Kuku kaki dan telapak tangan terlihat pucat/putih

- c. Konjungtiva pucat
- d. Turgor kulit menurun
- e. Mukosa bibir kering
- f. Keluarnya darah berwarna merah dan bercampur lendir terus menerus pada vagina
- g. Hemoglobin 4,8 (nilai normal 11,5-18,0 g/dl)
- h. Albumin 2,2 (nilai normal 3,6-5,2 mg/dl)
- i. TTV : tekanan darah 80/40 mmHg, nadi 121 x/menit, suhu 36,1°C, RR 22 x/menit.

Masalah : Perubahan perfusi jaringan (anemia).

Kemungkinan penyebab : Perdarahan masif intra servikal.

Data 2

Data subyektif : Klien mengatakan tidak nafsu makan, mual, BB turun.

Data obyektif : a. Klien tidak nafsu makan, dalam satu porsi yang di sediakan klien hanya memakan satu sendok saja.

b. Klien mengalami penurunan berat badan (2kg).

Masalah : Pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

Kemungkinan penyebab : Anoreksia.

Data 3

Data subyektif : Klien mengatakan tubuhnya terasa sangat lemas, klien mengatakan miring ke kanan atau ke kiri saja butuh bantuan

suaminya, klien mengatakan segala aktivitasnya dibantu oleh suami dan anak-anaknya.

Data obyektif : a. Klien nampak lemah.

b. Klien nampak berbaring ditempat tidur saja.

c. Aktifitas klien selalu dibantu oleh oleh keluarga.

Masalah : Intoleransi aktifitas : kelemahan.

Kemungkinan penyebab : Penurunan produksi energi metabolik, peningkatan energi (status hipermetabolik), kebutuhan psikologik/emosional berlebihan.

3.2 Diagnosa keperawatan

1. Perubahan perfusi jaringan (anemia) berhubungan dengan perdarahan masif intra servikal.
2. Pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia.
3. Intoleransi aktifitas : kelemahan berhubungan dengan penurunan produksi energi metabolik, peningkatan energi (status hipermetabolik), kebutuhan psikologik/emosional berlebihan

3.3 Rencanan keperawatan

3.3.1 Diagnosa keperawatan pertama

Perubahan perfusi jaringan (anemia) berhubungan dengan perdarahan masif intra servikal ditandai dengan klien tampak lemah, lesu, turgor kulit menurun, keluarnya terus menerus darah berwarna merah dari vagina.

1. Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan 4x24jam klien mampu dan mengenali anemia, pencegahan terhadap terjadinya komplikasi perdarahan, klien tampak tidak lemah, lesu, dan turgor kulit membaik.
2. Kriteria hasil : Klien tidak tampak lemah, lesu, turgor kulit membaik, mukosa bibir lembab, Hb dalam batas normal (11,5-18,0 g/dl), Albumin dalam batas normal (4.000-11.000) TTV dalam batas normal

Tekanan Darah : 120/80 mmHg

Nadi : 60-100 x/menit

Suhu : 36,5°C – 37,5°C

RR : 16-20 x/menit

3. Rencana Tindakan

- 1). Lakukan pendekatan pada klien dan keluarga.

Rasional : dengan pendekatan pada klien dan keluarga diharapkan klien dan keluarga dapat kooperatif dalam melaksanakan tindakan keperawatan.

- 2). Kaji perdarahan klien tiap 3 jam, catat warna perdarahan, jumlah pembalut yang di gunakan.

Rasional : mampu mengetahui banyaknya perdarahan yang dikeluarkan oleh klien, sehingga mampu menentukan intervensi selanjutnya.

- 3). Kolaborasi dalam pemeriksaan hematologi

Rasional : dengan melakukan pemeriksaan hematologi, tim medis dapat memantau dan mencegah penurunan hemoglobin dan albumin.

- 4). Kolaborasi dalam pemberian infus (RL) dan tranfusi PRC

Rasional : Pemberian infus diharapkan dapat mencegah terjadinya syok pada klien.

3.3.2 Diagnosa keperawatan kedua

Pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia ditandai dengan klien tidak nafsu makan, klien mual, dalam satu porsi yang di sediakan klien hanya memakan satu sendok saja.

1. Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatn 3x24jam klien menunjukkan kebutuhan nutrisi terpenuhi dan peningkatan status energi metabolik.
2. Kriteria hasil : Mencerna jumlah kalori/nutrien yang tepat, menunjukkan tingkat energi biasanya, mendemostrasikan BB stabil, klien tidak mual.
3. Rencana tindakan :
 - 1). Pantau masukan makanan setiap hari.
Rasional : Mengidentifikasi kekuatan/defisiensi nutrisi.
 - 2). Anjurkan makan sedikit tapi sering.
Rasional : Makan sedikit tapi sering dapat meningkatkan pemasukan adekuat.
 - 3). Auskultasi bising usus, catat adanya nyeri abdomen/perut kembung, mual, muntah.
Rasional : Hiperglikemi dan gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit dapat menurunkan motilitas lambung.
 - 4). Identifikasi makanan yang disukai termasuk kebutuhan kultural.
Rasional : Meningkatkan intake makanan dan sebagai perencanaan makanan untuk persiapan pasien pulang.
 - 5). Libatkan keluarga dan klien dalam perencanaan makan.

Rasional : Meningkatkan rasa keterlibatan, memberikan informasi pada keluarga untuk memahami nutrisi klien.

6). Timbang BB tiap 3hari sekali.

Rasional : Mengkaji pemasukan makanan yang adekuat (termasuk absorpsi dan utilisasinya).

7). Kolaborasi dengan ahli gizi.

Rasional : Menentukan kebutuhan energi dan jenis asupan nutrisi bagi klien.

3.3.3 Diagnosa ketiga

Intoleransi aktifitas : kelemahan berhubungan dengan penurunan produksi energi metabolik, kelelahan sekunder akibat anemia, peningkatan energi (status hipermetabolik), kebutuhan psikologik/emosional berlebihan ditandai dengan kondisi tubuh klien lemah, klien hanya berbaring ditempat tidur saja, semua aktifitas klien dibantu oleh keluarga .

1. Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan 4x24 jam klien mampu mempertahankan tingkat aktifitas yang optimal.

2. Kriteria hasil : Mengungkapkan peningkatan energi, menunjukkan perbaikan kemampuan untuk berpartisipasi dalam aktifitas yang di inginkan.

3. Rencana tindakan.

1). Diskusikan dengan klien kebutuhan akan aktifitas, buat jadwal perencanaan dengan pasien dan identifikasi yang menimbulkan kelelahan.

Rasional : Pendidikan dapat memberikan motivasi, meningkatkan tingkat aktifitas meskipun klien sangat lemah.

2). Berikan aktifitas alternatif dengan periode istirahat tanpa diganggu.

Rasional : Mencegah kelelahan yang berlebihan.

3). Pantau nadi, RR, TD sebelum dan sesudah melakukan aktifitas.

Rasional : Mengindikasikan tingkat aktifitas yang dapat ditoleransi secara fisiologis.

4). Bantu klien untuk ambulasi dan tingkatan aktifitas sesuai kebutuhan klien.

Rasional : Untuk mengetahui tingkat aktifitas klien.

5). Tingkatkan partisipasi klien dalam melakukan aktifitas sehari-hari sesuai dengan yang dapat ditoleransi.

Rasional : Meningkatkan kepercayaan diri/harga diri yang positif sesuai tingkat aktifitas yang ditoleransi klien.

3.4 Pelaksanaan (Catatan keperawatan)

3.4.4 Perubahan perfusi jaringan (anemia) berhubungan dengan perdarahan masif intra servikal.

Tanggal 21-4-2014 pukul 16.30 (Pelaksanaan)

a) Jam 16.30 : Mengkaji klien dan menanyakan apa yang dirasakan klien saat ini, dan membina hubungan saling percaya kepada klien dan keluarga.

Respon : Klien kooperatif dan bersikap terbuka.

b) Jam 17.00 : Mengobservasi klien

Respon : Tekanan darah 80/40 mmHg, nadi 121 kali/menit, suhu :36,1^o C
RR 22 kali/menit

c) Jam 18.00 : Mengobservasi perdarahan klien tiap 3 jam

Respon : Darah keluar sekitar 30cc dalam 3jam, warna merah dan berlendir, darah berbau.

d) Jam 18.30 : Mengkolaborasikan dalam pemeriksaan hematologi

Hasil lab, Hb = 4,8 (nilai normal 11,5-18,0 g/dl)

Albumin = 2,2 (nilai normal 3,6-5,2 mg/dl)

Respon : Pasien tampak lemah, lesu.

e) Jam 19.00 : Mengkolaborasikan dalam pemberian cairan infus RL

Cairan infus diberikan 25 tetes per menit.

Respon : Klien tampak tak berdaya/tidak bergairah.

f) Jam 20.00 : Memberikan tranfungsii (ke II) PRC 1kolf

Rasional : Klien kooperatif.

Tanggal 24-04-2014 pukul 15.00 WIB (Evaluasi)

a) Jam 14.30 : Menanyakan tentang perasaan klien sekarang

Respon : Klien mengatakan ingin segera bisa pulang.

b) Jam 16.00 : Mengobservasi klien

Respon : Tekanan darah 120/90 mmHg, nadi 92 kali/menit, suhu
36,5^o C, RR : 22 kali/menit.

c) Jam 17.00 : Memberikan injeksi ranitidin 4ml

Respon : Obat injeksi dapat masuk kedalam tubuh pasien

d) Jam 18.00 : Mengevaluasi hasil lab

Hb : 9,0 (nilai normal : 11,5-18,0)

Respon : Klien mengatakan matanya sudah tidak berkunang-kunang lagi.

e) Jam 19.00 : Mengobservasi perdarahan klien tiap 3jam

Respon : Darah keluar sekitar 30cc dalam 3jam, darah berwarna merah dan berlendir, darah berbau.

f) Jam 20.00 : Menyiapkan klien untuk pulang

Respon : Klien nampak senang karena sudah bisa pulang.

Tanggal 22-4-2014 pukul 14.30 (Pelaksanaan)

3.4.5 Pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia.

a) Jam 14.30 : Mendiskusikan program diet dan pola makan pasien.

Respon : Klien kooperatif dalam diskusi.

b) Jam 15.00 : Mengidentifikasi makanan yang disukai termasuk kebutuhan kultural.

Respon : klien menyebutkan makanan apa saja yang disukainya.

c) Jam 16.00 : Mengobservasi klien

Respon : Tekanan darah :120/70 mmHg, nadi : 100 kali/menit, suhu $36,3^{\circ} C$, RR : 22 kali/menit.

d) Jam 17.00 : Melakukan injeksi rantin 8ml

Respon : Obat injeksi ranitidin dapat masuk ketubuh pasien.

e) Jam 17.30 : Melibatkan/mendiskusikan dengan keluarga dan klien dalam

perencanaan makan.

Respon : Keluarga kooperatif dan mudah untuk diajak diskusi.

f) Jam 19.30 : Menyuapi klien

Respon : Klien hanya makan 1 sendok saja.

g) Jam 19.45 : Memberikan informasi tentang hasil labotarium

Hemoglobin 9,0, leukosit 13.600, LED 60/95, trombosit 106.000,
PCV 28%, Erythorit 3,7.

Respon : Klien mengatakan matanya sudah tidak berkunang-kunang lagi
dan keluarga mampu memahami mengenai hal yang di jelaskan.

h) Jam 20.00 : Kolaborasi dengan ahli gizi

Respon : Diet TKTP

i) Jam 20.45 : Memberikan tranfungsi PRC (ke II)

Respon : Tranfungsi PRC masuk, dan klien tidak terdapat keluhan.

Tanggal 23-4-2014 pukul 15.00 WIB (Pelaksanaan)

a) Jam 15.00 : Menanyakan tentang perasaan klien sekarang

Respon : klien mengatakan badannya masih terasa lemah.

b) Jam 16.00 : Mengobservasi klien

Respon : Tekanan darah :121/80 mmHg, nadi : 98 kali/menit, suhu
36,1^o C, RR : 22 kali/menit

c) Jam 17.00 : Memberikan injeksi ranitidin 8ml

Respon : Obat injeksi ranitidin dapat masuk ketubuh pasien.

d) Jam 18.00 : Mengkaji perdarahan klien tiap 3 jam

Respon : Darah keluar sekitar 30cc dalam 3jam, warna merah dan berlendir, darah berbau.

Tanggal 24-4-2014 pukul 14.30 WIB (Pelaksanaan)

a) Jam 15.00 : Menanyakan tentang perasaan klien sekarang

Respon : Klien mengatakan sudah ada peningkatan nafsu makan.

b) Jam 16.00 : Menyuapi klien

Respon : Klien makan 2-3 sendok.

c) Jam 16.20 : Mengobservasi klien

Respon : Tekanan darah 120/90 mmHg, nadi : 92 kali/menit, suhu $36,5^{\circ} C$
RR 22 kali/menit.

d) Jam 17.00 : Memberikan injeksi ranitidin 4ml

Respon : Obat injeksi ranitidin dapat masuk ke tubuh pasien.

e) Jam 17.30 : Memberikan informasi tentang hasil lab

Hemoglobin 9,0 g/dl, leukosit 10.100/dl, trombosit 91.000/ul,
PCV 27%, erythorit 3,43jt/cmm.

Respon : Klien mengatakan matanya sudah tidak berkunang-kunang lagi dan keluarga mampu memahami mengenai hal yang di jelaskan.

f) Jam 18.00 : Memberikan tranfusi (ke III) PRC 1 bag.

Respon : Klien tampak tidak semangat (putus asa).

g) Jam 19.00 : Menyuapi klien dengan buah dan makanan selingan

Respon : Klien lebih menyukai buah dan makanan selingan di banding

makanan pokok (nasi).

h) Jam 20.00 : Menimbang BB klien

Respon : BB belum mengalami peningkatan , BB SMRS = 44 kg, BB saat ini = 42 kg.

i) Jam 20.30 : Melibatkan dan memotivasi keluarga untuk sering menyuapi makanan selingan untuk klien.

Respon : Keluarga kooperatif dan tampak sering menyuapi klien dengan makanan selingan.

Tanggal 21-4-2014 pukul 14.30 WIB (Pelaksanaan)

3.4.6 Intoleransi aktifitas : kelemahan berhubungan dengan penurunan produksi energi metabolik, kelelahan sekunder akibat anemia, peningkatan energi (status hipermetabolik), kebutuhan psikologik/emosional berlebihan.

a) Jam 14.30 : Menanyakan keluhan klien dan menganjurkan klien untuk tidak membatasi gerak.

Respon : Klien menyebutkan keluhannya, namun klien tampak masih membatasi gerak.

b) Jam 14.45 : Mendiskusikan dengan klien kebutuhan akan aktifitas, buat jadwal perencanaan dengan pasien dan identifikasi yang menimbulkan kelelahan.

Respon : Klien menyebutkan hal-hal yang dapat menimbulkan kelelahan, seperti saat dimandikan dan di ganti bajunya.

c) Jam 15.30 : Membantu klien untuk ambulasi dan meningkatkan aktifitas

sesuai kebutuhan klien.

Respon : Klien kooperatif.

d) Jam 16.00 : Mengobservasi klien.

Respon : Tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 98 kali/menit, suhu
36,1^o C, RR : 22 kali/menit

e) Jam 18.30 : Meningkatkan partisipasi klien dalam melakukan aktifitas
sehari-hari sesuai dengan yang dapat ditoleransi.

Raspon : Klien kooperatif.

Tanggal 24-4-2014 pukul 14.00 (Evaluasi)

a) Jam 14.30 : Menanyakan tentang perasaan klien sekarang

Respon : Klien nampak lebih baik dan ingin segera bisa pulang.

b) Jam 15.00 : Menjelaskan kepada klien tentang keadaanya saat ini.

Respon : Klien memahami tentang penjelasan.

c) Jam 15.30 : Membantu klien dalam pemenuhan kebutuhannya sehari-hari.

Respon : Klien tampak senang dan kooperatif.

d) Jam 15.45 : Membantu klien untuk ambulasi dan meningkatkan aktifitas
sesuai kebutuhan klien.

Respon : Klien kooperatif.

e) Jam 16.00 : Mengobservasi klien.

Respon : Tekanan darah 120/90 mmHg, nadi 92 kali/menit, suhu 36,5^o C
RR 22 kali/menit

f) Jam 17.00 : Memberikan injeksi ranitidin 4ml

Respon : Obat injeksi ranitidin dapat masuk ke dalam tubuh klien.

- g) Jam 18.00 : Menganjurkan klien untuk gerak aktif maupun pasif.

Respon : Klien berusaha menggerak-gerakkan tubuhnya.

- h) Jam 19.00 : Meningkatkan partisipasi klien dalam melakukan aktifitas sehari-hari sesuai dengan yang dapat ditoleransi.

Raspon : Klien kooperatif.

- i) Jam 20.00 : Menyiapkan klien untuk pulang

Respon : Klien nampak senang karena sudah bisa pulang.

3.5 Evaluasi Keperawatan

3.5.1 Catatan Perkembangan

1. Perubahan perfusi jaringan (anemia) berhubungan dengan perdarahan masif intra servikal ditandai dengan klien tampak lemah, lesu, klien tampak tak berdaya/tidak bergairah, keluarnya darah terus menerus melalui vagina, mata berkunang-kunang, pusing, kuku kaki terlihat dan telapak tangan pucat/putih, mukosa bibir kering, keluarnya darah berwarna merah terus menerus pada vagina, hemoglobin 4,8 (nilai normal 11,5-18,0 g/dl), albumin 2,2 (nilai normal 3,6-5,2 mg/dl), TTV : tekanan darah 80/40 mmHg, nadi 121 x/menit, suhu 36,1°C, RR 22 x/menit.

Tanggal 21-4-2014 pukul 15.00 WIB

- S : Klien mengatakan lemah, pusing, mata berkunang-kunang, keluarnya darah merah bercampur lendir pada vagina.

O : Klien tampak tak berdaya/tidak bergairah, kuku kaki dan telapak tangan pucat/putih, mukosa bibir kering, keluaranya darah berwarna merah terus menerus pada vagina sekitar 100cc/hari, hemoglobin 4,8 (nilai normal 11,5-18,0 g/dl), albumin 2,2 (nilai normal 3,6-5,2 mg/dl), TTV : tekanan darah 80/40 mmHg, nadi 121 x/menit, suhu 36,1°C, RR 22 x/menit.

A : Masalah belum teratasi.

P : Intervensi dilanjutkan.

Tanggal 24-4-2014 pukul 15.00 WIB

S : Klien mengatakan sudah membaik, pusing berkurang.

O : Kuku kaki dan telapak tangan tidak tampak pucat/putih lagi, mukosa bibir lembab, keluaranya darah berwarna merah dan bercampur lendir terus menerus pada vagina sekitar 50cc/hari, hemoglobin 9,0 (nilai normal 11,5-18,0 g/dl), TTV : tekanan darah 120/90 mmHg, nadi 92 x/menit, suhu 36,5°C, RR 22 x/menit.

A : Masalah teratasi sebagian.

P : Intervensi di pertahankan.

2. Pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia ditandai dengan klien tidak nafsu makan, klien mual, dalam satu porsi yang disediakan klien hanya memakan satu sendok saja.

Tanggal 21-4-2014 pukul 15.00 WIB

S : Klien mengatakan tidak nafsu makan, mual, BB turun.

O : Klien tidak nafsu makan, dalam satu porsi yang di sediakan klien hanya memakan 1 sendok saja, klien tampak cemas dan murung dengan kondisi tubuhnya saat ini.

A : Masalah belum teratasi.

P : Intervensi dilanjutkan.

Tanggal 23-4-2014 pukul 15.00 WIB

S : Klien mengatakan mulai nafsu makan lagi, sudah tidak mual.

O : Klien tampak mulai nafsu makan dalam satu porsi klien makan 2-3 sendok.

A : Masalah teratasi sebagian.

P : Intervensi dilanjutkan.

3. Intoleransi aktifitas : kelemahan berhubungan dengan penurunan produksi energi metabolik, peningkatan energi (status hipermetabolik), kebutuhan psikologik/emosional berlebihan ditandai dengan klien nampak lemah dan hanya berbaring diatas tempat tidur dan semua aktifitas klien selalu dibantu oleh keluarga.

Tanggal 21-4-2014 pukul 15.00 WIB

S :Klien mengatakan masih lemas

O :Klien hanya berbaring diatas tempat tidur, semua aktivitasnya di bantu oleh keluarganya.

A :Masalah belum teratasi

P :Intervensi dilanjutkan

Tanggal 24-4-2014 pukul 15.00 WIB

S :Klien mengatakan keadaanya saat ini mulai membaik

O :Semua aktivitas klien masih dibantu oleh keluarga.

A :Masalah belum teratasi

P :Intervensi dilanjutkan (KRS pada tanggal 24-4-2014 pukul 21.00 WIB).

3.5.2 Evaluasi

1. Perubahan perfusi jaringan berhubungan dengan perdarahan masif intra servikal ditandai dengan klien lemah, lesu, klien tak berdaya/tidak bergairah, keluarnya darah terus menerus melalui vagina, mata berkunang-kunang, pusing, kuku kaki dan telapak tangan pucat, mukosa bibir kering, keluarnya darah berwarna merah terus menerus pada vagina, hemoglobin 4,8 (nilai normal 11,5-18,0 g/dl), albumin 2,2 (nilai normal 3,6-5,2 mg/dl), TTV : tekanan darah 80/40 mmHg, nadi 121 x/menit, suhu 36,1°C, RR 22 x/menit. Intervensi untuk menuju tujuan dihentikan pada tanggal 24-4-2014 pukul 20.00 WIB. Keadaan klien sudah membaik, pusing berkurang, kuku kaki dan telapak tangan tidak pucat/putih lagi, mukosa bibir lembab, keluarnya darah berwarna merah dan bercampur lendir terus menerus pada vagina sekitar 50cc/hari, hemoglobin 9,0 (nilai normal 11,5-18,0 g/dl), TTV : tekanan darah 120/90 mmHg, nadi 92 x/menit, suhu 36,5°C, RR 22 x/menit.
2. Pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia di tandai dengan klien tidak nafsu makan, dalam porsi yang di

sediakan klien hanya makan 1 sendok saja. Intervensi untuk menuju tujuan dihentikan pada tanggal 23-4-2014 pukul 20.00 WIB. Klien sudah mulai nafsu makan lagi, sudah tidak mual, dalam satu porsi klien makan 2-3 sendok.

3. Intoleransi aktifitas : kelemahan berhubungan dengan penurunan produksi energi metabolik, peningkatan energi (status hipermetabolik), kebutuhan psikologik/emosional berlebihan ditandai dengan klien nampak lemah, klien hanya berbaring di tempat tidur saja, semua aktifitas klien dibantu oleh keluarga. Intervensi untuk menuju tujuan dihentikan pada tanggal 24-4-2014 pukul 20.00 WIB. Keadaan klien mulai membaik, aktifitas klien masih dibantu oleh keluarga.