

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Perawatan Paliatif

2.1.1 Definisi perawatan paliatif

Perawatan paliatif berasal dari istilah Inggris "*palliate*," yang berarti meringankan, sedangkan "*palliare*" dalam bahasa Latin berarti menyelubungi. Ini adalah jenis pelayanan kesehatan yang berfokus pada pengurangan gejala pasien tanpa memberikan kesembuhan (Firmana & Anina, 2024). Perawatan paliatif merupakan sistem perawatan terintegrasi yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup dengan meredakan nyeri dan penderitaan individu, serta memberikan dukungan spiritual dan psikososial sejak diagnosis hingga akhir hayat, termasuk dukungan bagi keluarga yang berduka (Susilawati et al., 2024). Menurut (Rahajeng, 2015) perawatan paliatif merupakan metode untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga yang menghadapi penyakit terminal dengan mengurangi nyeri serta menyediakan dukungan fisik, psikososial, dan spiritual dari saat diagnosis hingga akhir kehidupan pasien.

2.1.2 Tujuan perawatan paliatif

Pelayanan perawatan paliatif bertujuan untuk mencegah dan meringankan penderitaan, serta mempertahankan dan meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga. Hal ini dilakukan dalam menghadapi berbagai masalah yang terkait dengan penyakit yang diderita, melalui upaya pencegahan dan penanganan terhadap nyeri serta masalah-masalah lainnya, baik fisik, psikologis, spiritual, dukungan sosial, maupun dukungan keluarga kepada pasien selama masa sakit dan duka cita (Huriani et al., 2022a). Perawatan paliatif bertujuan untuk mencegah dan mengurangi penderitaan, serta memberikan dukungan dalam mencapai kualitas hidup terbaik bagi pasien dan keluarganya, tanpa

mempertimbangkan stadium penyakit atau kebutuhan terapi lainnya. Dengan demikian, perawatan ini dapat dilakukan bersamaan dengan perawatan yang bertujuan untuk memperpanjang atau mempertahankan kehidupan, atau sebagai fokus utama dalam keperawatan (Hidayat et al., 2023). Perawatan paliatif bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien, dengan fokus pada tujuan utama yang lebih spesifik. yaitu :

- a. Meningkatkan kapasitas keluarga untuk memberikan perawatan paliatif.
- b. Mendukung peningkatan akses ke perawatan paliatif dalam perawatan, dukungan, dan layanan pengobatan yang ada.
- c. Menganjurkan untuk perawatan paliatif yang berkelanjutan dan holistik.
- d. Meningkatkan akses terhadap obat-obatan dan komoditas penting dalam perawatan paliatif.
- e. Meningkatkan kualitas pelayanan perawatan paliatif

2.1.3 Prinsip perawatan paliatif

Prinsip perawatan paliatif menurut WHO (2020) yang dikutip oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia mencakup: pengurangan nyeri dan gejala fisik lainnya, penghargaan terhadap kehidupan dan pengakuan kematian sebagai proses normal, tidak bertujuan untuk mempercepat atau menghambat kematian, integrasi aspek fisik, psikologis, sosial, dan spiritual, penyediaan dukungan agar pasien dapat menjalani hidup seaktif mungkin, dukungan kepada keluarga selama masa berduka, penggunaan pendekatan tim untuk memenuhi kebutuhan pasien dan keluarganya, serta penghindaran tindakan yang tidak perlu dan bersifat individual sesuai kebutuhan pasien. Prinsip dasar perawatan paliatif menurut Huriani et al (2022) yaitu :

- a. Menghormati dan menghargai pasien serta keluarganya

- b. Kesempatan atau hak untuk memperoleh kepuasan dan perawatan paliatif yang sesuai
- c. Mendukung penyedia perawatan
- d. Pengembangan profesi dan dukungan sosial untuk perawatan paliatif

Sedangkan menurut Sinardja (2020) Perawatan paliatif didasarkan pada pola dasar berikut:

- a. Meningkatkan kualitas hidup dan memandang kematian sebagai proses yang wajar.
- b. Meringankan rasa sakit dan ketidaknyamanan
- c. Memelihara keseimbangan psikologis, sosial, dan spiritual
- d. Mengupayakan agar individu yang terdampak tetap aktif hingga akhir hayat.
- e. Berusaha mengatasi suasana duka dalam keluarga.
- f. Mengadopsi pendekatan tim untuk memenuhi kebutuhan pasien dan keluarganya.
- g. Mohon hindari tindakan yang tidak relevan saat ini.

2.1.4 Karakteristik perawatan paliatif

Cakupan perawatan paliatif sangat komprehensif dan melibatkan tidak hanya dokter dan perawat, tetapi juga ahli gizi, terapis fisik, pekerja sosial, psikolog/psikiater, pendeta, serta layanan terkait lainnya dengan sepenuh hati (Korengkeng & Rantung, 2024). Perawatan dapat dilaksanakan melalui metode berikut: Rawat inap, rawat jalan, perawatan di rumah, penitipan siang hari, perawatan jangka pendek, dan pelayanan kesehatan di rumah dilakukan dengan mengunjungi pasien di kediaman mereka, khususnya bagi yang tidak dapat hadir di rumah sakit. Tim mengunjungi pasien dan keluarga untuk memantau aspek medis, psikologis, sosial, dan spiritual serta mencari solusi. Penitipan siang hari merujuk pada penyediaan perawatan bagi pasien selama jam kerja (misalnya, penitipan siang hari di pusat penitipan anak) ketika pengasuh

atau anggota keluarga yang merawat pasien memiliki kebutuhan lain (Mursid et al., 2024). Perawatan tangguh saat ini adalah layanan psikologis di mana pasien menerima konsultasi dari psikolog dan psikiater, berinteraksi dengan pasien kanker lainnya, serta berpartisipasi dalam terapi music. Adapun beberapa bentuk peran perawat perawatan paliatif menurut (Kristanti, 2024) yaitu :

- a. *Valving* memiliki kemampuan untuk menghargai nilai dan keyakinan individu.
- b. Menghubungkan, menunjukkan kemampuan untuk senantiasa berinteraksi dengan pasien dan keluarga, serta berusaha memahami pengalaman yang mereka alami.
- c. Member *empowering*, memberdayakan pasien and keluarga untuk bertindak sesuai dengan kemampuan dan harapan yang mereka inginkan.
- d. Selain memberikan pelayanan terhadap kebutuhan fisik pasien, perawat juga harus mengoptimalkan kemampuan pasien untuk mengatasi masalah atau keluhan yang dialaminya.
- e. Menemukan makna dalam pelayanan perawatan paliatif memotivasi pasien untuk menetapkan arti dari kondisi sakitnya atau keadaan saat ini, yang merupakan aspek penting dalam pengelolaan keluhan.
- f. Mempertahankan integritas pribadi adalah aspek terpenting untuk menjaga harga diri, kepercayaan diri, dan semangat, sehingga dapat menjalankan peran dan fungsi anggota tim secara efektif yang dirasakan oleh pasien.

2.1.5 Kompetensi perawatan paliatif

Menurut Rahajeng (2015), perawat paliatif harus memiliki pengetahuan dan keterampilan yang sesuai dengan prinsip-prinsip pengelolaan paliatif. Perawat paliatif bertanggung jawab atas penilaian,

pengawasan, dan pengelolaan perawatan pasien paliatif. Adapun peran dan tanggung jawab masing-masing perawat yaitu :

1. Perawat berfungsi sebagai koordinator layanan paliatif
 - a. Mengorganisir pelaksanaan program paliatif, baik untuk perawatan jalan, perawatan inap, maupun perawatan di rumah.
 - b. Menyiapkan peralatan medis yang diperlukan.
 - c. Mendistribusikan dan menghubungi tenaga pelaksana kepada anggota tim atau unit layanan lainnya.
 - d. Menyusun jadwal kunjungan dan menentukan tenaga paliatif yang diperlukan.
 - e. Mengawasi dan menilai pelaksanaan program paliatif (Suprpto, 2022).
2. Perawat berperan sebagai koordinator layanan paliatif
 - a. Mengatur pelaksanaan program paliatif, baik untuk perawatan rawat jalan, rawat inap, maupun perawatan di rumah.
 - b. Menyiapkan peralatan medis yang diperlukan.
 - c. Distribusi dan komunikasi dengan pelaksana kepada anggota tim atau unit layanan lainnya.
 - d. Menyusun jadwal kunjungan dan menetapkan tenaga paliatif yang diperlukan.
 - e. Memantau dan mengevaluasi pelaksanaan program paliatif.
 - f. Melaporkan setiap kemajuan pasien kepada dokter yang bertanggung jawab dan koordinator program paliatif.
 - g. Evaluasi terhadap asuhan keperawatan yang telah dilaksanakan, baik secara langsung maupun tidak langsung, melalui laporan harian petugas perawatan.
 - h. Mengajukan rencana perawatan baru atau lanjutan kepada dokter penanggung jawab atau koordinator jika diperlukan. h) Mengubah rencana perawatan sesuai kesepakatan dan persetujuan dokter

penanggung jawab serta menginformasikan kepada tenaga medis yang terlibat.

- i. Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan pengawasan penggunaan obat serta pemeliharaan peralatan medis (Wahyuningsih et al., 2023).

3. Perawat Homecare

- a. Menerima permohonan perawatan homecare dari dokter yang bertanggung jawab atas pasien melalui koordinator program paliatif.
- b. Mengkoordinasikan dan menganalisis program homecare serta dokter yang bertanggung jawab dan koordinator program paliatif.
- c. Melaksanakan perawatan keperawatan sesuai dengan program yang telah direncanakan.
- d. Reevaluation and assessment of the nursing care that has been implemented.
- e. Menginformasikan setiap kemajuan pasien kepada dokter yang bertanggung jawab.
- f. Mengusulkan intervensi keperawatan baru jika diperlukan serta melaksanakan pencatatan dan pelaporan.

4. Pelaku rawat (*carer*)

- a. Melaksanakan atau membantu pasien dalam perawatan diri dan aktivitas harian (memandikan, memberi makan, beraktivitas sesuai kemampuan pasien).
- b. Menyediakan obat dan melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rekomendasi dokter.
- c. Menginformasikan keadaan pasien kepada perawat.
- d. Mengidentifikasi dan melaporkan gejala fisik serta gejala lainnya kepada perawat.

2.1.6 Tempat pelayanan perawatan paliatif

Pelayanan perawatan paliatif dapat dilakukan di berbagai lokasi, termasuk rumah, rumah sakit, atau fasilitas kesehatan lainnya yang menawarkan layanan rawat inap maupun rawat jalan, sehingga pasien dapat mengakses layanan konsultasi setiap hari (Siagian & Perangin-angin, 2020). Pelayanan perawatan paliatif di rumah dapat dilaksanakan oleh dokter atau perawat komunitas, sedangkan pelayanan perawatan paliatif di rawat inap dapat dilakukan di rumah sakit yang menawarkan layanan khusus atau terintegrasi dengan layanan lainnya, termasuk rumah hospis. Layanan primer in Indonesia terfokus pada Puskesmas, sementara di negara-negara yang telah menyediakan pelayanan paliatif, layanan tersebut dilaksanakan di rumah. Rumah hospis atau unit layanan khusus paliatif di rumah sakit bertujuan untuk memberikan perawatan kepada pasien dengan penyakit terminal atau penyakit stadium akhir (Firmana & Anina, 2024).

2.1.7 Jenis-jenis terapi perawatan paliatif

Dalam perawatan paliatif, tenaga medis tidak hanya menerapkan terapi farmakologi, tetapi juga terapi non-farmakologi untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dengan memberikan kenyamanan emosional dan fisik, mengurangi kebutuhan akan obat-obatan untuk meminimalkan efek samping, serta memberikan dukungan psikologis yang krusial bagi pasien dan keluarga. Terapi paliatif non-farmakologi merupakan metode yang diterapkan untuk mengatasi gejala dan memperbaiki kualitas hidup pasien tanpa memanfaatkan obat-obatan (Fajri et al., 2022). Berikut adalah beberapa jenis terapi non-farmakologis yang umum diterapkan dalam perawatan paliatif :

1. Terapi musik

Terapi musik mencakup pemanfaatan musik dan elemen-elemen musik (seperti suara, ritme, melodi, dan harmoni) oleh terapis berlisensi untuk mendukung klien dalam mencapai tujuan terapeutik. Ini mencakup peningkatan komunikasi, hubungan interpersonal, mobilisasi, ekspresi diri, serta pemenuhan kebutuhan emosional dan sosial klien (Kartika et al., 2024). Ada beberapa jenis terapi musik :

- a. Terapi music aktif : Klien terlibat secara langsung dalam kegiatan music, seperti menyanyi atau memainkan alat musik. Tujuan ini adalah untuk meningkatkan keterampilan sosial dan emosional.
 - b. Terapi music pasif : Klien mendengarkan music yang dipilih oleh terapis, yang dapat meredakan kecemasan dan meningkatkan suasana hati. Strategi ini efektif apabila klien mendengarkan genre music yang mereka nikmati.
 - c. Terapi music komposisi : Klien berkolaborasi dengan terapis untuk menghasilkan musik, baik dalam aspek lirik maupun melodi. Ini dapat meningkatkan kepercayaan diri dan kreativitas.
 - d. Terapi music improvisasi : Klien diajak untuk berimprovisasi dalam menciptakan music, yang memungkinkan mereka mengekspresikan emosi dan perasaan yang sulit diungkapkan secara verbal.
2. Aromaterapi
- Aromaterapi melibatkan pemanfaatan bahan aromatik, termasuk minyak esensial yang berasal dari tumbuhan, untuk merangsang indra penciuman dan memengaruhi emosi serta kesehatan individu. Terapi ini dapat diterapkan sebagai intervensi non-farmakologis dalam berbagai konteks, termasuk manajemen stres, kecemasan, dan nyeri (Patoni et al., 2023). Aromaterapi dapat diterapkan melalui berbagai metode, termasuk :
- a. Inhalasi : Menghirup aroma minyak esensial melalui diffuser atau langsung dari botol.
 - b. Pijat : Menggunakan minyak esensial yang dicampur dengan minyak pembawa untuk pijat relaksasi.
 - c. Mandi : Menambahkan beberapa tetes minyak esensial ke dalam air mandi untuk efek relaksasi.
 - d. Kompres : Menggunakan kain yang dicelupkan dalam campuran air dan minyak esensial untuk meredakan nyeri atau ketegangan
3. Guided imagery adalah proses membayangkan tempat atau situasi yang menyenangkan dan menenangkan, yang dimaksudkan untuk membantu individu dalam mencapai keadaan relaksasi. Teknik ini dapat melibatkan seluruh dunia, sehingga menghasilkan pengalaman yang lebih mendalam dan efektif dalam mengurangi

stres dan kecemasan (Isti Warsini, 2023). Proses pelaksanaan dalam melakukan terapi ini yaitu :

- a. Persiapan: Individu diminta untuk menemukan tempat yang nyaman dan tenang.
 - b. Relaksasi Awal: Menggunakan teknik pernapasan dalam untuk membantu merelaksasi tubuh.
 - c. Visualisasi: Individu dipandu untuk membayangkan gambar atau pengalaman yang menyenangkan, sering kali dengan bantuan suara lembut dari terapis atau rekaman.
 - d. Penutupan: Setelah sesi, individu diharapkan kembali ke keadaan sadar dengan perlahan, membawa perasaan tenang dan relaksasi ke dalam aktivitas sehari-hari.
4. Relaksasi progresif adalah metode yang fokus pada aktivitas otot dengan mengidentifikasi otot-otot yang tegang, kemudian menerapkan teknik relaksasi untuk mengurangi ketegangan dan mencapai keadaan rileks. Teknik ini dikembangkan oleh Dr. Edmund Jacobson pada tahun 1920-an dan telah terbukti efektif dalam mengatasi stres, kecemasan, serta berbagai masalah kesehatan lainnya (Jaya et al., 2024). Prosedur untuk melakukan relaksasi progresif biasanya melibatkan langkah-langkah berikut:
- a. Persiapan: Temukan tempat yang nyaman, jauh dari kebisingan, dan pastikan pakaian tidak terlalu ketat.
 - b. Fase Relaksasi: mulai dengan mengencangkan otot-otot tertentu (misalnya tangan, lengan, kaki) selama beberapa detik, kemudian, lepaskan ketegangan dan fokus pada sensasi relaksasi yang muncul,
 - c. Penerapan Berulang: Ulangi proses ini untuk kelompok otot lainnya di seluruh tubuh, seperti otot wajah, leher, punggung, dan kaki
5. Terapi zikir
- Terapi zikir adalah metode penyembuhan yang melibatkan pengulangan nama Allah. Tujuannya adalah untuk mendekatkan diri kepada-Nya dan memberikan ketenangan jiwa. Dzikir dapat dilakukan secara verbal maupun mental, dan mencakup berbagai bentuk seperti tasbih, tahmid, takbir, dan tahlil (Widyastuti et al., 2019). Praktik terapi zikir biasanya dilakukan dengan langkah-langkah berikut:
- Persiapan: Peserta diajak untuk meluruskan niat dan fokus pada kehadiran Allah.

- Pengucapan: Mengucapkan kalimat syahadat dan selawat sebagai pembuka.
- Inti Zikir: Mengulangi nama-nama Allah (asmaul husna) sambil memahami maknanya.
- Penutup: Mengambil nafas dalam-dalam sambil mengucapkan kalimat syukur seperti "Alhamdulillah" untuk menutup sesi

6. Terapi murottal

Murottal adalah rekaman audio Al-Qur'an yang diucapkan dengan irama pelan dan harmonis. Penafsiran ini dilakukan secara tartil, sehingga dapat memberikan efek menenangkan bagi pendengarnya. Terapi ini dipandang sebagai salah satu jenis musik yang memberikan dampak positif terhadap kesehatan mental dan emosional. Manfaat terapi murottal meliputi pengurangan kecemasan, peningkatan relaksasi, kegelisahan rasa nyeri, dampak positif terhadap kesehatan fisiologis, dan peningkatan kualitas hidup. Pelaksanaan terapi murottal biasanya melibatkan langkah-langkah berikut:

- Persiapan alat seperti earphone dan perangkat pemutar audio.
- Menyusun lingkungan yang nyaman dan tenang untuk mendengarkan.
- Memastikan pasien siap secara mental untuk menerima terapi.

Dengan pendekatan ini, terapi murottal menjadi salah satu metode non-farmakologis yang efektif dalam meningkatkan kesehatan mental dan emosional, serta memberikan dukungan spiritual bagi individu (Somana & Kukuh, 2017).

2.1.8 Prinsip asuhan perawatan paliatif

Menurut Wati (2022) dan Djamdin et al (2023) pelayanan paliatif adalah layanan yang mencakup:

- a. fokus pada kebutuhan pasien, bukan pada penyakit;
- b. Menerima kematian sambil berupaya meningkatkan kualitas hidup.
- c. Layanan yang mengembangkan kolaborasi antara pasien, tenaga kesehatan, dan keluarga pasien

- d. Fokus pada proses penyembuhan, bukan pada pengobatan, Dalam konteks ini, perawatan paliatif tidak bertujuan untuk mempercepat atau menunda kematian, karena kematian adalah proses alami bagi makhluk hidup. Oleh karena itu, dalam pelaksanaan perawatan paliatif, kematian akan terjadi secara alami pada pasien.

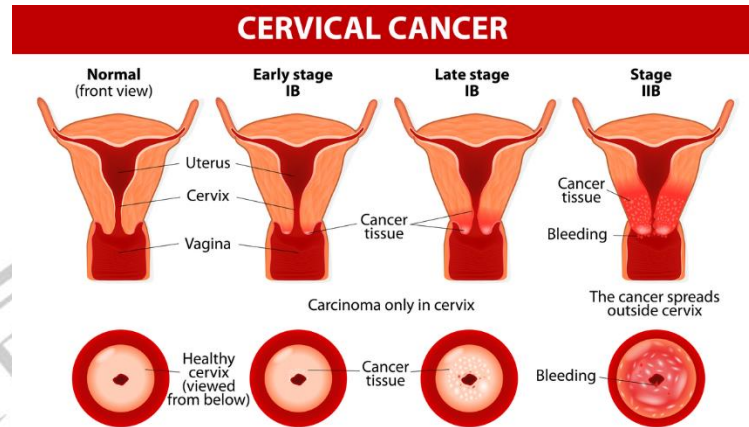
2.2 Kanker Serviks

2.2.1 Definisi kanker servik

Kanker serviks atau kanker leher rahim adalah neoplasma ganas yang terjadi di serviks. Serviks adalah bagian paling bawah dari rahim, berbentuk silindris yang menonjol dan terhubung dengan vagina melalui ostium uteri eksternum. Kanker serviks adalah penyakit yang ditandai oleh pertumbuhan sel yang tidak terkontrol dan proliferasi sel yang abnormal. Kanker serviks adalah neoplasma ganas yang berasal dari serviks, yaitu sepertiga bagian bawah uterus yang berbentuk silindris, menonjol, dan terhubung dengan vagina melalui ostium uteri eksternum. Kanker serviks adalah proses neoplasia maligna yang terjadi pada serviks, mengakibatkan jaringan sekitarnya tidak dapat menjalankan fungsinya secara optimal. Keadaan ini umumnya disertai oleh perdarahan dan sekresi vagina yang abnormal, serta dapat terjadi secara berulang. Kanker serviks dimulai dengan perubahan sel leher rahim normal menjadi sel abnormal yang membelah secara tidak terkontrol. Leher rahim yang aberrant ini dapat berkembang menjadi tumor. Tumor yang terbentuk dapat bersifat jinak atau ganas, yang berpotensi berkembang menjadi kanker dan menyebar.

2.2.2 Anatomi, fisiologi, dan histologi kangker serviks

a. Anatomi kangker serviks



Serviks adalah bagian paling bawah dari uterus yang menonjol ke bagian atas vagina. Bagian atas vagina mengelilingi serviks, membagi serviks menjadi dua bagian: supravaginal dan portio. Di bagian anterior batas atas serviks, ostium interna terletak pada ketinggian yang kira-kira sejajar dengan batas peritoneum pada kandung kemih. Kanalis servikalis memiliki bentuk fusiformis dengan orifisium interna yang mengalir ke dalam uterus dan orifisium eksterna yang mengalir ke dalam vagina. The cervix is innervated by sensory nerves and both the sympathetic and parasympathetic components of the autonomic nervous system. Susunan saraf simpatis berasal dari wilayah T5 L2 yang mengirimkan serat-serat yang bersinaps pada satu atau beberapa pleksus yang terletak di dinding perut posterior atau di dalam panggul, sehingga yang mencapai serviks adalah saraf pascaganglion. Serat parasimpatis berasal dari wilayah S2-S4 dan bersinaps di pleksus dekat atau pada dinding rahim. Serat saraf memasuki uterus melalui serviks dalam, sebagian besar melalui ganglion Frankenhauser (ganglion serviks, pleksus uterovaginal), yang

merupakan pleksus utama di panggul dan terletak dekat ujung ligamen sakrouterina.

b. Fisiologi serviks

Selama fase proliferasi siklus menstruasi, sekresi kelenjar serviks uteri bersifat cair dan berair. Jenis sekresi ini memfasilitasi pergerakan sperma melalui saluran serviks menuju rahim. Sebaliknya pada fase luteal (sekresi), siklus menstruasi dan kehamilan, sekresi kelenjar serviks menjadi kental dan membentuk sumbat lendir di dalam saluran serviks rahim. Ini menghalangi perjalanan sperma atau mikroorganisme dari vagina ke dalam rahim.

c. Histologi serviks

Bagian vaginal uterus umumnya dilapisi oleh epitel skuamosa berlapis non-keratin. Epitel tersebut mengalami modifikasi oleh hormon steroid ovarium, yang menyebabkan penambahan, pematangan, dan ekskresi sel epitel secara berkelanjutan. Oleh karena itu, ketebalan epitel secara keseluruhan biasanya akan sepenuhnya tergantikan dalam waktu 4-5 hari dalam kondisi normal. Bagian vagina dari rahim umumnya dilapisi oleh epitel skuamosa berlapis non-keratin. Epitel tersebut mengalami modifikasi oleh hormon steroid ovarium, yang menyebabkan penambahan, pematangan, dan ekskresi sel epitel secara berkelanjutan. Oleh karena itu, ketebalan epitel secara keseluruhan biasanya akan tergantikan sepenuhnya dalam waktu 4-5 hari dalam keadaan normal. Epitel skuamosa serviks yang dewasa terdiri dari beberapa lapisan sel yang terhubung dengan stroma di bawahnya melalui membran basal: Lapisan basal yang berdekatan dengan stroma berfungsi sebagai regeneratif. Lapisan ini terdiri dari satu atau dua lapis sel berbentuk elips. Sel-sel tersebut memiliki sedikit sitoplasma, inti berbentuk lonjong, banyak ribosom, dan mitokondria adalah .

- a. Lapisan perantara ditempati oleh sel-sel dewasa.

Seiring dengan peningkatan posisi, sel mengalami kematangan yang lebih tinggi, sitoplasma menjadi lebih besar, sementara ukuran inti tetap konstan, dan terdapat banyak glikogen dalam sitoplasma.

- b. Lapisan superfisial terdiri dari sel-sel yang paling dewasa, dengan inti yang sedikit menonjol di tengah sel dan piknotik. Sel berbentuk datar dengan sitoplasma yang kaya akan glikogen. Lapisan ini mengandung karatinsom yang bertanggung jawab atas proses keratinisasi untuk melindungi epitel dari trauma.
- c. Kanalis servikalis dan kelenjar serviks dilapisi oleh toraks epitel.

Inti sel terletak di bagian basal, sedangkan sitoplasmanya terletak di bagian atas dan mengandung granula halus serta bintik-bintik.

Di bawah pengaruh estrogen, sekresi lendir endoserviks umumnya meningkat dan mencapai puncaknya saat ovulasi, sedangkan di bawah progesteron, sekresi tersebut berkurang dan menjadi lebih kental. Oleh karena itu, selama masa ovulasi dan fase luteal, upaya untuk mengeliminasi lendir dari serviks akan menjadi lebih sulit dan memakan waktu lebih lama.

2.2.3 Etiologi kanker servik

Menurut, HPV terdeteksi pada mayoritas individu yang aktif secara seksual pada berbagai tahap kehidupan mereka. Terdapat lebih dari 130 jenis HPV yang teridentifikasi, di mana 20 jenis HPV dikategorikan sebagai 13 yang berhubungan dengan kanker. Level paparan HPV hanya teridentifikasi pada wanita, karena pria tidak menjalani skrining di luar protokol penelitian. HPV tipe 16 dan 18 merupakan tipe HPV yang paling prevalen dalam kasus kanker serviks invasif. Studi prevalensi HPV berbasis populasi menunjukkan bahwa prevalensi tertinggi HPV risiko tinggi terjadi pada individu dewasa di bawah 25 tahun, sementara

mortalitas akibat kanker serviks mencapai puncaknya pada wanita paruh baya berusia antara 40 dan 50 tahun. Penelitian telah menunjukkan bahwa penyakit serviks yang terkait dengan HPV terjadi pada wanita di bawah usia 25 tahun. Namun, individu yang mengalami koinfeksi beberapa tipe HPV mungkin memiliki probabilitas yang lebih rendah untuk mengalami pembersihan spontan dan, akibatnya, berisiko lebih tinggi untuk mengembangkan kanker. HPV ditransmisikan melalui kontak kulit ke kulit, termasuk saat berhubungan seksual, serta kontak tangan ke alat kelamin genitalia dan fellatio.

2.2.4 Klasifikasi kanker servik

Klasifikasi kanker servik menurut dibagi menjadi tiga kategori yaitu :

a. Kategori tumor (T)

KATEGORI	TAHAP FIGO	KRITERIA T
TX	-	Tumor primer tidak dapat dinilai
T0		Tidak adanya bukti tumor primer
T1	I	Karsinoma terbatas pada servik (abaikan peluasan ke korpus)
T1a	IA	Karsinoma invasi yang hanya dapat didiagnosa melalui mikroskop dengan kedalaman invasi maksimum ≤ 5 mm
T1a1	IA1	Invasi stroma tertuktur dengan kelaman ≤ 3
T1a2	IA2	Invasi stroma truktur > 3 mm dalam kedalam ≤ 5 mm
T1b	IB	Karsinoma invasif dengan invasi terdalam > 5 mm (lebih besar dari stadium IA); lesi terbatas pada serviks uteri dengan ukuran diameter maksimum tumor. Catatan: 14 keterlibatan ruang vaskular/limfatik tidak boleh mengubah stadium, dan luas lesi di lateral tidak lagi dipertimbangkan.
T1b1	IB1	Karsinoma invasi dengan kedalaman invasi stroma < 5 mm dan dimensi terbesar ≤ 2 cm
T1b2	IB2	Karsinoma invasi berukuran > 2 cm dan ≤ 4 cm
T1b3	IB3	Karsinoma invasi dengan dimensi terbesar > 4 cm
T2	II	Karsinoma menyerang melewati rahim namun belum meluas ke sepertiga bagian bawah vagina atau ke dinding panggul
T2a	IIA	Keterlibatan terbatas pada dua pertiga bagian atas vagina tanpa invasi parametrium
T2a1	IIA1	Karsinoma invasi berukuran ≤ 4 cm dalam ukuran besar
T2a2	IIA2	Karsinoma invasi dengan dimensi terbesar > 4 cm
T2b	IIB	Dengan invasi parametrium tetapi tidak sampai ke dinding panggul

T3	III	Karsinoma mengenai sepertiga bagian bawah vagina dan/ atau meluas ke dinding panggul dan/atau menyebabkan hidronefrosis atau ginjal tidak berfungsi. Catatan: dinding panggul didefinisikan sebagai otot, fascia, struktur neurovaskular, dan bagian kerangka tulang panggul, kausu tanpa ruang bebas kanker anatar tumor dan dinding panggul berdasarkan pemeriksaan rektal adalah FIGO stadium III
T3a	IIIA	Karsinoma melibatkan sepertiga bagian bawah vagina tanpa perluasan ke dinding panggul
T3b	IIIB	Perluasan ke dinding panggul dan/ atau hidronefrosis antau ginjal tidak berfungsi (kecuali diketahui penyebab yang lain)
T4	IVA	Karsinoma telah melibatkan (terbukti secara biopsi) mukosa kandung kemih atau rektum atau telah menyebar ke organ di dekatnya (edema bulosa, dengan demikian tidak memungkinkan kasus untuk dimasukkan ke stadium iva)

b. Kategori kelenjar getah bening (N)

KATEGORI	TAHAP FIGO	KRITERIA T
N		Kelenjar getah bening regional tidak dapat dinilai
N0		Kelenjar getah bening regional tidak dapat dinilai
N0 (I+)		Sel tumor di kelenjar getah bening regional $\leq 0,2$ mm atau sel tunggal atau kelompok sel ≤ 200 sel dalam satu penampang kelenjar getah bening
N1	IIIC1	Kelenjar getah bening regional hanya bermentastase ke kelenjar getah bening panggul
N1mi	IIIC1	Metastasis kelenjar getah bening regional ($0,2$ mm tetapi dimensi terbesarnya $\leq 2,0$ mm) ke kelenjar getah bening panggul
N1a	IIIC1	Metastasis kelenjar getah bening regional ukuran terbesarnya $\leq 2,0$ mm) ke kelenjar getah bening panggul
N2	IIIC2	Metastasis kelenjar getah bening regional ke kelenjar getah bening para-aorta dengan atau tanpa kelenjar getah bening panggul positif
N2mi	IIIC2	Metastasis kelenjar getah bening regional ($0,2$ mm tetapi dimensi terbesarnya $\leq 2,0$ mm) ke kelenjar getah bening para-aorta, dengan atau tanpa kelenjar getah bening panggul positif

c. Kategori mestastasis (M)

KATEGORI	TAHAP FIGO	KRITERIA T
M0		Tidak ada mestastase jauh
CM1	IVB	Metastasis jauh (termasuk metastasis ke kelenjar getah bening inguinalis, penyakit metastasis ke kelenjar getah bening panggul atau para-aorta

		atau vagina
Pm1	IVB	Konfirmasi mikroskopis dari metastasis (termasuk metastasis ke kelenjar getah bening inguinalis, penyakit intraperitoneal, paru-paru, hati, atau tulang, tidak termasuk metastasis ke kelenjar getah bening panggul atau para-aorta atau vagina)

d. Kelompok Tanpa Prognosis Kanker Serviks

STADIUM	KATEGORI TUMOR	KATEGORI KELENJAR GETAH BENING	KATEGORI METASTASIS
I	Karsinoma terbatas pada serviks (abaikan peluasan ke korpus)	Kelenjar getah bening regional tidak dapat dinilai	Tidak ada metastasis jauh
IA	Karsinoma invasif yang hanya dapat didiagnosis melalui mikroskop dengan kedalaman invasi maksimum ≤ 5 mm	Kelenjar getah bening regional tidak dapat dinilai	Tidak ada metastasis jauh
IAI	Invasi stroma terukur dengan kedalaman ≤ 3	Kelenjar getah bening regional tidak dapat dinilai	Tidak ada metastasis jauh
IA2	Invasi stroma terukur > 3 mm dan kedalaman ≤ 5 mm	Kelenjar getah bening regional tidak dapat dinilai	Tidak ada metastasis jauh
IB	Karsinoma invasif dengan invasi terdalam > 5 mm (lebih besar dari stadium IA); lesi terbatas pada serviks uteri dengan ukuran diameter maksimum tumor. Catatan: keterlibatan ruang vaskular/limfatik tidak boleh mengubah stadium, dan luas lesi di lateral tidak lagi dipertimbangkan.	Kelenjar getah bening regional tidak dapat dinilai	Tidak ada metastasis jauh
IB1	Karsinoma invasif dengan kedalaman invasi stroma	Kelenjar getah bening regional tidak dapat dinilai	Tidak ada metastasis jauh
IB2	Karsinoma invasif berukuran > 2 cm dan ≤ 4 cm	Kelenjar getah bening regional tidak dapat dinilai	Tidak ada metastasis jauh

IB3	Karsinoma invasif dengan dimensi terbesar > 4 cm	Kelenjar getah bening regional tidak dapat dinilai	Tidak ada metastasis jauh
II	Karsinoma menyerang melampaui rahim namun belum meluas ke sepertiga bagian bawah vagina atau ke dinding panggul.	Kelenjar getah bening regional tidak dapat dinilai	Tidak ada metastasis jauh
IIA	Keterlibatan terbatas pada dua pertiga bagian atas vagina tanpa invasi parametrium	Kelenjar getah bening regional tidak dapat dinilai	Tidak ada metastasis jauh
IIA1	Dengan invasi parametriium tetapi tidak sampai ke dinding panggul	Kelenjar getah bening regional tidak dapat dinilai	Tidak ada metastasis jauh
IIA2	Karsinoma mengenai sepertiga bagian bawah vagina dan/ atau meluas ke dinding panggul dan/atau menyebabkan hidronefrosis atau ginjal tidak berfungsi. Catatan: dinding panggul didefinisikan sebagai otot, fascia, struktur neurovaskular, dan bagian kerangka tulang panggul, kausu tanpa ruang bebas kanker anatar tumor dan dinding panggul berdasarkan pemeriksaan rektal adalah FIGO stadium III	Kelenjar getah bening regional tidak dapat dinilai	Tidak ada metastasis jauh
IIB	Karsinoma melibatkan sepertiga bagian bawah vagina, tanpa peluasan ke dinding panggul Perluasan ke dinding panggul dan/ atau hidronefrosisi atau	Kelenjar getah bening regional tidak dapat dinilai	Tidak ada metastasis jauh

	ginjal tidak berfungsi (kecuali diketahui penyebab yang lainnya)		
III	Karsinoma telah melibatkan (terbukti secara biopsi) mukosa kandung kemih atau rektum atau telah menyebar ke organ di dekatnya (edema bulosa, dengan demikian tidak memungkinkan kasus untuk dimasukkan ke stadium iva)	Kelenjar getah bening regional tidak dapat dinilai	Tidak ada metastasis jauh
IIIA	TX, T0, T1-T3	Kelenjar getah bening regional tidak dapat dinilai	Tidak ada metastasis jauh
IIIB	TX, T0, T1-T3	Kelenjar getah bening regional tidak dapat dinilai	Tidak ada metastasis jauh
IIIC1	Karsinoma telah melibatkan (terbukti secara biopsi) mukosa kandung kemih atau rektum atau telah menyebar ke organ di dekatnya (edema bulosa, dengan demikian tidak memungkinkan kasus untuk dimasukkan ke stadium iva)	Tidak metastasis kelenjar getah bening regional	Tidak ada metastasis jauh
IIIC2	Semua T	Metastasis kelenjar getah bening regional ke kelenjar getah bening para aorta, dengan atau tanpa kelenjar getah bening panggul posistif	Tidak ada metastasis jauh
IVA		Semua N	Tidak ada metastasis jauh
IVB		semua N	Metastasis jauh (termasuk metastasis ke kelenjar getah bening inguinalis, penyakit metastasis ke kelenjar getah

			bening panggul atau para-aorta atau vagina) Konfirmasi mikroskopis dari metastasis (termasuk metastasis ke kelenjar getah bening inguinalis, penyakit intraperitoneal, paru-paru, hati, atau tulang, tidak termasuk metastasis ke kelenjar getah bening panggul atau para-aorta atau vagina)
--	--	--	--

2.2.5 Faktor resiko kanker servik

Faktor-faktor yang dapat meningkatkan risiko kanker serviks menurut Kemenkes RI (2019) meliputi:

1. Genetics

Ada riwayat keluarga yang menderita kanker serviks, seperti ibu atau saudara perempuan (Ardhiansyah, 2019). Riwayat keluarga terkait dengan insiden kanker serviks disebabkan oleh kesamaan pola hidup, seperti kebersihan, pola makan, dan kebiasaan sehari-hari, yang dapat memicu infeksi Human Papillomavirus (HPV) (Yuviska dan Amirus, 2015).

2. Seksualitas pada usia muda

Seorang wanita yang melakukan aktivitas seksual pada usia muda < 16 tahun memiliki risiko terkena kanker serviks/113 kali lebih tinggi dibandingkan dengan wanita yang berhubungan seksual setelah usia 16 tahun. Ini disebabkan oleh fakta bahwa wanita muda belum mencapai kematangan serviks secara biologis. Infeksi HPV, atau infeksi awal kanker, sering kali terjadi setelah hubungan seksual

pertama, ketika serviks yang belum matang lebih rentan terhadap infeksi HPV. Selain itu, wanita muda berisiko lebih tinggi karena pada fase dewasa muda terjadi peningkatan proses metaplasia sel skuamosa, yang meningkatkan kemungkinan transformasi atipik skuamosa dan berpotensi berkembang menjadi neoplasia intraepitel serviks (Sulistiya dkk., 2017).

3. Berhubungan seksual dengan banyak pasangan

Perempuan yang terlibat dalam hubungan seksual dengan enam atau lebih mitra pria berisiko tinggi (pria yang berhubungan seks dengan perempuan). *This results in women having a tenfold increased risk of developing cervical cancer* (Sondang and Dian, 2014).

4. *Smoking*

Substansi karsinogenik tertentu dari tembakau dapat merusak DNA sel epitel skuamosa dan, bersamaan dengan infeksi HPV, akan mengakibatkan transformasi malignan. Merokok dapat mengurangi daya tahan tubuh dalam melawan infeksi HPV. Oleh karena itu, dapat disimpulkan bahwa wanita yang telah lama merokok memiliki risiko yang lebih tinggi untuk mengembangkan penyakit *Ca cervix* (Irmayani, 2014).

5. Memiliki sejumlah besar anak

Seorang wanita yang memiliki banyak anak atau sering melahirkan berisiko mengalami kanker serviks akibat adanya banyak lesi atau luka pada organ reproduksinya. Terutama jika interval persalinan terlalu singkat. *Thus facilitating the entry of the HPV virus into the uterus* (Dianti and Isfandiari, 2017).

6. Imunodefisiensi

Penurunan daya tahan tubuh atau gangguan imunitas memengaruhi insiden kanker serviks, di mana sistem imun berperan krusial dalam menghancurkan sel kanker serta menghambat penyebaran dan

pertumbuhannya. Penurunan daya tahan tubuh atau gangguan imunitas sering terjadi pada wanita yang mengonsumsi obat immunosupresif, seperti pada penderita autoimun atau individu yang menjalani transplantasi organ. Additionally, it may also occur in women suffering from AIDS (Manoppo, 2016).

7. Rendahnya status sosial ekonomi

Serviks kanker yang terjadi pada wanita dengan status sosial ekonomi rendah berkaitan dengan kebersihan pribadi, nutrisi, dan imunitas. Hal ini disebabkan oleh fakta bahwa umumnya kelompok sosial ekonomi rendah memiliki kualitas dan kuantitas makanan yang inferior, yang berdampak pada imunitas tubuh (Sondang & Dian, 2014).

8. Penggunaan pil KB

Penggunaan pil kontrasepsi hormonal selama lebih dari 4 atau 5 tahun akan meningkatkan risiko kanker serviks pada wanita sebesar 1,5-2,5 kali. Kontrasepsi hormonal atau pil KB dapat mengurangi imunitas yang berkaitan dengan penurunan kadar nutrisi seperti vitamin B12, B6, B2, C, asam folat, dan zinc. Selain itu, hal ini juga membuat wanita lebih sensitif terhadap HPV, yang dapat memicu peradangan di area genital, sehingga meningkatkan risiko terkena kanker serviks (Putri Damayanti, 2013).

9. Penyakit menular seksual

Penderita penyakit menular seksual memiliki risiko tinggi terinfeksi virus HPV, penyebab utama kanker serviks, dengan risiko dua kali lipat lebih besar dibandingkan wanita yang tidak menderita penyakit menular seksual. Beberapa penelitian menunjukkan adanya hubungan antara infeksi virus dan perkembangan kanker serviks, yaitu HPV, virus papilloma, atau virus kondiloma akuminata, serta virus herpes simpleks (HSV-2). Individu tidak akan segera mengembangkan kanker serviks setelah terinfeksi virus melalui hubungan seksual,

melainkan memerlukan waktu sekitar 20-30 tahun untuk itu (Putri Damayanti, 2013).

2.2.6 Manifestasi kanker servik

Tidak ada gejala kanker serviks pada tahap awal. Gejala muncul ketika sel kanker mulai menyerang jaringan di sekitarnya. Berikut adalah beberapa gejala yang mungkin terjadi:

1. Pendarahan postkoital yang kemudian berkembang menjadi pendarahan abnormal yang terjadi secara spontan tanpa adanya hubungan intim sebelumnya.
2. Nyeri ketika berhubungan seks
3. Nyeri yang dirasakan pasien didaerah panggul
4. Nyeri di sekitar vagina
5. Keputihan pasien semakin berbau
6. Hilang napsu makan dan terjadi penurunan berat badan terus menerus
7. Nyeri akan dirasakan pasien pada daerah kaki dan terjadi pembengkakan
8. Pasien akan merasakan nyeri dibagian perut dan punggung
9. Siklus menstruasi pasien tidak teratur atau keluarnya cairan antara periode
10. Sering pusing dan pingsan

2.2.7 Patofisiologis kanker servik

Proses pembentukan *ca cervix* sangat terkait dengan metaplasia. Masuknya mutagen atau substansi yang dapat mengubah perilaku sel secara genetik pada fase aktif metaplasia dapat bertransformasi menjadi sel yang berpotensi kanker. Perubahan tersebut umumnya terjadi di Zona Transformasi (*T-Zone*). Sel yang mengalami perubahan atau mutasi disebut sel displastik, sedangkan kelainan pada epitel dikenal sebagai dysplasia (Neoplasia Intraepitel Serviks/NIS) (Kemenkes RI, 2013). Perkembangan kanker serviks dimulai from displasia pada lapisan epitel serviks, yang

berprogressi dari displasia ringan, sedang, berat, hingga karsinoma in-situ (KIS). Setelah berhasil menembus membran basalis, selanjutnya akan berkembang menjadi karsinoma mikroinvasif dan invasif (Februanti, 2019). Lesi displasia juga dikenal sebagai "lesi prakanker". Derajat displasia ditentukan oleh ketebalan epitel yang mengalami kelainan serta tingkat keparahan kelainan pada sel. Karsinoma in-situ adalah gangguan maturasi pada epitel skuamosa yang menyerupai karsinoma invasif, namun tidak terdapat perubahan pada membran basalis yang tetap utuh. Lesi prakanker derajat ringan dapat mengalami regresi spontan dan kembali normal, sedangkan lesi derajat sedang dan berat memiliki potensi yang lebih tinggi untuk berkembang menjadi kanker invasif (Kemenkes RI, 2013).

2.2.8 Komplikasi kanker servik

Menurut Kitagawa dkk. (2015), komplikasi yang mungkin terjadi pada pasien kanker serviks antara lain:

1. Penderita kanker serviks membutuhkan obat berbahan dasar platinum, dengan cisplatin dan carboplatin sebagai yang paling umum digunakan. Obat ini memiliki efek samping yang dapat menyebabkan komplikasi umum seperti neutropenia, trombositopenia, anemia, demam neutropenik, nefrotoksisitas, neurotoksisitas, dan infeksi. Walaupun cisplatin merupakan obat utama, carboplatin dapat digunakan pada pasien yang tidak dapat mentoleransi cisplatin, terutama jika mereka memiliki penyakit ginjal. Carboplatin diperkirakan memiliki kemanjuran yang lebih rendah dibandingkan dengan cisplatin; namun demikian, penelitian prospektif menunjukkan efektivitas yang sebanding dan secara signifikan menurunkan insiden neutropenia dan peningkatan kadar kreatinin, baik pada demam maupun non-demam.

2. Bevacizumab menimbulkan risiko hipertensi, perdarahan, kejadian tromboemboli, cedera ginjal, dan kegagalan ovarium pada wanita pramenopause. Pembrolizumab diketahui dapat memicu fenomena autoimun seperti pneumonitis, kolitis, hepatitis, nefritis, dan endokrinopati.

2.2.9 Pencegahan kanker servik

Menurut Stelzle et al. (2020), kanker serviks dapat dicegah melalui beberapa metode.

1. Meningkatkan kesadaran masyarakat serta akses terhadap informasi dan layanan merupakan kunci pencegahan dan pengendalian sepanjang siklus kehidupan.
2. Vaksinasi pada usia 9–14 tahun adalah metode yang sangat efisien untuk mencegah infeksi HPV, kanker serviks, dan kanker lain yang terkait dengan HPV.
3. Skrining mulai usia 30 tahun (25 tahun untuk wanita pengidap HIV) dapat mengidentifikasi penyakit serviks, yang jika ditangani dapat mencegah kanker serviks. Deteksi dini disertai pengobatan berkualitas yang cepat dapat menyembuhkan kanker serviks pada usia berapa pun untuk menunjukkan gejala atau kekhawatiran.
4. Vaksinasi HPV dan tindakan pencegahan lainnya

Pada tahun 2023, terdapat enam vaksin HPV yang tersedia di seluruh dunia. Semua vaksin melindungi terhadap HPV tipe 16 dan 18 yang berisiko tinggi, penyebab utama kanker serviks, dan telah terbukti aman serta efektif dalam mencegah infeksi HPV dan kanker serviks. Vaksin HPV harus diprioritaskan untuk diberikan kepada semua anak perempuan berusia 9–14 tahun, sebelum mereka memulai aktivitas seksual. Vaksin dapat diadministrasikan dalam satu atau dua dosis. Individu dengan sistem imun yang lemah sebaiknya menerima 2 hingga 3 dosis. Beberapa negara juga memutuskan untuk melakukan

vaksinasi pada anak laki-laki guna mengurangi prevalensi HPV di masyarakat dan mencegah kanker pada pria yang disebabkan oleh HPV.

Metode penting lainnya untuk mencegah infeksi HPV mencakup:

1. Tidak merokok atau berhenti merokok
2. Menggunakan kondom selama berhubungan seksual
3. Sukarela sunat laki-laki

2.2.10 Penatalaksanaan kanker servik

Menurut Boardman (2022), terdapat beberapa terapi berbasis tahap untuk penatalaksanaan kanker serviks :

1. Stadium 0 kanker

Karsinoma in situ (stadium 0) diobati melalui prosedur ablatif atau eksisi lokal, termasuk cryosurgery, ablasi laser, dan eksisi loop. Pengangkatan melalui pembedahan lebih diutamakan karena memungkinkan evaluasi patologis yang lebih mendalam untuk mengeliminasi penyakit mikroinvasif. Setelah pengobatan, pasien ini memerlukan pemantauan seumur hidup.

2. Kanker stadium 1A1

Pengobatan pilihan untuk penyakit stadium IA1 adalah pembedahan. Histerektomi total, histerektomi radikal, dan konisasi merupakan prosedur yang dapat diterima. Diseksi kelenjar getah bening tidak diperlukan apabila kedalaman invasi kurang dari 3 mm dan tidak terdapat invasi limfovaskular. Pasien tertentu dengan penyakit stadium IA1 invasif tanpa ruang limfovaskular yang ingin mempertahankan kesuburan dapat menjalani konisasi terapeutik dengan pemantauan ketat, termasuk sitologi, kolposkopi, dan kuretase endoserviks. Pasien dengan kondisi medis komorbiditas yang tidak memenuhi syarat untuk pembedahan dapat diobati secara efektif dengan radiasi. Menurut pedoman National Comprehensive Cancer

Network (NCCN), terapi radiasi panggul saat ini diklasifikasikan sebagai rekomendasi kategori 1 untuk wanita dengan penyakit stadium IA dan kelenjar getah bening negatif pasca operasi yang menunjukkan faktor risiko tinggi (seperti tumor primer berukuran besar), invasi stroma dalam, atau invasi limfovaskular).

3. Kanker stadium 1A2, 1B, atau IIA

a. Pilihan pengobatan untuk pasien dengan kanker stadium 1A2, 1B, atau IIA yaitu :

- Gabungan tindakan radiasi sinar eksternal dengan brachytherapy
- Tindakan histerektomi radikal dengan limfadenektomi panggul bilateral

b. Trakelektomi vagina radikal dengan diseksi kelenjar getah bening panggul adalah prosedur yang sesuai untuk mempertahankan kesuburan pada wanita dengan penyakit stadium IA2 dan wanita dengan penyakit stadium IB1 yang lesinya berukuran 2 cm atau lebih kecil. Masalah utama kehamilan pasca-trakelektomi adalah persalinan prematur dan kebutuhan untuk menjalani operasi caesar. Dalam analisis retrospektif terhadap pasien dengan karsinoma serviks stadium IB1 yang menjalani trakelektomi radikal dan pencitraan resonansi magnetik (MRI) sebelum operasi, Lakhman et al. menemukan bahwa MRI pra-trakelektomi berperan dalam mengidentifikasi pasien berisiko tinggi yang mungkin memerlukan histerektomi radikal serta memastikan tidak adanya sisa tumor setelah biopsi kerucut dengan margin negatif. Ukuran tumor 2 cm atau lebih dan invasi stroma serviks yang dalam pada MRI berkorelasi dengan peningkatan probabilitas histerektomi radikal.

- c. Pedoman bedah terkini untuk kanker serviks stadium IA2 hingga IIA mengizinkan penggunaan teknik invasif minimum, seperti laparoskopi konvensional dan laparoskopi yang dibantu robot, dalam pengelolaan bedah tumor ini. Memang terbukti bahwa prosedur yang kurang morbid ini sama efektifnya dalam mencapai margin bedah dan diseksi kelenjar getah bening yang memadai, serta menawarkan keuntungan tambahan berupa waktu pemulihan pasca operasi yang lebih singkat. Analisis terhadap wanita dalam database Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) yang menjalani histerektomi radikal dengan limfadenektomi menunjukkan bahwa pasien dengan kanker serviks stadium awal node-negatif yang menjalani limfadenektomi lebih ekstensif mengalami peningkatan kelangsungan hidup. Berbanding dengan pasien yang memiliki kurang dari 10 kelenjar getah bening yang diangkat, pasien dengan 21-30 kelenjar getah bening yang diangkat memiliki probabilitas 24% lebih rendah untuk meninggal akibat tumornya, sementara mereka yang memiliki lebih dari 30 kelenjar getah bening yang diangkat memiliki probabilitas 37% lebih rendah untuk meninggal.
- d. Iradiasi panggul pascaoperasi menurunkan risiko kekambuhan lokal pada pasien dengan faktor risiko tinggi, seperti kelenjar panggul positif, margin bedah positif, dan sisa penyakit parametrial. Uji coba acak menunjukkan bahwa pasien dengan keterlibatan parametrial, kelenjar panggul positif, atau margin bedah positif memperoleh manfaat dari kombinasi kemoterapi yang mengandung cisplatin dan iradiasi panggul pasca operasi. Radioterapi pasca operasi direkomendasikan untuk pasien yang memiliki minimal dua faktor risiko menengah (termasuk ukuran

tumor lebih dari 2 cm, invasi stroma dalam, atau invasi ruang limfovaskular). Untuk pasien dengan kanker IB2 atau IIA dan tumor berukuran lebih dari 4 cm, radiasi dan kemoterapi sering dipilih. Risiko terkait dengan terapi kombinasi, namun banyak pasien akan mengalaminya, dengan kriteria risiko menengah atau tinggi setelah histerektomi radikal, sehingga mereka merupakan kandidat yang kuat untuk pendekatan ini.

4. Kanker stadium IIB, III, atau IVA

Untuk karsinoma serviks stadium lanjut lokal (stadium IIB, III, dan IVA), terapi radiasi telah menjadi metode pengobatan yang diutamakan selama bertahun-tahun. Terapi radiasi dimulai dengan serangkaian radiasi sinar eksternal untuk mengurangi ukuran tumor, sehingga memungkinkan penerapan intracavitary selanjutnya. Brachytherapy is administered by an afterloading applicator positioned in the uterine cavity and vagina. Selain itu, hasil uji klinis acak prospektif yang signifikan dan dilaksanakan dengan baik telah menunjukkan peningkatan dramatis dalam kelangsungan hidup ketika kemoterapi dipadukan dengan terapi radiasi. Akibatnya, penggunaan kemoterapi berbasis cisplatin yang dipadukan dengan radiasi telah become protokol perawatan standar untuk manajemen primer pasien dengan kanker serviks stadium lanjut lokal.

5. Stadium IVB

- a. Terapi individu diterapkan berdasarkan prinsip paliatif. Terapi radiasi diterapkan secara mandiri untuk mengatasi perdarahan dan nyeri, sedangkan kemoterapi sistemik digunakan untuk penyakit yang telah menyebar. Untuk penyakit kambuhan, pilihan terapi dipengaruhi oleh pengobatan yang telah digunakan sebelumnya.

b. Pengobatan kekambuhan panggul pasca penatalaksanaan bedah primer harus melibatkan agen kemoterapi tunggal dan radiasi, sedangkan pengobatan untuk kekambuhan di lokasi lain harus mencakup kemoterapi kombinasi. Untuk kekambuhan panggul sentral pasca terapi radiasi, histerektomi radikal yang dimodifikasi (apabila kekambuhan kurang dari 2 cm) atau eksenterasi panggul harus dilaksanakan. Untuk penyakit yang kambuh setelah kemoterapi dan terapi radiasi, interval bebas penyakit lebih dari 16 bulan dianggap menunjukkan bahwa tumor tersebut sensitif terhadap platinum. Perawatan standar dalam kasus ini adalah kemoterapi menggunakan kombinasi paclitaxel dan cisplatin berbasis platinum. NCCN juga merekomendasikan docetaxel, gemcitabine, ifosfamide, 5 fluorouracil, mitomycin, irinotecan, dan topotecan sebagai kandidat terapi lini kedua (rekomendasi kategori 2B), serta pemetrexed dan vinorelbine (rekomendasi kategori 3). Selain itu, bevacizumab sebagai terapi monoterapi juga dapat diterima. Bevacizumab, bersama dengan cisplatin dan paclitaxel atau topotecan dan paclitaxel, menerima persetujuan FDA pada bulan Agustus 2014 untuk kanker serviks persisten.

2.2.11 Pemeriksaan penunjang

Menurut Cheung et al. (2020), tes untuk individu dengan gejala kanker serviks atau hasil skrining serviks yang abnormal:

1. Pemeriksaan fisik dan riwayat kesehatan

Pertama, dokter akan menanyakan tentang riwayat kesehatan pribadi dan keluarga. Termasuk informasi mengenai faktor dan risiko gejala kanker serviks. Penuntasan pemeriksaan fisik akan memberikan kontribusi dalam menilai keadaan kesehatan Anda secara keseluruhan. Pasien akan menjalani pemeriksaan panggul dan kemungkinan tes Pap

jika belum dilaksanakan. Selain itu, kelenjar getah bening akan diperiksa untuk menentukan apakah kanker telah menyebar (metastasis).

2. Kolposkopi

Apabila mengalami gejala tertentu yang dapat mengindikasikan kanker, jika hasil tes Pap menunjukkan sel tidak normal, atau jika tes HPV positif, kemungkinan besar Anda memerlukan prosedur yang disebut kolposkopi. Pasien akan berbaring di meja pemeriksaan sebagaimana dilakukan pada pemeriksaan panggul. Dokter akan memasukkan spekulum ke dalam vagina untuk mempertahankan keterbukaan saat memeriksa leher rahim dengan kolposkop. Kolposkop merupakan alat eksternal yang dilengkapi dengan lensa pembesar. Ini memungkinkan dokter untuk mengamati permukaan serviks dengan jelas dari jarak dekat. Kolposkopi umumnya tidak lebih nyaman dibandingkan dengan pemeriksaan spekulum lainnya. Hal ini dapat dilakukan dengan aman meskipun dalam keadaan hamil. Seperti tes Pap, sebaiknya tidak dilakukan saat menstruasi. Dokter akan mengoleskan larutan asam asetat encer (mirip dengan cuka) ke leher rahim Anda untuk meningkatkan visibilitas titik abnormal tersebut. Apabila terdapat area yang tidak normal, sebagian kecil jaringan akan diambil (biopsi) dan dikirim ke laboratorium untuk dianalisis secara mendetail. Biopsi adalah metode paling efektif untuk menentukan dengan akurasi apakah area abnormal tersebut merupakan pra-kanker, kanker sejati, atau tidak sama sekali.

3. Biopsi serviks

Untuk jenis biopsi ini, serviks diperiksa terlebih dahulu menggunakan kolposkop untuk mengidentifikasi area yang abnormal. Dengan menggunakan tang biopsi, sebagian kecil (sekitar 1/8 inci) dari area abnormal pada permukaan serviks diangkat. Prosedur biopsi

dapat mengakibatkan kram ringan, nyeri temporer, dan sedikit perdarahan pasca-prosedur.

4. Kuretase endoserviks (pengikisan endoserviks)

Apabila kolposkopi tidak mengidentifikasi area abnormal atau zona transformasi (area yang rentan terhadap infeksi HPV dan prakanker) tidak terlihat dengan kolposkop, metode alternatif harus diterapkan untuk mengevaluasi area tersebut terhadap kanker. Alat sempit (baik kuret maupun sikat) dimasukkan ke dalam saluran endoserviks, yaitu bagian serviks yang paling dekat dengan rahim. Kuret atau sikat digunakan untuk mengikis interior saluran guna menghilangkan jaringan, yang selanjutnya dikirim ke laboratorium untuk analisis. Setelah prosedur ini, pasien mungkin mengalami nyeri kram dan sedikit pendarahan.

5. Biopsi kerucut

Dalam prosedur ini, yang juga disebut konisasi, dokter mengangkat sebagian jaringan berbentuk kerucut dari serviks. Pangkal kerucut terbentuk oleh eksoserviks (bagian luar serviks), sedangkan titik atau puncak kerucut berasal dari saluran endoserviks. Jaringan yang ditinggikan pada kerucut meliputi zona transformasi (batas antara eksoserviks dan endoserviks, tempat kemungkinan lesi prakanker dan kanker serviks paling tinggi). Biopsi kerucut dapat berfungsi sebagai terapi untuk menghapus seluruh lesi pra-kanker dan beberapa kanker yang sangat awal. Metode yang umum digunakan untuk biopsi kerucut adalah prosedur eksisi bedah elektro loop (LEEP), yang juga dikenal sebagai eksisi loop besar zona transformasi (LLETZ), serta biopsi kerucut dengan pisau dingin.

- a. Prosedur bedah elektro loop (LEEP, LLETZ): Dalam metode ini, jaringan diangkat menggunakan loop kawat tipis yang dipanaskan

secara elektrik dan berfungsi sebagai pisau kecil. Prosedur ini memanfaatkan anestesi lokal dan dapat dilaksanakan oleh dokter.

- b. Biopsi kerucut dengan pisau dingin: Prosedur ini dilaksanakan di rumah sakit. Pisau bedah atau laser digunakan untuk menghapus jaringan, bukan kawat yang dipanaskan. Pasien akan mendapatkan anestesi selama prosedur, baik anestesi umum, yang menyebabkan pasien tertidur, atau anestesi spinal atau epidural, yang melibatkan injeksi di sekitar area sumsum tulang belakang untuk menginduksi kebas di bawah pinggang.

Potensi komplikasi dari biopsi kerucut meliputi pendarahan, infeksi, dan stenosis serviks. Melakukan biopsi kerucut jenis apa pun tidak akan menghalangi sebagian besar wanita untuk hamil; Namun, jika sejumlah besar jaringan diangkat, wanita mungkin memiliki risiko lebih tinggi untuk melahirkan secara prematur. Untuk individu yang menderita kanker serviks. Apabila biopsi menunjukkan keberadaan kanker, dokter mungkin akan meresepkan tes tertentu untuk mengonfirmasi diagnosis dan menentukan sejauh mana penyebaran kanker. Berbagai tes yang dijelaskan di bawah ini tidak diperlukan untuk setiap pasien. Keputusan penggunaan tes ini didasarkan pada hasil pemeriksaan fisik dan biopsi.

6. Sistoskopi, proktoskopi, dan pemeriksaan dengan anestesi

Potensi komplikasi dari biopsi kerucut meliputi pendarahan, infeksi, dan stenosis serviks. Eksekusi biopsi kerucut jenis apa pun tidak akan menghalangi sebagian besar wanita untuk hamil; Namun, jika sejumlah besar jaringan diangkat, wanita mungkin menghadapi risiko lebih tinggi untuk melahirkan secara prematur. Untuk individu yang menderita kanker serviks Apabila biopsi menunjukkan keberadaan kanker, dokter mungkin akan meresepkan tes tertentu untuk

mengonfirmasi diagnosis dan menentukan sejauh mana penyebaran kanker. Berbagai tes yang dijelaskan di bawah ini tidak diperlukan untuk setiap pasien. Keputusan penggunaan tes ini didasarkan pada hasil pemeriksaan fisik dan biopsi.

7. Rongent dada

Pemeriksaan untuk melihat apakah kanker telah menyebar ke paru-paru

8. Tomografi terkomputasi (CT) CT scan

Hal ini sering dilakukan jika tumornya lebih besar atau jika ada kekhawatiran mengenai penyebaran kanker. Untuk informasi lebih lanjut, lihat CT Scan mengenai Kanker.

9. Magnetic Resonance Imaging (MRI)

Pemindaian MRI seringkali lebih efektif dalam menganalisis jaringan lunak tubuh dibandingkan dengan metode pencitraan lainnya, seperti CT scan. Dokter akan menentukan tes resonansi yang paling sesuai untuk situasi tersebut.

10. Tomografi emisi positron (PET scan)

Dalam pemindaian PET, bentuk gula yang sedikit radioaktif (dikenal sebagai FDG) disuntikkan ke dalam aliran darah dan terakumulasi terutama di sel-sel kanker. Pemindaian Tomografi Emisi Positron/Computed Tomography: Seringkali, pemindaian PET digabungkan dengan pemindaian CT menggunakan mesin khusus yang mampu melakukan keduanya secara bersamaan. Hal ini memungkinkan dokter untuk membandingkan daerah dengan radioaktivitas lebih tinggi pada pemindaian PET dengan gambar yang lebih detail dari pemindaian CT. Ini adalah jenis pemindaian PET yang paling umum digunakan pada pasien kanker serviks. Uji ini dapat membantu menentukan apakah kanker telah bermetastasis ke kelenjar

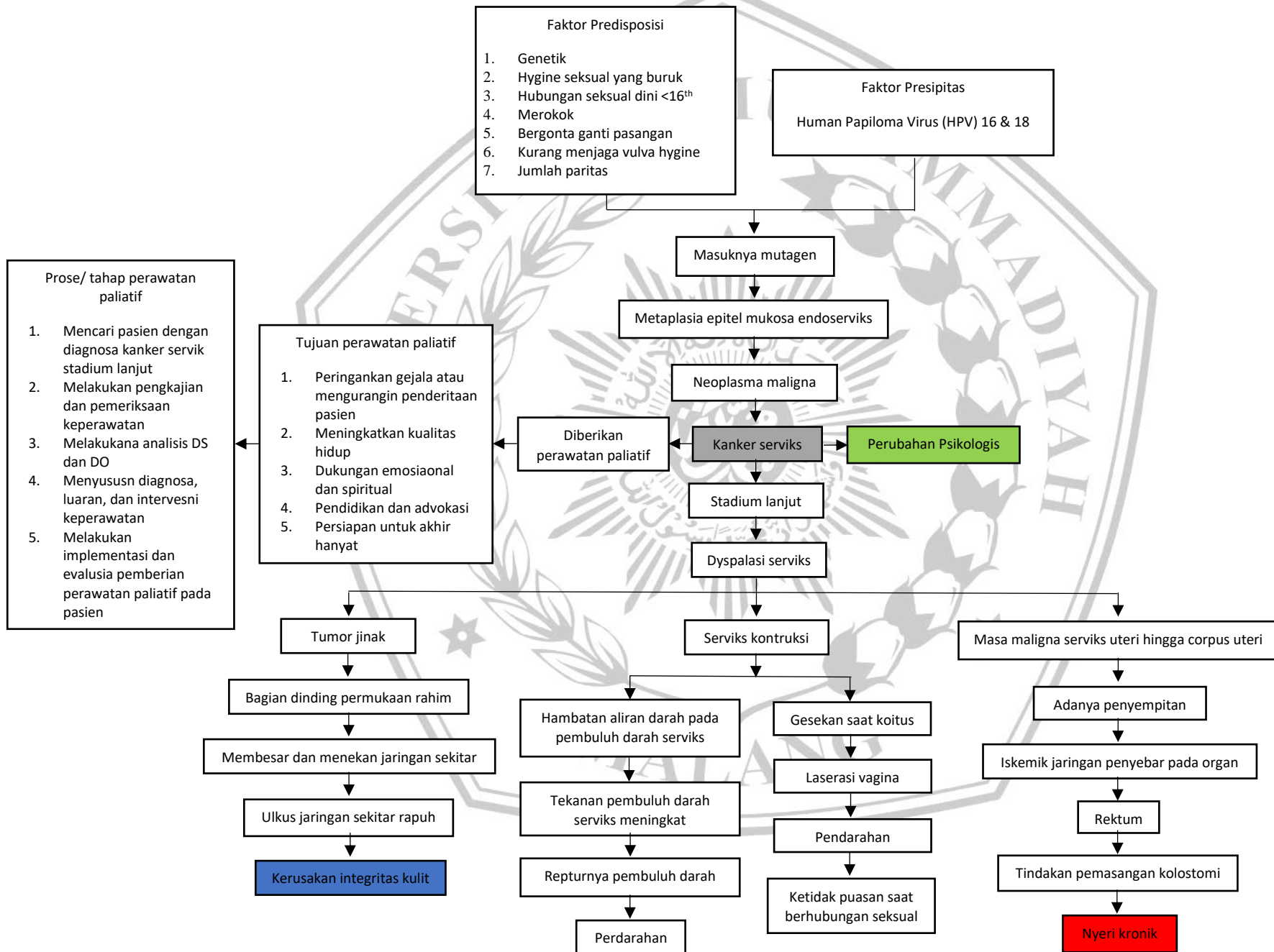
getah bening. Pemindaian PET juga bermanfaat jika dokter menyebarkan penyebaran kanker tetapi tidak mengetahui lokasinya.

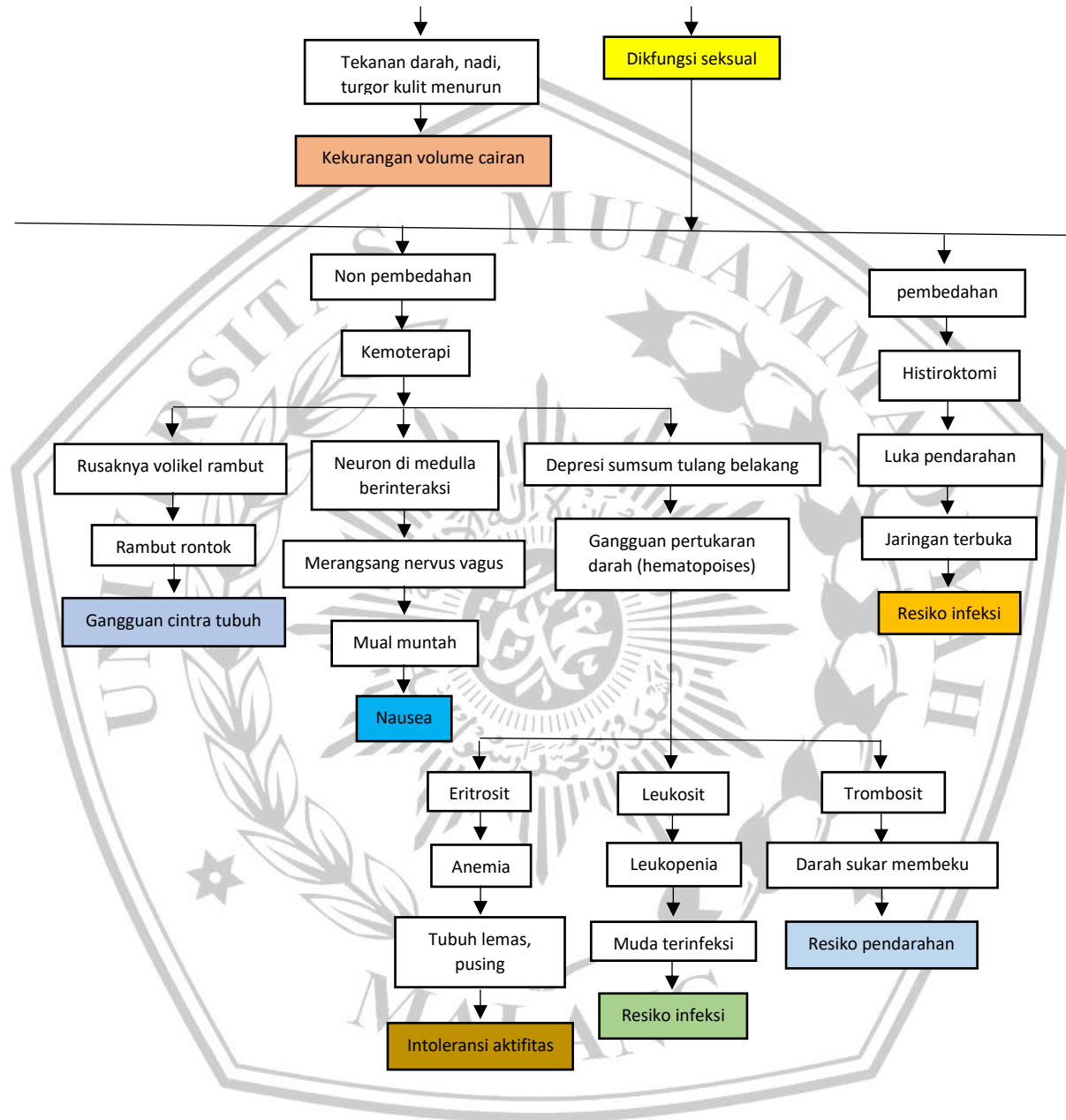
11. Urografi

Urografi intravena, juga dikenal sebagai pielogram intravena (IVP), adalah sistem radiografi saluran kemih yang dilakukan setelah injeksi pewarna khusus ke dalam vena. Uji ini dapat mengidentifikasi area abnormal pada saluran kemih yang disebabkan oleh metastasis kanker serviks. Temuan yang paling umum adalah kanker telah menghalangi ureter (saluran yang menghubungkan ginjal ke kandung kemih). IVP jarang digunakan pada pasien kanker serviks, karena CT dan MRI juga efektif dalam mengidentifikasi daerah abnormal pada saluran kemih dan daerah lain yang tidak terlihat dengan IVP.



2.2.12 Patwhay kanker serviks





2.3 Asuhan Keperawatan Pasien Kanker Serviks

2.3.1 Pengkajian

Langkah pertama yang harus dilakukan dalam proses keperawatan adalah pengkajian keperawatan (Zaidar et al., 2022). Pada tahap ini, perawat harus mengumpulkan data yang akurat, komprehensif, dan terkini mengenai kondisi pasien saat evaluasi. Setelah data dari pengkajian keperawatan diperoleh, informasi tersebut akan digunakan untuk menetapkan diagnostik dan intervensi. Evaluasi keperawatan sangat krusial untuk menentukan intervensi yang tepat dalam mencegah dan menangani kondisi pasien. berikut tahapan dari pengkajian keperawatan (Zaidar et al., 2022) :

1. Anamnesis (Robertus Surjoseito, 2019)

Ada beberapa tahap dalam menganamnesis yaitu :

- a) Identitas pasien. Verifikasi identitas pasien bertujuan untuk menghindari kesalahan medis. Identifikasi identitas pasien mencakup beberapa aspek, yaitu: nama, usia, jenis kelamin, agama, suku bangsa, dan tempat tinggal.
- b) Keluhan utama pasien adalah pernyataan yang diungkapkan oleh pasien mengenai masalah kesehatan yang paling mengganggu dan menjadi alasan utama mereka mencari intervensi medis. Keluhan ini adalah tahap awal dalam proses anamnesis, di mana dokter mengumpulkan informasi krusial untuk diagnosis dan perawatan. Keluhan utama disini ada beberapa tahap yaitu saat masuk rumah sakit dimana besikan bagaimana pasien bisa menyidap penyakit tersebut sampai dengan dirawat dirumah sakit. Kedua keluhan saat pengkajian berisikan keluhan yang dirasakan pasien saat dilakukan pemeriksaan oleh perawat.
- c) Riwayat perkawinan dimana data ini berisikan informasi mengenai status pasien sudah menikah atau belum, menikah pada usia berapa dan lama menikah sudah berapa tahun.
- d) Riwayat kontrasepsi dimana disini menjelaskan mengenai alat kontrasepsi apa saja yang pernah digunakan oleh pasien.

- e) Riwayat obstetri dimana berisikan data riwayat kehamilan pasien
 - f) Riwayat penyakit sekarang berisikan data peruba tidnakan apa saja yang telah dilakukan pasien dalam mengatasi penyakit yang diderita sekarang
 - g) Data perupa masalah yang dialami pasien seputar selama masa kehamilan, persalinan, nifas, dan genokologi terdahulu
2. Pemeriksaan (Redhono et al., 2019)
- a) Pemeriksaan umum dimana pemeriksaan ini dilakukan perawat untuk mengetahui keadaan pasien saat ini seperti stayus obdtetrik, keadaan umu, kesadaran, berat badan, tanda-tanda vital (tekanan darah, suhu, nadi, dan pernapasan)
 - b) Pemeriksaan fisik berisikan pemeriksaan mulai dari ujung kepala hingga ujung kaki yang dilakukan oleh perawat dari pemeriksa secara detail setiap bagian tubuh apakah ada nyeri tekan, ketidak abnormalan, serta adanya luka, dll
3. Masalah khusus dimana data ini berisikan masalah yang dialami pasien pada saat sebelum sakit dan sesudah sakit mulai dari eleminasi BAK dan BAB, pola tidur, mobilitas dan Latihan pasien, pola makan, dll
4. Pemeriksaan penunjang dimana data ini berupa pemeriksaan yang dilakukan selain hasil pemeriksaan dokter dan perawat untuk menarik diagnosa medis, masalah keperawatan, dan juga terapi yang tepat seperti pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan thorax, USG, dll (Asiva Noor Rachmayani, 2020)
5. Terapi data ini berisikan terapi obat atau cairan yang diberikan pada pasien untuk mengobati penyakit yang diderita pasien

2.3.2 Diagnosa

Pasien yang terdiagnosa kanker servik menurut PPNI dalam buku SDKI tahun 2017 memiliki beberpa diagnosa keperawatan yang dapat terjadi pada pasien yaitu :

1. Nyeri kronis berhubungan dengan penekanan saraf ditandai dengan pasien mengatkan nyeri, Tampak wajah meringis, Tampak melindungi area yang sakit

2. Ansietas berhubungan dengan Ancaman terhadap kematian dibuktikan dengan Pasien mengatakan merasa cemas dengan kondisi penyakitnya, pasien berharap segera pulih seperti sedia kala, Pasien tampak bingung. pasien tampak gelisah, pasien tampak sering bertanya tentang penyakitnya, pasien tampak tegang, pasien tampak cemas dan merasa sedih
3. Nausea berhubungan dengan efek agen farmakologis dibuktikan dengan pasien mengatakan mual setelah melakukan terapi kemoradiasi. merasa ingin muntah tetapi tidak bisa keluar , napsu makan menurun.

2.3.3 Intervensi

Perencanaan merupakan pengembangan strategy desain untuk mencegah, mengurangi, dan mengatasi masalah yang sudah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan. Desain perencanaan mencerminkan kemampuan perawat dalam menetapkan dan menyelesaikan masalah secara efektif dan efisien (Sabrina, 2020). Luaran keperawatan adalah aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur, mencakup kondisi, perilaku, or persepsi pasien, keluarga, atau komunitas sebagai respons terhadap intervensi keperawatan. Hasil keperawatan menunjukkan status diagnosis keperawatan setelah pelaksanaan intervensi keperawatan (vonny polopadang, 2019). Intervensi keperawatan merujuk pada semua tindakan yang dilakukan oleh perawat berdasarkan pengetahuan dan evaluasi klinis untuk mencapai hasil yang diharapkan, sedangkan tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dilakukan oleh perawat untuk melaksanakan intervensi keperawatan. Perencanaan keperawatan menurut vonny polopadang (2019) berkaitan dengan diagnosis yang mungkin timbul pada pasien. Pada diagnosa keperawatan pasien kanker serviks didapatkan beberapa intervensi pada buku SIKI dan SLKI :

1. Masalah keperawatan : nyeri kronis

Luaran SLKI : : Setelah dilakukan intervensi selama ...x... jam, diharapkan tingkat nyeri menurun dengan Kriteria hasil:

- 1) Keluhan nyeri menurun
- 2) Meringis menurun
- 3) Gelisah menurun

- 4) Sikap protektif menurun
- 5) Tekanan darah membaik

Intervensi SIKI : manajemen nyeri dimana dapat dilakukan pada pasien yaitu **observasi** melakukan indentifikasi lokasi, karakteritik, frekuensi, kualitas, internsitas nyeri, kemudia identidikasi skala nyeri, identidikasi faktir yang memperingan dan meperberat nyeri. **Terapetik** yang dapat dilakukan yaitu berikan Teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri, fasilitasi istirahat tidur. Dan ada **edukasi** yang dapat dilakukan yaitu jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri kemudia anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, dan ajarkan Teknik non farmakologi. **Kolaborasi** yang dapat dilakukan pemberian analgesic jika perlu.

2. Masalah keperawatan : ansietas

Luaran SLKI : Setelah dilakukan intervensi selama ...x... jam, diharapkan tingkat ansietas menurun dengan Kriteria hasil:

- 1) Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun
- 2) Perilaku gelisah menurun
- 3) Perilaku tegang menurun
- 4) Pola tidur mambaik
- 5) Verbalisasi kebingungan menurun

Intervensi SIKI : Reduksi Ansietas, dalam meberikan intervensi pada pasien ada beberapa tahap yang dapat dilakukan mulai dari **Observasi** yaitu dengan indentifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stresor), indentifikasi kemampuan mengambil keputusan, monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal). **Terapeutik** yaitu dengan ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan, pahami situasi yang membuat ansietas , dengarkan dengan penuh perhatian. **Edukasi** yaitu dengan jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami, informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis, anjurkan keluarga untuk tetap

bersama pasien, jika perlu. **Kolaborasi** yaitu dengan pemberian obat antiansietas, jika perlu

3. Masalah keperawatan : ansietas

Luaran SLKI : Setelah dilakukan intervensi selama ...x... jam, diharapkan tingkat nyeri menurun dengan Kriteria hasil:

- 1) Kemampuan mengenali gejala meningkat
- 2) Kemampuan mengenali penyebab/ pemicu meningkat
- 3) Kemampuan melakukan tindakan untuk mengontrol mual/muntah meningkat
- 4) Melaporkan mual dan muntah terkontrol meningkat
- 5) Menghindari faktor penyebab/ pemicu meningkat

Intervensi SIKI : **Manajemen muntah**, dalam memberikan intervensi pada pasien ada beberapa tahap yang dapat dilakukan mulai dari **Observasi** yaitu dengan identifikasi pengalaman muntah, identifikasi isyarat nonverbal ketidaknyamanan (mis: bayi, anak-anak, dan mereka yang tidak dapat berkomunikasi secara efektif), identifikasi dampak muntah terhadap kualitas hidup (mis: nafsu makan, aktivitas, kinerja, tanggung jawab peran, dan tidur). **Terapeutik** yaitu dengan kontrol lingkungan penyebab muntah (mis: bau tidak sedap, suara, dan stimulasi visual yang tidak menyenangkan), kurangi atau hilangkan keadaan penyebab muntah (mis: kecemasan, ketakutan), atur posisi untuk mencegah aspirasi. **Edukasi** yaitu dengan anjurkan membawa kantong plastik untuk menampung muntah, anjurkan memperbanyak istirahat, ajarkan penggunaan teknik non farmakologis untuk mengelola muntah (mis: biofeedback, hipnosis, relaksasi, terapi musik, akupresur). **Kolaborasi** yaitu dengan kolaborasi pemberian obat antiemetik, jika perlu

2.3.4 Implementasi

Implementasi dalam proses keperawatan mencakup serangkaian aktivitas keperawatan harian yang harus dilaksanakan dan dicatat dengan cermat. Perawat mengevaluasi efektivitas tindakan/intervensi yang dilaksanakan, sambil menilai kemajuan pasien terhadap pencapaian tujuan atau hasil yang diharapkan. Komponen

dari pengumpulan data ini memulai fase evaluasi proses keperawatan (Revitalisasi et al., 2016). Pelaksanaan merupakan realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang sudah ditentukan. Pelaksanaan kegiatan juga mencakup pengumpulan data berkelanjutan, pengamatan terhadap respons klien selama dan setelah tindakan, serta evaluasi data baru. Faktor-faktor yang memengaruhi pelaksanaan keperawatan meliputi: kemampuan intelektual, teknis, dan interpersonal; kemampuan untuk mengevaluasi data baru; kreativitas dan inovasi dalam memodifikasi rencana tindakan, adaptasi saat berinteraksi dengan klien, kemampuan pengambilan keputusan dalam mengubah pelaksanaan, serta kemampuan untuk menjamin kenyamanan, keamanan, dan efektivitas tindakan (Standar et al., 2023).

2.3.5 Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah penilaian yang dilakukan dengan membandingkan perubahan kondisi pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan pada tahap perencanaan. Tujuan evaluasi adalah untuk mengakhiri, memodifikasi, atau melanjutkan rencana tindakan keperawatan (Pendekatan et al., 2021). Evaluasi keperawatan menurut Standar et al (2023) adalah penilaian yang dilakukan dengan membandingkan perubahan kondisi pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan pada tahap perencanaan. Tujuan evaluasi adalah untuk mengakhiri, memodifikasi, atau melanjutkan rencana tindakan keperawatan. vonny polopadang (2019) mengklasifikasikan evaluasi menjadi dua kategori yaitu evaluasi Proses (Formatif) dimana evaluasi dilakukan setelah setiap tindakan, berfokus pada etiologi, dilaksanakan secara berkelanjutan hingga tujuan tercapai. Yang kedua evaluasi hasil Proses (Sumatif) yaitu evaluasi yang dilaksanakan setelah penyelesaian tindakan keperawatan secara menyeluruh, berfokus pada isu keperawatan. menguraikan keberhasilan atau kegagalan, dan rekapitulasi dan kesimpulan mengenai status kesehatan klien sesuai dengan periode waktu yang ditentukan. Untuk memfasilitasi perawat dalam mengevaluasi atau memantau kemajuan klien, digunakan metode SOAP.