

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN CA OVARIUM
STADIUM III POST KEMOTERAPI DI RSUD A. W. SJAHRANIE
SAMARINDA



Oleh :
Sumiarsih
P07220116076

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KALIMANTAN TIMUR
JURUSAN KEPERAWATAN
2018

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN CA OVARIUM
STADIUM III POST KEMOTERAPI DI RSUD A. W. SJAHRANIE
SAMARINDA

Untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan (Amd.Kep)
Jurusan Keperawatan Prodi D-III Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



Oleh :
Sumiarsih
P07220116076

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN
SAMARINDA
2018

LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH INI TELAH DISETUJUI UNTUK DIUJIKAN
TANGGAL 13 JUNI 2019

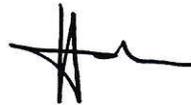
Oleh

Pembimbing



Ns. Jasmawati, S.Kep., M.Kes
NIDN : 4014026401

Pembimbing Pendamping



Dr. Hj. Endah Wahyutri, S.Pd., M.Kes
NIDN : 4028016501

Mengetahui,

Ketua Program Studi D III Keperawatan Samarinda
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



Ns. Andi Lis Arming G, S.Kep., M.Kep
NIP. 196803291994022001

Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ca Ovarium Stadium III Post
Kemoterapi di Ruang Mawar RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

Telah Diuji 13 Juni 2019

PANITIA PENGUJI

Ketua penguji

Ns. Nilam Noorma, S.Kep., M.Kep
NIDN. 4005028002


(.....)

Penguji Anggota :

1. **Ns. Jasmawati, S.Kep., M.Kes**
NIDN. 4014026401


(.....)

2. **Dr. Hj. Endah Wahyutri, S.Pd., M.Kes**
NIDN. 4028016501


(.....)

Mengetahui :

Ketua Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



Hj. Umi Kalsum, S.Pd., M.Kes
NIP. 196508251985032001

Ketua Program Studi D III
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



Ns. Andi Lis Arming G, S.Kep., M.Kep
NIP. 196803291994022001

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

Nama : Sumiarsih
Tempat Tanggal Lahir : Nganjuk, 17 Oktober 1999
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Alamat : Jln. Awang Syahrum Rt. 019 Rw. 03 Loa Duri Ilir, Loa
Janan,
Kutai Kartanegara.

B. Riwayat Pendidikan

1. Tahun 2003-2004 : Taman Kanak-Kanak Dharma Wanita Nglawak
2. Tahun 2004-2010 : SDN Nglawak II
3. Tahun 2010-2013 : SMPN 1 Prambon
4. Tahun 2013-2016 : MAN Prambon
5. Tahun 2016-sekarang : Mahasiswa Prodi DIII Keperawatan Samarinda Poltekkes
Kemenkes Kalimantan Timur

KATA PENGANTAR

Dengan memanjatkan puji dan syukur kehadirat Allah SWT, atas berkat rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ca Ovarium Stadium III Post Kemoterapi Di Ruang Mawar RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda”. terselesaikan tepat pada waktunya.

Karya Tulis Ilmiah ini dibuat dalam rangka sebagai rangkaian ujian akhir program Diploma III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur, serta penulis sebagai mahasiswa yang memiliki kewajiban terhadap pentingnya sebuah penelitian yang harus dan terus dikembangkan mengingat kemajuan teknologi yang semakin tinggi, perlu pula di tunjang oleh minat dan bakat mahasiswa melalui studi kasus seperti ini. Dalam upaya menyelesaikan karya tulis ini, penulis banyak dapat mendapat bimbingan, bantuan dan motivasi dari berbagai pihak.

Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan ini tersusun atas bimbingan, pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terimakasih kepada :

1. Bapak H. Supriadi, S. Kp., M. Kep. Selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
2. Ibu Hj. Umi Kalsum, S. Pd., M. Kes. Selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.

3. Ibu Ns. Andi Lis AG, S. Kep., M. Kep. Selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
4. Ibu Ns. Nilam Noorma, S. Kep., M. Kes. Selaku dosen penguji utama yang memberikan masukan ilmu serta bantuan dan arahnya.
5. Ibu Ns. Jasmawati, S. Kep., M. Kes. Selaku Dosen Pembimbing Utama yang telah memberikan masukan ilmu dalam penyusunan karya tulis ilmiah serta arahan dan bimbingan hingga selesai
6. Ibu Dr. Hj. Endah Wahyutri, S. Pd., M. Kes. Selaku Dosen Pembimbing Pendamping yang telah memberikan masukan ilmu dan arahan penulisan dalam menyusun karya tulis ilmiah hingga selesai
7. Para Dosen dan Staf Pendidikan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur Jurusan Keperawatan.
8. Kedua orang tua saya dan seluruh keluarga yang tercinta dan tersayang yang telah memberikan dukungan dan segalanya dalam proses baik doa, semangat, motivasi, maupun berupa materi yang tidak henti-hentinya diberikan kepada saya sehingga dapat menyelesaikan proposal ini.
9. Sahabat-sahabat saya yang selalu memberikan doa maupun semangat dalam setiap langkah perjuangan saya selama ini.
10. Rekan-rekan mahasiswa Politeknik Kesehatan Kemenkes Kaltim Jurusan Keperawatan Prodi D III Keperawatan angkatan 2016 khususnya tingkat IIIB yang telah memberi dukungan, masukan, juga kritik untuk laporan ini.

Akhir kata, saya berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu, semoga asuhan keperawatan ini membawa manfaat bagi perkembangan ilmu.

Samarinda, 13 Juni 2019

Penulis



ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN CA OVARIUM STADIUM III
POST KEMOTERAPI DI RUANG MAWAR RSUD A. W. SJAHRANIE
SAMARINDA

Sumiarsih¹⁾, Jasmawati²⁾, Endah Wahyutri³⁾

¹⁾ Mahasiswa Prodi Diploma Keperawatan, Poltekkes Kaltim

²⁾ Dosen Jurusan Kebidanan, Poltekkes Kaltim

³⁾ Dosen Jurusan Keperawatan, Poltekkes Kaltim

ABSTRAK

Pendahuluan : Kanker Ovarium adalah proses keganasan primer yang terjadi pada ovarium. Meskipun pemeriksaan fisik dilakukan dengan cermat, kanker ovarium seringkali sulit dideteksi karena biasanya terdapat jauh di dalam pelvis.

Tujuan : Penulis dapat memberikan gambaran asuhan keperawatan pada pasien ca ovarium stadium III post kemoterapi di ruang mawar RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

Metode : Karya tulis ilmiah ini menggunakan metode secara komperensif dalam bentuk studi kasus dengan pendekatan asuhan keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

Hasil : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari, masalah yang di temukan pada pasien 1 yaitu defisit nutrisi, mual, perfusi perifer tidak efektif, nyeri akut, gangguan pola tidur dan intoleransi aktifitas sedangkan pada pasien 2 ditemukan masalah defisit nutrisi, mual, gangguan citra tubuh, dan risiko infeksi. Dari hasil studi kasus yang di temukan maka penulis menyimpulkan terdapat masalah yang teratasi, teratasi sebagian, dan tidak terjadi. Untuk implementaasi sebagian besar telah di lakukan sesuai dengan rencana yang sudah di tentukan sesuai dengan kebutuhan asuhan keperawatan.

Kesimpulan : Tindakan keperawatan secara komperensif ini menunjukkan bahwa tindakan ini sangat di perlukan untuk proses pada pasien ca ovarium stadium III yang sedang atau telah menjalani kemoterapi dengan adanya kerjasama tim kesehatan, pasien, dan keluarga.

Saran : Diharapkan dapat menjadi acuan dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien ca ovarium stadium III post kemoterapi

Kata Kunci : Asuhan keperawatan, ca ovarium

DAFTAR ISI

Halaman Sampul Depan	
Halaman Sampul Dalam dan Prasyarat.....	i
Halaman Pernyataan.....	ii
Halaman Persetujuan.....	iii
Halaman Pengesahan	iv
Daftar Riwayat Hidup	v
Kata Pengantar	vi
Abstrak	ix
Daftar Isi	x
Daftar Tabel	xiii
.....	
Daftar Bagan	xiv
Daftar Lampiran	xv
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang Masalah.....	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Studi Kasus	5
1.3.1 Tujuan Umum	5
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4 Manfaat Studi Kasus	6
1.4.1 Bagi Penulis	6
1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan	6
1.4.3 Bagi Perkembangan Ilmu Pengetahuan dan Profesi Keperawatan	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Dasar Penyakit	7
2.1.1 Pengertian	7
2.1.2 Etiologi	7

2.1.3 Patofisiologi	8
2.1.4 Pathway	11
2.1.5 Klasifikasi	13
2.1.6 Manifestasi Klinis	14
2.1.7 Penatalaksanaan	14
2.1.8 Pemeriksaan Penunjang	16
2.1.9 Konsep Kemoterapi.....	17
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan	18
2.2.1 Pengkajian Keperawatan.....	19
2.2.2 Diagnosa Keperawatan	21
2.2.3 Rencana Keperawatan.....	23
2.2.4 Implementasi Keperawatan.....	28
2.2.5 Evaluasi Keperawatan.....	29
2.2.6 Dokumentasi Keperawatan	31
 BAB 3 METODE PENULISAN	
3.1 Desain Penulisan	32
3.2 Subjek Studi Kasus	33
3.3 Definisi Operasional	34
3.4 Lokasi dan Waktu Studi Kasus	34
3.5 Prosedur Studi Kasus	34
3.6 Tehnik dan Instrumen Pengumpulan Data	35
3.6.1 Tehnik Pengumpulan Data.....	35
3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data	35
3.7 Keabsahan Data	36
3.8 Analisis Data	36
 BAB 4 HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	
4.1 Hasil Studi Kasus	37
4.1.1 Gambaran Lokasi Studi Kasus	37
4.1.2 Gambaran Subyek studi Kasus	38

4.1.3 Data Asuhan Keperawatan.....	38
4.2 Pembahasan	60

BAB 5 KESIMPULAN

5.1 Kesimpulan	68
5.1.1 Pengkajian.....	68
5.1.2 Diagnosa Keperawatan	68
5.1.3 Intervensi Keperawatan.....	69
5.1.4 Implementasi Keperawatan.....	69
5.1.5 Evaluasi Keperawatan.....	69
5.2 Saran.....	70

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN-LAMPIRAN



DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Klasifikasi stadium kanker ovarium	13
Tabel 2.2 Rencana Keperawatan.....	26
Tabel 3.1 Definisi Operasional	31
Tabel 4.1 Hasil anamnesis biodata pasien.....	45
Tabel 4.2 Hasil riwayat kesehatan pasien	45
Tabel 4.3 Hasil pengkajian pasien	46
Tabel 4.4 Hasil anamnesis pemeriksaan fisik pasien.....	48
Tabel 4.5 Riwayat menstruasi dan kontrasepsi pasien.....	51
Tabel 4.6 Pemeriksaan penunjang	52
Tabel 4.7 Penatalaksanaan terapi pasien.....	52
Tabel 4.8 Daftar diagnosa keperawatan.....	53
Tabel 4.9 Perencanaan pasien 1	56
Tabel 4.10 Perencanaan pasien 2	58
Tabel 4.11 Implementasi keperawatan pasien 1	59
Tabel 4.12 Implementasi keperawatan pasien 2	62
Tabel 4.13 Evaluasi keperawatan pasien 1	63
Tabel 4.14 Evaluasi keperawatan pasien 2	65

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway kanker ovarium.....	11
---------------------------------------	----



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Surat Pernyataan
- Lampiran 2 Informed Consent
- Lampiran 3 Satuan Acara Penyuluhan
- Lampiran 4 Leaflet
- Lampiran 5 Lembar Konsultasi Bimbingan
- Lampiran 6 Surat Ijin Penelitian



BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Kanker Ovarium adalah proses keganasan primer yang terjadi pada ovarium. Meskipun pemeriksaan fisik dilakukan dengan cermat, kanker ovarium seringkali sulit dideteksi karena biasanya terdapat jauh didalampelvis (Brunner, 2015). Tumor ovarium terjadi atas 3 kelompok, yaitu tumor jinak, borderline (kanker deferensiasi sedang), dan tumor ganas. Kanker ovarium diperkirakan 30% terjadi dari seluruh kanker pada system genetalia wanita (Arania & windarti, 2015).

Menurut *American Cancer Society* tahun 2016, kanker ovarium menduduki peringkat kelima dari seluruh kanker yang ditemukan pada wanita. Sekitar 22.280 kasus baru kanker ovarium terdiagnosis dan 14.240 wanita meninggal karena kanker ovarium di Amerika Serikat. Angka kelangsungan hidup 5 tahun hanya sekitar 46,2%. Berdasarkan laporan International Agency for Research on Cancer (IARC) tahun 2012 angka kejadian kanker ovarium pada tingkat global adalah 3,6% dari 100.000 penduduk. Kelangsungan hidup diperkirakan dalam 5 tahun pada stadium I, II, III dan IV yaitu masing-masingnya sekitar 90%, 70%, 39%, dan 17%.

Data Globocan tahun 2012, insiden dan mortalitas kanker ovarium di Asia menempati urutan ke Sembilan dari penyakit-penyakit kanker yang menyerang pada system genetalia wanita. Insiden kanker ovarium di Asia Tenggara sebanyak 47.689 atau sebanyak 47.689 atau sebanyak 5,2% dari

seluruh usia pada wanita (IARC, 2012). Penduduk Indonesia yang menderita kanker ovarium menduduki urutan keenam terbanyak setelah karsinoma serviks, payudara, kolorektal, kulit, dan limfoma. Insiden kanker ovarium di Indonesia sebanyak 9.664 kasus atau 6,2% dengan angka mortalitas 7.031 kasus. Data kanker di RS Kanker Dharmais tahun 2010-2013 pada penyakit kanker ovarium di tahun 2010 terdapat 113 kasus dan kematian sebanyak 22 kasus, pada tahun 2011 terdapat 146 kasus dan kematian sebanyak 31 kasus, tahun 2012 terdapat 144 kasus dan kematian sebanyak 27 kasus, tahun 2013 terdapat 134 kasus dan kematian sebanyak 46 kasus (Kementrian Kesehatan republic Indonesia, 2015)

Penyebab kanker ovarium masih belum jelas, namun beberapa factor yang mungkin berkaitan dengan timbulnya penyakit ini antara lain : factor reproduksi, factor haid, factor lingkungan, dan factor genetik (Kampono N, dkk, 2011). Mayoritas kanker ovarium adalah jenis sel epitel yang berasal dari epitel ovarium. Kelompok lainnya yaitu non epithelial, termasuk diantaranya ialah sel tumor germinal, dan tumor sex-cord stromal. Terdapat beberapa stadium pada kanker ovarium yang dibagi menurut *International Federation of Gynecologi and Obstetri* (FIGO) tahun 1988 . dalam penanganan kanker ovarium dilaksanakan berdasarkan stadium penyakit. Prognosis kanker ovarium buruk pada pasien stadium menengah dan lanjut (Jihong L, 2011).

Dampak dari kanker ovarium pada stadium awal tidak mengalami perubahan pada tubuh yang tidak begitu terasa pada diri wanita karena

awal perubahannya di dalam tubuh mengalami keputihan yang dianggap wanita adalah hal yang biasa. Pada stadium lanjut yaitu stadium II-IV akan mengalami perubahan pada tubuh karena sudah bermetastase ke jaringan luar pelvis misalnya jaringan hati, gastrointestinal, dan paru-paru sehingga akan menyebabkan anemia, asites, efusi pleura, nyeri ulu hati dan anoreksia (Reeder, Martin, & Koniak-Griffin, 2013).

Asuhan keperawatan terdiri atas pendidikan kesehatan, dukungan fisik dan emosi untuk mengatasi kecemasan dan ketakutan. Selama hospitalisasi, perawat melakukan pemantauan fisiologis dan prosedur teknis, serta memberikan tindakan kenyamanan. Perawat memberikan dukungan untuk membantu keluarga berkoping dan menyesuaikan diri, memberikan kesempatan pada mereka untuk menceritakan dan mengatasi rasa takut, serta membantu mengkoordinasikan sumber dukungan bagi keluarga dan proses pemulihan (Reeder, dkk, 2013). Peran perawat pada kasus kanker ovarium yaitu melakukan asuhan keperawatan mulai dari :

- (1) pengkajian keperawatan, data dapat diperoleh dari riwayat kesehatan, keluhan utama pasien, pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan penunjang.
- (2) diagnose keperawatan, setelah pengkajian lengkap maka perawat merumuskan diagnosa keperawatan berdasarkan masalah yang muncul dari hasil pengkajian.
- (3) intervensi keperawatan, perawat menentukan prioritas masalah, tujuan, kriteria hasil, serta menyusun intervensi.
- (4) implementasi keperawatan, perawat melakukan tindakan keperawatan secara mandiri (teknik non farmakologi untuk mengatasi nyeri) kolaborasi

(manajemenmengontrol kecemasan, manajemen nutrisi untuk menjaga keseimbangan nutrisi). (5) evaluasi keperawatan, perawat memantau perkembangan kesehatan pasien (Moorhead, S. dkk, 2016).

Berdasarkan latar belakang diatas maka penulis tertarik untuk menulis karya ilmiah dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Pasien Kanker Ovarium Stadium III Post Kemoterapi di Ruang Mawar RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda”**.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan permasalahan yang telah dijelaskan, maka rumusan masalah dalam studi kasus ini adalah “ bagaimana asuhan keperawatan pada pasien kanker ovarium stadium III post kemoterapi di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda ?”

1.3 Tujuan Studi Kasus

1.3.1 Tujuan Umum

Secara umum, studi kasus ini bertujuan untuk mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien kanker ovarium stadium III post kemoterapi di ruang mawar RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1.3.2.1 Melakukan pengkajian pada pasien kanker ovarium stadium III post kemoterapi
- 1.3.2.2 Merumuskan diagnose keperawatan pada pasien kanker ovarium stadium III post kemoterapi
- 1.3.2.3 Menyusun rencana asuhan keperawatan pada pasien kanker ovarium stadium III post kemoterapi
- 1.3.2.4 Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien kanker ovarium stadium III post kemoterapi
- 1.3.2.5 Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien kanker ovarium stadium III post kemoterapi
- 1.3.2.6 Melakukan dokumentasi pada pasien kanker ovarium stadium III post kemoterapi

1.4 Manfaat Studi Kasus

1.4.1 Bagi Penulis

Hasil dari studi kasus ini diharapkan dapat dijadikan sumber pengetahuan dan dapat menambah wawasan dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien kanker ovarium stadium III post kemoterapi.

1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan

Studi kasus ini diharapkan dapat memberikan sumbangan pemikiran atau referensi dalam menerapkan asuhan keperawatan pada pasien kanker ovarium stadium III post kemoterapi

1.4.3 Bagi perkembangan Ilmu pengetahuan dan Profesi Keperawatan

Studi kasus ini diharapkan dapat menambah pengetahuan dan wawasan bagi profesi keperawatan khususnya dalam penerapan asuhan keperawatan pada pasien kanker ovarium.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Penyakit

2.1.1. Pengertian

Kanker ovarium adalah kanker ginekologis yang paling mematikan sebab pada umumnya baru bisa dideteksi ketika sudah parah. Tidak ada tes *screening* awal yang terbukti untuk kanker ovarium. Tidak ada tanda-tanda awal yang pasti. Beberapa wanita mengalami ketidaknyamanan pada abdomen dan bengkak (Digitulio, 2014).

Kanker ovarium adalah kanker ganas yang berasal dari ovarium dengan berbagai histologi yang menyerang pada semua umur. Tumor sel germinal lebih banyak dijumpai pada penderita berusia <20 tahun, sedangkan tumor sel epitel lebih banyak pada wanita usia >50 tahun (Manuaba, 2013).

2.1.2. Etiologi

Penyebab kanker ovarium belum diketahui secara pasti. Factor resiko terjadinya kanker ovarium (Manuaba, 2013) sebagai berikut :

2.1.2.1. Faktor lingkungan

Insiden terjadinya kanker ovarium umumnya terjadi dinegara
industr

Faktor reproduksi

Meningkatnya siklus ovulatori berhubungan dengan tingginya resiko menderita kanker ovarium karena tidak sempurnanya perbaikan epitelial ovarium. Induksi ovulasi dengan menggunakan *clomipen sitrat* meningkatkan resiko dua sampai tiga kali. Kondisi yang dapat menurunkan frekuensi ovulasi dapat mengurangi resiko terjadinya kanker. Pemakaian pil KB menurunkan resiko hingga 50% jika dikonsumsi selama lima tahun atau lebih. Multiparitas, kelahiran multiple, riwayat pemberian ASI

2.1.2.2. Faktor genetik

5-10% adalah herediter, angka resiko terbesar 5% pada penderita satu saudara dan meningkat menjadi 7% bila memiliki dua saudara yang menderita kanker ovarium.

2.1.3. Patofisiologi

Penyebab pasti kanker ovarium tidak diketahui namun multifaktoral. Resiko berkembangnya kanker ovarium berkaitan dengan faktor lingkungan, reproduksi dan genetik. Faktor-faktor lingkungan yang berkaitan dengan kanker ovarium epitel terus menjadi subjek perdebatan dan penelitian. Insiden tertinggi terjadi di industri barat. Kebiasaan makan, minum kopi, dan merokok, dan penggunaan bedak talek pada daerah vagina, semua itu dianggap mungkin menyebabkan kanker. Penggunaan kontrasepsi oral tidak

meningkatkan resiko dan mungkin dapat mencegah. Terapi penggantian estrogen pascamenopause untuk 10 tahun atau lebih berkaitan dengan peningkatan kematian akibat kanker ovarium. Gen-gen supresor tumor seperti BRCA-1 dan BRCA-2 telah memperlihatkan peranan penting pada beberapa keluarga. Kanker ovarium herediter yang dominan autosomal dengan variasi penetrasi telah ditunjukkan dalam keluarga yang terdapat penderita kanker ovarium. Bila yang menderita kanker ovarium, seorang perempuan memiliki 50% kesempatan untuk menderita kanker ovarium.

Lebih dari 30 jenis neoplasma ovarium telah diidentifikasi. Kanker ovarium dikelompokkan dalam 3 kategori besar : 1. Tumor-tumor epitelial, 2. Tumor stroma gonad, dan 3. Tumor-tumor sel germinal. Keganasan epitelial yang paling sering adalah adenoma karsinoma serosa. Kebanyakan neoplasma epitelial mulai berkembang dari permukaan epitelium, atau serosa ovarium. Kanker ovarium bermetastasis dengan invasi langsung struktur yang berdekatan dengan abdomen dan pelvis. Sel-sel ini mengikuti sirkulasi alami cairan peritoneal sehingga implantasi dan pertumbuhan. Keganasan selanjutnya dapat timbul pada semua permukaan intraperitoneal. Limfatis yang disalurkan ke ovarium juga merupakan jalur untuk penyebaran sel-sel ganas. Semua kelenjer pada pelvis dan kavum abdominal pada akhirnya akan terkena. Penyebaran awal kanker ovarium dengan jalur intraperitoneal dan limfatik muncul tanpa gejala

atau tanda spesifik. Gejala tidak pasti akan muncul seiring dengan waktu adalah perasaan berat pada pelvis, sering berkemih, dan disuria, dan perubahan gastrointestinal, seperti rasa penuh, mual, tidak enak pada perut, cepat kenyang, dan konstipasi. Pada beberapa perempuan dapat terjadi perdarahan abnormal vagina sekunder akibat hiperplasia endometrium bila tumor menghasilkan estrogen, beberapa tumor menghasilkan testosteron dan menyebabkan virilisasi. Gejala-gejala keadaan akut pada abdomen dapat timbul mendadak bila terdapat perdarahan dalam tumor, ruptur, atau torsi ovarium.

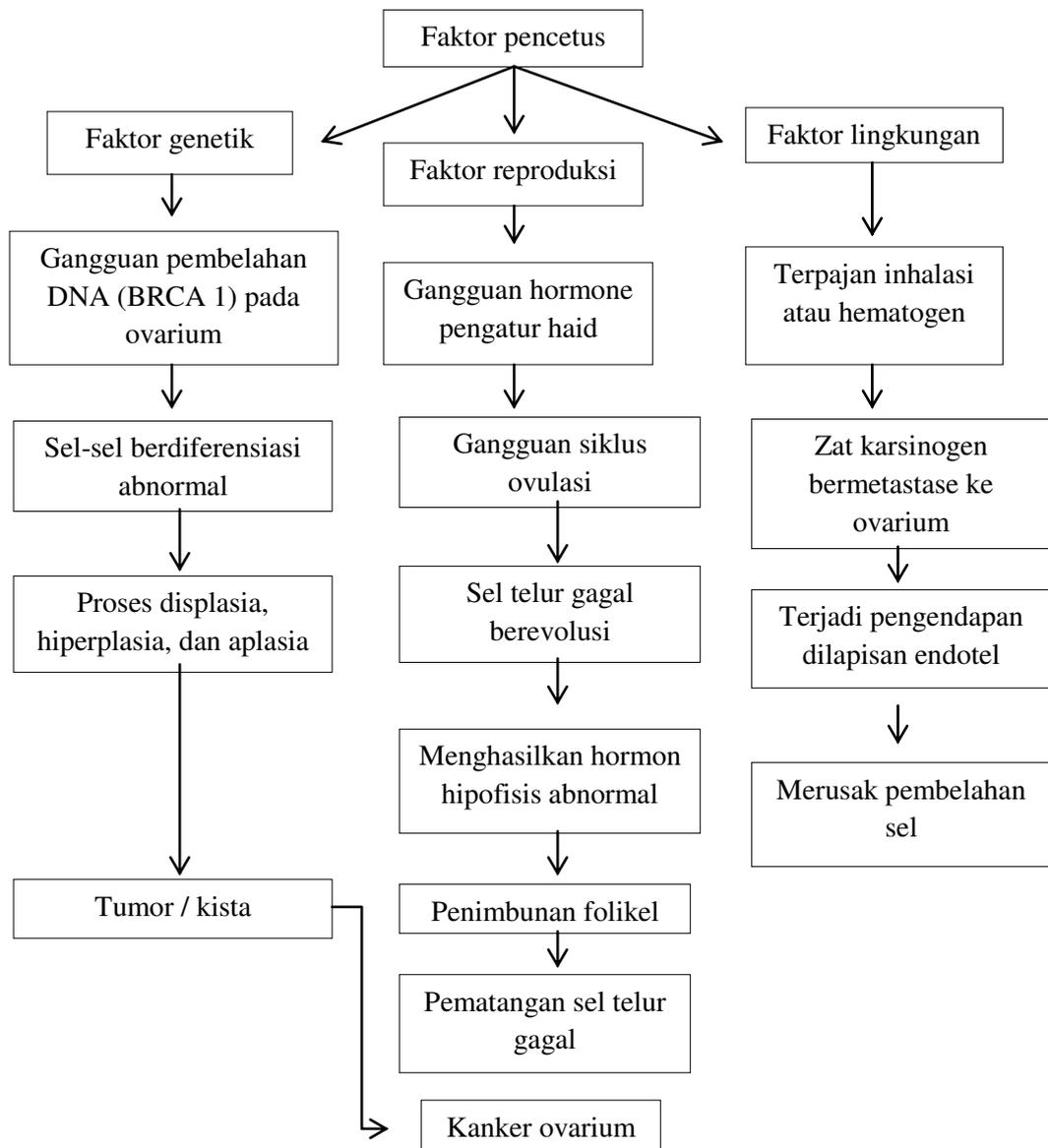
Namun, tumor ovarium paling sering terdeteksi selama pemeriksaan pelvis rutin. Pada perempuan pramenopause, kebanyakan massa adneksa yang teraba bukanlah keganasan tetapi merupakan kista korpus luteum atau folikular. Kista fungsional ini akan hilang dalam satu sampai tiga siklus menstruasi. Namun pada perempuan menarche atau pasca menopause, dengan massa berukuran berapapun, disarankan untuk evaluasi lanjut secepatnya dan mungkin juga eksplorasi bedah. Walaupun laparotomi adalah prosedur primer yang digunakan untuk menentukan diagnosis, cara-cara kurang invasif, (misal CT-Scan, sonografi abdomen dan pelvis) sering dapat membantu menentukan stadium dan luasnya penyebaran. Lima persen dari seluruh neoplasma ovarium adalah tumor stroma gonad, 2 % dari jumlah ini menjadi keganasan ovarium. WHO (*World Health Organization*), mengklarifikasikan neoplasma ovarium ke dalam lima jenis dengan

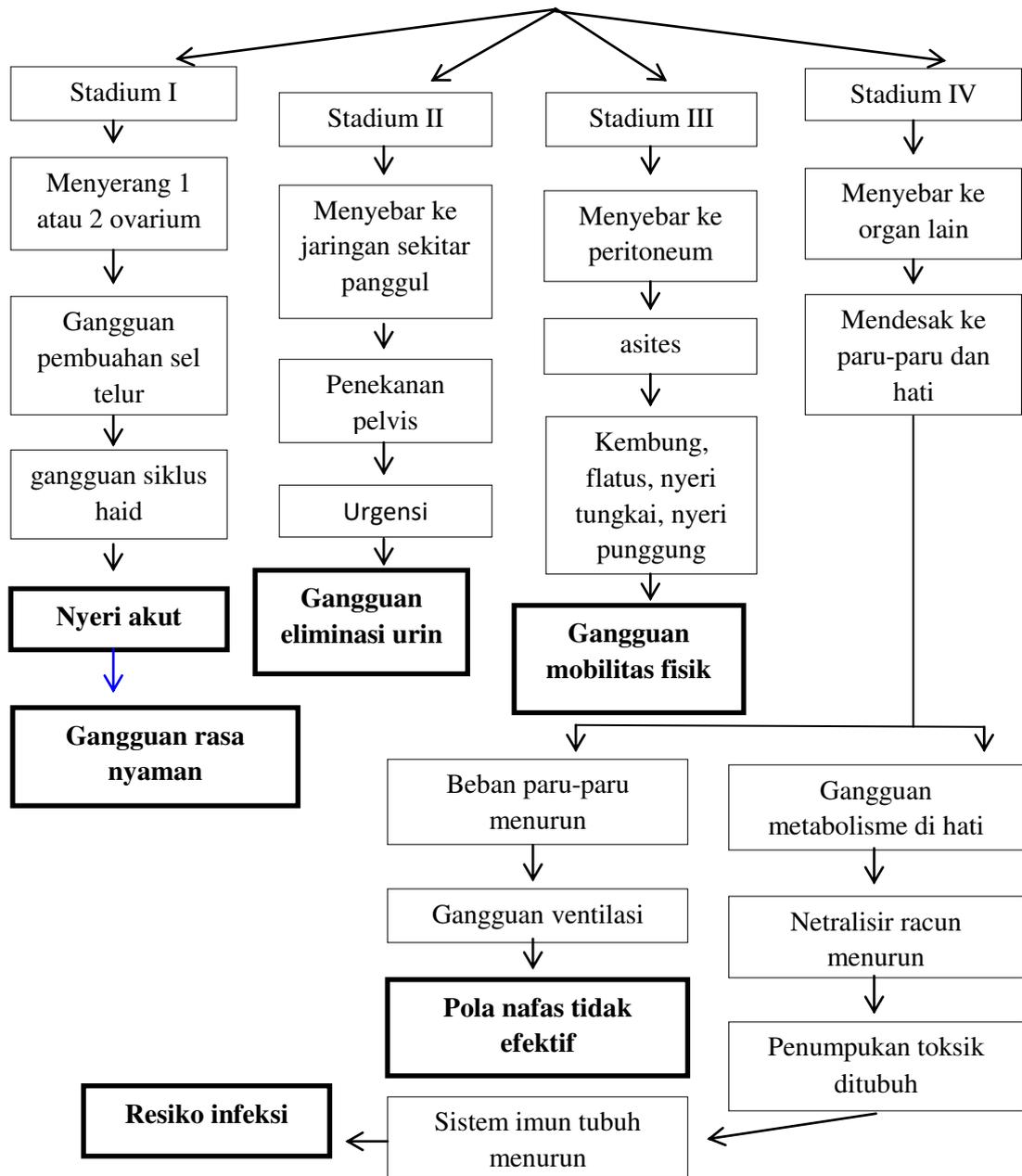
subbagian yang multipel. Dari semua neoplasma ovarium, 25 % hingga 33 % terdiri dari kista dermoid ; 1 % kanker ovarium berkembang dari bagian kista dermoid. Eksisi bedah adalah pengobatan primer untuk semua tumor ovarium, dengan tindak lanjut yang sesuai, tumor apa pun dapat ditentukan bila ganas.

2.1.4. Pathway

Bagan 2.1

Pathway Kanker Ovarium





2.1.5. Klasifikasi

Menurut Prawirohardjo (2014), klasifikasi stadium kanker ovarium menurut FIGO (Federation International de Gynecologis Obstetrics) 1988 sebagai berikut.

Tabel 2.1

Klasifikasi stadium kanker ovarium

Stadium FIGO	Kategori
Stadium I	Tumor terbatas pada ovarium
Ia	Tumor terbatas pada satu ovarium, kapsul utuh, tidak ada tumor pada permukaan luar, tidak terdapat sel kanker pada cairan asites atau pada bilasan peritoneum
Ib	Tumor terbatas pada kedua ovarium, kapsul utuh, tidak terdapat tumor pada permukaan luar, tidak terdapat sel kanker pada cairan asites atau bilasan peritoneum
Ic	Tumor terbatas pada satu atau dua ovarium dengan satu dari tanda-tanda sebagai berikut : kapsul pecah, tumor pada permukaan luar kapsul. Sel kanker positif pada cairan asites atau bilasan peritoneum
Stadium II	Tumor mengenai satu atau dua ovarium dengan perluasan ke pelvis
IIa	Perluasan dan implan ke uterus atau tuba fallopi. Tidak ada sel kanker di cairan asites atau bilasan peritoneum
IIb	Perluasan ke organ pelvis lainnya. Tidak ada sel kanker di cairan asites atau bilasan peritoneum
IIc	Tumor pada stadium IIa/IIb dengan sel kanker positif pada cairan asites atau bilasan peritoneum
Stadium III	Tumor mengenai satu atau dua ovarium dengan metastasis ke peritoneum yang dipastikan secara mikroskopik diluar pelvis atau metastasis ke kelenjar getah bening regional
IIIa	Metastasis peritoneum mikroskopik di luar pelvis
IIIb	Metastasis peritoneum mikroskopik diluar pelvis dengan diameter terbesar 2 cm atau kurang
IIIc	Metastasis peritoneum diluar pelvis dengan diameter terbesar lebih dari 2 cm atau metastasis kelenjar getah bening regional
IV	Metastasis jauh diluar rongga peritoneum. Bila terdapat efusi pleura, maka cairan pleura mengandung sel kanker positif. Termasuk metastasis pada parenkim hati.

2.1.6. Manifestasi Klinis

Menurut Prawirohardjo (2014), tanda dan gejala pada kanker ovarium seperti, perut membesar/merasa adanya tekanan, dyspareunia, berat badan meningkat karena adanya massa/asites, peningkatan lingkar abdomen, tekanan panggul, kembung, nyeri punggung, konstipasi, nyeri abdomen, urgensi kemih, dyspepsia, perdarahan abnormal, flatulens. peningkatan ukuran pinggang, nyeri tungkai, nyeri panggul.

2.1.7. Penatalaksanaan

1) Penatalaksanaan medis

(1) Pembedahan

Tindakan pembedahan dapat dilakukan pada kanker ovarium sampai stadium IIA dan dengan hasil pengobatan seefektif radiasi, akan tetapi mempunyai keunggulan dapat meninggalkan ovarium pada pasien usia pramenopause. Kanker ovarium dengan diameter lebih dari 4 cm menurut beberapa peneliti lebih baik diobati dengan kemoradiasi dari pada operasi. Histerektomi radikal mempunyai mortalitas kurang dari 1%. Morbiditas termasuk kejadian fistel (1% sampai 2%), kehilangan darah, atonia kandung kemih yang membutuhkan katering intermiten, antikolinergik, atau alfa antagonis.

(2) Radioterapi

Terapi radiasi dapat diberikan pada semua stadium, terutama mulai stadium II B sampai IV atau bagi pasien pada stadium yang lebih kecil tetapi bukan kandidat untuk pembedahan. Penambahan cisplatin selama radio terapi *whole pelvic* dapat memperbaiki kesintasan hidup 30% sampai 50%.

(3) Kemoterapi

Terutama diberikan sebagai gabungan radio-kemoterapi lanjutan atau untuk terapi paliatif pada kasus residif. Kemoterapi yang paling aktif adalah cisplatin. Carboplatin juga mempunyai aktivitas yang sama dengan cisplatin.

2) Penatalaksanaan Keperawatan

Asuhan keperawatan pada pasien dengan kanker ovarium meliputi pemberian edukasi dan informasi untuk meningkatkan pengetahuan klien dan mengurangi kecemasan serta ketakutan klien. Perawat mendukung kemampuan klien dalam perawatan diri untuk meningkatkan kesehatan dan mencegah komplikasi (Reeder dkk, 2013).

Intervensi keperawatan kemudian difokuskan untuk membantu klien mengekspresikan rasa takut, membuat parameter harapan yang realistis, memperjelas nilai dan dukungan spiritual, meningkatkan kualitas sumber daya keluarga komunitas, dan menemukan kekuatan diri untuk menghadapi masalah.

2.1.8. Pemeriksaan Penunjang

Ultrasonografi transvagina dan pemeriksaan antigen CA-125 sangat bermanfaat untuk wanita yang beresiko tinggi. Pemeriksaan praoperasi dapat mencakup enema barium atau kolonoskopi, serangkaian pemeriksaan GI atas, MRI, foto ronsen dada, urografi IV, dan pemindaian CT.Scan. Uji asam deoksiribonukleat mengindikasikan mutasi gen yang abnormal. Penanda atau memastikan tumor menunjukkan antigen karsinoma ovarium, antigen karsinoembrionik, dan HCG menunjukkan abnormal atau menurun yang mengarah ke komplikasi.

2.1.9. Konsep Kemoterapi

2.1.9.1. Definisi Kemoterapi

Kemoterapi adalah pemberian obat untuk membunuh sel kanker. Tidak seperti radiasi atau operasi yang hanya bersifat lokal, kemoterapi merupakan terapi sistemik, yang berarti obat menyebar keseluruh tubuh dan dapat mencapai sel kanker yang telah menyebar jauh atau metastase ke tempat lain (Rasjidi, 2010). Obat-obat anti kanker ini dapat digunakan sebagai terapi tunggal (*active single agents*), tetapi kebanyakan berupa kombinasi karena dapat lebih meningkatkan potensi sitotoksik terhadap sel kanker. Selain itu sel-sel yang resisten terhadap salah satu obat mungkin sensitive terhadap obat lainnya.

2.1.9.2. Dampak Kemoterapi Terhadap Pasien

Kemoterapi memiliki dampak dalam berbagai bidang kehidupan antara lain dampak terhadap fisik dan psikologis. Kemoterapi memberikan efek nyata kepada pasien, setiap orang memiliki variasi yang berbeda dalam merespon obat kemoterapi, efek fisik yang tidak dapat diberikan penanganan yang baik dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien. Adapun dampak fisik kemoterapi yaitu: mual dan muntah, konstipasi, toksisitas kulit, kerontokan rambut, penurunan berat badan, kelelahan, penurunan nafsu makan, perubahan rasa dan nyeri (Aambarwati, 2014).

Menurut Wijayanti (2007) menyebutkan beberapa dampak psikologis pasien kanker yaitu: ketidakberdayaan, kecemasan, rasa malu, stress, amarah, depresi, dan harga diri. Secara tidak langsung efek itu mempengaruhi proses penyembuhan pada pasien kanker, dan bila tidak ada bantuan koping yang adekuat dari keluarga, ditakutkan akan menambah buruk keadaan bagi penderita kanker.

2.2. Konsep Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan merupakan seluruh rangkaian proses keperawatan yang diberikan kepada pasien yang berkesinambungan dengan kaidah-kaidah keperawatan yang dimulai dari proses pengkajian hingga dilakukannya

evaluasi tindakan yang telah dilakukan dalam usaha memperbaiki ataupun memelihara derajat kesehatan yang optimal.

Tujuan dalam pemberian asuhan keperawatan antara lain: membantu individu untuk mandiri, mengajak masyarakat atau individu untuk berpartisipasi dalam bidang kesehatan, membantu individu untuk memperoleh derajat kesehatan yang maksimal. Adapun fungsi asuhan keperawatan yaitu: memberikan pedoman dan bimbingan yang sistematis dan ilmiah bagi tenaga keperawatan dalam memecahkan masalah pasien melalui asuhan keperawatan, memberikan ciri profesionalisme asuhan keperawatan melalui pendekatan pemecahan masalah dan pendekatan komunikasi yang efektif dan efisien, serta memberi kebebasan pada pasien untuk mendapat pelayanan yang optimal sesuai dengan kebutuhannya dalam kemandiriannya di bidang kesehatan.

Langkah-langkah dalam memberikan asuhan keperawatan yang pertama yaitu pengkajian. Pengkajian terdiri dari pengumpulan informasi subjektif dan objektif (misalnya, tanda-tanda vital, wawancara pasien/keluarga, pemeriksaan fisik) dan peninjauan informasi riwayat pasien pada rekam medik. Perawat juga mengumpulkan kekuatan (untuk mengidentifikasi peluang promosi kesehatan) dan resiko (area yang merawat dapat mencegah atau potensi masalah yang dapat ditunda) (NANDA, 2015).

Setelah dilakukan pengkajian, maka akan didapatkan data-data dari pasien untuk merumuskan diagnosa keperawatan. Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis tentang respons manusia terhadap gangguan

kesehatan/proses kehidupan, atau kerentanaan respons dari seorang individu, keluarga, kelompok, atau komunitas (NANDA, 2015).

Intervensi keperawatan didefinisikan sebagai berbagai perawatan, berdasarkan penilaian klinis dan pengetahuan, yang dilakukan oleh seorang perawat untuk meningkatkan hasil klien/pasien. *Nursing Interventions Classification (NIC)* adalah sebuah tindakan komprehensif berbasis bukti yang perawat lakukan di berbagai tatanan keperawatan (NANDA, 2015).

Implementasi adalah tindakan dari rencana keperawatan yang telah disusun dengan menggunakan pengetahuan keperawatan, perawat melakukan dua intervensi yaitu mandiri/independen dan kolaborasi/interdisipliner (NANDA, 2015).

Evaluasi merupakan sebagai penilaian status klien dari efektivitas tindakan dan pencapaian hasil yang diidentifikasi terus pada setiap langkah dalam proses keperawatan, serta rencana perawatan yang telah dilaksanakan (NANDA, 2015).

2.2.1. Pengkajian Keperawatan

2.2.1.1. Identitas pasien

Meliputi nama lengkap, tempat tinggal, jenis kelamin, tanggal lahir, umur, asal suku bangsa, tempat lahir, nama orang tua, pekerjaan orang tua. Keganasan kanker ovarium sering ditemui pada usia sebelum *menarche* atau diatas 45 tahun (Manuaba, 2010).

2.2.1.2. Keluhan utama

Biasanya mengalami perdarahan yang abnormal atau menorrhagia pada wanita usia subur atau wanita diatas usia 50 tahun atau menopause untuk stadium awal. Pada stadium lanjut mengalami pembesaran massa yang disertai asites (Reeder,dkk. 2013).

2.2.1.3. Riwayat kesehatan sekarang

Gejala kembung, nyeri pada abdomen atau pelvis, kesulitan makan atau merasa cepat kenyang, dan gejala perkemihan kemungkinan menetap Pada stadium lanjut, sering berkemih, konstipasi, ketidaknyamanan pelvis, distensi abdomen, penurunan berat badan, dan nyeri pada abdomen.

2.2.1.4. Riwayat kesehatan dahulu

Riwayat kesehatan dahulu pernah memiliki kanker kolon, kanker payudara, dan kanker endometrium (Reeder, dkk. 2013)

2.2.1.5. Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat kesehatan keluarga yang pernah mengalami kanker payudara dan kanker ovarium yang beresiko 50% (Reeder, dkk. 2013)

2.2.1.6. Keadaan psiko-sosial-ekonomi dan budaya

Kanker ovarium sering ditemukan pada kelompok sosial ekonomi yang rendah, berkaitan erat dengan kualitas dan

kuantitas makanan atau gizi yang dapat mempengaruhi imunitas tubuh, serta tingkat personal hygiene.

2.2.1.7. Data khusus

Data khusus pada pengkajian asuhan keperawatan meliputi :
Riwayat haid, riwayat obstetri, data psikologis, data aktivitas atau istirahat, data makanan atau cairan, data nyeri atau kenyamanan, pemeriksaan fisik (kesadaran, kepala dan rambut, telinga, wajah, leher, abdomen, dan genitalia), pemeriksaan penunjang (pemeriksaan laboratorium : Uji asam deoksiribonukleat mengindikasikan mutasi gen yang abnormal. Penanda atau memastikan tumor menunjukkan antigen karsinoma ovarium, antigen karsinoembrionik, dan HCG menunjukkan abnormal atau meningkat yang mengarah ke komplikasi).

2.2.2. Diagnosa Keperawatan

Jenis-jenis diagnosa keperawatan antara lain : yang pertama diagnosa aktual, diagnosa ini menggambarkan respon pasien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang menyebabkan pasien mengalami masalah kesehatan. Tanda atau gejala mayor dan minor dapat ditemukan dan divalidasi kepada pasien. Kedua yaitu diagnosa risiko, diagnosa ini menggambarkan respon pasien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya atau proses kehidupannya yang dapat menyebabkan pasien berisiko mengalami

masalah kesehatan. Tidak ditemukan tanda atau gejala mayor dan minor pada pasien, namun pasien memiliki faktor risiko mengalami masalah kesehatan. Ketiga yaitu diagnosa potensial (promosi kesehatan), diagnosa ini menggambarkan adanya keinginan dan motivasi pasien untuk meningkatkan kondisi kesehatannya ke tingkat yang lebih baik atau optimal.

Berdasarkan SDKI 2017, diagnosa keperawatan yang muncul adalah :

2.2.2.1. Nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor

2.2.2.2. Defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan

2.2.2.3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan ketidakbugaran fisik

2.2.2.4. Disfungsi seksual berhubungan dengan perubahan fungsi/struktur tubuh.

2.2.2.5. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit

2.2.2.6. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan efek tindakan pengobatan

2.2.2.7. Distress spiritual berhubungan dengan kondisi penyakit kronis

2.2.2.8. Harga diri rendah situasional berhubungan dengan perubahan pada citra tubuh

2.2.2.9. Ketidakmampuan koping keluarga berhubungan dengan pola koping yang berbeda diantara pasien dan orang terdekat

2.2.2.10. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan fisik

2.2.2.11. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

2.2.2.12. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan hambatan psikologis.

2.2.2.13. Risiko perdarahan berhubungan dengan proses keganasan.

2.2.3. Rencana Keperawatan

Perencanaan berfokus pada memprioritaskan masalah, merumuskan tujuan dan kriteria hasil, membuat instruksi keperawatan, dan mendokumentasikan rencana asuhan keperawatan. Dalam hal ini perawat menuliskan tujuan yang akan dicapai dan hal-hal yang menjadi kriteria dalam keberhasilan pemberian asuhan keperawatan.

Dalam menetapkan kriteria hasil, menggunakan prinsip SMART :

S : *Specific* (tidak menimbulkan arti ganda). Contoh tidak spesifik (pasien dapat melakukan mobilisasi diri secara mandiri). Contoh spesifik (pasien dapat berjalan ke kamar mandi tanpa bantuan).

M : *Measurable* (dapat diukur). Artinya, jika diangkakan missal “bisa”=1 dan tidak bisa=0, jadi jika pasien telah melakukan berjalan kaki sendiri ke kamar mandi tanpa bantuan maka artinya terukur dengan angka 1.

A :*Achivable* (dapat dicapai). Artinya kita tahu bagaimana cara untuk mencapainya. Tahu bagaimana supaya pasien dapat berjalan mandiri dengan bantuan, yaitu dengan melatih pasien tersebut berjalan.

R :*Realistic* (rasional/masuk akal). Jangan membuat kriteria yang tidak masuk akal. Misal pasien baru saja operasi ORIF sudah kita buat tujuan dapat berjalan sendiri tanpa bantuan, ini termasuk tujuan yang tidak masuk akal kecuali kita tetapkan waktunya sesuai dengan kriteria.

T :*Time* (punya batasan waktu yang jelas)

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	KODE SDKI	NOC	NIC
1.	Nyeri Kronis b/d infiltrasi tumor	D.0078	<p>NOC :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pain level • Pain control • Comfort level <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mampu mengontrol nyeri 2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri 3. Mampu mengenali skala, intensitas, lokasi, dan frekuensi nyeri 4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang 	<ol style="list-style-type: none"> 1.1 Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif 1.2 Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan 1.3 Ajarkan tehnik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri 1.4 Kolaborasi untuk pemberian analgetik
2.	Gangguan mobilitas fisik b/d ketidakbugaran fisik	D.0054	<p>NOC :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Joint movement active • Mobility level • Self care : ADLs 	<ol style="list-style-type: none"> 2.1 Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi 2.2 Monitoring vital sign 2.3 Banju pasien dalam

			Kriteria Hasil : 1. Pasien meningkat dalam aktivitas fisik 2. Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas 3. Memperagakan penggunaan alat 4. Bantu untuk mobilisasi	menggunakan alat bantu jalan 2.4 Konsultasi dengan terapi fisik tentang rencana ambulasi sesuai dengan kebutuhan
3.	Defisit nutrisi b/d kurangnya asupan makanan	m	NOC : <ul style="list-style-type: none"> • Nutritional status : food & fluid intake • Nutritional status : nutrient intake • Weight control Kriteria hasil : 1. Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan 2. Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan 3. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi 4. Tidak ada tanda-tanda malnutrisi	3.1 Kaji status nutrisi pasien 3.2 Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi 3.3 Ajarkan pasien membuat catatan makanan harian 3.4 Kolaborasi dengan tim gizi untuk kebutuhan nutrisi
4.	Disfungsi seksual b/d perubahan fungsi/struktur tubuh	D.0069	Kriteria Hasil : 1. Pengenalan dan penerimaan identitas seksual pribadi 2. Mengetahui masalah reproduksi 3. Mampu mengontrol kecemasan 4. Menunjukkan keinginan untuk mendiskusikan perubahan fungsi seksual 5. Mengungkapkan pemahaman terhadap perubahan fungsi seksual	4.1 Kaji frekuensi berhubungan pasien dengan suami setelah mengetahui penyakitnya 4.2 Membangun hubungan terapeutik berdasarkan kepercayaan dan rasa hormat 4.3 Menyediakan privasi dan menjamin kerahasiaan 4.4 Menginformasikan diawal bahwa seksualitas adalah hal penting dalam kehidupan
5.	Gangguan rasa nyaman b/d gejala penyakit	D.0074	NOC: <ul style="list-style-type: none"> • Anxiety • Fear level • Sleep deprivation • Comfort, readiness for enchanched Kriteria Hasil : 1. Mampu mengontrol	5.1 Gunakan pendekatan yang menenangkan 5.2 Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan ketakutan 5.3 Dengarkan dengan penuh perhatian 5.4 Instruksikan pasien

			<p>kecemasan</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Status lingkungan yang nyaman 3. Mengontrol nyeri kualitas tidur dan istirahat yang adekuat 4. Kualitas tidur dan istirahat adekuat 5. Respon terhadap pengobatan 	menggunakan tehnik relaksasi
6.	Distress spiritual b/d kondisi penyakit kronis	D.0082	<p>NOC :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ansietas kematian • Konflik pembuatan keputusan • Koping tidak efektif • Risiko distres spiritual <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. mampu mengontrol kecemasan 2. mampu mengontrol tingkat depresi dan level stres 3. mampu memproses informasi 4. penerimaan atau kesiapan menghadapi kematian 5. menunjukkan arti harapan hidup 	<ol style="list-style-type: none"> 6. 1 Gunakan komunikasi nterapeutik untuk membangun kepercayaan dan kepedulian empatik 6. 2 Memanfaatkan alat untuk memonitor dan mengevaluasi kesejahteraan rohani 6. 3 Menyediakan privasi dan cukup waktu untuk kegiatan spiritual 6. 4 Datangkan penasihat spiritual pilihan individu
7.	Gangguan citra tubuh b/d efek tindakan pengobatan	D.0083	<p>NOC :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Body image • Self esterm <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Body image positif 2. Mampu mengidentifikasi kekuatan personal 3. Mendiskripsikan secara factual perubahan fungsi tubuh 4. Mempertahankan interaksi sosial 	<ol style="list-style-type: none"> 7. 1 Kaji secara verbal dan nonverbal respon pasien terhadap tubuhnya 7. 2 Monitor frekuensi mengkritik dirinya 7. 3 Jelaskan tentang pengobatan, perawatan, kemajuan dan prognosis penyakit 7. 4 Dorong pasien mengungkapkan perasaannya
8.	Harga diri rendah situasional b/d perubahan pada citra	D.0087	<p>NOC :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Body image disturbed • Coping ineffective • Personal identity, disturbed • Health behavior, risk 	<ol style="list-style-type: none"> 8. 1 Kaji alasan-alasan untuk mengkritik atau menyalahkan diri sendiri 8. 2 Monitor frekuensi komunikasi verbal pasien yang negatif 8. 3 Dorong pasien

			<ul style="list-style-type: none"> • Self esteem situasional, low 	<p>mengidentifikasi kekuatan dirinya</p> <p>8.4 Dukung pasien untuk menerima tantangan baru</p> <p>8.5 Kolaborasi dengan sumber-sumber lain (perawat spesialis klinis, dan layanan keagamaan)</p>
9.	Ketidakmampuan koping keluarga b/d pola koping yang berbeda antara pasien dengan keluarga	D.0093	<p>NOC :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Decision making • Role inhasment • Sosial support <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi pola koping yang efektif 2. Mengungkapkan secara verbal tentang koping yang efektif 3. Mengatakan penurunan stress 4. Pasien mengatakan telah menerima keadaannya sekarang 5. Mampu mengidentifikasi strategi tentang koping 	<p>9.1 Bantu pasien mengidentifikasi keuntungan dan kerugian dari keadaan</p> <p>9.2 Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</p> <p>9.3 Memfasilitasi pasien untuk membuat keputusan</p> <p>9.4 Berikan informasi tentang kondisinya</p>
10.	Defisit perawatan diri b/d kelemahan fisik	D.109	<p>NOC :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Self care status • Activity tolerance • Fatigue level <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mampu melakukan tugas fisik yang paling mendasar dan aktifitas perawatan pribadi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu 2. Mampu mempertahankan kebersihan diri dan penampilan yang rapi secara mandiri 	<p>10.1 Kaji kemampuan pasien dalam mempertahankan kebersihan diri, asupan makanan dan cairan, serta eliminasi</p> <p>10.2 Kaji kebersihan diri pasien</p> <p>10.3 Bantu ADLs pasien sesuai dengan kebutuhan</p> <p>10.4 Beritahu keluarga pasien untuk membantu perawatan diri pasien</p>
11.	Defisit pengetahuan b/d kurang terpapar informasi	D.0111	<p>NOC :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Knowledge diseaseprocess • Knowledge health 	<p>11.1 Kaji pengetahuan pasien dan keluarga tentang penyakitnya</p>

			behavior Kriteria Hasil : 1. Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis, dan program pengobatan 2. Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar 3. Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/tim kesehatan lainnya.	11.2 Jelaskan tanda dan gejala dari penyakit 11.3 Jelaskan patofisiologi dari penyakit dan bagaimana hal ini berhubungan dengan anatomi dan fisiologi, dengan cara yang tepat 11.4 Diskusikan dengan dokter tentang terapi dan penanganan
12.	Risiko perdarahan b/d proses keganasan	D.0012	NOC : <ul style="list-style-type: none"> • Blood lose severity • Blood koagulan Kriteria Hasil : 1. Tidak ada hematuria dan hematemesis 2. Kehilangan darah yang terlihat 3. Tekanan darah dalam batas normal 4. Tidak ada perdarahan pervagina 5. Tidak ada distensi abdominal	12.1 Kaji adanya perdarahan pada pasien 12.2 Monitor tanda-tanda vital 12.3 Monitor tanda-tanda perdarahan 12.4 Pertahankan bedrest selama perdarahan aktif 12.5 Kolaborasi pemberian terapi

2.2.4. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah proses membantu pasien untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Tahap ini dimulai setelah rencana tindakan disusun. Perawat mengimplementasi tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan. Dimana tujuan implementasi keperawatan adalah meningkatkan kesehatan klien,

mencegah penyakit, pemulihan dan memfasilitasi coping klien. Secara operasional hal-hal yang perlu diperhatikan perawat dalam pelaksanaan implementasi keperawatan adalah tahap persiapan yaitu tahap awal tindakan keperawatan ini menuntut perawat mempersiapkan segala sesuatu yang diperlukan dalam tindakan. Selanjutnya ada tahap kerja, fokus tahap pelaksanaan tindakan keperawatan adalah melaksanakan tindakan dari perencanaan untuk memenuhi kebutuhan pasien. Yang terakhir yaitu tahap terminasi, memperhatikan respon pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah diberikan, merapikan pasien dan semua alat yang dipakai serta lakukan pendokumentasian. (Hutahaean Serri, 2010).

2.2.5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan yaitu melihat respon pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan pada pasien kanker ovarium dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak.

Dalam melakukan evaluasi keperawatan memiliki pengetahuan dan kemampuan memahami respon pasien serta menggambarkan kesimpulan tujuan yang akan dicapai dalam menghubungkan tindakan keperawatan pada kriteria hasil ada 2 jenis, yaitu :

2.2.5.1. Evaluasi formatif

Menyatakan evaluasi yang dilakukan pada saat melakukan tindakan keperawatan dengan respon segera.

2.2.5.2. Evaluasi sumatif

Merupakan hasil observasi dan analisis status pasien kanker ovarium berdasarkan tujuan yang direncanakan. Evaluasi juga sebagai alat ukur apakah tujuan sudah tercapai sebagian atau tidak tercapai. Evaluasi dilakukan dengan pendekatan pada SOAP, yaitu :

S :Data subjektif yaitu informasi berupa ungkapan yang didapat dari pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

O :Data objektif yaitu data yang didapat dari hasil observasi perawat, termasuk tanda-tanda klinik dan fakta yang berhubungan dengan penyakit pasien (meliputi : data fisiologi dan informasi dari pemeriksaan tenaga kesehatan yang lain).

A :Analisis yaitu analisa ataupun kesimpulan dari data subjektif dan data objektif dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi.

P :Perencanaan yaitu pengembangan rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan analisis yang bertujuan memberikan tindakan keperawatan yang optimal.

2.2.6. Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi adalah segala sesuatu yang tertulis atau tercetak yang dapat dipakai sebagai catatan tentang bukti bagi individu yang berwenang. Tujuan dalam dokumentasi yaitu: sebagai cara bagi tim kesehatan untuk menjelaskan perawatan pasien, menjelaskan sejauh mana lembaga perawatan mendapatkan ganti rugi atas pelayanan yang telah diberikan, sebagai media edukasi peserta didik tentang bagaimana pola yang harus ditemui dalam berbagai masalah kesehatan, berisikan data yang digunakan perawat untuk mengidentifikasi dan mendukung diagnose dan perencanaan keperawatan, sebagai bahan untuk melakukan riset untuk mengumpulkan informasi tertentu, sebagai bukti yang akurat untuk pembelaan apabila ada tuntutan yang berkaitan dengan asuhan keperawatan.

BAB III

METODE STUDI KASUS

3.1 Desain Penulisan

Jenis rancangan penulisan dalam karya tulis ilmiah ini adalah deskriptif dalam bentuk studi kasus dengan pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien (Lyer dalam Setiadi, 2012).

Diagnosa keperawatan adalah langkah kedua dari proses keperawatan yang menggambarkan penilaian klinis tentang respon individu, keluarga, kelompok maupun potensial (Sumijatun, 2010).

Perencanaan keperawatan adalah suatu proses didalam pemecahan masalah yang merupakan keputusan awal tentang sesuatu apa yang akan dilakukan, bagaimana dilakukan, kapan dilakukan, dan siapa yang melakukan dari semua tindakan keperawatan (Dermawan, 2012).

Implementasi keperawatan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan (Setiadi, 2012).

Evaluasi keperawatan adalah kegiatan yang terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan (Manurung, 2011).

3.2 Subjek Studi Kasus

Subjek dalam studi kasus ini adalah 2 responden yang sedang dirawat diruang mawar RSUD A. W. Sjahrani Samarinda Kalimantan Timur yang telah dilakukan pengkajian dan mengalami kasus yang sama yakni kanker ovarium stadium III yang telah atau sedang menjalani kemoterapi. Adapun kriteria inklusi dan eksklusi adalah sebagai berikut:

- 3.2.1 Responden dirawat diruang mawar nifas RSUD A. W. Sjahranie Samarinda dengan diagnosa kanker ovarium stadium III yang telah atau sedang menjalani kemoterapi.
- 3.2.2 Responden mampu berbahasa Indonesia dengan baik, kooperatif, serta bisa melakukan aktifitas
- 3.2.3 Responden dalam keadaan sadar dan mempunyai keadaan umum yang baik.
- 3.2.4 Bersedia menjadi responden dan telah menandatangani surat persetujuan (*inform concent*) sebagai bukti persetujuan.

3.3 Definisi Operasional

Tabel 3.1
Definsi Operasional

Variable	Definsi Operasional	Alat Ukur
Pasien kanker ovarium stadium III post kemoterapi	Adalah pasien kanker indung telur stadium III yang telah atau sedang menjalani kemoterapi dan dirawat di ruang mawar RSUD A. W. Sjahrani Samarinda	Format pengkajian asuhan keperawatan gangguan reproduksi

3.4 Lokasi dan Waktu Studi Kasus

Studi kasus ini dilakukan pada bulan april 2019 selama 6 hari dan minimal 3 hari. Adapun tempat dilaksanakannya asuhan keperawatan ini yaitu di ruang mawar RSUD A. W. Sjahrane Samarinda.

3.5 Prosedur Studi Kasus

Studi kasus diawali dengan penyusunan proposal usulan penulisan karya tulis ilmiah oleh mahasiswa dengan menggunakan metode studi kasus, setelah disetujui oleh pembimbing maka dilanjutkan dengan kegiatan pengumpulan data. Data yang diperoleh berupa hasil pengukuran, observasi, wawancara, pemberian asuhan keperawatan kepada kasus yang dijadikan subjek studi kasus.

3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data

3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data merupakan kegiatan untuk mengumpulkan data yang diperlukan dalam studi kasus ini. Metode pengumpulan data yang digunakan adalah sebagai berikut:

1) Wawancara

Wawancara adalah metode pengumpulan data dengan cara mewawancarai langsung responden yang diteliti, metode ini memberikan hasil secara langsung (Hidayat, 2010). Pada studi kasus ini, sumber data diperoleh dari hasil wawancara terhadap klien dan keluarga klien.

2) Observasi

Observasi adalah metode pengumpulan data dengan cara melakukan pengamatan secara langsung kepada responden untuk mencari perubahan atau hal-hal yang akan diteliti (Hidayat, 2010).

3) Dokumentasi

Dokumentasi dilakukan setiap hari setelah melakukan asuhan keperawatan kepada responden dan dilakukan dengan menggunakan format asuhan keperawatan maternitas.

3.6.1 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data berupa format tahapan proses keperawatan mulai dari pengkajian, perumusan diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

3.7 Keabsahan Data

Keabsahan data melalui perbandingan dan pengecekan kembali data yang diperoleh dari wawancara dengan hasil observasi dan studi dokumentasi yang diperoleh dari lapangan. Dari semua data yang didapat akan dikategorikan mana data yang sama, yang berbeda, dan yang spesifik dari sumber-sumber data tersebut sehingga menghasilkan suatu kesimpulan.

3.8 Analisis Data

Analisis data dalam karya tulis ilmiah ini digunakan untuk melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan kanker ovarium dengan masalah yang timbul post kemoterapi. Analisis data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta. Selanjutnya membandingkan teori yang ada dan dituangkan dalam opini pembahasan serta hasil dari melakukan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, penegakkan diagnosa, merencanakan tindakan, melakukan tindakan sampai mengevaluasi hasil tindakan akan dinarasikan dan melihat perbedaan antara responden 1 dan responden 2. Teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban dari penulisan yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara yang mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah penulisan. Tehnik analisis digunakan dengan cara observasi oleh penulis dan studi dokumentasi yang menghasilkan data yang selanjutnya diinterpretasikan dan dibandingkan, teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut.

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan diuraikan hasil studi kasus dan pembahasan mengenai hasil pengamatan tentang data umum pasien dan tentang gambaran lokasi umum studi kasus yaitu ruangan Mawar RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Pengambilan data dilakukan dengan jumlah sampel sebanyak dua pasien dan memiliki diagnosa yang sama yaitu Ca Ovarium stadium III post kemoterapi. Adapun hasil studi kasus diuraikan sebagai berikut:

4.1 Hasil Studi Kasus

4.1.1. Gambaran Lokasi Studi Kasus

Studi kasus ini dilakukan di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda yang terletak di Jalan Palang Merah Indonesia No.1 Kelurahan Sidodadi Kecamatan Samarinda Ulu Kota Samarinda, Kalimantan Timur. RSUD Abdul Wahab Sjahranie merupakan salah satu dari 2 rumah Sakit rujukan milik Pemerintah Provinsi Kalimantan Timur dan merupakan Rumah Sakit rujukan tertinggi di Kalimantan Timur yang berkedudukan di kota Samarinda. Diresmikan sebagai Rumah Sakit dengan nama RSUD Abdul Wahab Sjahranie pada tanggal 22 Februari 1986, dimana sebelumnya bernama *Lanschap Hospital* yang dibangun tahun 1933 pada zaman penjajahan Belanda. Fasilitas yang tersedia di RSUD Abdul Wahab Sjahranie ini antara lain Instalasi rawat jalan, instalasi farmasi, ruang rawat inap, fisioterapi, dan IGD 24 Jam. Untuk fasilitas rawat jalan terdiri dari

poliklinik, medical check up, dan resume medis. Fasilitas pemeriksaan penunjang terdiri dari laboratorium patologi klinik, patologi anatomi, radiologi, hemodialisa, CT-scan, OKA sentral, Laundry, Farmasi, gizi. Untuk unit rawat inap terdapat beberapa ruangan yaitu Flamboyan, Seruni, Dahlia, Angsoka, Tulip, Melati, Anggrek, Cempaka, Aster, Edelweis, Mawar, Bougenvil, Teratai, ICU, ICCU, HCU, Stroke Center, dan Sakura.

Dalam studi kasus ini dilakukan diruang Mawar yaitu rawat inap yang terdiri dari 2 tim yaitu tim Ginekologi dan tim Obstetri serta tambahan 2 ruang isolasi, 1 ruang tindakan, 1 ruang obat, 1 ruang perawat, 1 ruang kepala ruangan, 1 ruang mahasiswa, 1 ruang *cleaning service* dan 2 kamar mandi pegawai.

4.1.2. Gambaran Subyek Studi Kasus

Dalam studi kasus ini dipilih 2 orang sebagai subyek studi kasus yaitu subyek sesuai dengan kriteria yang ditetapkan, yaitu :

Pasien dengan diagnosa medis Kanker Ovarium Stadium III yang telah atau sedang menjalani kemoterapi dan dirawat di Ruang Mawar RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

4.1.3. Data Asuhan Keperawatan

Penulis melakukan asuhan keperawatan dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan meliputi pengkajian, perumusan diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

4.1.3.1. Pengkajian

Tabel 4.1 Hasil Anamnesis Biodata Pasien dengan Ca Ovarium Stadium III di RSUD Abdul Wahab Sjahranie

IDENTITAS PASIEN	PASIEN I	PASIEN II
Nama	Nn. P	Ny. D
Jenis kelamin	Perempuan	Perempuan
Kelamin	13 tahun	55 tahun
Status perkawinan	Belum menikah	Menikah
Pekerjaan	Pelajar	Ibu rumah tangga
Agama	Islam	Kristen
Pendidikan terakhir	SD	SMP
Alamat	Jl. Cut Nyak Dien, Sangatta	Sungai Kerbau, Samarinda
Diagnosa medis	Ca Ovarium St. III	Ca Ovarium St. III
Nomor Register	01.05.92.61	01.01.67.86
MRS/Tgl pengkajian	1 Mei 2019 10 Mei 2019	15 Mei 2019 16 Mei 2019

Dari tabel 4.1 data anamnesis didapatkan bahwa kedua pasien dalam biodata ditemukan persamaan jenis kelamin dan diagnosa medis yaitu Ca Ovarium Stadium III.

Tabel 4.2 Hasil Riwayat Biodata Pasien dengan Ca Ovarium Stadium III di RSUD Abdul Wahab Sjahranie

Data Subjektif	PASIEN I	PASIEN II
Keluhan utama	Pasien mengeluh mual muntah setelah kemoterapi	Pasien mengeluh mual muntah setelah kemoterapi
Riwayat penyakit sekarang	Pasien terdiagnosa Ca Ovarium sejak 2 bulan yang lalu. Pasien masuk rumah sakit pada tanggal 1 Mei 2019 dan merupakan pasien rujukan dari RSUD Kudungga Sangatta. Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis. Perut pasien terlihat membesar karena penumpukkan cairan. Pasien mengatakan nyeri pada perutnya, nyeri seperti disayat benda tajam dan terasa diseluruh lapang perutnya, skala nyeri 7 dengan waktu terus menerus. Pasien mengatakan merasa mual dan muntah serta kurang nafsu makan setelah menjalani kemoterapi. Selama sakit pasien mengalami	Pasien terdiagnosa Ca Ovarium dari sejak tahun 2013. Pasien masuk rumah sakit pada tanggal 15 mei 2019. Pasien mengatakan masuk rumah sakit karena sudah jadwalnya untuk melakukan kemoterapi yang ke 12. Keadaan umum baik, kesadaran composmentis. Pasien mengeluh mual muntah setelah menjalani kemoterapi. Selama sakit pasien mengatakan mengalami penurunan berat badan SMRS 64 kg sekarang menjadi 60 kg. Pasien dapat beraktifitas secara mandiri.

	penurunan berat badan SMRS 48 kg sekarang menjadi 40 kg. Pasien terlihat lemah dan aktifitas dibantu oleh keluarga.	
Riwayat kesehatan dahulu	Sebelumnya pasien tidak pernah dirawat di rumah sakit	Sebelumnya pasien sudah pernah dirawat dirumah sakit dengan diagnosa yang sama dan menjalani operasi pengangkatan ovarium pada tahun 2016. Lalu pada tahun 2018 pasien kembali menjalani operasi kolostomi.
Riwayat kesehatan keluarga	Ibu pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga lain yang memiliki penyakit yang sama dengan pasien.	Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga lain yang memiliki penyakit yang sama dengan pasien.

Pada tabel 4.2 ditemukan datadari pengkajian riwayat kesehatan pada pasien I dan pasien II dalam keluhan utama ditemukan ada persamaan yaitu mual muntah. Pada riwayat penyakit sekarang pasien I dan pasien II memiliki persamaan mengalami penurunan berat badan selama sakit. Pada riwayat kesehatan dahulu pasien I sebelumnya tidak pernah masuk rumah sakit sedangkan pada pasien II sudah pernah dirawat di rumah rumah sakit dengan diagnosa yang sama. Pada riwayat kesehatan keluarga memiliki persamaan pada pasien I dan pasien II yaitu anggota keluarga lain tidak ada yang memiliki riwayat penyakit yang sama dengan pasien.

Tabel 4.3 Hasil pengkajian Klien dengan Ca Ovarium Stadium III di RSUD Abdul Wahab Sjahranie

Observasi	PASIEN I	PASIEN II
Keadaan umum	Posisi pasien supine, pasien terpasang IVFD, Nasal Kanul, Drain, dan Kateter Epidural	Posisi pasien duduk, pasien tidak terpasang alat invasif apapun
Kesadaran	Kesadaran composmentis dengan GCS E4V5M6	Kesadaran composmentis dengan GCS E4V5M6
Pemeriksaan tanda-tanda vital	TD : 110/80 mmHg N : 92x/menit RR : 20x/menit T : 36,7°C	TD : 150/100 mmHg N : 81x/menit RR : 20x/menit T : 36,2°C

Kenyamanan/Nyeri	P : Perubahan posisi Q : seperti disayat benda tajam R : seluruh lapang perut S : 4 T : Terus menerus	Tidak ada keluhan nyeri pada pasien.
Status fungsional/aktivitas dan mobilitas Barthel indeks	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengendalikan rangsangan defekasi (BAB) : skor 2 Mandiri 2. Mengendalikan rangsang berkemih (BAK) : skor 2 Mandiri 3. Membersihkan diri (cuci muka, sisir rambut, sikat gigi) : skor 0 Butuh pertolongan orang lain 4. Penggunaan jamban masuk dan keluar (melepaskan, memakai, celana, membersihkan, menyiram) : Skor 1 Perlu bantuan 5. Makan : Skor 1 perlu ditolong memotong makanan 6. Berubah sikap dari berbaring ke duduk : skor 0 tidak mampu 7. Berpindah/berjalan: skor 0 tidak mampu 8. Memakai Baju : skor 1 sebagian dibantu 9. Naik turun tangga : skor 0 Tidak mampu 10. Mandi : Skor 0 tergantung orang lain <p>TOTAL : 7 Ketergantungan Berat</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengendalikan rangsangan defekasi (BAB) : skor 2 Mandiri 2. Mengendalikan rangsang berkemih (BAK) : skor 2 Mandiri 3. Membersihkan diri (cuci muka, sisir rambut, sikat gigi) : skor 1 mandiri 4. Penggunaan jamban masuk dan keluar (melepaskan, memakai, celana, membersihkan, menyiram) : Skor 2 mandiri 5. Makan : Skor 2 Mandiri 6. Berubah sikap dari berbaring ke duduk : 3 mandiri 7. Berpindah/berjalan: 3 mandiri 8. Memakai Baju : skor 2 mandiri 9. Naik turun tangga : skor 2 mandiri 10. Mandi : Skor 1 mandiri <p>TOTAL : 18 Ketergantungan Ringan</p>

Berdasarkan tabel 4.3 ditemukan data dari pengkajian observasi kedua pasien sama kesadaran compos mentis, GCS E4 V5 M6, pasien I memiliki masalah nyeri sedangkan pasien II tidak, dan untuk aktivitas pasien I ketergantungan Berat sedangkan pasien II ketergantungan Ringan.

Tabel 4.4 Hasil Anamnesis Pemeriksaan Fisik Pasien dengan

Ca Ovarium Stadium III di RSUD Abdul Wahab Sjahranie

Pemeriksaan Fisik	PASIEN I	PASIEN II
A. Pemeriksaan kepala dan leher 1. Kepala dan rambut	Kulit kepala bersih, tidak ada ketombe dan tidak ada lesi. Penyebaran rambut merata berwarna hitam, rambut mudah patah, tidak bercabang, dan tidak ada kelainan	Kulit kepala bersih, tidak ada ketombe dan tidak ada lesi. Penyebaran rambut tidak merata, berwarna hitam dan putih (uban), rambut mudah patah, tidak bercabang, dan tidak ada kelainan
2. Mata	Mata lengkap, simetris kanan dan kiri., kornea mata jernih kanan dan kiri. Konjuntiva anemis dan sklera tidak ikterik Kelopak mata/palepebra tidak ada pembengkakan. Adanya reflek cahaya pada pupil dan bentuk isokor kanan dan kiri, iris kanan kiri berwarna hitam, tidak ada kelainan	Mata lengkap, simetris kanan dan kiri., kornea mata jernih kanan dan kiri. Konjuntiva tidak anemis dan sklera tidak ikterik Kelopak mata/palepebra tidak ada pembengkakan. Adanya reflek cahaya pada pupil dan bentuk isokor kanan dan kiri, iris kanan kiri berwarna hitam, tidak ada kelainan
3. Hidung	Tidak ada pernafasan cuping hidung, posisi septum nasal ditengah, lubang hidung bersih, tidak ada secret, tulang hidung dan septum nasi tidak ada pembengkakan dan tidak ada polip	Tidak ada pernafasan cuping hidung, posisi septum nasal ditengah, lubang hidung bersih, tidak ada secret, tulang hidung dan septum nasi tidak ada pembengkakan dan tidak ada polip
4. Mulut & Lidah	Keadaan mukosa bibir kering dan pucat. Tonsil ukuran normal uvula letak simetris ditengah .	Keadaan mukosa bibir kering dan pucat. Tonsil ukuran normal uvula letak simetris ditengah .
5. Telinga	Bentuk telinga sedang, simetris kanan dan kiri. Lubang telinga bersih, tidak ada serumen berlebih, pendengaran berfungsi dengan baik	Bentuk telinga sedang, simetris kanan dan kiri. Lubang telinga bersih, tidak ada serumen berlebih, pendengaran berfungsi dengan baik
6. Leher	Kelenjar getah bening tidak teraba, kelenjar tiroid tidak teraba, posisi trakhea letak ditengah dan tidak ada kelainan	Kelenjar getah bening tidak teraba, kelenjar tiroid tidak teraba, posisi trakhea letak ditengah dan tidak ada kelainan

<p>B. Pemeriksaan thorak sistem pernafasan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inspeksi 2. Palpasi 3. Perkusi 4. Auskultasi 	<p>Pasien terlihat sesak, tidak ada batuk dan secret. Bentuk dada simetris, irama nafas teratur, pola nafas normal, tidak ada pernafasan cuping hidung, otot bantu pernafasan, vocal perimitus dan ekspansi paru anterior dan posterior dada normal, perkusi sonor, auskultasi suara nafas vesikuler</p>	<p>Pasien terlihat sesak, tidak ada batuk dan secret. Bentuk dada simetris, irama nafas teratur, pola nafas normal, tidak ada pernafasan cuping hidung, otot bantu pernafasan, vocal perimitus dan ekspansi paru anterior dan posterior dada normal, perkusi sonor, auskultasi suara nafas vesikuler</p>
<p>C. Pemeriksaan jantung</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inspeksi dan palpasi 2. Perkusi batas jantung 3. Auskultasi 	<p>Pada pemeriksaan inspeksi CRT > 2 detik tidak ada sianosis. Pada pemeriksaan palpasi iktus kordis teraba hangat. Perkusi batas jantung : Basic jantung berada di ICS II dari lateral ke media linea , para sterna sinistra, tidak melebar, Pinggang jantung berada di ICS III dari linea para sterna kiri, tidak melebar, Apeks jantung berada di ICS V dari linea midclavikula sinistra, tidak melebar. Pemeriksaan auskultasi : bunyi jantung I saat auskultasi terdengar bunyi jantung normal dan regular, bunyi jantung II : saat auskultasi terdengar bunyi jantung normal dan regular, bunyi jantung tambahan : tidak ada bunyi jantung tambahan, dan tidak ada kelainan.</p>	<p>Pada pemeriksaan inspeksi CRT < 2 detik tidak ada sianosis. Pada pemeriksaan palpasi iktus kordis teraba hangat. Perkusi batas jantung : Basic jantung berada di ICS II dari lateral ke media linea , para sterna sinistra, tidak melebar, Pinggang jantung berada di ICS III dari linea para sterna kiri, tidak melebar, Apeks jantung berada di ICS V dari linea midclavikula sinistra, tidak melebar. Pemeriksaan auskultasi : bunyi jantung I saat auskultasi terdengar bunyi jantung normal dan regular, bunyi jantung II : saat auskultasi terdengar bunyi jantung normal dan regular, bunyi jantung tambahan : tidak ada bunyi jantung tambahan, dan tidak ada kelainan.</p>
<p>D. Pemeriksaan Abdomen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inspeksi 2. Auskultasi 3. Palpasi 4. Perkusi 	<p>Inspeksi : Bentuk abdomen bulat dan asites, terdapat massa pada perut, dan tampak bayangan pembuluh darah pada abdomen, tidak ada luka operasi . Auskultasi : peristaltic 25x/menit Palpasi : Tegang nyeri tekan, massa , Hepar Lien tidak ada kelainan Ginjal tidak ada nyeri tekan, tidak ada asietas.</p>	<p>Inspeksi : Bentuk abdomen bulat dan datar, benjolan/masa tidak ada pada perut, tidak tampak bayangan pembuluh darah pada abdomen, tidak ada luka operasi . Auskultasi : peristaltic 25x/menit Palpasi : Tegang Tidak ada nyeri tekan, mass, Hepar Lien tidak ada kelainan Ginjal tidak ada nyeri tekan, tidak ada asietas.</p>
<p>E. Pemeriksaan Neurologis</p>	<p>Memory Panjang, perhatian dapat mengulang, bahasa baik, kongnisi baik, orientasi orang, saraf sensori nyeri tusuk. Tingkat kesadaran compos mentis. Tanda rangsangan otak (meningeal sign) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. N I (olfaktorius) : penciuman baik, bisa membedakan bau- 	<p>Memory Panjang, perhatian dapat mengulang, bahasa baik, kongnisi baik, orientasi orang, saraf sensori nyeri tusuk. Tingkat kesadaran compos mentis. Tanda rangsangan otak (meningeal sign) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. N I (olfaktorius) : penciuman baik, bisa membedakan bau-bauan.

	<p>bauan.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. N II (optikus) : jarak pandang baik 3. NIII (okulomotorius) : adanya reflek rangsangan pada pupil 4. N IV (troklearis) : bisa menggerakkan bola mata ke atas dan ke bawah 5. N V (trigeminus) : tidak ada kesulitan mengunyah 6. N VI (abdusen) : bisa menggerakkan bola mata ke kanan dan ke kiri 7. N VII (facialis) : pengecapan terhadap rasa-rasa baik 8. NVIII(vestibulotroklearis) : pendengaran baik 9. NIX (glosofaringeus): tidak ada nyeri telan 10. N X (vagus) : bisa mengucap “ah” dan menelan saliva 11. N XI (assesorius) : bisa mengangkat bahu dan menoleh dengan adanya tahanan 12. NXII (hipoglosus): bisa menjulurkan, menggerakkan lidah ke kanan dan ke kiri <p>Fungsi motorik klien normal, bisa menggerakkan ekstremitas atas dan bawah, nilai motorik 6 (mengikuti perintah), Fungsi sensorik normal, tidak ada masalah pada fungsi sensorik, reflek fisiologis : patella (-), reflek patofisiologis : babinski (-)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 2. N II (optikus) : jarak pandang baik 3. NIII (okulomotorius) : adanya reflek rangsangan pada pupil 4. N IV (troklearis) :,bisa menggerakkan bola mata ke atas dan ke bawah 5. N V (trigeminus) : tidak ada kesulitan mengunyah 6. N VI (abdusen) : bisa menggerakkan bola mata ke kanan dan ke kiri 7. N VII (facialis) : pengecapan terhadap rasa-rasa baik 8. NVIII(vestibulotroklearis) : pendengaran baik 9. NIX (glosofaringeus): tidak ada nyeri telan 10. N X (vagus) : bisa mengucap “ah” dan menelan saliva 11. N XI (assesorius) : bisa mengangkat bahu dan menoleh dengan adanya tahanan 12. NXII (hipoglosus): bisa menjulurkan, menggerakkan lidah ke kanan dan ke kiri <p>Fungsi motorik klien normal, bisa menggerakkan ekstremitas atas dan bawah, nilai motorik 6 (mengikuti perintah), Fungsi sensorik normal, tidak ada masalah pada fungsi sensorik, reflek fisiologis : patella (-), reflek patofisiologis : babinski (-)</p>
F. Pemeriksaan sistem perkemihan	Kebersihan genitalia bersih, tidak ada keluhan kencing, kemampuan berkemih spontan, produksi urin 1300 ml/hari warna kuning bau amoniak, tidak ada nyeri tekan.	Kebersihan genitalia bersih, tidak ada keluhan kencing, kemampuan berkemih spontan, produksi urin 1600 ml/hari warna kuning bau amoniak, tidak ada nyeri tekan.
G. Pemeriksaan muskuloskeletal (ekstremitas) dan Integumen	Pergerakan sendi bebas, tidak ada kelainan ekstermitas, tidak ada kelainan tulang belakang, tidak fraktur, tidak menggunakan traksi, tidak kompartementet syndrome, kulit kemerahan, turgor kulit kurang, Kekuatan otot :	Pergerakan sendi bebas, tidak ada kelainan ekstermitas, tidak ada kelainan tulang belakang, tidak fraktur, tidak menggunakan traksi, tidak kompartementet syndrome, kulit kemerahan, turgor kulit kurang, Kekuatan otot :

	5.5 5.5 Tidak ada luka	5.5 5.5 Tidak ada luka.
H. Sistem Endokrin	Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening.	Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening.

Berdasarkan tabel 4.4 ditemukan data dari pemeriksaan fisik pada pasien I dan pasien II ditemukan masalah pada pemeriksaan mulut dan faring terdapat masalah bibir kering dan pucat. Pada pasien I di pemeriksaan mata terdapat masalah konjungtiva anemis sedangkan pada pemeriksaan abdomen pada pasien I dan pasien II didapatkan hasil terdapat luka bekas operasi. Pada pasien I terlihat bayangan vena sedangkan pada pasien II terdapat luka kolostomi.

Tabel 4.5 Riwayat menstruasi dan kontrasepsi Pasien dengan Ca Ovarium Stadium III di RSUD Abdul Wahab Sjahranie

Riwayat	PASIEN I	PASIEN II
Menstruasi	Nn. P belum pernah mengalami menarche	Ny. D mengalami menarche pada usia 14 tahun, dengan siklus teratur setiap bulan, lama haid 4-5 hari.
Kontrasepsi	Nn. P belum pernah menggunakan alat kontrasepsi	Tipe alat kontrasepsi yang pernah dipakai oleh Ny. D adalah suntik 3 bulan, pil, dan yang terakhir digunakan adalah spiral. Tujuan Ny.D menggunakan KB yaitu untuk memberikan jarak kehamilan. Ny.D berhenti menggunakan KB pada tahun 2016. Alasan Ny.D berhenti menggunakan KB karena sudah tidak menstruasi.

Tabel 4.6 Hasil Anamnesis Pemeriksaan Penunjang Pasien dengan Ca Ovarium Stadium III di RSUD Abdul Wahab Sjahranie

Tindakan	PASIEN I	PASIEN II
Pengkajian spiritual sebelum sakit	Sering	Sering
Pengkajian spiritual selama sakit	Kadang-kadang	Kadang-kadang
Pemeriksaan penunjang	<p>Tgl : 08/05/2019 Hb : 8,3 g/dl</p> <p>Tgl : 09/05/2019 Hb : 5,4 g/dl Hematokrit : 17,5 % Leukosit : 12,6 Eritrosit : 2,11 g/dl</p> <p>Tgl 10/05/2019 Hb : 7,7 g/dl Leukosit : 9,1 Hematokrit : 23%</p>	

Tabel 4.7 Penatalaksanaan terapi pasien dengan Ca Ovarium Stadium III di RSUD Abdul Wahab Sjahranie

Penatalaksanaan Terapi	
PASIEN I	PASIEN II
<ol style="list-style-type: none"> 1. Morphin dicampur dengan 2. Levica 0,1% 3x10cc <p>Obat kemoterapi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Bleomycin 3x15mg (IV) drip 4. Etoposid 3x100mg (IV) drip 5. Carboplatin 1x200 mg (IV) drip 	<p>Obat kemoterapi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bleomycin 3x15mg (IV) drip 2. Etoposid 3x100mg (IV) drip 3. Carboplatin 1x200 mg (IV) drip

Pada tabel 4.7 terdapat persamaan pada kedua pasien tentang jenis terapi yang

didapatkan, yaitu obat yang digunakan untuk proses kemoterapi. Pada pasien I mendapatkan tambahan terapi Morphin dan Levica untuk mengatasi nyeri yang dirasakan.

4.1.3.2. Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.8 Daftar Diagnosa Keperawatan pada pasien dengan Ca Ovarium Stadium III di RSUD Abdul Wahab Sjahranie

No.	PASIEN I		PASIEN II	
	Tanggal ditemukan	Diagnosa Kep	Tanggal ditemukan	Diagnosa Kep
1.	10/05/2019	Defisit nutrisi b/d kurang asupan makanan (D.0019) DS : <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan nafsu makan berkurang dan merasa mual muntah • Pasien mengatakan cepat kenyang saat makan DO : <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengalami penurunan BB 8 kg • Pasien hanya mau makan 2 sendok dari porsi makan yang sudah disediakan • Antropometri Lila : 17 cm BB SMRS : 48 kg BB sekarang : 40 kg TB : 150 cm • Biokimia Hb : 7,7 g/dl • Klinik KU : lemah Bibir : kering Konjungtiva : anemis • Diit : BTKTP 	16/05/2019	Defisit nutrisi b/d kurang asupan makanan (D.0019) DS : <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan nafsu makan berkurang dan mual muntah • Pasien mengatakan cepat kenyang saat makan • Pasien mengatakan bajunya terasa longgar DO : <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengalami penurunan BB 4 kg • Pasien hanya menghabiskan ¼ porsi makan yang sudah disediakan • Antropometri Lila : 29 cm

				BB SMRS : 64 kg BB sekarang : 60 kg TB : 155 cm • Biokimia : - • Klinik KU : baik Bibir : kering • Diit : TKTP
2.	10/05/2019	Nausea b/d efek agen farmakologis (D.0076) DS : <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengeluh mual • Pasien merasa ingin muntah • Pasien mengeluh tidak nafsu makan DO : <ul style="list-style-type: none"> • Pasien hanya mau makan 2 sendok saja dari porsi makan yang sudah disediakan • Pasien terlihat pucat 	16/05/2019	Nausea b/d efek agen farmakologis (D.0076) DS : <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengeluh mual • Pasien merasa ingin muntah • Pasien mengeluh tidak nafsu makan DO : <ul style="list-style-type: none"> • Pasien hanya mau makan ¼ saja dari porsi makan yang sudah disediakan • Pasien terlihat pucat
3.	10/05/2019	Perfusi perifer tidak efektif b/d penurunan konsentrasi hemoglobin (D.0009) DS : <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengeluh pusing dan berkunang-kunang • Pasien mengeluh mual DO : <ul style="list-style-type: none"> • CRT >2 detik • Konjungtiva pasien anemis • Akral pasien teraba dingin • Hb : 7,7 g/dl 	16/05/2019	Gangguan citra tubuh b/d efek tindakan/pengobatan (D.0083) DS : <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan malu karena rambutnya sudah mulai jarang • Pasien mengatakan malu karena kulitnya kusam DO : <ul style="list-style-type: none"> • Pasien terlihat selalu menggunakan tutup kepala • Pasien terlihat selalu

				menggunakan baju lengan panjang
4.	10/05/2019	<p>Nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis (D.0077)</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengeluh nyeri P : jika berganti posisi Q : seperti disayat benda tajam R : seluruh lapang perut S : 4 T : terus-menerus <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien terlihat meringis menahan sakit • Pasien terlihat gelisah • Pasien terlihat merengek kesakitan 	16/05/2019	<p>Risiko infeksi b/d efek prosedur invasif (D.0142)</p> <p>DS : -</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien terlihat menggunakan kolostomi bag • Pada perut pasien terlihat luka post op kolostomi
5.	10/05/2019	<p>Gangguan pola tidur b/d hambatan lingkungan (D.0055)</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengeluh sulit tidur • Pasien mengeluh tidak puas saat tidur • Pasien mengeluh istirahat tidak cukup • Pasien mengatakan hanya tidur 3-4 jam dalam sehari <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien terlihat lemas • Pasien terlihat sering menguap • Kantung mata pasien terlihat sedikit kehitaman 		
6.	10/05/2019	<p>Intoleransi aktivitas b/d kelemahan (D.0056)</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengeluh lemas • Pasien mengatakan tidak mampu duduk sendiri tanpa bantuan orang lain <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien terlihat lemah 		

		<ul style="list-style-type: none"> • Pasien hanyaberbaring ditempat tidur • Aktivitas pasien dibantu oleh keluarga 		
--	--	--	--	--

4.1.3.3. Intervensi Keperawatan

Tabel 4.9 Perencanaan Pasien I dengan Ca Ovarium Stadium III di RSUD Abdul Wahab Sjahranie

N O	TGL DITEMUKAN	DIAGNOSA KEP	TUJUAN & KRITERIA HASIL	INTERVENSI KEPERAWATAN
1.	10/05/19	Defisit nutrisi b/d kurang asupan makanan (D.0019)	<p>NOC :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nutritional status : food & fluid intake • Nutritional status : nutrient intake • Weight control <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan 2. Tidak ada tanda-tanda mal nutrisi 3. Tidak menunjukkan penurunan berat badan yang berarti 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1 Identifikasi status nutrisi 1. 2 Identifikasi makanan yang disukai 1. 3 Beritahu makan sedikit tapi sering 1. 4 Kolaborasi dengan ahli gizi untuk pemberian diet tinggi kalori tinggi protein
2.	10/05/19	Nausea b/d efek agen farmakologis (D.0076)	<p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tidak mengeluh mual 2. Pasien tidak sampai mengalami muntah 3. Nafsu makan pasien meningkat 	<ol style="list-style-type: none"> 2. 1 Identifikasi faktor penyebab mual 2. 2 Monitor asupan nutrisi dan kalori 2. 3 Anjurkan makanan dalam jumlah kecil namun sering 2. 4 Kolaborasi pemberian antiemetik (bila perlu)
3.	10/05/2019	Perfusi perifer tidak efektif b/d penurunan	<p>NOC :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sirculation status 	<ol style="list-style-type: none"> 3. 1 Periksa sirkulasi perifer 3. 2 Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada

		konsentrasi hemoglobin (D.0009)	<p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nilai sistol dan diastol dalam rentang yang diharapkan 2. CRT <2 detik 3. Nilai Hb dalam batas normal 	<p>ekstermitas</p> <p>3.3 Observasi kulit jika ada lesi atau laserasi</p>
4.	10/05/19	Nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis (D.0077)	<p>NOC :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pain level • Pain control • Comfort level <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mampu mengontrol nyeri 2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri 3. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang 	<p>4.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, skala, kualitas, dan intensitas nyeri</p> <p>4.2 identifikasi respon nyeri non verbal</p> <p>4.3 Berikan tehnik non farmakologi relaksasi nafas dalam dan kompres hangat</p> <p>4.4 Kolaborasi pemberian analgetik</p>
5.	10/05/19	Gangguan pola tidur b/d hambatan lingkungan (D.0055)	<p>NOC :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pain level • Comfort level <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jumlah jam tidur dalam batas normal, 6-8 jam 2. Pola tidur, kualitas dalam batas normal 3. Perasaan segar setelah tidur atau istirahat 	<p>5.1 Identifikasi pola aktivitas dan tidur</p> <p>5.2 Identifikasi penyebab susah tidur</p> <p>5.3 Beritahu keluarga untuk menciptakan lingkungan yang nyaman dan tenang</p> <p>5.4 Jelaskan pentingnya tidur yang cukup selama sakit</p>
6.	10/05/19	Intoleransi aktivitas b/d kelemahan (D.0056)	<p>NOC :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Energy conservation • Activity tolerance • Self care : ADLs <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mampu melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri 2. Tanda-tanda vital dalam rentang normal 3. Mampu berpindah : dengan 	<p>6.1 Identifikasi kemampuan beraktivitas pasien</p> <p>6.2 Fasilitasi duduk ditempat tidur bila tidak mampu berpindah atau berjalan</p> <p>6.3 Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</p> <p>6.4 Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</p>

			atau tanpa bantuan	
--	--	--	--------------------	--

Tabel 4.10 Perencanaan Pasien II dengan Ca Ovarium Stadium III di RSUD Abdul Wahab Sjahranie

N O	TGL DITEMUKAN	DIAGNOSA KEP	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI KEPERAWATAN
1.	16/05/2019	Defisit nutrisi b/d kurang asupan makanan (D.0019)	<p>NOC :</p> <ul style="list-style-type: none"> Nutritional status : food & fluid intake Nutritional status : nutrient intake Weight control <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan Tidak ada tanda-tanda mal nutrisi Tidak menunjukkan penurunan berat badan yang berarti 	<ol style="list-style-type: none"> Identifikasi status nutrisi Identifikasi makanan yang disukai Beritahu makan sedikit tapi sering Kolaborasi dengan ahli gizi untuk pemberian diit tinggi kalori tinggi protein
2.	16/05/2019	Nausea b/d efek agen farmakologis (D.0076)		<ol style="list-style-type: none"> Identifikasi faktor penyebab mual Monitor asupan nutrisi dan kalori Anjurkan makanan dalam jumlah kecil namun sering Kolaborasi pemberian antiemetik (bila perlu)
3.	16/05/2019	Gangguan citra tubuh b/d efek tindakan/pengobatan (D.0083)	<p>NOC :</p> <ul style="list-style-type: none"> Body image Self esteem <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> Body image positif Mempertahankan interaksi sosial Mampu mengidentifikasi kekuatan personal 	<ol style="list-style-type: none"> Identifikasi kemampuan yang dimiliki Diskusikan untuk mengklarifikasi kesalahpahaman dan mengevaluasi perilaku sendiri Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi Anjurkan keluarga terlibat
4.	16/05/2019	Risiko infeksi b/d efek prosedur invasif	<p>NOC :</p> <ul style="list-style-type: none"> Immune status Knowledge : infection control 	<ol style="list-style-type: none"> Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Cuci tangan sebelum dan

		(D.0142)	Kriteria hasil : 1. Pasien bebas dari tanda dan gejala infeksi 2. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi 3. Jumlah leukosit dalam batas normal 4. Menunjukkan perilaku hidup sehat	sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4.3 Jelaskan tanda dan gejala infeksi 4.4 Kolaborasi pemberian antibiotik
--	--	----------	--	--

4.1.3.4. Implementasi Keperawatan

Tabel 4.11 Implementasi keperawatan pasien I dengan Ca Ovarium Stadium III di RSUD Abdul Wahab Sjahrani Samarinda

No	Tanggal/jam	Tindakan keperawatan	Evaluasi tindakan	Paraf
1.	10/05/19 08.05	4.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, skala, kualitas, dan intensitas nyeri	P : nyeri ketika berganti posisi Q : seperti disayat benda tajam R : seluruh lapang perut S : 7 T : terus menerus	
2.	08.10	4.3 Mengajarkan tehnik relaksasi nafas dalam	Pasien mempraktikkan cara melakukan relaksasi nafas dalam.	
3.	08.14	1.1 Mengidentifikasi status nutrisi pasien	Lila : 17 cm BB SMRS : 48 kg BB skrg : 40 kg TB : 150 cm	
4.	08.18	2.1 Identifikasi faktor penyebab mual	Pasien mengatakan air liurnya terasa pahit	
5.	08.20	1.1 Mengidentifikasi makanan yang disukai pasien	Pasien mengatakan kesukaannya adalah puding	
6.	08.21	1.2 Memberi tahu pasien untuk makan dengan porsi kecil tapi sering	Pasien mengangguk	

7.	08.25	3.1 Memeriksa sirkulasi perifer pasien	CRT <2 detik	
8.	08.30	5.1 mengidentifikasi pola tidur pasien	Pasien mengatakan hanya tidur 3-4 jam dalam sehari	
9.	08.33	5.2 mengidentifikasi penyebab susah tidur pada pasien	Pasien mengatakan susah tidur karena tidak terbiasa ditempat ramai	
10	08.35	6.1 mengidentifikasi kemampuan beraktifitas pasien	Pasien hanya mampu berbaring ditempat tidur saja	
1.	11/05/19 08.00	4.1 mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, skala, kualitas, dan intensitas nyeri pasien	P : nyeri ketika berganti posisi Q : seperti disayat benda tajam R : seluruh lapang abdomen S : 7 T : terus menerus	
2.	08.05	4.3 memberitahu keluarga untuk melakukan kompres hangat diarea yang terasa nyeri	Pasien mengikuti anjuran yang diberikan	
3.	08.10	5.1 mengidentifikasi pola tidur pasien	Pasien mengatakan sudah agak nyenyak tidur	
4.	08.12	5.4 menjelaskan pentingnya tidur yang cukup selama sakit	Pasien mengganggu tanda mengerti	
5.	08.15	2.2 memonitor asupan nutrisi dan kalori	Pasien hanya menghabiskan 2 sendok makanan yang telah disediakan	
6.	08.17	2.3 menganjurkan makan dalam jumlah kecil namun sering	Pasien mengganggu	
7.	09.20	3.2 memonitor adanya tanda-tanda infeksi pada ekstermitas	Pasien tidak mengeluh panas, nyeri, bengkak, ataupun kemerahan.	
1.	12/05/19 09.00	4.1 mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, skala, kualitas, dan intensitas nyeri	P : nyeri jika berganti posisi Q : disayat benda tajam R : seluruh lapang abdomen S : 4 T : hilang timbul	

2.	09.10	2.1 mengidentifikasi faktor penyebab mual	Pasien mengatakan mual sudah berkurang
3.	09.14	3.1 memeriksa sirkulasi perifer	CRT <2 detik
4.	09.16	4.2 mengidentifikasi respon nyeri non verbal pasien	Ekspresi muka pasien terlihat lebih rileks
5.	09.17	1.3 memberitahu pasien untuk makan sedikit namun sering	Pasien mengganggu tanda mengerti
6.	09.32	2.2 memonitor asupan nutrisi dan kalori	Pasien mengatakan baru saja selesai makan puding
7.	10.00	6.1 mengidentifikasi kemampuan beraktifitas pasien	Pasien hanya berbaring ditempat tidur
8.	10.04	5.1 mengidentifikasi pola tidur pasien	Pasien mengatakan tidur 6-7 jam dalam sehari

Tabel 4.12 Implementasi keperawatan pasien II dengan Ca Ovarium Stadium III di RSUD Abdul Wahab Sjahrani Samarinda

No	Tanggal/jam	Tindakan keperawatan	Evaluasi tindakan	Paraf
1.	15/05/19 08.05	2.1 identifikasi faktor penyebab mual	Pasien mengatakan liurnya terasa pahit	
2.	08.10	1.1 mengidentifikasi status nutrisi pasien	Lila : 29 cm BB SMRS : 64 kg BB skrg : 60 kg TB : 150 cm	
3.	08.14	1.2 mengidentifikasi makanan yang disukai	Pasien mengatakan menyukai makanan yang manis-manis	

4.	08.18	1.3 Memberi tahu pasien untuk makan dengan porsi kecil tapi sering	Pasien mengganggu tanda mengerti	
5.	08.20	2.2 memonitor asupan nutrisi dan kalori	Pasien mengatakan hanya menghabiskan ¼ porsi saja dari yang telah disediakan	
6.	09.25	3.1 mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki pasien	Pasien mengatakan suka merajut	
7.	09.30	3.3 menganjurkan pasien untuk mengungkapkan perasaan	Pasien bercerita tentang dirinya	
8.	09.40	3.4 memberitahu pasien untuk melibatkan keluarga	Pasien hanya mengganggu	
9.	10.15	4.2 mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien	Menghindari infeksi	
10	10.20	4.1 monitor adanya tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik	Tidak ada tanda dan gejala infeksi yang muncul	
1.	16/05/19 09.00	2.1 identifikasi faktor penyebab mual	Pasien mengatakan liurnya terasa pahit	
2.	09.10	1.1 mengidentifikasi status nutrisi pasien	Lila : 29 cm BB SMRS : 64 kg BB skrg : 60 kg TB : 150 cm	
3.	09.14	1.4 Memberi tahu pasien untuk makan dengan porsi kecil tapi sering	Pasien mengganggu tanda mengerti	
4.	09.15	2.2 memonitor asupan nutrisi dan kalori	Pasien mengatakan hanya menghabiskan ¼ porsi saja dari yang telah disediakan	
5.	09.17	3.4 memberitahu pasien untuk melibatkan keluarga	Pasien hanya mengganggu	
6.	09.20	4.1 monitor adanya tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik	Tidak ada tanda dan gejala infeksi yang muncul	
7.	09.27	4.2 mencuci tangan setelah kontak dengan pasien	Menghindari infeksi	
1.	17/05/19 08.15	2.1 identifikasi faktor penyebab mual	Pasien mengatakan mual sudah berkurang	
2.	08.20	1.1 mengidentifikasi status nutrisi pasien	Lila : 29 cm BB SMRS : 64 kg BB skrg : 60 kg	

3.	08.23	1.5 Memberi tahu pasien untuk makan dengan porsi kecil tapi sering	TB : 150 cm Pasien menganggu tanda mengerti
4.	08.25	2.2 memonitor asupan nutrisi dan kalori	Pasien mengatakan hanya menghabiskan 1/2 porsi saja dari yang telah disediakan
5.	08.30	3.4 memberitahu pasien untuk melibatkan keluarga	Pasien hanya menganggu
6.	08.33	4.1 monitor adanya tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik	Tidak ada tanda dan gejala infeksi yang muncul

4.1.3.5. Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.13 Evaluasi Asuhan Keperawatan Pasien I dengan Ca Ovarium Stadium III di RSUD Abdul Wahab Sjahranie

No	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
1.	Dx 1 : defisit nutrisi b/d kurangnya asupan makanan	S : pasien mengatakan masih merasa mual dan kurang nafsu makan O : pasien hanya menghabiskan sedikit makanan yang telah disediakan oleh tim diit A : masalah defisit nutrisi belum teratasi P : lanjutkan intervensi 1.1 Identifikasi status nutrisi 1.2 Identifikasi makanan yang disukai 1.3 Beritahu makan sedikit tapi sering 1.4 Kolaborasi dengan ahli gizi untuk pemberian diit	
2.	Dx 2 : nausea b/d efek agen farmakologis	S : pasien mengatakan mual sudah berkurang O : porsi makan pasien sudah mulai membaik A : masalah nausea teratasi sebagian P : pertahankan intervensi 2.1 Identifikasi faktor penyebab mual 2.2 Monitor asupan nutrisi dan kalori 2.3 Anjurkan makan dalam jumlah kecil dan sering 2.4 Kolaborasi pemberian antimetik jika perlu	
3.	Dx 3 : perfusi perifer tidak efektif b/d penurunan konsentrasi	S : pasien masih mengeluh pusing dan mual O : CRT <2 detik, konjungtiva anemis, nilai Hb : 7,7 g/dl A : masalah perfusi perifer tidak efektif	

	hemoglobin	<p>belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>3. 1 Periksa sirkulasi perifer</p> <p>3. 2 Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstermitas</p> <p>3. 3 Observasi kulit jika ada lesi atau laserasi</p>	
4.	Dx 4 : nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis	<p>S : pasien mengeluh nyeri P : jika berganti posisi, Q : seperti disayat benda tajam, R : seluruh lapang abdomen, S : 4, T : hilang timbul</p> <p>O : pasien terlihat meringis menahan sakit, pasien terlihat gelisah.</p> <p>A : teratasi sebagian</p> <p>P : pertahankan intervensi</p> <p>4.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, skala, kualitas, dan intensitas nyeri</p> <p>4.2 identifikasi respon nyeri non verbal</p> <p>4.3 Berikan tehnik non farmakologi relaksasi nafas dalam dan kompres hangat</p> <p>4.4 Kolaborasi pemberian analgetik</p>	
5.	Dx 5 : gangguan pola tidur b/d hambatan lingkungan	<p>S : pasien mengatakn sudah bisa tidur dengan nyenyak</p> <p>O : kantung mata pasien sudah tidak terlihat</p> <p>A : masalah gangguan pola tidur teratasi</p> <p>P : pertahankan intervensi</p> <p>5.3 memberitahu keluarga untuk menciptakan lingkungan yang tenang dan nyaman bagi pasien</p>	
6.	Dx 6 : intoleransi aktivitas b/d kelemahan	<p>S : pasien mengatakan tidak mampu duduk sendiri tanpa bantuan dari keluarga</p> <p>O : pasien hanya berbaring ditempat tidur</p> <p>A : masalah intoleransi aktivitas belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>6.1 Identifikasi kemampuan beraktivitas pasien</p> <p>6.2 Fasilitasi duduk ditempat tidur bila tidak mampu berpindah atau berjalan</p> <p>6.3 Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</p> <p>6.4 Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</p>	

Tabel 4.14 Evaluasi Asuhan Keperawatan Pasien II dengan Ca Ovarium Stadium III di RSUD Abdul Wahab Sjahranie

No	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
1.	Dx 1 : defisit nutrisi b/d kurangnya asupan makanan	<p>S : pasien mengatakan masih merasa mual dan kurang nafsu makan</p> <p>O : pasien hanya menghabiskan sedikit makanan yang telah disediakan oleh tim diit</p> <p>A : masalah defisit nutrisi belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.1 Identifikasi status nutrisi 1.2 Identifikasi makanan yang disukai 1.3 Beritahu makan sedikit tapi sering 1.4 Kolaborasi dengan ahli gizi untuk pemberian diit 	
2.	Dx 2 : nausea b/d efek agen farmakologis	<p>S : pasien mengatakan mual sudah berkurang</p> <p>O : porsi makan pasien sudah mulai membaik</p> <p>A : masalah nausea teratasi sebagian</p> <p>P : pertahankan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> 2.5 Identifikasi faktor penyebab mual 2.6 Monitor asupan nutrisi dan kalori 2.7 Anjurkan makan dalam jumlah kecil dan sering 2.8 Kolaborasi pemberian antimetik jika perlu 	
3.	Dx 3 : gangguan citra tubuh b/d efek tindakan pengobatan	<p>S : pasien masih merasa malu karena kepala mulai botak dan kulitnya mulai kusam</p> <p>O : pasien selalu menggunakan penutup kepala</p> <p>A : masalah gangguan citra tubuh belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> 3.3 Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 3.4 Anjurkan keluarga terlibat 	
4.	Dx 4 : risiko infeksi b/d efek prosedur invasif	<p>S : -</p> <p>O : tidak ada tanda-tanda infeksi</p> <p>A : masalah risiko infeksi tidak menjadi aktual</p> <p>P : pertahankan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> 4.2 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 	

4.2 Pembahasan

Pada pembahasan kasus ini penulis akan membahas tentang adanya kesesuaian maupun kesenjangan antara teori dan hasil asuhan keperawatan

pada pasien I dan pasien II dengan diagnosa Ca Ovarium yang telah dilakukan sejak tanggal 10-12 Mei 2019 dan 16-18 diruangan Mawar RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Kegiatan yang dilakukan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

Menurut asuhan keperawatan berdasarkan diagnosis dalam SDKI (2017) terdapat 11 diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus kanker ovarium yaitu : nyeri kronis, defisit nutrisi, gangguan mobilitas fisik, disfungsi seksual, gangguan rasa nyaman, distress spiritual, harga diri rendah situasional, defisit perawatan diri, defisit pengetahuan, residu perdarahan,, ketidakmampuan koping keluarga.

Berdasarkan hasil pengkajian dan analisa data pada pasien I terdapat 6 diagnosa yang muncul yaitu : defisit nutrisi, nausea, perfusi perifer tidak efektif, nyeri akut, gangguan pola tidur, dan intoleransi aktivitas, sedangkan pada pasien II ada 4 diagnosa yang muncul yaitu : defisit nutrisi, nausea, gangguan citra tubuh, dan resiko infeksi.

Berikut pembahasan diagnosa yang muncul sesuai dengan teori pada kasus pasien I dan pasien II :

4. 2.1 Defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan

Menurut SDKI (2017) pada diagnosa keperawatan defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan tanda dan gejalanya adalah berat badan mengalami penurunan, cepat kenyang saat makan, nafsu makan menurun, membran mukosa pucat, otot mengunyah lemah,

otot menelan lemah, sariawan, rambut rontok, diare.

Defisit nutrisi pada pengkajian pasien I keluhan subjektifnya pasien mengatakan nafsu makan berkurang dan merasa mual muntah, pasien mengatakan cepat kenyang saat makan. Keluhan objektifnya Pasien mengalami penurunan BB 8 kg, pasien hanya mau makan 2 sendok dari porsi makan yang sudah disediakan. Antropometri : Lila : 17 cm, BB dulu : 48 kg, BB sekarang : 40 kg, TB : 150 cm. Biokimia : Hb : 7,7 g/dl. Klinik : KU : lemah, bibir kering, konjungtiva anemis. Diit : BTKTP.

Pada pengkajian pasien II keluhan subjektifnya pasien mengatakan nafsu makan berkurang dan merasa mual muntah, pasien mengatakan cepat kenyang saat makan, pasien juga mengatakan bajunya terasa longgar. Keluhan objektifnya Pasien mengalami penurunan BB 4 kg, pasien hanya menghabiskan $\frac{1}{4}$ porsi makan yang sudah disediakan, Antropometri : Lila : 29 cm, BB dulu : 64 kg, BB sekarang : 60 kg, TB : 155 cm. Biokimia : -. Klinik : KU : baik, bibir kering. Diit : TKTP

Sesuai teori menurut Ambarwati (2014) menyebutkan bahwa dampak fisik pasien yang menjalani kemoterapi yaitu mual dan muntah, penurunan berat badan, kelelahan, dan penurunan nafsu makan.

Berdasarkan pendapat penulis terhadap kesamaan dan kesenjangan antara kasus yang penulis kelola dengan teori yang dikemukakan pada pasien Ca Ovarium stadium III post kemoterapi dengan defisit nutrisi berhubungan dengan mual muntah, nafsu makan menurun dan penurunan berat badan.

4. 2.2 Nausea berhubungan dengan efek agen farmakologi

Menurut SDKI (2017) tanda dan gejala pasien nausea yaitu mual, merasa mual, tidak berminat makan, merasa asam di mulut, sensasi panas/dingin, sering menelan, saliva meningkat, pucat, diaforesis, takikardia, pupil dilatasi.

Saat pengkajian didapatkan data pada pasien I keluhan subjektifnya yaitu pasien mengeluh liurnya terasa pahit, pasien mengeluh mual dan muntah, pasien mengeluh tidak nafsu makan. Keluhan objektifnya yaitu pasien hanya mau makan 2 sendok saja dari porsi makan yang telah disediakan oleh tim dietisien, pasien terlihat pucat.

Pada pasien II keluhan subjektifnya pasien mengeluh mual dan muntah, pasien mengeluh tidak nafsu makan. Keluhan objektifnya pasien hanya mau menghabiskan $\frac{1}{4}$ saja dari porsi makan yang telah disediakan oleh tim dietisien, pasien terlihat pucat.

Menurut Ambarwati (2014) dampak fisik dari kemoterapi antara lain mual dan muntah, penurunan nafsu makan, penurunan berat badan, kelelahan, rambut rontok, dan kulit kering.

Pendapat penulis mengenai nausea pada pasien Ca Ovarium stadium 3 yang menjalani kemoterapi sering terjadi setelah pasien menjalani kemoterapi.

4. 2.3 Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin

Menurut SDKI (2017) tanda dan gejala dari perfusi perifer tidak

efektif adalah pengisian kapiler >3 detik, nadi perifer menurun atau tidak teraba, akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun, parastesia, nyeri ekstermitas, edema, penyembuhan luka lambat, indeks ankle brachial $<0,90$, bruit femoralis.

Saat dilakukan pengkajian pada pasien I didapatkan keluhan subjektif yaitu pasien mengeluh pusing dan berkunang-kunang, pasien mengeluh mual. Keluhan objektifnya yaitu CRT >2 detik, konjungtiva pasien terlihat anemis, akral pasien teraba dingin, nilai Hb : 7,7 gr/dl.

Menurut Reeder, Martin, & Koniak-Griffin (2013) mengatakan bahwa pada pasien stadium II-IV akan mengalami perubahan pada tubuh karena sudah bermetastase ke jaringan luar pelvis misalnya jaringan hati, gastrointestinal, dan paru-paru sehingga akan menyebabkan anemia, asites, efusi pleura, nyeri ulu hati dan anoreksia. Pendapat penulis mengenai perfusi perifer tidak efektif pada pasien I sering terjadi pada pasien kanker dengan stadium II-IV.

4. 2.4 Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Menurut SDKI (2017) tanda dan gejala nyeri akut adalah mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protekrif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis.

Saat dilakukan pengkajian pada pasien I didapatkan keluhan subjektifnya yaitu pasien mengeluh nyeri, nyeri terjadi ketika pasien

berganti posisi rasa nyeri seperti disayat benda tajam lokasi nyeri diseluruh lapang perut dengan skala nyeri 4 dan terasa terus-menerus. Keluhan objektifnya pasien terlihat meringis menahan sakit, pasien terlihat gelisah, dan pasien terlihat merengek kesakitan.

Menurut Prawirohardjo (2014) tanda dan gejala pada pasien kanker ovarium seperti perut membesar, tekanan panggul, kembung, nyeri punggung, konstipasi, nyeri abdomen, flatulens, kembung, dan nyeri tungkai. Menurut penulis mengenai nyeri pada pasien I, hal tersebut merupakan tanda dan gejala yang khas pada pasien kanker ovarium karena adanya agen pencedera fisiologis yang ada didalam tubuh penderita.

4. 2.5 Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan

Menurut SDKI (2017) tanda dan gejala dari gangguan pola tidur adalah mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh tidak puas tidur, mengeluh pola tidur berubah, mengeluh istirahat tidak cukup, mengeluh kemampuan beraktifitas menurun.

Saat dilakukan pengkajian pada pasien I didapatkan data subjektifnya yaitu pasien mengeluh sulit tidur, pasien mengeluh tidak puas saat tidur, pasien merasa istirahatnya tidak cukup, pasien mengatakan hanya tidur 1-4 jam dalam sehari. Data objektifnya pasien terlihat lemas, pasien terlihat sering menguap, katung mata pasien terlihat jelas.

Menurut Nursalam (2013) hospitalisasi adalah pengalaman penuh cemas bagi pasien dan keluarganya. Kecemasan utama yang dialami dapat berupa lingkungan yang asing, pengalaman terhadap sakit, serta diagnosa

terhadap penyakit. Menurut penulis tentang diagnosa gangguan pola tidur pada pasien I dipengaruhi karena lingkungan yang asing dimana sebelumnya pasien selalu berada di lingkungan yang tenang dan tidak ramai.

4. 2.6 Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan

Menurut SDKI (2019) tanda dan gejala intoleransi aktifitas yaitu mengeluh lelah, frekuensi jantung meningkat $>20\%$ dari kondisi istirahat, dispnea saat atau setelah aktifitas, merasa tidak nyaman setelah beraktifitas, merasa lemah, tekanan darah berubah $>20\%$ dari kondisi istirahat, gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktifitas, gambaran EKG menunjukan iskemia, sianosis.

Saat dilakukan pengkajian pada pasien I didapatkan data subjektifnya pasien mengeluh lemas, pasien mengatakan tidak mampu duduk sendiri tanpa bantuan orang lain. Data objektifnya yaitu pasien terlihat lemah, pasien hanya berbaring ditempat tidur, aktivitas pasien dibantu oleh keluarga.

Menurut Riyadi & Widuri, (2015) intoleransi aktivitas merupakan suatu keadaan ketika seseorang mengalami atau berisiko mengalami keterbatasan gerak fisik. Intoleransi aktivitas dapat terjadi karena berbagai hal misalnya nyeri pada luka, kelemahan fisik dan lain lain. Menurut penulis seseorang yang mengalami kelemahan fisik maka untuk aktivitas sehari-hari akan terhambat.

4. 2.7 Gangguan citra tubuh berhubungan dengan efek tindakan atau pengobatan

Menurut SDKI (2017) tanda dan gejala gangguan citra tubuh yaitu mengungkapkan kecacatan atau kehilangan bagian tubuh, kehilangan bagian tubuh, fungsi atau struktur tubuh berubah atau hilang, tidak mau mengungkapkan kecacatan atau kehilangan bagian tubuh, mengungkapkan perasaan negatif tentang perubahan tubuh, mengungkapkan kekhawatiran pada penolakan atau reaksi orang lain, mengungkapkan perubahan gaya hidup, menyembunyikan atau menunjukkan bagian tubuh secara berlebihan, hubungan sosial berubah.

Saat dilakukan pengkajian pada pasien II didapatkan data subjektif pasien mengatakan malu karena rambutnya sudah mulai rontok dan botak, pasien mengatakan malu karena kulitnya terlihat kusam. Data objektifnya yaitu pasien selalu terlihat menggunakan penutup kepala, pasien selalu menggunakan baju lengan panjang.

Menurut Ambarwati (2014) mengatakan adapun dampak fisik kemoterapi yaitu mual dan muntah, konstipasi, toksisitas kulit, kerontokan rambut, penurunan berat badan, dan kurangnya nafsu makan. Menurut penulis kerontokan rambut dan kulit kusam terjadi karena efek dari kemoterapi yang dijalani oleh pasien II.

4. 2.8 Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif

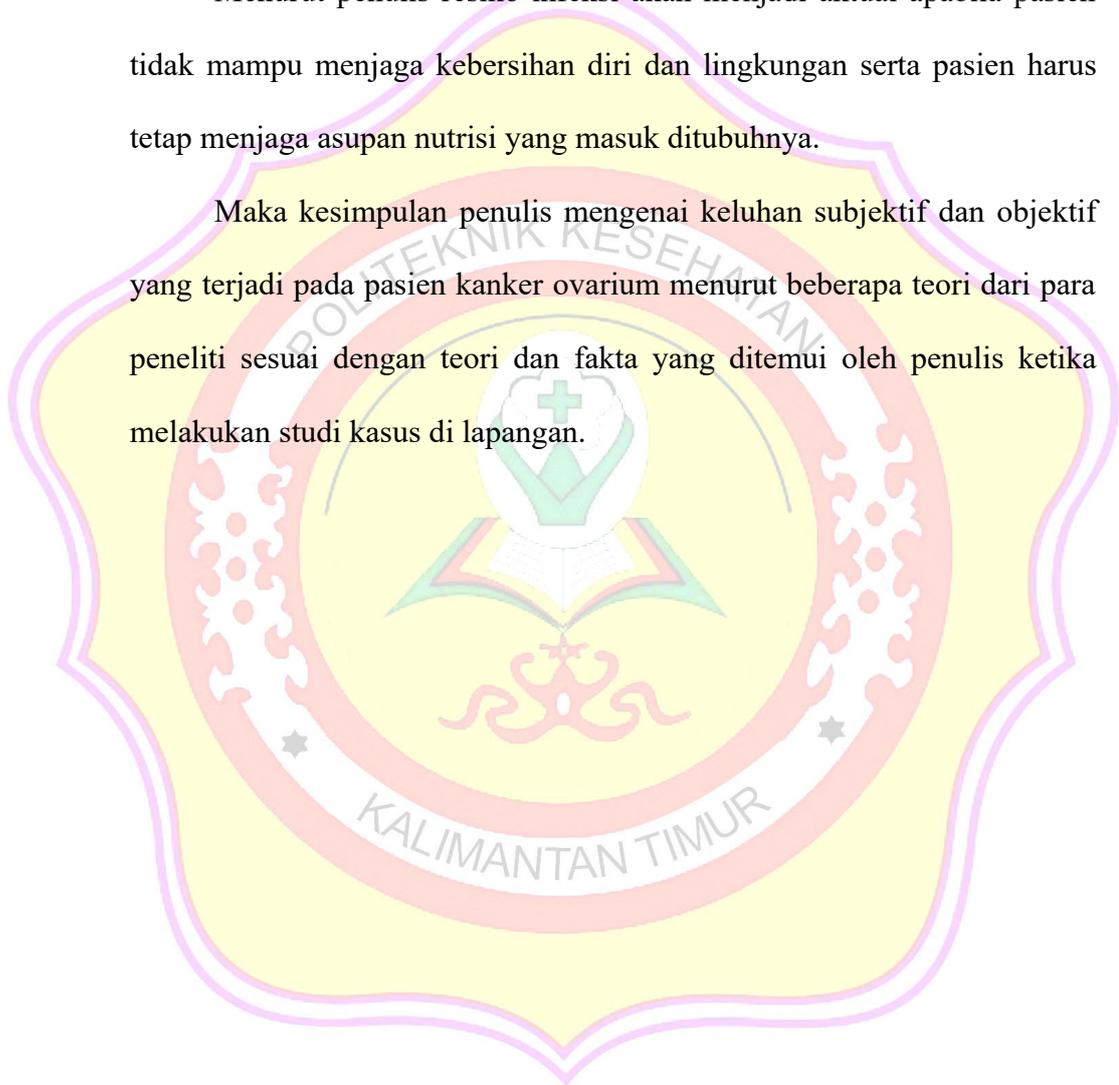
Menurut SDKI (2017) kondisi klinis yang terkait dengan risiko infeksi yaitu AIDS, luka bakar, penyakit paru obstruktif kronis, diabetes melitus, tindakan invasif, kondisi penggunaan terapi steroid, penyalahgunaan obat, ketuban pecah sebelum waktunya, kanker, gagal

ginjal, immunosupresi, leukositopenia, dan gangguan fungsi hati.

Resiko infeksi pada pasien II dengan data subjektif tidak ada, dan data objektif yaitu pasien terlihat menggunakan kolostomi bag, serta pada perut pasien terlihat luka post op kolostomi.

Menurut penulis resiko infeksi akan menjadi aktual apabila pasien tidak mampu menjaga kebersihan diri dan lingkungan serta pasien harus tetap menjaga asupan nutrisi yang masuk ditubuhnya.

Maka kesimpulan penulis mengenai keluhan subjektif dan objektif yang terjadi pada pasien kanker ovarium menurut beberapa teori dari para peneliti sesuai dengan teori dan fakta yang ditemui oleh penulis ketika melakukan studi kasus di lapangan.



BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil studi kasus penerapan asuhan keperawatan pada pasien I dan pasien II dengan diagnosa Ca Ovarium Stadium III di ruang Mawar Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahranie Kalimantan Timur penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

5.1.1. Pengkajian

Hasil pengkajian yang didapatkan dari pasien I dan pasien II dengan Ca Ovarium Stadium III post kemoterapi menunjukkan masalah yang sama. Ada beberapa keluhan atau masalah yang sama dari kedua pasien. Adapun keluhan yang muncul dan sama dari kedua pasien yaitu rasa mual dan muntah, nafsu makan menurun, penurunan berat badan, serta rasa lemas. Namun ada juga keluhan yang hanya muncul pada pasien I yaitu keluhan nyeri akut diseluruh lapang abdomen, rasa nyeri seperti disayat benda tajam dengan skala 4 dan terasa terus-menerus

5.1.2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien I dan pasien II tidak semuanya sesuai dengan patofisiologi penyakit kanker ovarium karena ada beberapa diagnosa tambahan yang muncul dikarenakan penyebab lain selain kanker ovarium. Pada pasien I ditemukan 6 diagnosa keperawatan sedangkan pada pasien II ditemukan 4 diagnosa keperawatan. Diagnosa keperawatan yang sama antara pasien I dan pasien II adalah

defisit nutrisi dan nausea.

5.1.3. Intervensi Keperawatan

Perencanaan tindakan keperawatan yang digunakan dalam kasus pada kedua pasien disesuaikan dengan masalah keperawatan yang ditegakkan berdasarkan kriteria tanda dan gejala mayor, minor dan kondisi pasien saat menjalani masa perawatan.

5.1.4. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan yang telah penulis susun. Implementasi yang dilakukan pada pasien I dan pasien II sesuai dengan rencana tindakan yang telah penulis susun berdasarkan teori yang ada dan menyesuaikan dengan kebutuhan pasien kanker ovarium

5.1.5. Evaluasi Keperawatan

Hasil evaluasi akhir yang penulis lakukan pada pasien I dan pasien II berdasarkan kriteria hasil penulis susun untuk pasien I didapati 1 masalah teratasi yaitu gangguan pola tidur, 2 masalah teratasi sebagian yaitu nausea dan nyeri akut, dan 3 masalah belum teratasi yaitu defisit nutrisi, perfusi perifer tidak efektif, dan intoleransi aktivitas. Sedangkan untuk pasien II didapati 1 masalah teratasi sebagian yaitu nausea, 2 masalah belum teratasi yaitu defisit nutrisi dan gangguan citra tubuh, dan 1 masalah risiko infeksi tidak menjadi aktual.

5.2. Saran

Untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada pasien dengan Ca Ovarium Stadium III diperlukan adanya suatu perubahan dan perbaikan diantaranya :

1. Bagi Penulis

Hasil studi kasus yang dilakukan diharapkan dapat menjadi acuan dan menjadi bahan perbandingan pada studi kasus selanjutnya dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien Ca Ovarium

2. Bagi perawat ruangan

Sebaiknya ditingkatkan pada pasien mengenai motivasi dan dorongan dalam menjalani perawatan diruang rawat inap .

3. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Dalam pengembangan ilmu keperawatan diharapkan dapat menambah keluasan ilmu keperawatan dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan Ca Ovarium dan juga memacu pada penulis selanjutnya dan menjadi bahan perbandingan dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan Ca Ovarium

DAFTAR PUSTAKA

- Adisasmita, dkk. 2016. *Hubungan Antara Menyusui Dengan Risiko Kanker Ovarium*. Indonesian Journal of Cancer. Diakses dalam <http://Indonesianjurnaofcancer.or.id/ejournal/index.php/ijoc/article/download/437/232> diakses tanggal 5 Desember 2018
- Arania&Windarti. 2016. *Karakteristik Pasien Kanker Ovarium di Rumah Sakit Dr. H. Abdul Moeloek Bandar Lampung Tahun 2009-2013 volume 5 nomor 9*. Diakses dalam <http://download.portalgaruda.org/article.php?article=328303&val=5503&title=karakteristikpasienkankerovariumdirumahsakitDr.H.AbdulMoeloekBandarLampungTahun2009-2013>. Diakses tanggal 4 Desember 2018
- Ayu Chandranita, Manuaba, dkk. 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB*. Jakarta : EGC
- Ayu Chandranita, Manuaba, dkk. 2013. *Gawat Darurat Obstetri Ginekologi & Obstetri Ginekologi-Sosial*. Jakarta : EGC
- Brunner & Suddart. 2015. *Keperawatan Medikal Bedah Edisi 12*. Jakarta : EGC
- Digiulo, dkk. 2014. *Keperawatan Medikal bedah*. Jogjakarta : Rapha Publishing
- Herdman. H. T & Kamitsuru. S. 2015. *Diagnosis Keperawatan Definisi & Klasifikasi 2015-2017 Edisi 10*. Jakarta : EGC
- Huda Amin. N & Hardhi. K. 2015. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda NIC-NOC Edisi Revisi Jilid 2*. Jogjakarta : Mediaaction Publishing
- Hutahean & Serri. 2009. *Asuhan Keperawatan Dalam Maternitas dan Ginekologi*. Jakarta : Trans Info Media

IARC (*International Agency for Research on Cancer*) *Cancer Fact Sheet. Globocan 2012 : Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide incited Maret 2016*. Diakses dalam http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheet_cancer.aspx diakses tanggal 3 Desember 2018

Kementrian Kesehatan RI. 2015. *Stop Kanker Situasi penyakit Kanker*. Jakarta. Diakses dalam <http://www.depkes.go.id/resource/download/pusdatin/infodatin-kanker.pdf> diakses tanggal 3 Desember 2018

Moorhead. S. dkk. 2016. *Nursing Outcomes Classification (NOC) edisi 5*. Mosby : Lowa City

Padila. 2015. *Asuhan Keperawatan Maternitas II*. Jogjakarta : Nuha Medika

PPNI. 2016. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi I*. Jakarta : DPP PPNI

Prawirohardjo & Sarwono. 2008. *Ilmu Kebidanan Edisi 3*. Jakarta : PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo

Prawirohardjo & Sarwono. 2008. *Ilmu Kebidanan Edisi 4*. Jakarta : PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo

Rasjidi. 2010. *100 Question & Answer Kanker pada Wanita*. Jakarta : Elex Media Computindo

Reeder, dkk. 2013. *Keperawatan Maternitas Vol Edisi 18*. Jakarta : EGC