



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. D DENGAN
GANGGUAN SISTEM REPRODUKSI TUMOR
OVARIIUM DI RUANGAN SERUNI RUMAH
SAKIT MITRA KELUARGA
BEKASI BARAT**

**DISUSUN OLEH:
FERONIKA SITINJAK
201701076**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
STIKes MITRA KELUARGA
BEKASI
2020**



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. D DENGAN
GANGGUAN SISTEM REPRODUKSI TUMOR
OVARIUM DI RUANGAN SERUNI RUMAH
SAKIT MITRA KELUARGA
BEKASI BARAT**

**DISUSUN OLEH:
FERONIKA SITINJAK
201701076**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
STIKes MITRA KELUARGA
BEKASI
2020**

LEMBAR ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : FeronikaSitinjak

NIM : 201701076

Institusi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga Program Studi DIII Keperawatan

Menyatakan bahwa makalah ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Ny. D dengan Gangguan Sistem Reproduksi Tumor Ovarium di Ruang Seruni Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat” yang dilakukan pada tanggal 10 sampai 12 Februari 2020 adalah hasil karya sendiri dan sumber – sumber yang digunakan sudah saya nyatakan dengan benar. Orisinalitas makalah ilmiah ini tanpa ada unsur plagiarism baik dalam aspek substansi maupun penulisan.

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan sebenar - benarnya. Bila dikemudian hari ditemukan kekeliruan, maka saya bersedia menanggung semua risiko atas perbuatan yang saya lakukan dengan aturan yang berlaku.

Bekasi, 31 Mei 2020

Yang membuat pernyataan



FeronikaSitinjak

(201701076)

LEMBAR PERSETUJUAN

Makalah ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Ny. D dengan Gangguan Sistem Reproduksi Tumor Ovarium di Ruang Seruni Rumah Sakit Mitra Bekasi Barat” ini telah disetujui untuk diujikan pada ujian sidang dihadapan Tim Penguji.

Bekasi, 31 Mei 2020

Pembimbing Makalah



(Ns. Edita Astuti Panjaitan,S.Kep.,M.Kep.)

Mengetahui,

Koordinator Program Studi DIII Keperawatan
STIKes Mitra Keluarga



(Ns. Devi Susanti S. Kep., M. Kep., Sp. Kep. M.B)

LEMBAR PENGESAHAN

Makalah ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Ny. D dengan Tumor Ovarium di Ruang Seruni Rumah Sakit Mitra Bekasi Barat” yang disusun oleh Feronika Sitinjak (201701076) telah diujikan dan dinyatakan LULUS dalam ujian sidang di hadapan Tim Penguji pada tanggal 08 Juni 2020

Bekasi, 08 Juni 2020

Penguji I



(Ns. Lina Herida Pinem, S.Kep., M.Kep.)

Penguji II



(Ns. Edita Astuti Panjaitan, S.Kep., M.Kep.)

Nama : Feronika Sitinjak
NIM : 201701076
Program Studi : DIII Keperawatan
Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny. D Dengan Gangguan Sistem Reproduksi Tumor Ovarium di Ruang Seruni Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat.
Halaman : xiii halaman + 90 halaman
Nama Pembimbing : Ns. Edita Astuti Panjaitan, S.Kep., M.Kep.

ABSTRAK

Latar belakang:

Tumor ovarium merupakan kantong berisi cairan, normalnya berukuran kecil, yang terletak diindung telur (ovarium). Angka kejadian tumor ovarium sangat tinggi, tumor ovarium dapat terjadi pada wanita usia reproduktif dan tumor ovarium dapat terjadi tanpa disadari penyebab dan tanda gejala yang terjadi pada setiap wanita.

Tujuan umum:

Laporan kasus ini adalah untuk memperoleh gambaran nyata melakukan proses asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa tumor ovarium

Metode penulisan:

Penyusunan laporan kasus ini menggunakan metode deskriptif yaitu dengan mengungkapkan fakta-fakta sesuai dengan data – data yang didapat.

Hasil:

Dari hasil pengkajian didapatkan 6 diagnosa yaitu pola nafas tidak efektif berhubungan dengan ekspansi paru tidak maksimal, nyeri akut berhubungan dengan infeksi tumor, kelebihan volume cairan berhubungan dengan mekanisme regulasi, konstipasi berhubungan dengan tumor dan diagnosa terakhir ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makan, cemas berhubungan dengan perubahan status kesehatan. Intervensi prioritas pada enam diagnosa tersebut adalah berikan posisi semi fowler, observasi adanya tanda – tanda hipoventilasi, pertahankan jalan nafas yang paten, monitor aliran oksigen, memonitor tekanan darah, nadi dan pernafasan, monitor polanafas abnormal, monitor sianosi perifer, monitor suaranya nafas, berikan terapi oksigen dengan nasal kanul sesuai instruksi dokter. Intervensi kedua yaitu: identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, skala intensitas nyeri, respon nyeri nonverbal, identifikasi faktor yang memperberat nyeri, fasilitasi istirahat dan tidur, ajarkan teknik tarik nafas dalam, anjurkan pasien memonitor nyeri secara mandiri, berikan terapi Kaltrofen 50 mg dalam sekali pemberian melalui oral sesuai instruksi dokter, berikan pemberian terapi Kaltrofen 100 mg (extra) melalui rectal sesuai instruksi dokter. Intervensi ketiga yaitu: observasi tanda dan gejala hypervolemia, identifikasi penyebab hypervolemia, monitor intake dan output cairan, batasi asupan cairan dan garam, monitor pemeriksaan laboratorium, tinggikan kepala tempat tidur (30-40°), timbang berat badan pada waktu yang sama, berikan terapi Furosemid 1 mg dalam sekali pemberian melalui intravena sesuai instruksi dokter, berikan pemberian Torasic (extra) melalui drip sesuai instruksi dokter. Intervensi keempat yaitu: observasi pola kebiasaan BAB meliputi waktunya, frekuensi dan konsisten, kaji penggunaan obat pencabar terhadap pasien, palpasi adanya distensi

abdomen, kaji bising usus setiap hari, anjurkan pasien mengonsumsi makanan tinggi serat. Intervensi kelima yaitu: kaji adanya alergi makanan, anjurkan pasien menghabiskan diit, observasi adanya mual muntah, timbang berat badan setiap 2 hari, monitor perubahan berat badan abnormal, berikan diit susu 100 ml sebanyak 6 kali dalam sehari, berikan terapi Ondansentron 4 mg dalam sekali pemberian melalui intravena sesuai instruksi dokter dan berikan terapi Narfoz (extra) melalui drip sesuai instruksi dokter.

Kesimpulan dan saran:

Diagnosa prioritas sesuai dengan kebutuhan dasar yang paling utama yaitu kebutuhan fisiologis dan semua intervensi yang telah disusun terlaksana sehingga tujuan tercapai. Perawat diharapkan bekerjasama tim dengan agar memberikan asuhan keperawatan yang optimal kepada pasien.

Kata kunci: Tumor ovarium, asuhan keperawatan.

Daftar Pustaka: 15 (2010 – 2020)

Name	: Feronika Sitinjak
Student number	: 201701076
Study program	: D III - Nursing
The Tittle of Scientific Paper	: Nursing Care to Ny. D with ovary tumor Reproductive System in Seruni ward Mitra Keluarga West Bekasi Hospital
Page	: xiii page + 90 page
Supervisor	: Ns. Edhita P,M.Kep

ABSTRACT

Background:

Ovary tumor is a lump filld by fluid in normal condition is in a small size, placed in ovary. The incidence of ovarian tumors is very high, ovarian tumors can occur in women of reproductive age and ovarian tumors can occur unnoticed causes and signs of symptoms that occur in every woman.

Main objective:

The aim of this report is to get a clear picture after giving nursing care plan to a patient with ovary tumor.

Writing Method:

The organizing method on this report is using descriptive method, which using facts that is suitable with the condition of the patient, so that the data is accurate.

Results:

The result from nursing assessment found 6 diagnoses they are ineffective breath pattern associated with lung expansion is not optimal, acute pain associated with infection in tumor, excessfluid volume associated with regulation mechanism. Constipation associated with tumor, the last diagnose is imbalance of nutrition associated with lack of food intake. Priority intervention from all the six diagnoses are givesemifowler position, monitor any hypervolemia sign, maintain the airway, monitor oxygen flow, monitor blood pressure, pulse and breath, monitor abnormal breath pattern, monitor peripheral cyanoses, monitor breath sound, give oxygen from nasal cannula. Second intervention are: identification location, characteristic, duration, frequency, quality,pain anxiety scale , nonverbal response, identification factor that worsen the pain, give service on sleeping and resting, teach patient deep breath technique, suggest patien to monitor pain condition independently, give kaltrofen 50 mg by oral, give kaltrofen (ekstra) 100 mg by rectal. The third interventions are: monitor hipovolemia sign, identification hypervolemia cause, monitor intake and output fluid, limit fluid intake, monitor lab result, elevate the head (30-40), give furosemide 1 mg by IV. Give torasic (extra) by drip. The fourth intervention are defecation pattern include time, frequency, and consistency, assets the using of laxative, palpate due to any abdomen distance, monitor bowel sound, suggest patient to eat high fiber food. And the sist intervention are: assest if there any food allergies, suggest patient to finish the diet, monitor nausea, weight the body scale each 2 days, monitor if there's any abnormal weight loss, give milk diet with 100 ml total 6 in one day, give ondensntrion 4 mg by IV and nephron (extra) by grip.

Conclusions and recommendations:

Priority diagnosis is in accordance with the most basic basic needs namely physiological needs and all interventions that have been arranged are implemented so that the objectives are achieved. Nurses are expected to work in teams to provide optimal nursing care to patients.

Keywords : Ovarian tumors, nursing care.

Bibliography: 15 (2010 -2020)

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat Rahmat dan Karunianya penulis dapat menyelesaikan makalah ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny. D dengan Gangguan Sistem Reproduksi Tumor Ovarium di Ruang Seruni Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat”. Penulis menyadari bahwa dalam penulisan dan penyusunan Makalah ilmiah ini penulis menemukan banyak kesulitan, akan tetapi berkat adanya bantuan, bimbingan, dorongan dari berbagai pihak, makalah ini dapat diselesaikan dengan baik. Maka dalam kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih, kepada:

1. Ibu Ns. Edita Astuti Panjaitan, S.Kep.,M.Kep. selaku dosen pembimbing yang telah menyempatkan waktu untuk memberikan dorongan, bimbingan, motivasi dan pengarahan yang bermanfaat dengan kesabaran membantu penulis dalam menyusun penulisan ilmiah ini.
2. Ibu Ns. Lina Herida Pinem, S.Kep.,M.Kep. selaku dosen penguji yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menyelesaikan makalah ini, serta memberikan masukan dan dorongan kepada penulis.
3. Ibu R. Yeni Mauliawati S.KP., M.Kep., selaku dosen pembimbing akademik yang telah meluangkan waktunya dan memberikan motivasi, serta dorongan yang memotivasi penulis dalam menyusun penulisan ilmiah ini.
4. Ibu Dr. Susi Hartati, S.KP., M.Kep., Sp.Kep.An. selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga.
5. Ibu Ns. Devi Susanti, S.Kep.,M.Kep.,Sp.Kep. M.B selaku Ka Prodi DIII Keperawatan yang telah memberikan motivasi kepada penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Seluruh staf pengajar dan Pendidikan yang telah memberikan ilmu
7. Pengetahuan selama menjalani masa – masa pendidikan
8. Keluarga Ny. D yang telah bersedia memberikan informasi mengenai keluarganya dan sudah meluangkan waktunya untuk penulis, sehingga penulis mampu menyelesaikan asuhan keperawatan dengan baik.

9. Kedua orang tua saya dan keluarga saya tercinta yang selalu memberikan doa, semangat, dorongan serta motivasi kepada penulis untuk menyelesaikan Pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga
10. Teman spesial Roger dan Topan yang telah memberikan support dan dukungan untuk menyelesaikan makalah ilmiah
11. Selvi, Emmia, Diana, Kristina, Angel selaku teman dekat saya di kampus yang telah memberikan motivasi kepada penulis.
12. Teman – teman KTI Maternitas Febi, Wahyu, Nisma dan Ajeng yang selalu memberikan bantuan dan semangat kepada penulis.
13. Teman – teman seperjuangan Angkatan ke – VII keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga.
14. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah mendukung penulis dalam doa dan perhatian.

Penulis menyadari bahwa penulisan makalah ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna, karena keterbatasan pengetahuan dan kemampuan yang penulis miliki. Maka dalam kesempatan ini penulis mengharapkan saran dan kritik yang sifatnya membangun demi sempurnya perbaikan penulisan ilmiah ini. Demikian penulisan makalah ini disusun, semoga dapat bermanfaat bagi penulis khususnya dan bagi semua pembaca lainnya.

Bekasi, 31 Mei 2020

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR ORISINALITAS	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
ABSTRAK	v
ABSTRACT	vii
KATA PENGANTAR.....	viii
DAFTAR ISI.....	x
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan	4
1. Tujuan Umum	4
2. Tujuan Khusus.....	4
C. Ruang Lingkup.....	4
D. Metode Penulisan.....	5
E. Sistematika Penulisan	5
BAB II TINJAUAN TEORI.....	6
A. Anatomi Sistem Reproduksi	6
B. Pengertian Tumor Ovarium	8
C. Etiologi.....	10
D. Patofisiologi	11
1. Proses Perjalanan Penyakit.....	11
2. Manifestasi Klinis	12
3. Klasifikasi.....	13
4. Komplikasi	16
E. Penatalaksanaan	17
F. Asuhan Keperawatan	19
1. Pengkajian	19
2. Diagnosa.....	21
3. Intervensi	23
4. Implementasi	38
5. Evaluasi	39

BAB III TINJAUAN KASUS.....	40
A. Pengkajian Keperawatan.....	40
B. Diagnosa Keperawatan	53
C. Intervensi, Pelaksanaan dan Evaluasi Keperawatan	54
BAB IV PEMBAHASAN	78
A. PENGKAJIAN.....	78
B. DIAGNOSA KEPERAWATAN	79
C. INTERVENSI KEPERAWATAN.....	81
D. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN	85
E. EVALUASI KEPERAWATAN	86
BAB V PENUTUP.....	88
A. Kesimpulan	88
B. Saran	89
Patoflow	90
Daftar Pustaka	92
Bibliography	92

BAB I

PENDAHULUAN

A. LatarBelakang

Tumor merupakan suatu benjolan yang berisikan cairan. Tumor dapat terjadi pada semua wanita, namun tumor akan sangat cepat terjadi apabila dari pola hidup dan lain – lain. Ovarium merupakan salah satu bagian pada tubuh wanita yang dikenal dengan indung telur. Fungsi ovarium adalah memproduksi sel telur serta mengeluarkan hormon. Ovarium merupakan salah satu organ atau system reproduksi wanita yang sering mengalami pertumbuhan abnormal atau tumor yang muncul pada wanita usia reproduksi.

Tumor ini dapat bersifat jinak dan ganas. Tumor yang bersifat ganas sering disebut kanker. Tumor ovarium muncul pada usia reproduksi, tumor ovarium berisi cairan yang disebut dengan kista. Tumor ovarium sering tidak menimbulkan gejala yang spesifik, bahkan tidak ada keluhan. Gejala yang sering dikeluhkan pada penderita adalah perut yang semakin membesar, perut tidak nyaman atau nyeri pada area perut, gangguan buang air kecil atau buang air besar.

Tumor ovarium merupakan kantong berisi cairan, normalnya berukuran kecil, yang terletak diindung telur (ovarium). Tumor ovarium dapat terbentuk kapan saja, pada masa pubertas sampai menopause, juga selama masa kehamilan. Epidemiologi kista ovarium memengaruhi sekitar 7% wanita sebelum dan sesudah menopause (Anurogo, 2016).

Menurut Rahmatullah & Kurniawan (2016) tumor ovarium terjadi karena adanya cairan yang terkumpul di dalam ovarium atau indung telur. Wujud tumor itu seperti balon yang diisi cairan yang pada ujungnya ada tungkainya yang disebut dengan saluran tuba atau saluran indung telur. Semakin banyak cairan yang terbentuk, maka ukuran kista akan semakin bertambah besar. Dengan demikian, tumor ovarium sangat berbahaya apabila tidak diatasi sejak awal karena dapat menimbulkan berbagai penyakit yang dapat mempengaruhi.

Menurut Sinclair (2010) pada tahap yang sudah lanjut, pasien mungkin hanya menunjukkan gejala gangguan saluran cerna yang tidak spesifik, seperti tidak kunjung kenyang, perasaan penuh di abdomen, atau nyeri gas, keletihan, peningkatan lingkaran abdomen, sering berkemih dan sesak napas dapat terjadi akibat asites dan efusi pleura. Dengan demikian, biasanya penderita tidak sadar sampai ke arah komplikasi yang muncul seperti obstruksi usus, asites massif dan lain – lain. Sebagian besar wanita meninggal dalam hitungan bulan sejak malnutrisi dan obstruksi usus halus.

Menurut Reid, Permuth, & Sellers (2017) di dunia diperkirakan terdapat 239.000 jumlah kasus kanker ovarium terbaru, dan 152.000 meninggal, range tertinggi antara 11,4 per 100.000 ada 6,0 per 100.000 pada negara Eropa bagian Timur. Pada negara Asia (Cina) angka kejadian mencapai 4,1 per 100.000. Menurut WHO (*World Health Organization*) 2018 telah memaparkan bahwa pada tahun 2018 angka kejadian kanker ovarium kurang lebih sebanyak 300.000 kasus kanker ovarium baru di dunia, Di Indonesia khususnya di bagian Asia Tenggara kanker ovarium menduduki posisi 10 dari jenis-jenis kanker lainnya, kanker ovarium di Asia Tenggara sebanyak 60.179 kasus baru (3,0%) dan memiliki angka kematian 38.665 kasus (2,9%). Sedangkan data statistik yang penulis peroleh saat melakukan asuhan keperawatan di salah satu Rumah Sakit Swasta di Bekasi selama periode tahun 2019 sebanyak 4 kasus dari 1431 total kasus (0,2%).

Menurut penelitian Arania & Windarti (2015) yang dilakukan di RSAM Bandar Lampung Periode 2009-2013 adalah dipengaruhi sebagian besar karena usia yaitu pada 31 – 40 tahun sebanyak 10 orang, di Patologi Anatomi (PA) RSUD Jombang Tahun 2009 sebagian besar yang menderita tumor adalah usia 21-40 tahun dengan jumlah sebanyak 32 orang (53,3%) dimana masa itu merupakan masa reproduksi berada di urutan pertama. Kedua terjadi pada masa menopause/klimakterium diusia 41-55 tahun sebanyak 20 orang (33,3%). Menurut penelitian di Laboratorium PA FK Universitas Andalas Padang pada tahun 2000 mendapatkan bahwa tumor ganas ovarium banyak ditemukan pada umur 30-50 tahun.

Peran perawat dalam hal ini adalah upaya dalam meningkatkan kesadaran pada setiap wanita untuk pencegahan pada penyakit tumor ovarium, dalam hal ini peran perawat sebagai promotif. Peran perawat juga dapat dilakukan sebagai preventif (pencegahan) dalam melakukan kebersihan perineal dan melakukan pemeriksaan rutin terhadap kesehatan reproduksi. Peran perawat sebagai kuratif atau pengobatan dalam hal ini dapat dilakukan dengan cara pemberian obatan analgetik untuk mengurangi rasa nyeri yang dialami dengan kista ovarium yang dialami oleh penderita. Rehabilitatif juga dapat dilakukan perawat dengan menganjurkan setiap masyarakat untuk merubah pola hidup yang kurang dilakukan dalam melakukan kebersihan perineal.

Berdasarkan uraian diatas peran perawat sangat penting untuk meningkatkan pola hidup sehat dan dalam pemberian asuhan keperawatan yang holistic dapat membantu proses penyembuhan pasien. Rumusan masalah yang timbul saat melakukan penulisan studi kasus ini adalah bagaimana memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan pre operasi tumor ovarium. Maka penulis tertarik dalam membuat makalah ilmiah dengan judul “Asuhan keperawatan Pada Pasien dengan Tumor Ovarium di Ruang Seruni Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat”.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Diperolehnya pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan tumor ovarium.

2. Tujuan Khusus

- a. Penulis mampu melakukan pengkajian keperawatan pada pasien Ny. D dengan tumor ovarium
- b. Penulis mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien Ny. D dengan tumor ovarium
- c. Penulis mampu merencanakan keperawatan pada pasien Ny. D dengan tumor ovarium
- d. Penulis mampu melakukan pelaksanaan keperawatan pada pasien Ny. D dengan tumor ovarium
- e. Penulis mampu mengevaluasi keadaan pasien setelah dilakukan Tindakan keperawatan pada Ny. D dengan tumor ovarium
- f. Penulis mampu menganalisa kesenjangan antara tinjauan teori dengan tinjauan kasus pada pasien Ny. D dengan tumor ovarium
- g. Penulis mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan terhadap pasien Ny. D dengan tumor ovarium.

C. Ruang Lingkup

Dalam penyusunan karya tulis ini, penulis melakukan asuhan keperawatan pada pasien Ny. D dengan diagnosa tumor ovarium di Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat Ruang Seruni, dari tanggal 10 Februari sampai dengan 12 Februari 2020.

D. MetodePenulisan

Penyusunan makalah ini menggunakan metode deskriptif yaitu dengan cara memaparkan dan menggambarkan dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien Ny. D dengan tumor ovarium dengan melakukan pendekatan proses keperawatan secara naratif. Untuk melengkapi dalam penyusunan makalah ini digunakan pula berbagai sumber dan teknik penulisan studi kasus adalah metode secara langsung dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien untuk mendapatkan data yang akurat dari pasien dan juga dari keluarga pasien.

E. SistematikaPenulisan

Makalah ilmiah ini terdiri dari lima BAB yang disusun secara sistematis, yaitu:

BAB I Pendahuluan yang terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan (umum dan khusus), ruangl ingkup, metode penulisan dan sistematika penulisan.

BAB II Tinjauan Teori yang terdiri dari anatomi fisiologi system reproduksi, pengertian tumor ovarium, etiologi tumor ovarium, patofisiologi (proses perjalanan penyakit, manifestasi klinis, klasifikasi tumor ovarium dan komplikasi tumor ovarium), penatalaksanaan tumor ovarium, pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan.

BAB III Tinjauan kasus yang terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan.

BAB IV Pembahasan yang terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan.

BAB V Penutup, yang terdiri dari kesimpulan dan saran.

Daftar Pustaka

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Anatomi Sistem Reproduksi

Menurut Nani (2018) anatomi fisiologi ovarium adalah:

1. Anatomi Ovarium

Ovarium merupakan kelenjar berbentuk bulat telur terletak di sisi kanan dan kiri uterus di bawah tuba uterine dan terkait oleh *ligamentum latum* dibagian belakang. Beratnya 5 – 6gram. Bagian dalamnya disebut medulla ovari yang tersusun atas jaringan ikat serta mengandung banyak kapiler darah dan serabut kapiler saraf. Bagian luarnya disebut korteks ovari yang terdiri atas folikel– folikel berdinding epitelium dan berisi ovum. Setiap bulan ovarium mengalami siklus ovarium yang menghasilkan ovum. Saat siklus ini, ovum dilepaskan bersamaan dengan fase ovulasi yang dipicu oleh lonjakan *Luteinizing Hormone (LH)* dan *Follicle Stimulating Hormone (FSH)* secara tiba – tiba dan diikuti penurunan drastis hormon ini sehingga folikel *de graaf* pecah serta ovum yang matang akan dikeluarkan. Ovarium adalah sepasang organ berbentuk kelenjar dan tempat menghasilkan ovum. Kelenjar itu berbentuk biji buah kenari, terletak di kanan dan kiri uterus, di bawah tuba uterine dan terikat di sebelah belakang oleh *ligamentum latum uteri*.

Menurut Ratnawati (2018) ovarium berbentuk oval, letaknya di kanan dan kiri dekat dengan dinding uterus, tepatnya dibelakang uterus. Kedua memiliki ukuran panjang sekitar 0,99 sampai 1,6 inci, dan lebar sekitar 0,6 sampai 1 inci dan memiliki warna yang mengikuti umur individunya. Wanita yang masih matang memiliki ovarium berwarna merah muda, tetapi setelah

menginjak masa tua, warna itu akan menjadi abu – abu. Ovarium terdiri dari medulla dan korteks yang berfungsi untuk menghasilkan hormone seks dan sel telur. Jumlah sel telur yang dihasilkan ovarium sangat banyak dan semuanya dikelilingi oleh folikel. Ovarium terdiri atas korteks di sebelah luar dan diliputi oleh epitelium germinativum yang berbentuk kubik dan di dalam terdiri dari stroma serta folikel primordiial dan medulla sebelah dalam korteks tempat terdapatnya stroma dengan pembuluh darah, serabut saraf dan sedikitotot polos.

2. Fisiologi Ovarium

Ovarium memiliki tiga fungsi, yaitu:

a. Memproduksi ovum

Hormon gonodotrofik dari kelenjar hipofisis bagian anterior mengendalikan (melalui aliran darah) produksi hormon ovarium. Hormon perangsang folikel (FSH) penting untuk awal pertumbuhan folikel de graaf, hipofisis mengendalikan pertumbuhan ini melalui *Lutenizing Hormon (LH)* dan sekresi luteotrofin dari korpus luteum.

b. Menghasilkan hormon estrogen

Hormon estrogen dikeluarkan oleh ovarium dari mulai anak-anak sampai sesudah menopause (hormon folikuler) karena terus dihasilkan oleh sejumlah besar folikel ovarium dan seperti hormon beredar dalam aliran darah. Estrogen penting untuk pengembangan organ kelamin wanita dan menyebabkan perubahan anak gadis pada masa pubertas dan penting untuk tetap adanya sifat fisik dan mental yang menandakan wanita normal.

c. Menghasilkan hormon progesteron

Hormon progesteron disekresi oleh luteum dan melanjutkan pekerjaan yang dimulai oleh estrogen terhadap endometrium yaitu menyebabkan endometrium menjadi tebal, lembut dan siap untuk penerimaan ovum yang telah dibuahi.

B. Pengertian Tumor Ovarium

Tumor ovarium merupakan salah satu tumor jinak ginekologi yang paling sering dijumpai pada wanita di masa reproduksinya. Sebagian besar tumor terbentuk karena perubahan kadar hormon yang terjadi selama siklus haid produksi dan pelepasan sel telur dari ovarium.

Kebanyakan kista ovarium tidaklah bersifat kanker. Kista yang berkaitan dengan menstruasi disebut kista fungsional dan terdapat pada sekitar 24 persen kasus. Kista fungsional umumnya tidak perlu pengobatan karena akan hilang dengan sendirinya. 70 persen kista ovarium berpotensi menyebabkan penyakit namun jinak, terakhir jenis kista ganas. Sekitar 6 persen kista yang ditemukan pada ovarium adalah ganas dan memiliki sel kanker. Berikut ini adalah berbagai jenis kista dan penjelasannya:

1. Kista fungsional

Kista jenis ini terbagi dua, yaitu kista folikel dan kista korpus luteum. Kehadirannya merupakan bagian dari siklus menstruasi penderitanya. Pada umumnya, kista jenis ini tidak menimbulkan rasa sakit dan akan menghilang dengan sendirinya dalam beberapa bulan kemudian tanpa perawatan khusus.

2. Kista jinak

Berbeda dengan kista fungsional, kista jenis ini tidak berhubungan dengan siklus menstruasi. Jenis kista jinak ada banyak, diantaranya adalah kista dermoid, kista cystadenoma, dan kista endometrioma. Tiap kista jinak berpotensi berkembang menjadi kanker ovarium. Oleh karena itu, umumnya diangkat melalui operasi atau dipantau secara berkala karena ada yang bisa hilang tanpa penanganan medis.

3. Kista dermoid

Kista dermoid cenderung terjadi pada wanita muda. Kista ini bisa menghilang dengan sendirinya jika ukurannya masih kecil. Kista jenis ini jarang berkembang menjadi kanker. Berbeda dengan

cystadenoma dan *endometrioma*. Kedua jenis ini memang tergolong jinak. Namun, keduanya juga berpotensi memiliki sel kanker.

4. Kista ganas

Kista ini mengandung sel-sel kanker yang menyebabkan kanker ovarium. Pada umumnya, kista ganas terdiri dari kista jinak yang berubah menjadi ganas karena terlambat untuk diobati.

Tumor ovarium adalah benjolan yang membesar, seperti balon yang berisi cairan yang tumbuh diindung telur. Tumor tersebut disebut juga kista fungsional karena terbentuk selama siklus menstruasi normal atau sel telur dilepaskan sewaktu ovulasi (Aspiani, 2017).

Tumor ovarium merupakan tumor jinak dalam ovarium yang memiliki bentuk seperti kantong udara atau balon dan di dalamnya mengandung cairan (Ratnawati, Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Reproduksi, 2018).

Tumor ovarium adalah pertumbuhan sel yang berlebihan/abnormal pada ovarium yang membentuk seperti kantong. Tumor ovarium merupakan tumor jinak berupa kantong abnormal berisi cairan atau setengah cair yang tumbuh dalam (indung telur) ovarium. Tumor ovarium adalah pertumbuhan sel yang berlebihan/abnormal pada ovarium yang membentuk seperti kantong. Tumor ovarium secara fungsional adalah tumor yang dapat bertahan.

C. Etiologi

Menurut Nurmansyah, Djemi, & Setyawati (2019) penyebab terjadinya tumor ovarium yaitu terjadinya gangguan pembentukan hormon pada hipotalamus, hipofise atau tumor itu sendiri. Tumor ovarium timbul dari folikel yang tidak berfungsi selama siklus menstruasi.

Etiologi tumor ovarium belum sepenuhnya dimengerti, tetapi beberapa teori menyebutkan adanya gangguan dalam pembentukan estrogen yang dalam mekanisme umpan balik ovarium – hipotalamus penyebab terbentuknya tumor ovarium adalah gagalnya sel telur atau folikel untuk berovulasi.

Munculnya penyakit tumor disebabkan beberapahal, yaitu (Aspiani, 2017):

1. Usia > 35 tahun
2. Adanya riwayat menderita kista ovarium sebelumnya
3. Ada riwayat pernah mengalami kanker payudara
4. Siklus menstruasi yang tidak normal
5. Peningkatan distribusi lemak di bagian tubuh bagian atas
6. Pada wanita yang tidaksubur (infertilitas), risikot umbuhnya kista naik menjadi empat kali lipat
7. Menstruasi dini, yang terjadi di usia 11 tahun atau lebih muda lagi.
8. Ovulasi yang terus berlangsung tanpa interupsi dalam waktu lama.
9. Hipotiroidism atau ketidakseimbangan hormoral.
10. Penggunaan pil KB
11. Kehamilan multiple.
12. Nulipara.
13. Genetik.
14. Merokok.

Biasanya tumor ovarium menyerang wanita pada usia produktif. Umumnya hal itu disebabkan oleh berubahnya tingkat hormon pada siklus menstruasi, dan bisa terjadi saat ovarium memproduksi atau melepaskan sel telur. Tumor ovarium bisa disebabkan oleh pertumbuhan sel yang tidak normal, sel telur gagal keluar dari korpus luteum ataupun saat folikel tidak bisa melepaskan sel telur. Tumor ini juga bisa muncul pada wanita yang mengidap endometriosis, dan wanita yang memiliki penyakit sindrom ovarium polikistik atau sering disingkat PCOS (Ratnawati, Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Reproduksi, 2018).

D. Patofisiologi

1. Proses Perjalanan Penyakit

Menurut Aspiani (2017) tumor terdiri dari folikel – folikel praovulasi yang telah mengalami atresia (degenerasi). Pada wanita yang menderita ovarium polikistik ovarium utuh dan FSH (*follicle stimulating hormone*) dan SH tetapi tidak terjadi ovulasi ovum. Kadar FSH dibawah normal sepanjang stadium folikular daur haid, sementara kadar LH (*luteinizing hormone*) lebih tinggi dari normal, tetapi tidak memperlihatkan lonjakan. Peningkatan LH (*luteinizing hormone*) yang terus menerus menimbulkan pembentukan androgen dan estrogen oleh folikel dan kelenjar adrenal. Folikel anovulasi berdegenerasi dan membentuk tumor, yang menyebabkan terjadinya ovarium polikistik (Corwin, 2001) tumor bermetastasis dengan invasi langsung struktur yang berdekatan dengan abdomen dan pelvis dan sel – sel yang menempatkan diri pada rongga abdomen dan pelvis. Penyebaran awal kanker ovarium dengan jalur intra peritoneal dan limfatik muncul tanpa gejala atau tanda spesifik.

Gejala tidak pasti yang akan muncul seiring dengan waktu adalah perasaan berat pada pelvis. Sering berkemih dan disuria dan perubahan fungsi gastrointestinal, seperti rasa penuh, mual, tidak

enak pada perut, cepat kenyang dan konstipasi. Pada beberapa perempuan dapat terjadi perdarahan abnormal vagina sekunder akibat hyperplasia endometrium, bila tumor menghasilkan estrogen beberapa tumor menghasilkan testosteron dan menyebabkan virilisasi.

Kista nonneoplastic sering ditemukan, tetapi bukan masalah serius. Kista folikel dan luteal di ovarium sangat sering ditemukan sehingga hampir dianggap sebagai varian fisiologik. Kelainan yang tidak berbahaya ini berasal dari folikel graaf yang tidakrupturatau pada folikel yang sudah pecah dan segera menutup kembali. Kista demikian seringnya adalah multiple dan timbul langsung dibawah lapisan serosa yang menutupi ovarium, biasanya kecil, dengan diameter 1-1,5 cm dan berisi cairan serosa yang bening, tetapi ada kalanya penimbunan cairan cukup banyak, sampai mencapai diameter 4 hingga 5 cm sehingga dapat diraba massa dan menimbulkan nyeri panggul.

Jika kecil, kista ini dilapisi granulosa atau selteka, tetapi seiring dengan penimbunan cairan timbul tekanan yang dapat menyebabkan atropi sel tersebut. Kadang – kadang kista ini pecah, menimbulkan perdarahan intraperitonium, dan gejala abdomen akut.

2. ManifestasiKlinis

Menurut Aspiani (2017) kebanyakan tumor ovarium tidak menunjukkan tanda dan gejala. Sebagian besar gejala yang ditemukan adalah akibat pertumbuhan aktivitas hormone atau komplikasi tumor tersebut. Kebanyakan wanita dengan kanker ovarium tidak menimbulkan gejala dalam waktu yang lama. Gejala umumnya sangat bervariasi dan tidak spesifik.

Tanda dan gejala pada stadium awal antara lain:

- a. Gangguan haid
- b. Jika sudah menekan rectum mungkin terjadi konstipasi atau sering berkemih
- c. Dapat terjadi peregangan atau penekanan daerah panggul yang menyebabkan nyeri spontan dan sakit di perut.
- d. Nyeri saat bersenggama

Tanda dan gejala pada stadium lanjut antara lain:

- a. Asites
- b. Penyebaran keomentum (lemak perut) serta organ – organ di dalam rongga perut (usus dan hati).
- c. Perut membuncit, kembung mual dan gangguan nafsu makan
- d. Gangguan eliminasi (buang air kecil dan besar)
- e. Sesak nafas akibat penumpukan cairan terjadi pada rongga dada akibat penyebaran penyakit kerongga dada yang mengakibatkan penderita sangat merasa sesak nafas.

3. Klasifikasi

Berdasarkan tingkat bahayanya, tumor ovarium terbagi menjadi dua jenis. Pertama, kista fungsional yang sangat umum terjadi pada setiap wanita yang sedang dalam masa produktif. Kedua, tumor patologis atau neoplastik. Kista jenis ini jarang ditemukan pada wanita yang masih produktif. Pada beberapa kasus, penderita kista patologis akan terancam sesuatu yang lebih berbahaya seperti gerbang awal menuju kanker ovarium. Berdasarkan strukturnya, kedua jenis kista ovarium tersebut terbagi lagi menjadi beberapa bagian.

Kista fungsional terbagi lagi menjadi empat jenis, antara lain (Ratnawati, 2018):

a. Kista Teka Lutein

Kista jenis ini biasanya terjadi pada wanita yang mengalami kehamilan ektopik, dan akan hilang saat penderita telah melahirkan bayinya. Kehamilan ektopik adalah sebuah keadaan tidak normal dari pembuahan sel telur yang dibuahi diluar uterus. Biasanya, sel telur dibuahi pada salah satu tuba fallopi.

b. Kista Folikel

Folikel merupakan salah satu struktur didalam ovarium berbentuk seperti balon dan berisi cairan yang akan menjadi tempat berkembangbiak sel-sel telur. Saat folikel tidak dapat melepaskan sel telur yang matang menuju tuba fallopi, folikel akan mengalami gangguan yaitu pembengkakan. Pembengkakan tersebut lambat laun akan tumbuh menjadi kista. Namun dalam beberapa minggu, penderita kista ini akan sembuh dengan sendirinya.

c. Kista Polikistik

Kista jenis ini biasanya menyerang ketika seseorang wanita mengalami masalah pada datang bulan dan gangguan hormon di organ reproduksinya. Kista polikistik sering ditemukan pada kedua ovarium, dan sering kali membuat siklus menstruasi penderitanya menjadi tidak teratur. Bahkan pada beberapa kasus, kista ini membuat penderitanya tidak bisa datang bulan.

d. Kista Korus Lutenum

Korpus lutenum adalah struktur jaringan berwarna kuning yang dihasilkan oleh folikel saat mengeluarkan sel telur di ovarium. Korpus lutenum ini menghasilkan hormon yang akan berguna untuk memperlancarjalannya sel telur dan system reproduksi. Terkadang pada beberapa wanita, korpus lutenum tidak dapat mengeluarkan sel telur yang diberikan asupan hormon. Hal itu akan menyebabkan korpus lutenum menjadi tersumbat dan

berkembang menjadi kista. Kista ini sering kali menyebabkan penderitanya mengalami pendarahan di luar siklus menstruasi dan merasa nyeri area pinggul. Penderita diwajibkan segera berkonsultasi dengan dokter agar ditangani dengan baik. Namun, pendarahan dan nyeri tersebut tidak akan berlangsung lama. Biasanya, kista korpus luteum akan hilang dalam beberapa bulan.

Sama halnya dengan kista fungsional, kista patologis juga terbagi lagi menjadi empat jenis antara lain:

1) Dermoid

Kista ini bisa menyerang semua jenis umur bahkan terjadi sejak lahir. Kista dermoid adalah tumor yang memiliki banyak kandungan, seperti cairan yang mirip mentega, gigi, tulang, rambut, dan sisik kulit. Penanganan kista dermoid memerlukan kehati-hatian karena jika kista pecah, cairan didalamnya akan lengket dan partikel lainnya masuk keperut.

2) Kistoma Ovari Simpleks

Kistoma ovari simpleks adalah kista yang berdinding tipis dan memiliki permukaan rata dan halus. Kista ini berisi cairan jernih yang serosa dan berwarna kuning, bertangkai, bilateral, dan dapat menjadi besar.

3) Kistadenoma Ovari Serosum

Kistadenoma ovari serosum adalah satu jenis tumor ganas berisi cairan berwarna kuning seperti perasan kunyit, yang biasanya pembesarannya dipicu oleh siklus menstruasi.

4) Kistadenoma Ovari Mucinosum

Kistadenoma ovari mucinosum merupakan kista yang sangat mudah pecah, mengandung cairan kental seperti ingus dan bersifat seperti lem. Kista mucinosum membutuhkan penanganan ekstra hati-hati, jika tidak cairan seperti lem

akan membuat organ-organ didalam perut saling melekat. Kista ini dapat membesar saat penderitanya mulai hamil.

4. Komplikasi

Menurut Aspiani (2017) kista yang besar bisa mengakibatkan ketidaknyamanan pada ovarium. Jika kista yang besar menekan kandung kemih akan mengakibatkan seseorang menjadi sering berkemih karena kapasitas kandung menjadi berkurang. Beberapa wanita dengan tumor ovarium tidak menimbulkan keluhan, masa tumor ovarium yang berkembang setelah menopause mungkin akan menjadi suatu keganasan (kanker).

Beberapa komplikasi dari tumor ovarium antara lain:

a. Torsio tumor ovarium

Torsio dari kista ovarium yang merupakan kegawatdaruratan medis yang menyebabkan nekrosis. Kondisi ini sering yang menyebabkan infertilitas. Manifestasi dari torsio tumor ovarium adalah nyeri perut unilateral yang biasanya menyebar turun ke kaki.

b. Perdarahan dan ruptur kista

Perdarahan atau rupturnya kista yang ditandai dengan ascites dan sering sulit untuk dibedakan dari kehamilan ektopik. Gejala dominan dari komplikasi ini adalah nyeri kuat yang berlokasi di salah satu sisi dari abdomen (pada ovarium yang mengandung kista). Ruptur kista ovarium juga mengakibatkan anemia. Tanda pertama yang bisa terjadi adalah terasa nyeri di abdomen bagian bawah, mual, muntah dan demam.

c. Infeksi

Infeksi bisa mengikuti komplkasi dari tumor ovarium. Tumor ovarium yang tidak terdeteksi dan susah untuk didiagnosis bisa mengakibatkan kematian akibat septikemia. Gejala infeksi pertama adalah demam, malaise, mengigil dan nyeri pelvis.

Menurut Sinclair (2010) lebih dari 75% wanita, penyakit ini menyebar di sepanjang rongga peritoneum sebelum diagnosis ditegakkan. Bahkan pada tahap yang sudah lanjut, pasien mungkin hanya menunjukkan gejala gangguan saluran cerna yang tidak spesifik seperti tidak kunjung kenyang, perasaan penuh di abdomen, atau nyeri gas. Keletihan, peningkatan lingkaran abdomen, sering berkemih dan sesak napas dapat terjadi akibat asites dan efusi pleura.

Wanita tersebut biasanya tetap sadar sampai komplikasi utama muncul, seperti obstruksi usus, asites massif, atau edema hebat pada ekstremitas bawah. Sebagian besar wanita meninggal dalam hitungan bulan sejak malnutrisi dan obstruksi usus halus.

E. Penatalaksanaan

Diagnosis awal dibuat berdasarkan gejala yang dialami, riwayat kesehatan keluarga, dan hasil pemeriksaan fisik. Kemudian, pemeriksaan penunjang dilakukan untuk menegakkan diagnosa, meliputi USG, pemeriksaan darah, ataupun biopsi. Pasien tumor ovarium bergantung pada seberapa bahayanya tumor tersebut, dan bagaimana kondisi pasien. Jika pasien sudah memasuki pra menopause, tumor yang tumbuh bisa menjadi awal keganasan kanker. Pasien harus segera menjalani operasi untuk menganagkat kedua ovarium rahim, lipatan jaringan lemak yang disebut omentum dan beberapa kelenjar getah bening.

Diagnosis tumor fungsional dokter akan menyarankan penderita untuk melakukan pola hidup sehat karena kista fungsional dapat sembuh dengan sendirinya dalam jangka waktu satu atau dua bulan lamanya. Sedangkan, untuk jenis kista lainnya penanganan akan dilakukan dengan cara operasi. Ada dua jenis operasi yang akan dilakukan oleh

penderita kista ovarium. Namun, sebelum dilakukan pembedahan pemeriksaan yang dilakukan adalah:

1. Skrining genetik

Menurut Sofian, Perkasa, Evsya, & Darundryo (2011) skrining genetic lebih ditujukan pada pencegahan terhadap timbulnya gen manusia yang ada kaitannya dengan kelainan fisik. Pada tumor ovarium, beberapa gen yang mungkin diturunkan dan dapat menimbulkan keadaan tumor adalah BRCA1 dan BRCA2. Apabila seseorang dengan BRCA1 atau BRCA2 yang positif dan dengan mempergunakan data informasi keluarga resiko tinggi, kemungkinan menimbulkan resiko tinggi pada pasien. Meskipun seseorang mendapat hasil BRCA1 atau BRCA2 yang positif, belum tentu akan timbul kanker pada dirinya, mutase gen BRCA1 atau BRCA2 dapat diturunkan pada anak laki – laki ataupun perempuannya. Dengan hasil tes BRCA1 atau BRCA2 yang positif, maka perlu dilakukan deteksi dini lebih lanjut seperti ultrasonografi transvaginal, pemeriksaan CA-125 dan pemeriksaan klinis.

2. Pemeriksaan tumor marker

Menurut Aditiyono, et al. (2018) pada tumor ovarium perlu dilakukannya pemeriksaan tumor marker CA-125. CA-125 adalah salah satu antigen yang dilepaskan dari epitel kanker ovarium. Kira – kira 83% pasien dengan tumor ovarium tipe epitel memiliki kadar CA-125 >35 IU/ml. peningkatan CA-125 menjadi predicator kuat terhadap kemungkinan progresivitas penyakit.

3. Pencitraan (imaging)

Menurut Nurhayati, Muis, & Ilyas (2019) ultrasonografi adalah salah satu pencitraan yang digunakan untuk keperluan diagnostic sebagai pelengkap pemeriksaan klinik. Skrining dan ultrasonografi real-time merupakan suatu cara untuk mendeteksi secara dini perubahan struktur organ genitalia, khususnya ovarium dalam proses karsinogenesis. Ultrasonografi transvaginal merupakan suatu

teknik pemeriksaan yang sering dilakukan karena hasilnya yang lebih kuat.

Jenis operasi dibagi berdasarkan status keparahan pasien (Ratnawati, Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Reproduksi, 2018) yaitu:

1. Laparotomi

Laparotomi atau sayatan yang dibuat pada perut dengan ukuran besar dan lebar. Kegiatan pembedahan ini untuk mempermudah jalannya dokter melakukan pengangkatan kista. Biasanya pembedahan jenis ini diterapkan pada penderita yang memiliki kista sangat besar dan diduga jenis itu awal keganasan.

2. Laparoscopy

Laparoscopy atau sayatan berukuran kecil yang dibuat pada perut untuk memasukkan alat mirip seperti selang yang dilengkapi dengan kamera dan pisau bedah diujungnya. Kegiatan pembedahan ini dilakukan untuk memotong kista keseluruhan atau Sebagian dengan cara dokter mengamati dari layar monitor.

F. Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian yang akan dilakukan pada pasien yang mengalami kista ovarium dapat dilakukan pengkajian kepada pasien dan keluarga yang bertanggungjawab kepada pasien. Adapun hal yang perlu dikaji dalam asuhan keperawatan (Aspiani, 2017) adalah:

- a. Identitas Klien

Identitas yang perlu dikaji pada pasien dengan tumor ovarium adalah nama, agama, suku/bangsa, pendidikan, pekerjaan, golongan darah, diagnosa medis, status marital dan alamat. Tumor ovarium biasanya terjadi pada usia reproduktif, paling sering ditemukan pada usia 35 tahun keatas.

b. Identitas Penanggungjawab

Identitas penanggungjawab yang perlu dikaji adalah nama, umur, suku/bangsa, pendidikan terakhir, pekerjaan, agama, hubungan dengan pasien dan alamat.

c. Keluhan utama

Keluhan utama yang dirasakan pasien dengan tumor ovarium adalah pasien biasanya mengeluh nyeri pada perut kanan bawah dan menstruasi yang tidak teratur.

d. Riwayat penyakit sekarang

Keluhan utama yang dirasakan pasien dengan tumor ovarium adalah pasien biasanya mengeluh nyeri pada perut kanan bawah dan menstruasi yang tidak teratur. Pada saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan perasaan penuh dan tertekan di perut bagian bawah, nyeri saat bersenggama, pasien biasanya merasa berat pada daerah pelvis dan cepat merasa lelah.

e. Riwayat penyakit dahulu

Pengkajian yang dilakukan pada riwayat penyakit dahulu adalah apakah pasien pernah mengalami penyakit ini sebelumnya., apakah pasien ada mengalami/menderita penyakit molahidatidosa/kehamilan anggur, kehamilan ektopik.

f. Riwayat penyakit keluarga

Dikaji dalam keluarga adalah apakah keluarga mempunyai penyakit keturunan seperti diabetes melitus, hipertensi, jantung, penyakit kelainan darah dan riwayat kelahiran kembar dan riwayat penyakit mental.

g. Riwayat obstetrik

Riwayat obstetrik yang perlu dikaji dengan kista ovarium adalah keadaan haid riwayat menarche dan haid terakhir, sebab mioma uteri tidak pernah ditemukan sebelumnya menarche dan mengalam iatrofi pada masa menopause. Riwayat kehamilan jumlah kehamilan dan anak yang hidup mempengaruhi

psikologis pasien dan keluarga terhadap hilangnya organ kewanitaan.

h. Pola kebiasaan sehari – hari menurut Virginia Handerson

- 1) Respirasi
- 2) Nutrisi
- 3) Eliminasi
- 4) Istirahat/ tidur
- 5) Mempertahankan temperatur tubuh dan sirkulasi
- 6) Kebutuhan personal higyene
- 7) Aktivitas
- 8) Gerak dan keseimbangan tubuh
- 9) Kebutuhan berpakaian
- 10) Sosialisasi
- 11) Kebutuhan spiritual
- 12) Kebutuhan bermain dan rekreasi

2. Diagnosa

Diagnosa keperawatan pada klien dengan kista ovarium (Aspiani, 2017), adalah:

Pre operasi:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan infeksi tumor, trauma jaringan dan reflex spasme otot sekunder akibat tumor ditandai dengan pasien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah, pasien tampak menekan perutnya, ekspresi wajah meringis.
- b. Gangguan rasa nyaman (cemas) berhubungan dengan ancaman kematian, ancaman pada status terkini, perubahan besar (misalnya: status ekonomi, lingkungan, status kesehatan, fungsi peran, status peran), riwayat keluarga tentang asietas dan stressor.
- c. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan cedera, penyakit, perubahan fungsi kognitif, perubahan fungsi tubuh (karena

anomali, penyakit, medikasi, kehamilan, radiasi, pembedahan, trauma dan lain – lain), prosedur bedah dan trauma.

- d. Retensi urine berhubungan dengan adanya edema jaringan lokal dan paralisis saraf.
- e. Konstipasi berhubungan dengan bedah abdominal, melemahkan otot-otot abdominal.
- f. Disfungsi seksual berhubungan dengan adanya penganiayaan (misalnya: fisik, psikologi dan seksual), gangguan fungsi tubuh (karena anomaly, penyakit, medikasi, kehamilan, radiasi, bedah, trauma dan lain – lain), kurang pengetahuan tentang fungsi seksual.
- g. Kurang pengetahuan tentang kondisi, prognosis dan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan salah interpretasi informasi, tidak mengenal sumber informasi.

Intra Operasi

- a. Risiko syok hypovolemia berhubungan dengan perdarahan

Post Operasi

- a. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan akumulasi secret akibat penurunan reflek batuk.
- b. Nyeri akut berhubungan dengan kerusakan jaringan otot dan sistem saraf akibat proses pembedahan ditandai dengan pasien mengeluh nyeri pada luka post operasi, ekspresi wajah menyeringai.
- c. Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasive yang ditandai dengan pasien mengeluh sakit bila bergerak, keadaan umum lemah.
- d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri luka bekas operasi, ditandai dengan pasien mengeluh sakit bila bergerak, keadaan umum melemah, kebutuhan aktivitas pasien tampak dibantu.

- e. Kurang perawatan diri berhubungan dengan kelemahan fisik.
- f. Gangguan citra tubuh (*body image*) berhubungan dengan kekhawatiran tentang ketidakmampuan memiliki anak, perubahan dalam masalah kewanitaan, akibat pada hubungan seksual.
- g. Risiko konstipasi berhubungan dengan penurunan peristaltic sekunder akibat efek anestesi.

3. Intervensi

Perencanaan yang akan dilakukan dengan kista ovarium (Aspiani, 2017) adalah:

Pre operasi

- a. Nyeri akut berhubungan dengan infeksi tumor, trauma jaringan dan reflex spasme otot sekunder akibat tumor ditandai dengan pasien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah, pasien tampak menekan perutnya, ekspresi wajah meringis.

Tujuan (NOC)

Setelah dilakukan Tindakan keperawatan diharapkan pasien dapat:

- 1) Mengontrol nyeri (*pain control*) dengan kriteria:
 - a) Pasien dapat mengetahui penyebab nyeri, onset nyeri
 - b) Pasien mampu menggunakan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri
 - c) Pasien mampu mengenal tanda-tanda pencetus nyeri untuk mencari pertolongan
 - d) Pasien melaporkan nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri
- 2) Menunjukkan tingkat nyeri (*pain level*) dengan kriteria hasil:
 - a) Pasien melaporkan nyeri dan pengaruhnya pada tubuh
 - b) Pasien mampu mengenal skala, intensitas, frekuensi dan lamanya episode nyeri
 - c) Pasien mengatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang
 - d) Tanda – tanda vital dalam batas normal

e) Ekspresi wajah tenang

Intervensi (NIC)

- 1) Kaji secara komprehensif tentang nyeri, meliputi: lokasi, karakteristik, onset, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri dan faktor presipitasi
- 2) Observasi isyarat-isyarat nonverbal dari ketidaknyamanan, khususnya dalam ketidakmampuan untuk komunikasi secara efektif
- 3) Gunakan komunikasi terapeutik agar pasien dapat mengekspresikan nyeri
- 4) Ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologi (misalnya, relaksasi, terapimusi, distraksi dan massage)
- 5) Evaluasi keefektifan dari tindakan mengontrol nyeri yang telah digunakan
- 6) Berikan informasi tentang nyeri, seperti: penyebab, berapa lama terjadi dan tindakan pencegahan
- 7) Kontrol faktor – faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon pasien terhadap ketidaknyamanan (misalnya, temperatur ruangan, penyinaran dan lain – lain)
- 8) Tingkatkan tidur/istirahat yang cukup
- 9) Modifikasi tindakan mengontrol nyeri berdasarkan respon pasien
- 10) Monitor kenyamanan pasien terhadap manajemen nyeri
- 11) Hilangkan faktor yang dapat meningkatkan pengalaman nyeri (misalnya: rasa takut, kelelahan dan kurangnya pengetahuan)
- 12) Libatkan keluarga untuk mengurangi nyeri
- 13) Tentukan lokasi nyeri, karakteristik, kualitas dan keparahan sebelum pengobatan
- 14) Berikan obat dengan prinsip 5 benar
- 15) Cek riwayat alergi obat

- 16) Pilihan analgetik secara tepat/kombinasi lebih dari satu analgetik jika telah diresepkan
 - 17) Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgetik pertama kali
 - 18) Berikan analgetik yang tepat waktu terutama saat nyeri hebat
 - 19) Evaluasi efektivitas analgetik, tanda dan gejala (efek samping)
 - 20) Kolaborasikan pemberian terapi obat sesuai anjuran dokter
- b. Gangguan rasa nyaman (cemas) berhubungan dengan ancaman kematian, ancaman pada status terkini, perubahan besar (misalnya: status ekonomi, lingkungan, status kesehatan, fungsi peran, status peran), riwayat keluarga tentang ansietas dan stressor.

Tujuan (NOC)

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama ...x 24 jam pasien mampu mengontrol cemas, dengan kriteria hasil:

- 1) Pasien dapat memonitor intensitas cemas
- 2) Pasien dapat menurunkan stimulus lingkungan Ketika cemas
- 3) Pasien menggunakan Teknik relaksasi untuk menurunkan cemas
- 4) Pasien dapat mempertahankan hubungan sosial
- 5) Pasien dapat mempertahankan konsentrasi
- 6) Pasien melaporkan tidur adekuat
- 7) Ekspresi wajah pasien tenang

Intervensi (NIC)

- 1) Bina hubungan saling percaya dengan pasien
- 2) Kaji tingkat kecemasan pasien
- 3) Dengarkan pasien dengan penuh perhatian
- 4) Berusaha memahami keadaan pasien

- 5) Jelaskan seluruh prosedur tindakan kepada pasien dan perasaan yang mungkin muncul pada saat melakukan tindakan
 - 6) Berikan informasi diagnosa, prognosis dan tindakan
 - 7) Motivasi pasien untuk menyampaikan tentang isi perasaannya
 - 8) Dampingi pasien untuk mengurangi kecemasan dan meningkatkan kenyamanan
 - 9) Bantu pasien menjelaskan keadaan yang bisa menimbulkan kecemasan
 - 10) Bantu pasien untuk mengungkapkan hal – hal yang membuat cemas
 - 11) Ajarkan pasien teknik relaksasi
 - 12) Berikan obat yang mengurangi cemas
- c. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan cedera, penyakit, perubahan fungsi kognitif, perubahan fungsi tubuh (karena anomali, penyakit, medikasi, kehamilan, radiasi, pembedahan, trauma dan lain – lain), prosedur bedah dan trauma.
- Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama ...x24 jam, pasien mampu mengungkapkan perasaan terhadap dirinya, dengan kriteria hasil:
- 1) Pasien mendemonstrasikan penerimaan terhadap perubahan bentuk tubuh
 - 2) Pasien peduli terhadap perubahan bentuk tubuh
- Intervensi (NIC)
- a) Mendengar aktif respon pasien terhadap tubuhnya
 - b) Memonitor frekuensi mengkritik dirinya
 - c) Meningkatkan citra tubuh
 - d) Melakukan konseling
 - e) Dukungan emosional

- d. Retensi urine berhubungan dengan adanya edema jaringan lokal dan paralisis saraf.

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama ...x24 jam, pasien mampu melakukan eliminasi, dengan kriteria hasil:

- 1) Kandung kemih kosong
- 2) Balance cairan seimbang
- 3) Tidak ada residu urin > 100
- 4) Tidak ada spasme bladder

Intervensi (NIC)

- 1) Monitor intake output cairan
- 2) Manajemen cairan
- 3) Irigasi kandung kemih
- 4) Bantuan perawatan diri
- 5) Melakukan pemasangan kateterisasi urin jika diperlukan
- 6) Melakukan perawatan kateterisasi urine
- 7) Manajemen pengobatan

- e. Konstipasi berhubungan dengan tumor membesar, melemahkan otot-otot abdominal.

Setelah dilakukan asuhan keperawatan ...x24 jam, pasien mampu melakukan eliminasi BAB, dengan kriteria hasil:

- 1) Pasien dapat mempertahankan konsistensi BAB lunak
- 2) Pasien BAB 1x sehari
- 3) Pasien dapat mengidentifikasi pencegahan dan pengobatan konstipasi

Intervensi (NIC)

- 1) Observasi pola kebiasaan BAB meliputi: waktunya, frekuensi, konsistensi BAB, riwayat penggunaan obat – obatan laksatif, riwayat diet termasuk intake cairan, pola latihan, riwayat obstetri dan pembedahan

- 2) Palpasi adanya distensi abdomen, perkusi bunyi peristaltic usus
 - 3) Berikan privasi saat pasien BAB
 - 4) Anjurkan pasien makan makanan berserat
 - 5) Anjurkan minum 1500 – 2000 ml/hari
 - 6) Jika perlu berikan laxatif dan suppositoria
 - 7) Observasi tanda dan gejala konstipasi
 - 8) Observasi bising usus
 - 9) Kolaborasikan pemberian obat pencahar dengan dokter
- f. Disfungsi seksual berhubungan dengan adanya penganiayaan (misalnya: fisik, psikologi dan seksual), gangguan fungsi tubuh (karena anomali, penyakit, medikasi, kehamilan, radiasi, bedah, trauma dan lain – lain), kurang pengetahuan tentang fungsi seksual.
- Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama ...x24 jam, fungsi seksual normal dengan kriteria hasil:
- 1) Fungsi seksual normal
 - 2) Penampilan peran baik
 - 3) Tingkat kelelahan berkurang
 - 4) Identitas seksual membaik

Intervensi (NIC)

- 1) Dukungan perlindungan terhadap kekerasan
- 2) Pengurangan kecemasan
- 3) Peningkatan peran
- 4) Peningkatan harga diri
- 5) Menyediakan privasi dan menjamin kerahasiaan
- 6) Memberikan informasi tentang fungsi seksual
- 7) Sertakan pasangan dalam konseling sebanyak mungkin.

- g. Kurang pengetahuan tentang kondisi, prognosis dan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan salah interpretasi informasi, tidak mengenalsumber informasi.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pengetahuan pasien tentang proses penyakitnya meningkat dengan kriteria:

- 1) Pasien dapat menjelaskan pengertian penyakitnya
- 2) Pasien dapat menjelaskan penyebab dan patofisiologi penyakitnya
- 3) Pasien dapat menjelaskan gejala dan tanda penyakitnya
- 4) Pasien dapat menjelaskan tindakan untuk mengurangi keluhan dan penatalaksanaanya.

Intervensi (NIC)

- 1) Kaji tingkat pengetahuan pasien berhubungan dengan proses penyakitnya yang spesifik
- 2) Jelaskan pengertian penyakit secara spesifik
- 3) Jelaskan penyebab dan proses perjalanan penyakitnya
- 4) Jelaskan tanda-tanda dan gejala penyakit yang dialami pasien
- 5) Jelaskan tindakan yang dapat dilakukan untuk mengurangi keluhan
- 6) Jelaskan tindakan pengobatan untuk penyakitnya
- 7) Berikan informasi kepada pasien tentang kondisinya
- 8) Berikan informasi tentang tindakan diagnostik yang dilakukan
- 9) Diskusikan perubahan perilaku yang dapat mencegah komplikasi

Intra operasi

- a. Risiko syok hipovolemik berhubungan dengan perdarahan

Setelah dilakukan Tindakan keperawtan selama ...x24 jam diharapkan tidak terjadisyok hipovolemik dengan kriteria:

- 1) Tanda – tanda vital dalam batas normal
- 2) Turgor kulit baik
- 3) Tidak ada sianosis
- 4) Suhu kulit hangat
- 5) Tidak ada diaphoresis
- 6) Membran mukosa kemerahan

Intervensi (NIC)

- 1) Kaji adanya perdarahan selama proses pembedahan
- 2) Kaji warna kulit, suhu, adanya sianosis, nadi perifer dan diaphoresis secara teratur
- 3) Pantau frekuensi dan irama jantung
- 4) Pantau status cairan, turgor kulit, membran mukosa dan urine output
- 5) Monitor status cairan, termasuk intake dan output sesuai kebutuhan
- 6) Monitor kadar hemoglobin dan hematokrit
- 7) Monitor kehilangan cairan
- 8) Monitor tanda – tanda vital sesuai kebutuhan
- 9) Monitor respon pasien terhadap perubahan cairan
- 10) Kelola pemberian cairan hipotonik seperti dekstrose 5% untuk rehidrasi sesuai kebutuhan
- 11) Kelola pemberian cairan isotonic seperti NaCl, Ringer Laktat untuk rehidrasi cairan ekstraseluler
- 12) Kombinasikan cairan kristaloid seperti NaCl dan Ringer Laktat dan cairan koloid seperti plasma untuk pengganti volume intravaskuler
- 13) Pertahankan pemberian cairan secara vena
- 14) Kelola pemberian transfusi
- 15) Monitor reaksi transfusi sesuai kebutuhan
- 16) Atur posisi pasien Trendelenburg jika pasien hipotensi sesuai kebutuhan

17) Monitor tanda dan gejala overhidrasi

Post operasi

- a. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan akumulasi sekret, efek anastesi

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x 24 jam, pasien menunjukkan bersihan jalan nafas efektif dengan status pernafasan adekuat dengan kriteria:

- 1) Pasien mudah untuk bernafas
- 2) Tidak ada sianosis, tidak ada dispneu
- 3) Saturasi oksigen dalam batas normal
- 4) Jalan nafas paten
- 5) Mengeluarkan sekresi secara efektif
- 6) Pasien mempunyai irama dan frekuensi pernafasan dalam rentang normal
- 7) Pasien mempunyai fungsi paru dalam batas normal

Intervensi (NIC)

- 1) Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi
- 2) Auskultasi bunyi nafas, area penurunan ventilasi atau tidak adanya ventilasi dan adanya bunyi nafas tambahan
- 3) Keluarkan secret dengan batuk efektif atau suksion sesuai kebutuhan
- 4) Anjurkan pasien untuk bernafas pelan, nafas dalam dan batuk
- 5) Atur posisi pasien untuk mengurangi dyspnea
- 6) Monitor status respirasi dan oksigenasi sesuai kebutuhan
- 7) Atur intake cairan untuk mengoptimalkan keseimbangan cairan
- 8) Tentukan kebutuhan untuk suksion oral atau trakeal
- 9) Auskultasi bunyi nafas sebelum dan setelah suksion
- 10) Informasikan pada pasien untuk keluarga tentang suksion

- 11) Informasikan pada pasien dan keluarga tentang suksion
 - 12) Aspirasi nasofaring dengan suksion sesuai kebutuhan
 - 13) Gunakan universal precaution: sarung tangan dan masker sesuai kebutuhan
 - 14) Gunakan tambahan oksigen sesuai kebutuhan
 - 15) Bersihkan mulut, hidung dan trakea dari sekresi sesuai kebutuhan
 - 16) Pertahankan kepatenan jalan nafas
 - 17) Siapkan perlengkapan oksigen dan atur sistem humidifikasi
 - 18) Berikan tambahan oksigen sesuai permintaan
 - 19) Monitor aliran oksigen
 - 20) Monitor posisi pemberian oksigen
 - 21) Berikan oksigen sesuai kebutuhan
 - 22) Monitor keefektifan terapi oksigen
- b. Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya jaringan saraf pada daerah luka bekas operasi yang ditandai dengan pasien menyatakan nyeri perut bekas operasi, ekspresi wajah meringis menahan sakit.
- Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pasien dapat mengontrol nyeri dengan kriteria:
- 1) Pasien dapat mengetahui penyebab nyeri, onset nyeri
 - 2) Pasien mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri dan tindakan pencegahan nyeri
 - 3) Pasien melaporkan nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri
 - 4) Pasien melaporkan nyeri dan pengaruhnya pada tubuh
 - 5) Pasien mampu mengenal skala, intensitas, frekuensi dan lamanya episode nyeri
 - 6) Pasien mengatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang
 - 7) Tanda – tanda vital dalam batas normal
 - 8) Ekspresi wajah tenang

Intervensi (NIC)

- 1) Kaji secara komprehensif tentang nyeri, meliputi: lokasi, karakteristik dan onset, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas/beratnya nyeri dan faktor – faktor presipitasi
- 2) Observasi isyarat non verbal dari ketidaknyamanan, khususnya ketidakmampuan komunikasi secara efektif
- 3) Gunakan komunikasi terapeutik agar pasien dapat mengekspresikan nyeri
- 4) Ajarkan pengguna teknik nonfarmakologi
- 5) Evaluasi tentang keefektifan dari tindakan mengontrol nyeri yang telah digunakan
- 6) Berikan dukungan terhadap pasien dan keluarga
- 7) Berikan informasi tentang nyeri, seperti: penyebab, berapa lama terjadi dan tindakan pencegahan
- 8) Kontrol faktor – faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon pasien terhadap ketidaknyamanan (misalnya: temperature ruangan, penyinaran dan lain- lain)
- 9) Tingkatkan istirahat yang cukup
- 10) Modifikasi tindakan mengontrol nyeri berdasarkan respon pasien
- 11) Libatkan keluarga untuk mengurangi nyeri
- 12) Tentukan lokasi nyeri, karakteristik, kualitas dan keparahan sebelum pengobatan
- 13) Berikan obat dengan prinsip 5 benar
- 14) Cek riwayat alergi obat
- 15) Pilihan analgetik secara tepat/kombinasi lebih dari satu analgetik jika telah diresepkan
- 16) Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgetik pertama kali
- 17) Berikan analgetik yang tepat waktu terutama saat nyeri hebat

18) Evaluasi efektivitas analgetik, tanda dan gejala (efeksamping)

- c. Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur inpasif yang ditandai dengan pasien mengeluh sakit bila bergerak, keadaan umum lemah.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x24 jam diharapkan pasien dapat meningkatkan pertahanan tubuh dengan kriteria:

- 1) Pasien tidak menunjukkan tanda – tanda infeksi
- 2) Suhu tubuh normal (36,5-37⁰ C)
- 3) Nadi normal (70-80x/menit)
- 4) Frekuensi nafas normal (20x/menit)
- 5) Tekanan darah normal (120/70mmHg)
- 6) Luka tidak mengeluarkan nanah

Intervensi (NIC)

- 1) Pantau tanda/gejala infeksi (misalnya: suhu tubuh, keadaan luka post operasi, kondisi vulva, kelelahan dan malaise)
- 2) Kaji faktor yang meningkatkan serangan infeksi
- 3) Pantau hygiene personal untuk perlindungan terhadap infeksi
- 4) Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik
- 5) Monitor sel darah putih
- 6) Anjurkan pasien atau keluarga untuk menjaga personal hygiene dan melindungi tubuh terhadap infeksi
- 7) Anjurkan pada pengunjung untuk mencuci tangan sewaktu masuk dan meninggalkan ruangan
- 8) Ajarkan pasien dan keluarga bagaimana mencegah infeksi
- 9) Ajarkan pasien dan keluarga tanda/gejala infeksi dan kapan harus melaporkan kepetugas kesehatan
- 10) Bersihkan lingkungan secara tepat setelah digunakan oleh pasien

- 11) Ganti peralatan pasien setiap selesai tindakan
- 12) Batasi jumlah pengunjung
- 13) Gunakan sabun untuk cuci tangan
- 14) Gunakan sarung tangan steril
- 15) Tingkatkan asupan nutrisi dan cairan
- 16) Pertahankan teknik aseptik
- 17) Pertahankan teknik isolasi sesuai kebutuhan

- d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri luka bekas operasi, ditandai dengan pasien mengeluh sakit bila bergerak, keadaan umum lemah, kebutuhan aktivitas pasien tampak dibantu.

Setelah dilakukan tindakan perawatan mobilitas pasien meningkat dengan kriteria hasil:

- 1) Pasien melaporkan aktivitas fisik meningkat
- 2) Pasien melaporkan perasaan peningkatan kekuatan dan kemampuan dalam bergerak

Intervensi (NIC)

- 1) Kaji kemampuan pasien dalam melakukan mobilitas
- 2) Observasi penyebab gangguan mobilitas yang dialami pasien
- 3) Monitor dan catat kemampuan pasien dalam mentoleransi aktivitas dan penggunaan keempat ekstremitasnya
- 4) Jika memungkinkan observasi tindakan yang dilakukan untuk nyerinya sebelum beraktivitas
- 5) Ajarkan latihan ROM secara pasif/aktif sesuai kondisi
- 6) Mobilisasi support area yang terpengaruh jika diperlukan
- 7) Ubah posisi tiap 2 jam
- 8) Monitor integritas kulit pada area yang tertekan
- 9) Pastikan keterbatasan gerak sendi yang dialami
- 10) Motivasi pasien untuk mempertahankan pergerakan sendi
- 11) Pastikan pasien bebas dari nyeri sebelum diberikan latihan

- 12) Pastikan baju pasien longgar
- 13) Lindungi pasien dari trauma selama latihan
- 14) Beri reinforcement positif
- 15) Kolaborasi dengan dalam pemberian terapi analgetik

e. Defisit perawatan diri: mandi/kebersihan berhubungan dengan kelemahan fisik.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x 24 jam pasien dapat menunjukkan perawatan diri (mandi) adekuat dengan kriteria:

- 1) Pasien menerima bantuan atau perawatan dari perawat jika diperlukan
- 2) Pasien mengungkapkan kepuasan tentang kebersihan tubuh dan hygiene mulut
- 3) Pasien mempertahankan mobilitas yang diperlukan untuk kamar mandi dan menyediakan perlengkapan mandi
- 4) Pasien mampu membersihkan dan mengeringkan tubuh
- 5) Pasien mampu melakukan perawatan mulut

Intervensi (NIC)

- 1) Kaji kemampuan pasien untuk menggunakan alat bantu
- 2) Pantau adanya perubahan kemampuan fungsi
- 3) Pantau kemampuan pasien dalam melakukan perawatan diri secara mandiri
- 4) Pantau kebutuhan pasien terhadap perlengkapan alat– alat untuk kebersihan diri, berpakaian dan makan
- 5) Barikan bantuan sampai pasien mampu untuk melakukan perawatan diri
- 6) Bantu pasien dalam menerima ketergantungan pemenuhan kebutuhan sehari-hari
- 7) Dukung kemandirian dalam melakukan mandi dan hygiene mulut, bantu pasien hanya jika diperlukan

- 8) Kaji membrane mukosa oral dan kebersihan tubuh setiap hari
 - 9) Kaji kondisi kulit saat mandi
 - 10) Pantau kebersihan kuku, berdasarkan kemampuan perawatan diri pasien
 - 11) Berikan bantuan sampai pasien mampu secara penuh untuk melakukan perawatan diri
- f. Gangguan body image berhubungan dengan kekhawatiran tentang ketidakmampuan memiliki anak, perubahan dalam masalah kewanitaan, akibat pada hubungan seksual.
- Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pasien mengalami peningkatan citra tubuh dengan kriteria:
- 1) Pasien mendemonstrasikan penerimaan terhadap perubahan bentuk tubuh
 - 2) Pasien peduli terhadap perubahan bentuk tubuh.

Intervensi (NIC)

- 1) Observasi mekanisme coping yang digunakan pasien saat stress
- 2) Identifikasi pasien terhadap resiko gangguan citra tubuh
- 3) Ekspolasi kekuatan dan sumber yang dimiliki pasien. Diskusikan jika memungkinkan perubahan berat badan
- 4) Dorong pasien untuk mendiskusikan secara interpersonal tentang masalah yang dihadapi
- 5) Dorong pasien untuk mengeksplorasi perubahan yang dialaminya
- 6) Dorong pasien untuk mendapatkan support dari orang yang berarti
- 7) Dorong pasien untuk ikut berpartisipasi membuat keputusan dalam rencana perawatannya
- 8) Bantu pasien agar dapat menerima bantuan dari orang lain

- 9) Bantu pasien untuk menggambarkan tentang ideal sendirinya, karakteristik identitas dirinya dan menerimanya.

g. Risiko konstipasi berhubungan dengan peristaltik sekunder akibat efek anastesi.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan eliminasi BAB normal kembali dengan kriteria:

- 1) Pasien dapat mempertahankan konsistensi BAB lunak
- 2) Pasien BAB 1x sehari
- 3) Pasien dapat mengidentifikasi pencegahan dan pengobatan konstipasi

Intervensi (NIC)

- 1) Observasi pola kebiasaan BAB meliputi: waktunya, frekuensi, konsistensi BAB, riwayat penggunaan obat – obatan laksatif, riwayat diet termasuk intake cairan, pola latihan, riwayat obstetri dan pembedahan
- 2) Palpasi adanya distensi abdomen, perkusi bunyi peristaltik usus
- 3) Berikan privasi saat pasien BAB
- 4) Anjurkan pasien makan makanan berserat
- 5) Anjurkan minum 1500 – 2000 ml/hari
- 6) Jika perlu berikan laksatif dan suppositoria

4. Implementasi

Pada tahapan implementasi ini diharapkan tindakan yang dilakukan pada pasien adalah sesuatu yang tepat, tentunya sesuai dengan rencana tindakan yang sudah disusun agar menghasilkan jawaban dan tujuan yang diinginkan.

5. Evaluasi

Pada tahapan akhir ini diharapkan akan mendapatkan hasil mengenai kondisi pasien, tentunya berpegangan pada tujuan yang ingin dicapai, seperti:

- a. Pemeriksaan tanda vital normal
- b. Nyeri yang pernah menyerang tubuh pasien kini sudah hilang
- c. Pasien paham bagaimana proses terjadinya retensi urine sehingga dirinya sudah bisa melakukan tindakan sendiri dalam mengurangi retensi urine sampai akhirnya pola eliminasi urine pada pasien kembali wajar
- d. Pasien tidak mengalami kelebihan cairan
- e. Tidak ada tanda – tanda infeksi
- f. Kerusakan pada kulit yang disebabkan oleh operasi sudah menunjukkan kesembuhan
- g. Kulit pasien yang sebelumnya berwarna merah kini sudah kembali ke warna kulit normalnya
- h. Pasien sudah tidak lagi mengalami gangguan konsep diri
- i. Pasien dengan lapang menerima penyakitnya dan kondisi setelah penanganan
- j. Pasien sudah dapat mengontrol rasa cemasnya, hingga dia menjalani kehidupan yang tenang dan senang
- k. Pasien menjalani pola hidup sehat dan sadar akan kesuksesan hidup tidak hanya didorong oleh kesuksesan seksual.

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian Keperawatan

Data Dasar

Ny. D masuk rumah sakit pada tanggal 07 Februari 2020, dengan nomor register pasien 1076710, dengan diagnosa medis tumor ovarium dirawat di ruang seruni nomor kamar 537.3. Perawat melakukan pengkajian pada Ny. D pada tanggal 10 Februari 2020.

1. Identitas pasien

Ny. D usia 33 tahun ibu rumah tangga tinggal di Bekasi. Pendidikan terakhir SMA, agama Islam. Suami Tn. F usia 38, pekerjaan karyawanswasta. Ny. D menikah satu kali, menikah pada usia 26 tahun dengan suami yang sekarang sejak 5 tahun lalu.

2. Resume

Ny. D datang ke RS Mitra Keluarga pada tanggal 07 Februari 2020 pukul 16.30 WIB, Ny. D datang dengan keluhan nyeri pada perut bagian bawah nyeri menetap dan tidak menyebar, skala nyeri 5 (*numerikscale*), karakteristik nyeri tajam terasa panas seperti terbakar, nyeri timbul sejak 3 minggu yang lalu. Pasien melaporkan perut semakin membesar selama 3 minggu ini, perut terasa begah dan penuh sehingga merasa tidak nyaman dan sesak untuk bernafas disertai rasa mual dan muntah, dada terasa sesak saat bernafas. Ny. D pernah dirawat di Rumah Sakit Hermina Bekasi pada bulan Desember tahun 2019 dengan diagnostic suspek massa solid ovarium indeterminate, efusi pleura. Masalah keperawatan adalah gangguan rasa nyaman: nyeri dan pola nafas tidak efektif. Tindakan keperawatan yang dilakukan teknik relaksasi nafas dalam dan memberikan posisi semi fowler. Tindakan kolaborasi yang dilakukan pemberian terapi Kaltrofen 100 mg melalui supositoria. Evaluasi Ny. D masih mengeluh nyeri, Ny. D dilakukan perawatan lebih lanjut di ruang rawat inap.

3. Riwayat keperawatan

a. Keluhan utama (saat ini)

Ny. D mengatakan keluhan yang dirasakan adalah nyeri pada perut bagian bawah di kuadran 3 dan 4, skala nyeri 5 (*numerik scale*) karakteristik nyeri tajam panas seperti rasa terbakar. Perut semakin membesar, begah dan penuh sehingga menyebabkan rasa tidak nyaman dan sesak nafas dan dada terasa sesak saat bernafas.

b. Riwayat menstruasi

Ny. D mengalami *menarche* pada usia 14 tahun, siklus menstruasi teratur, lamanya menstruasi lima hari, ganti pembalut 3-4 kali sehari, tidak ada keluhan sakit.

Ny. D mengatakan menstruasi terakhir pada tanggal 03 Februari 2020, 6 bulan terakhir perdarahan menstruasi lebih banyak dari biasanya. Jumlah perdarahan menstruasi 250 cc/hari (4 kali mengganti balutan/hari). Tidak ada keluhan yang menyertai selama proses menstruasi dan tidak ada riwayat gangguan menstruasi.

c. Riwayat obstetri: G3P1A2 Hidup 1 anak

Ny. D memiliki satu orang anak laki-laki dari kehamilan yang ketiga usia 4 tahun lahir normal (39 minggu) di tolong oleh bidan tanpa episiotomi. Jumlah perdarahan pervaginam persalinan 250 cc. Kehamilan yang pertama 7 minggu dan kehamilan yang kedua 5 minggu mengalami aborsi.

d. Riwayat ginekologi dan penyakit pembedahan sebelumnya

Ny. D mengatakan tidak pernah melakukan pemeriksaan system reproduksi Pap Smer, masalah ginekologi sebelumnya tidak ada keluhan dan tidak ada riwayat operasi ginekologi atau penyakit lainnya.

e. Riwayat kesehatan/penyakit keluarga

Ny. D mengatakan tidak pernah melakukan terapi hormon. Anggota keluarga ada yang mengalami penyakit yang sama yaitu adik kandung. Anggota keluarga lain tidak ada yang menderita kanker

payudara dan kanker usus yang merupakan faktor resiko tumor ovarium.

f. Riwayat keluarga berencana

Ny. D mengatakan tidak pernah menggunakan kontrasepsi, karena suami tidak mengizinkan untuk mengikuti program keluarga berencana (KB).

g. Riwayat psikologi dan spiritual

Ny. D mengatakan orang yang terdekat dengannya adalah suami. Interaksi dan komunikasi dengan anggota keluarga baik. Ny. D mengatakan ingin segera sembuh dan nyeri yang dirasakan cepat hilang, persepsi terhadap penyakitnya adalah kondisi yang membuat tidak dapat melakukan aktivitas seperti mengurus anak, suami dan rumah tangga. Ny. D tetap sholat dan memiliki harapan setelah melakukan pengobatan dan perawatan akan lekas sembuh dan berkumpul dengan keluarga.

1) Nutrisi/cairan

Kebutuhan nutrisi terpenuhi dengan frekuensi makan 3 kali sehari. Tidak ada pantangan atau alergi makanan. Berat badan sebelum sakit 50 kg dan tinggi badan 163 cm. Berat badan setelah sakit 53 kg. Asupan cairan 800 cc/hari (1,5 botol aqua sedang) tidak ada kesulitan menelan.

2) Eliminasi

Eliminasi BAB sebelum sakit normal, BAB 1 kali/hari konsistensi padat, warna kecokelatan BAK 6 kali/ hari (1 kali BAK 100 cc), sebelumnya sudah ada keluhan sulit berkemih.

3) Personal hygiene

Personal hygiene dapat dilakukan secara mandiri, Ny. D mandi 2 kali dalam sehari (pagi dan sore), tidak ada hambatan atau kesulitan untuk melakukan personel hygiene.

4) Istirahat dan tidur

Kebutuhan istirahat tidur Ny. D terpenuhi. Waktu istirahat/tidur malam 6 jam, siang 1 jam. Tidak ada kesulitan untuk memulai istirahat/tidur.

5) Aktivitas dan latihan

Aktivitas sehari-hari adalah mengurus rumah tangga, tidak ada aktivitas olahraga rutin/terjadwal.

6) Kebiasaan lain yang mempengaruhi kesehatan

Tidak ada kebiasaan buruk yang dapat merugikan atau memperburuk kondisi kesehatan seperti merokok, minum alkohol dan ketergantungan minum obat.

4. Pemeriksaan fisik

a. Pemeriksaan Umum

1) Keadaan umum sakit sedang, kesadaran composmentis

2) Sistem penglihatan

Fungsi penglihatan baik, tidak menggunakan alat bantu atau kacamata. Hasil pemeriksaan setelah sakit konjungtiva anemis, sklera anikterik.

3) Sistem pendengaran

Fungsi pendengaran baik, tidak ada menggunakan alat bantu dengar atau trauma yang dapat mempengaruhi fungsi pendengaran.

4) Sistem wicara

Ny. D mampu berkomunikasi dengan baik secara verbal dan non verbal, interaksi komunikasi dengan keluarga dan sosial.

5) Sistem pernafasan

Sesak tanpa aktivitas, pola nafas tidak efektif, frekuensi nafas 27 kali/menit, ekspansi paru simetris, tidak ada batuk. Bunyi nafas tambahan rales, irama tidak teratur, kedalaman dangkal, keluhan lain nyeri dada terdesak. *Capilerrevil time (CRT)* <3detik,

terpasang nasal kanul O2 5 liter/menit (RR 21 kali/menit) dan terpasang *drainase* efusi pleura.

6) Sistem kardiovaskuler

a) Sirkulasiperifer

Nadi 105 kali/menit, irama tidak teratur, denyut nadi kuat, tekanan darah 111/71 mmHg, tidak ada distensi vena jugularis dibagian kanan maupun kiri ekstremitas.

b) Sirkulasi jantung

Palpitasi/irama jantung tidak teratur, pasien mengeluh kesulitan bernafas atau tidak nyaman (dispnoe). Bunyi jantung normal (S1 dan S2), karakteristik nyeri dada seperti terdesak.

7) Sistem pencernaan

Ny. D mengeluh mual dan muntah berisi cairan warna kuning, perut begah dan penuh, mukosa mulut bersih, nafsu makan berkurang karena perut terasa penuh (asites) dan nyeri, karakteristik nyeri panas seperti terbakar. Palpasi bising usus 4 kali/menit pasien mengalami konstipasi selama 5 hari. Pada saat pengkajian (10 Februari 2020) telah terpasang *drainase* asites abdomen (3700 cc/ 24 jam).

8) Sistem neurologi

Tingkat kesadaran composmentis. Ny. D mengeluh tidak ada keluhan pusing.

9) Sistem perkemihan

Perubahan pola eliminasi baik karena telah terpasang *dower cateter* (volume urine 1400cc/24 jam), warna kuning keruh, sebelumnya pasien sudah mengeluh kesulitan berkemih.

10) Sistem integumen

Tampak luka insisi pada kulit, terpasang selang *drainase* (efusi pleura dan asites), kulit sekitar luka tidak ada tanda-tanda infeksi. Warna kulit pada bagian kapiler ekstremitas pucat.

11) Sistem muskuloskeletal

Hambatan aktivitas karena kelemahan fisik disebabkan proses penyakit. Mobilisasi dan personel hygiene dibantu oleh anggota keluarga dan perawat. Tidak ada atropi atau spasme pada anggota gerak atau ekstremitas.

12) Sistem kekebalan tubuh

Kondisi fisik semakin menurun semenjak di diagnosis tumor ovarium. Beberapa hasil pemeriksaan ditemukan dengan nilai rujukan yang abnormal (LED 44 mm/jam, trombosit 497,000 /ul). Suhu pasien 36,7⁰ C, berat badan Ny. D sebelum sakit 50 kg dan berat badan setelah sakit 53 kg dan tidak ada keluhan.

b. Pemeriksaan payudara dan axila

Payudara simetris, tidak ada benjolan atau massa, tidak ada tanda peradangan, puting susu *exverted*, tidak terdapat pengeluaran cairan, tidak ada pembesaran kelenjar pada axila. Tidak ada riwayat tumor pada payudara. Pasien memiliki pengetahuan untuk melakukan pemeriksaan sendiri pada payudara.

c. Pemeriksaan abdomen

Abdomen tampak membesar (asites), lingkar perut 91 cm, permukaan bulat, distensi abdomen, nyeri pada bagian bawah (kuadran 3 dan 4), nyeri menetap dan menjalar kepanggul skala nyeri 5 (*Numeric scale*). Nyeri timbul tanpa beraktifitas sejak 3 minggu yang lalu, karakteristik nyeri tajam panas seperti terbakar, dan pada saat pengkajian terpasang drain asites dengan output 3700 cc/hari.

d. Pemeriksaan genetalia

Ny. D mengeluh mengalami nyeri senggama sejak riwayat muncul. Tidak ada riwayat terpajan infeksi menular seksual (PMS) dan tidak pernah berganti pasangan.

e. Pemeriksaan penunjang

- 1) Pemeriksaan CT Abdomen Polos pada tanggal 01 Februari 2020 di RS Hermina

Kesan:

- a) Liver, gall bladder, pancreas, lien, ginjal dan buli normal
- b) Ascites, tidak tampak tanda peritonitis TB
- c) Efusi pleura kanan dan kiri
- d) Suspek massa solid ovarium indeterminate, tampak lesihipodens di Suprapubic. Suprabuli kemungkinan proyeksi ovarium kanan dan kiri bulat batas tegas, tepu regular ukuran terbesar dikiri 4,5x4 cm dan dikanan 2x3cm

- 2) Pemeriksaan USG Abdomen pada tanggal 01 Februari 2020 di RS Hermina

Kesimpulan:

- a) Efusi pleura bilateral
- b) Ascites
- c) Liver, gall bladder, pancreas, lien, ginjal, buli normal

- 3) Pemeriksaan radiologi abdomen 3 posisi pada tanggal 01 Februari 2020 di RS Hermina

Kesan:

- a) Ascites
- b) Efusi pleura bilateral
- c) Tidak tampak tanda ileus
- d) Tidak tampak tanda pneumoperitoneum

- 4) Pemeriksaan Rongent Thorax pada tanggal 02 Februari 2020 di RS Hermina

Kesimpulan:

- a) Pleuropneumonia kanan
- b) Efusi pleura kiri

f. Penatalaksanaan

- 1) Kaltrofen 100 mg (extra) melalui rektal (dilakukan di UGD)
- 2) Kaltrofen tablet 50 mg (2 x sehari) melalui oral
- 3) Cefixime 100 mg (2x1 hari) melalui oral
- 4) Ondancetron 4 mg (2x1 hari) melalui intravena
- 5) Torasic 30mg/ml (extra) melalui drip
- 6) Narfoz 4 mg (extra) melalui oral
- 7) Peptidine 25 mg/ml (extra) melalui intravena, drip
- 8) Furosemide 10 mg/ml (extra) melalui intravena
- 9) Infus RL 1000 cc/24 jam

Data Fokus

Senin, 10 Februari 2020

1. Keadaan umum

Data objektif: keadaan umum sakit sedang, kesadaran composmentis, hasil observasi tanda-tanda vital dengan tekanan darah 111/71 mmHg, nadi 105 kali/menit, pernafasan 27 kali/menit dan suhu 36,7⁰ C.

2. Kebutuhan fisiologis: oksigenasi

Data subjektif: Ny. D mengatakan sesak saat bernafas karena perut semakin membesar, perut atas terasa pesah atau penuh sehingga nyeri dan tidak nyaman saat bernafas. Sesak menetap atau tanpa beraktivitas, karakteristik nyeri tajam dan panas seperti terbakar, dada terasa sesak saat bernafas.

Data objektif: suara terdengar diskontinue (terputus-putus), auskultasi terdengar suara nafas tambahan *rales* ditimbulkan karena adanya cairan di dalam saluran napas, frekuensi nafas 27 kali/menit, ekspansi paru simetris. Sesak menetap tanpa beraktivitas. Terpasang nasal kanul 5 liter/menit (RR 21 x/menit), terpasang *drainase* efusi pleura. Diagnosis CT. Abdomen Polos, USG BNO3 kesan: efusi pleura kanan dan kiri Suspek massa *solid ovarium indeterminate*, tampak lesi *hipodens di Suprapubic*.

3. Kebutuhan fisiologis: nutrisi

Data subjektif: Ny. D mengatakan tidak selera karena perut terasa tidak nyaman seperti rasa penuh dan begah (keinginan mual dan muntah). Perut semakin membesar dan nyeri pada perut bagian bawah menetap tanpa beraktivitas, nyeri timbul sejak 3 minggu yang lalu.

Data objektif: Intake per oral sulit sehubungan dengan keluhan perut terasa penuh dan begah, mual dan muntah sehingga makanan pengganti diberikan diit susu @100 cc 6 kali sehari, berat badan sebelum sakit 50 kg dan setelah sakit 53 kg, bising usus 4 kali/menit, nafsu makan berkurang, IMT 55: $(1,63)^2 = 20,7$.

4. Kebutuhan fisiologis: cairan

Data subjektif: Ny. D mengatakan dalam sehari minum air putih sebanyak (sekitar 1,5 botol sedang = 800cc)

Data objektif: intake (infus 1000 cc/hari, oral 800 cc/hari, diit susu 600 cc/hari), output (IWL= 530 cc/hari, urine 1400 cc/hari dengan kateter urine, cairan asites= 3700 cc/hari, cairan efusi pleura= 850 cc/hari), balance cairan -4080 cc/hari.

5. Kebutuhan fisiologis: eliminasi

Data subjektif: Ny. D mengatakan perut terasa begah atau penuh karena tidak bisa BAB sejak 5 hari yang lalu. Ny. D mengatakan sebelumnya mengalami kesulitan miksi. Ny. D mengatakan tidak pernah menggunakan obat pencabar, Ny. D mengatakan sebelumnya mengalami perubahan pola BAK, terpasang drainase efusi pleura output 850 cc/hari, terpasang drainase asites abdomen output 3700 cc/hari.

Data objektif: terpasang dower cateter, output urine 1400 cc/hari, warna kuning keruh, terpasang drainase efusi pleura output 850 cc/hari, terpasang drain asites 3700 cc/hari, bagian abdomen bawah terasa keras, warna cairan urine kuningkeruh, terdapat distensi abdomen, Diagnosis CT. Abdomen Polos dengan kesimpulan Suspek massa *solid ovarium indeterminate*, tampak lesi *hipodens di Suprapubic*.

6. Kebutuhan fisiologis: rasa nyaman dan aman

Data subjektif: Ny. D mengatakan tidak nyaman dan terasa nyeri pada perut bagian bawah di kuadran 3 dan 4, nyeri menetap dan menjalar ke panggul. Rasa nyeri pada perut tajam dan panas seperti terbakar. Nyeri timbul sejak 3 minggu yang lalu, nyeri timbul tanpa beraktivitas, Ny. D mengatakan cemas terhadap penyakit yang dialami saat ini.

Data objektif: Pasien tampak tidak nyaman dengan kondisi kesehatannya sekarang. Pasien mengeluh nyeri pada perut bagian bawah kuadran 3 dan 4, skala nyeri 5 (*numeric scale*), ekspresi wajah meringis, kontak mata kurang.

7. Kebutuhan aktivitas

Data subjektif: Ny. D mengatakan ada hambatan aktivitas karena kelemahan fisik disebabkan proses penyakit.

Data objektif: Mobilisasi dan personel hygiene dibantu oleh anggota keluarga dan perawat, tidak ada atropi atau spasme pada anggota gerak atau ekstremitas. Pasien tampak tidak nyaman dengan kondisi kesehatannya sekarang. Kebutuhan aktivitas dan mobilisasi tidak dapat dilakukan secara mandiri selama masa perawatan (terpasang WSD efusi dan acites).

Analisa Data

No		Masalah	Penyebab
1.	Data subjektif: Ny. D mengatakan sesak saat bernafas karena perut semakin membesar, perut atas terasa pesah atau penuh sehingga nyeri dan tidak nyaman saat bernafas. Sesak menetap atau tanpa beraktivitas, karakteristik nyeri tajam dan panas seperti terbakar, dada terasa sesak saat bernafas. Data objektif: suara terdengar diskontinue (terputus-putus),	Pola nafas tidak efektif	Ekspansi paru tidak maksimal

	auskultasi terdengar suara nafas tambahan <i>rales</i> ditimbulkan karena adanya cairan di dalam saluran napas, frekuensi nafas 27 kali/menit, ekspansi paru simetris. Sesak menetap tanpa beraktivitas. Terpasang nasal kanul 5 liter/menit (RR 21 x/menit), terpasang <i>drainase</i> efusi pleura. Diagnosis CT. Abdomen Polos, USG BNO3 kesan: efusi pleura kanan dan kiri Suspek massa <i>solid ovarium indeterminate</i>, tampak lesi <i>hipodens di Suprapubic</i>.		
2.	Data subjektif: Ny. D mengatakan tidak nyaman dan merasa nyeri pada perut bagian bawah di kuadran 3 dan 4, nyeri menetap tanpa beraktivitas dan menjalar ke panggul, karakteristik nyeri tajam dan panas seperti terbakar. Nyeri timbul sejak 3 minggu yang lalu. Data objektif: Ny. D mengeluh nyeri pada perut bagian bawah kuadran 3 dan 4, skala nyeri 5 (<i>numeric scal</i>), ekspresi wajah meringis. Aktivitas dan mobilisasi tidak dapat dilakukan secara mandiri selama masa	Nyeri akut	Infeksi tumor

	perawatan (terpasang WSD efusidan asites),		
3	Data subjektif: Ny. D mengatakan dada terasa sesak saat bernafas, perut semakin membesar. Data objektif: cairan asites= 3700 cc/hari, cairan efusi pleura= 850 cc/hari), lingkar perut 91 cm.	Kelebihan volume cairan di rongga peritoneum	Mekanisme regulasi
4.	Data subjektif: Ny. D mengatakan perut terasa begah atau penuh dan tidak bisa BAB sejak 5 hari yang lalu sehingga membuat tidak nyaman dan tidak ingin makan. Data objektif: Palpasi abdomen distensi, lingkar perut 91 cm, intake peroral diit susu 600 cc/hari. Sejak keluhan ada pasien mengatakan tidak pernah diberikan obat pencahar.	Konstipasi	Tumor
5.	Data subjektif: Ny. D mengatakan tidak selera makan karena perut terasa tidak nyaman seperti rasa penuh dan begah (keinginan mual dan muntah). Perut semakin membesar sejak 3 minggu yang lalu. Data objektif:	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	Kurang asupan makan

	intake per oral diberikan susu karena keluhan mual dan muntah, Ny. D tampak menghabiskan susu, diit susu 100cc sebanyak 6 kali dalam 24 jam, ada mual muntah, berat badan sebelum sakit 50 kg dan setelah sakit 53 kg, bising usus 4 kali/menit, nafsu makan berkurang, IMT 55: $(1,63)^2 = 20,7$.		
6.	Data subjektif: Ny. D mengatakan cemas terhadap penyakit yang dialami saat ini. Data objektif: wajah tampak meringis, kontak mata kurang, pasien tampak tidak nyaman dengan kondisi kesehatannya sekarang.	Cemas	Perubahan status kesehatan

B. Diagnosa Keperawatan

1. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan ekspansi paru tidak maksimal.
 Tanggal ditemukan :10 Februari 2020
 Tanggal teratasi : 12 Februari 2020
2. Nyeri akut berhubungan dengan infeksi tumor
 Tanggal ditemukan : 10 Februari 2020
 Tanggal teratasi : 12 Februari 2020
3. Kelebihan volume cairan rongga peritoneum berhubungan dengan mekanisme regulasi
 Tanggal ditemukan : 10 Februari 2020
 Tanggal teratasi : 12 Februari 2020
4. Konstipasi berhubungan dengan tumor
 Tanggal ditemukan : 10 Februari 2020
 Tanggal teratasi : 12 Februari 2020
5. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makan
 Tanggal ditemukan : 10 Februari 2020
 Tanggal teratasi : 12 Februari 2020
6. Cemas berhubungan dengan perubahan status kesehatan
 Tanggal ditemukan : 10 Februari 2020
 Tanggal teratasi : 12 Februari 2020

C. Intervensi, Pelaksanaan dan Evaluasi Keperawatan

1. Diagnosa pertama: pola nafas tidak efektif berhubungan dengan ekspansi paru tidak maksimal.

Data subjektif: Ny. D mengatakan sesak saat bernafas karena perut semakin membesar, perut atas terasa pesah atau penuh sehingga nyeri dan tidak nyaman saat bernafas. Sesak menetap atau tanpa beraktivitas, karakteristik nyeri tajam dan panas seperti terbakar, dada terasa sesak saat bernafas.

Data objektif: suara terdengar diskontinue (terputus-putus), auskultasi terdengar suara nafas tambahan *rales* ditimbulkan karena adanya cairan di dalam saluran napas, frekuensi nafas 27 kali/menit, ekspansi paru simetris. Sesak menetap tanpa beraktivitas. Terpasang nasal kanul 5 liter/menit (RR 21 x/menit), terpasang *drainase* efusi pleura. Diagnosis CT. Abdomen Polos, USG BNO3 kesan: efusi pleura kanan dan kiri Suspek massa *solid ovarium indeterminate*, tampak lesi *hipodens di Suprapubic*.

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola nafas pasien kembali efektif.

Kriteria hasil:

- a. Tanda-tanda vital dalam batas normal (RR = 20x/menit)
- b. Tidak ada sianosis
- c. Suara nafas vesikuler

Rencana tindakan:

- 1) Berikan posisi semi fowler
- 2) Observasi adanya tanda – tanda hipoventilasi/shift
- 3) Pertahankan jalan nafas yang paten
- 4) Monitor aliran oksigen
- 5) Monitor frekuensi pernafasan
- 6) Monitor pola nafas abnormal
- 7) Monitor sianosis perifer (CRT)
- 8) Monitor suara nafas

Pelaksanaan keperawatan tanggal 10 Februari 2020

Diagnosa 1

Pukul 11.00 mengaturposisi semi fowler dengan hasil pasien tampak nyaman dan sesak berkurang.

Pukul 11.15 mengobservasi adanya tanda – tanda hipoventilasi dengan hasil pasien tampak sesak (RR 23 x/menit)

Pukul 11.30 mempertahankan jalan nafas tetap paten dengan hasil mengatur posisi semi fowler dan fowler.

Pukul 12.15 memonitor aliran oksigen dengan hasil aliran oksigen berjalan dengan lancar pemberian O2 5 lpm (kapasitas O2 80%)

pukul 12.30 memonitor tanda – tanda vital dengan hasil frekuensi pernafasan 23 kali/menit

Pukul 12.45 memonitor pola nafas abnormal dengan hasil pola nafas dangkal dan cepat, irama *inkontinue* (palpitasi), bunyi nafas tambahan *rales*.

Pukul 12.50 memonitor *sianosis* perifer dengan hasil CRT Kembali dalam 3 detik

Pukul 13.30 memonitor suara nafas dengan hasil suara nafas tambahan *rales*.

Pelaksanaan Keperawatan (shift sore dan malam oleh perawat ruangan)

Pukul 16.00 mengobservasi adanya tanda – tanda hipoventilasi dengan hasil pasien tampak sesak (RR 23 x/menit)

Pukul 16.30 mempertahankan jalan nafas tetap paten dengan hasil mengatur posisi semi fowler dan fowler.

Pukul 17.15 memonitor aliran oksigen dengan hasil aliran oksigen berjalan dengan lancar pemberian O2 5 lpm (kapasitas O2 80%)

Pukul 18.00 memonitor tanda - tanda vital dengan hasil frekuensi pernafasan 22 kali/menit.

Pukul 20.30 memonitor tanda - tanda vital dengan hasil frekuensi pernafasan 21 kali/menit.

Evaluasi keperawatan tanggal 10 Februari 2020

Subjektif: pasien mengatakan sesak saat bernafas, **objektif:** frekuensi pernafasan 23 x/menit, **analisa:** masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai, **planning:** lanjutkan intervensi 1,2,3,4,5,6,7,8

Pelaksanaan keperawatan tanggal 11 Februari 2020

Diagnosa 1

Pukul 09.15 memberikan posisi semi fowler dengan hasil pasien tampak nyaman dan keluhan sesak berkurang

Pukul 09.45 mengobservasi adanya tanda hipoventilasi dengan hasil pasien tampak sesak (RR 21 x/menit)

Pukul 11.15 mempertahankan jalan nafas yang paten dengan hasil pasien diberikan posisi semi fowler

Pukul 12.30 memonitor aliran oksigen dengan hasil aliran oksigen berjalan dengan lancar

Pukul 12.45 memonitor tanda – tanda vital dengan hasil frekuensi pernafasan 21 kali/menit

Pukul 13.00 memonitor pola nafas abnormal dengan hasil pola nafas dangkal dan cepat

Pukul 13.15 memonitor sianosis perifer dengan hasil tidak terdapat sianosis pada perifer, (CRT dalam 3 detik)

Pukul 13.30 memonitor suara nafas dengan hasil suara nafas rales.

Pelaksanaan Keperawatan (shift sore dan malam oleh perawat ruangan)

Pukul 17.00 memonitor tanda - tanda vital dengan hasil frekuensi pernafasan 22 kali/menit.

Pukul 18.00 memonitor pola nafas abnormal dengan hasil pola nafas dangkal dan cepat.

Pukul 20.00 memonitor aliran oksigen dengan hasil aliran oksigen berjalan dengan lancar.

Pukul 20.30 memonitor tanda - tanda vital dengan hasil frekuensi pernafasan 21 kali/menit.

Evaluasi keperawatan tanggal 11 Februari 2020

Subjektif: pasien mengatakan masih sesak dan keluhan sesak berkurang (RR 21 x/menit), **objektif:** cairan asites 100cc, **analisa:** masalah belum teratasi tujuan belum tercapai, **planning:** lanjutkan intervensi 1,4,5,7,8

Pelaksanaan keperawatan tanggal 12 Februari 2020

Diagnosa 1

Pukul 08.00 memberikan posisi semi fowler dengan hasil pasien tampak nyaman dan sesak berkurang

Pukul 08.45 memonitor aliran oksigen dengan hasil aliran oksigen berjalan dengan lancar

Pukul 10.00 memonitor tanda – tanda vital dengan hasil frekuensi pernafasan 23 kali/menit

Pukul 11.00 memonitor sianosis pada perifer dengan hasil pasien tidak terdapat sianosis pada perifer (CRT < 3 detik)

Pukul 11.30 memonitor suara nafas dengan hasil suara nafas rales,

Pelaksanaan Keperawatan (shift sore dan malam oleh perawat ruangan)

Pukul 18.30 memonitor tanda - tanda vital dengan hasil frekuensi pernafasan 22 kali/menit.

Pukul 20.00 memonitor aliran oksigen dengan hasil aliran oksigen berjalan dengan lancar.

Evaluasi keperawatan tanggal 12 Februari 2020

Subjektif: pasien mengatakan sesak berkurang (RR 23 x/menit), **objektif:** suara nafas tambahan rales; cairan asites 100cc, **analisa:** masalah belum teratasi tujuan belum tercapai, **planning:** lanjutkan intervensi dengan perawat ruangan.

2. Diagnosedua: nyeri akut berhubungan dengan infeksi tumor

Data subjektif: Ny. D mengatakan tidak nyaman dan merasa nyeri pada perut bagian bawah di kuadran 3 dan 4, nyeri menetap tanpa beraktivitas dan menjalar kepanggul, karakteristik nyeri tajam dan panas seperti terbakar. Nyeri timbul sejak 3 minggu yang lalu.

Data objektif: Ny. D mengeluh nyeri pada perut bagian bawah kuadran 3 dan 4, skala nyeri 5 (*numeric scal*), ekspresi wajah meringis. Aktivitas dan mobilisasi tidak dapat dilakukan secara mandiri selama masa perawatan (terpasang WSD efusi dan asites)

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri berkurang.

Kriteria hasil:

- a. Mampu mengontrol nyeri
- b. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang
- c. Tanda vital normal (tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 70-100)
- d. Tidak mengalami gangguan tidur

Rencana tindakan:

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri
- 2) Observasi respon nyeri nonverbal
- 3) Monitor tanda - tanda vital (tekanan darah, nadi)
- 4) Identifikasi faktor yang memperberat nyeri
- 5) Fasilitasi istirahat dan tidur
- 6) Ajarkan teknik tarik nafas dalam
- 7) Berikan pemberian terapi obat kaltrofen tablet 2 x50mg melalui oral sesuai instruksi dokter
- 8) Berikan terapi peptidine 25 mg/ml (extra) melalui intravena sesuai instruksi dokter.

Pelaksanaan keperawatan tanggal 10 Februari 2020

Diagnosa 2

Pukul 08.00 mengidentifikasi lokasi, karakteristik nyeri tajam dan panas terbakar, durasi 2 menit, frekuensi 5 kali dan intensitas skala nyeri 4.

Pukul 08.00 pemberian terapi obat oral kaltrofen 50mg (1 x 24 jam) dengan hasil pasien telah meminum obat.

pukul 08.15 mengidentifikasi skala nyeri dengan hasil skala nyeri 5 (*numeric scale*) respon nyeri nonverbal merintih.

Pukul 08.20 memonitor tanda – tanda vital 110/75 mmHg, nadi 107 x/menit.

Pukul 08.30 mengidentifikasi faktor yang memperberat nyeri dengan hasil pasien mengeluh nyeri dibagian abdomen saat diubah posisi seperti duduk.

Pukul 09.05 memfasilitasi istirahat dan tidur dengan hasil memberikan lingkungan tenang (membatasi pengunjung dan mengatur suhu ruangan) agar pasien dapat istirahat.

Pukul 09.15 mengajarkan teknik tarik nafas dalam dengan hasil pasien merasakan lebih nyaman dan nyeri dapat terkontrol.

Pukul 13.00 memberikan terapi peptidine 25 mg dalam sekali pemberian (extra) melalui intravena sesuai instruksi dokter dengan hasil obat telah diberikan.

Pelaksanaan Keperawatan (shift sore dan malam oleh perawat ruangan)

Pukul 18.00 memonitor tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 116/70 mmHg, nadi 105 kali/menit.

Pukul 20.00 pemberian terapi obat oral kaltrofen 50mg (1 x 24 jam) dengan hasil pasien telah meminum obat.

Pukul 20.30 mengajarkan teknik nafas dalam dengan hasil pasien lebih nyaman.

Evaluasi keperawatan tanggal 10 Februari 2020

Subjektif: pasien mengatakan skala nyeri 4, **objektif:** pasien tampak merintih, nadi 107 x/menit, **analisa:** masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai, **planning:** lanjutkan intervensi 1,2,3,5,6,7

Pelaksanaan keperawatan tanggal 11 Februari 2020

Diagnosa 2

Pukul 10.30 mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi dan intensitas nyeri dengan hasil lokasi pada bagian abdomen, karakteristik seperti terbakar, durasi 3 menit, frekuensi 4 kali dan intensitas nyeri seperti tertusuk, skala nyeri 4

pukul 11.00 mengobservasi respon nyeri nonverbal dengan hasil pasien tampak meringis

Pukul 11.30 memfasilitasi istirahat dan tidur dengan hasil memberikan lingkungan nyaman

Pukul 11.45 mengajarkan teknik tarik nafas dalam dengan hasil pasien mengerti tarik nafas dalam

pukul 12.45 memonitor tanda – tanda vital (tekanan darah 100/60 mmHg dan nadi 103 x/menit).

Pukul 08.00 memberikan terapi obat kaltrofen tablet 50mg dalam sekali pemberian melalui oral sesuai instruksi dokter dengan hasil obat berhasil diberikan.

Pelaksanaan Keperawatan (shift sore dan malam oleh perawat ruangan)

Pukul 18.30 memonitor tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 90/75 mmHg, nadi 102 kali/menit.

Pukul 19.00 mengobservasi respon nyeri nonverbal dengan hasil pasien tampak meringis

Pukul 20.05 memberikan terapi obat kaltrofen tablet 50 mg dalam sekali pemberian melalui oral sesuai instruksi dokter dengan hasil obat berhasil diberikan.

Evaluasi keperawatan tanggal 11 Februari 2020

Subjektif: pasien mengatakan skala nyeri berkurang, **objektif:** skala nyeri 4, **analisa:** masalah belum teratasi tujuan belum tercapai, **planning:** lanjutkan intervensi 1,2,3,5,6,7

Pelaksanaan keperawatan tanggal 12 Februari 2020

Diagnosa 2

Pukul 09.00 mengidentifikasi skala nyeri dengan hasil skala nyeri 5,
Pukul 09.15 mengobservasi respon nyeri non verbal dengan hasil pasien tampak merintih dan gelisah

Pukul 10.00 memonitor tanda – tanda vital (tekanan darah 118/60 mmHg, nadi 104 x/menit)

Pukul 11.20 memfasilitasi istirahat dan tidur dengan hasil pasien dapat istirahat dengan lingkungan yang tenang

Pukul 10.45 mengajarkan teknik tarik nafas dalam dengan hasil pasien dapat melakukan tarik nafas dalam

Pukul 08.00 memberikan terapi obat kaltrofen 50 mg melalui oral sesuai instruksi dokter dengan hasil obat berhasil diberikan pada pasien.

Pelaksanaan Keperawatan (shift sore dan malam oleh perawat ruangan)

Pukul 16.00 mengidentifikasi skala nyeri dengan hasil skala nyeri 4.

Pukul 16.30 mengobservasi respon nyeri nonverbal dengan hasil pasien gelisah.

Pukul 18.00 memonitor tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 110/65 mmHg, nadi 103 kali/menit.

Pukul 20.00 memberikan terapi obat kaltrofen 50 mg melalui oral sesuai instruksi dokter dengan hasil obat telah diberikan kepada pasien.

Evaluasi keperawatan tanggal 12 Februari 2020

Subjektif: pasien mengatakan masih nyeri skala 5, **objektif:** pasien tampak gelisah, **analisa:** masalah belum teratasi tujuan belum tercapai, **planning:** lanjutkan intervensi dengan perawat ruangan.

3. Diagnosa ketiga: kelebihan volume cairan di rongga peritoneum berhubungan dengan mekanisme regulasi

Data subjektif: Ny. D mengatakan hanya minum air putih dalam sehari sekitar 1,5 botol sedang = 800cc.

Data objektif: Input: intake peroral air putih 800 cc/hari, diit susu 600 cc/hari, infus 1000 cc/hari. Balance cairan -4080 cc/hari.

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kelebihan volume cairan dapat berkurang.

Kriteria hasil:

- a. Balance cairan < 500 cc/hari
- b. Lingkar perut berkurang dari 91 cm
- c. Keluhan begah berkurang

Rencana tindakan:

- 1) Observasi tanda adanya edema di abdomen
- 2) Identifikasi penyebab adanya edema di abdomen
- 3) Monitor intake dan output cairan
- 4) Lakukan pengukuran lingkar perut/hari
- 5) Batasi asupan cairan per oral 600 cc/hari
- 6) Tinggikan kepala tempat tidur (30-40°)
- 7) Timbang berat badan pada waktu yang sama
- 8) Berikan terapi furosemide 10 mg/ml (extra) melalui intravena sesuai instruksi dokter
- 9) Berikan terapi torasic 30 mg/ml (extra) melalui drip sesuai intruksi dokter

Pelaksanaankeperawatantanggal 10 Februari 2020

Diagnosa 3

Pukul 08.45 mengobservasi tanda adanya edema diabdomen dengan hasil abdomen semakin membesar, lingkaran perut 91 cm.

Pukul 09.00 mengidentifikasi penyebab adanya edema diabdomen dengan hasil terdapat tumor.

Pukul 11.00 membatasi asupan cairan per oral dengan hasil 600cc/hari.

Pukul 11.15 memonitor pemeriksaan laboratorium dengan hasil pemeriksaan LED 44 mm/jam, trombosit 497,000 /ul.

Pukul 11.15 menimbang berat badan pada waktu yang sama dengan hasil BB sekarang 53 kg.

Pukul 12.05 meninggikan tempat tidur dengan hasil mengatur posisi kepala tempat tidur 30-40°.

Pukul 13.45 melakukan pengukuran lingkaran perut dengan hasil 90,6 cm.

Pukul 15.00 monitor intake shift pagi (oral 400 cc, infus 335 cc/8 jam, diit 200 cc/8 jam) intake 935 cc/shift. Output shift pagi (cairan abdomen 2000 cc/shift, urine 450 cc/8 jam, cairan efusi pleura 400 cc/shift) 2850 cc/shift. Maka balance cairan shift pagi (935 cc – 2850 cc = -1915 cc/shift).

Pelaksanaan Keperawatan (shift sore dan malam oleh perawat ruangan)

Pukul 20.00 meninggikan tempat tidur dengan hasil mengatur posisi kepala tempat tidur 30-40°.

Pukul 06.00 monitor intake shift pagi (oral 400 cc, infus 335 cc/8 jam, diit 200 cc/8 jam) intake 935 cc/shift. Shift sore (oral 300 cc, infus 335 cc/8 jam, diit 200 cc/ 8 jam) intake 835 cc/shift. Shift malam (oral 100 cc, diit 200 cc/8 jam, infus 330 cc/8 jam) intake 630 cc/shift. Output shift pagi (cairan abdomen 2000 cc/shift, urine 450 cc/8 jam, cairan efusi pleura 400 cc/shift) 2850 cc/shift, shift sore (cairan abdomen 1500 cc, urine 500 cc, cairan efusi pleura 350 cc) output 2350 cc/shift. Shift

malam (cairan abdomen 200 cc, urine 450 cc, cairan pleura 100 cc) output 750 cc. total output 6480 cc/hari dengan IWL 530 cc/hari.

Maka balance cairan shift pagi ($935 \text{ cc} - 2850 \text{ cc} = -1915 \text{ cc/shift}$), shift sore ($835 \text{ cc} - 2350 \text{ cc} = -1515 \text{ cc/shift}$), shift malam ($630 \text{ cc} - 750 \text{ cc} = -120 \text{ cc/shift}$). Total intake cairan 2400 cc/hari, total output per hari 6480 cc/hari, balance = -4080 cc/hari.

Evaluasi keperawatan tanggal 10 Februari 2020

Subjektif: pasien mengatakan perut masih begah, **objektif:** balance cairan: -1915 cc/shift dan lingkaran perut 90,6 cm, **analisa:** masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai, **planning:** lanjutkan intervensi 3,4,5,6,7

Pelaksanaan keperawatan tanggal 11 Februari 2020

Diagnosa 3

Pukul 09.00 memonitor asupan cairan per oral dengan hasil 600 cc/hari, pasien mentaati batasan asupan cairan yang ditentukan.

Pukul 10.00 meninggikan kepala tempat tidur dengan hasil 30-40°

Pukul 10.05 menimbang berat badan pada waktu yang sama dengan hasil 53 kg

Pukul 13.30 melakukan pengukuran lingkaran perut dengan hasil 90,5 cm.

Pukul 15.00 memonitor intake dan output cairan dengan hasil balance cairan per shift: shift pagi (intake oral 300 cc, diit 200 cc, infus 335/8 jam; output urine 500 cc, cairan abdomen 70 cc) balance = +265/shift.

Pelaksanaan keperawatan (shift sore dan malam oleh perawat ruangan)

Pukul 17.30 meninggikan kepala tempat tidur dengan hasil 30-40°

Pukul 18.00 memonitor keadaan pasien dengan hasil kesadaran composmentis.

Pukul 06.00 memonitor intake dan output cairan dengan hasil intake (infus = 1000cc/hari, oral = 600cc/hari, diit = 600 cc/hari) output (urine

= 1300 cc/hari, drain abdomen = 100 cc/hari, IWL = 530 cc/hari) maka balance cairan = +270cc/hari.

Balance cairan per shift: shift pagi (intake oral 300 cc, diit 200 cc, infus 335/8 jam; output urine 500 cc, cairan abdomen 70 cc) balance = +265/shift, shift sore (intake oral 200 cc, diit 200 cc, infus 335 cc/ 8 jam; output urine 500 cc, cairan abdomen 30 cc) balance = +205 cc/shift, shift malam (intake oral 100 cc, infus 330 cc, diit 200 cc; output urine 300 cc, cairan abdomen = 0 cc) balance = +330 cc/shift.

Evaluasi keperawatan tanggal 11 Februari 2020

Subjektif: pasien mengatakan begah belum berkurang, **objektif:** lingkaran perut 90,5 cm, **analisa:** masalah belum teratasi tujuan tercapai sebagian, **planning:** lanjutkan intervensi 3,4,5,6,7

Pelaksanaan keperawatan tanggal 12 Februari 2020

Diagnosa 3

Pukul 08.30 memonitor asupan cairan per oral dengan hasil asupan cairan 500 cc/hari.

Pukul 11.15 meninggikan kepala tempat tidur dengan hasil posisi diberikan 30 – 40°.

Pukul 14.30 melakukan pengukuran lingkaran perut dengan hasil 90,5 cm.

Pukul 15.00 memonitor intake dan output cairan intake output cairan/shift (intake oral 200 cc, diit 200 cc, infus 335 cc/8 jam; output urine 300 cc, cairan abdomen 100 cc maka balance cairan = +335 cc/shift).

Pelaksanaan keperawatan (shift sore dan malam oleh perawat ruangan)

Pukul 16.30 memonitor kesadaran pasien dengan hasil kesadaran composmentis.

Pukul 19.00 meninggikan kepala tempat tidur dengan hasil posisi diberikan 30 – 40°.

Pukul 06.00 memonitor intake dan output cairan (intake; infus =1000 cc/ hari, oral 500 cc/hari, diit=600 cc/hari; output = urine = 600cc/hari, IWL = 530 cc/hari dan drain asites = 100 cc/hari) maka balance cairan = +870 cc/hari.

Intake output cairan/shift (intake oral 200 cc, diit 200 cc, infus 335 cc/8 jam; output urine 300 cc, cairan abdomen 100 cc maka balance cairan = +335 cc/shift), shift sore (intake oral 200 cc, diit 200 cc, infus 335 cc/8 jam; output urine 200 cc, cairan abdomen = 0 cc maka balance cairan = +535 cc/shift), shift malam (intake oral 100 cc, diit 200 cc, infus 330 cc; output urine 100 cc, cairan abdomen 0 cc maka balance cairan = +530 cc/shift).

Evaluasi keperawatan tanggal 12 Februari 2020

Subjektif: pasien mengatakan perut masih terasa begah, **objektif:** lingkar perut 90,5 cm, **analisa:** masalah belum teratasi tujuan belum tercapai, **planning:** lanjutkan intervensi dengan perawat ruangan.

4. Diagnosa keempat: konstipasi berhubungan dengan tumor

Data subjektif: Ny. D mengatakan perut terasa begah atau penuh dan tidak bisa BAB sejak 5 hari yang lalu sehingga membuat tidak nyaman dan tidak ingin makan.

Data objektif: Palpasi abdomen distensi, lingkar perut 91 cm, intake per oral diit susu 600 cc/hari. Sejak keluhan ada pasien mengatakan tidak pernah diberikan obat pencahar.

Tujuan:

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam pasien mampu BAB dengan normal.

Kriteria hasil:

- a. Pasien dapat mempertahankan konsistensi BAB lunak
- b. Pasien BAB 1x sehari

- c. Pasien dapat mengidentifikasi pencegahan dan pengobatan konstipasi

Rencanat tindakan

- 1) Observasi pola kebiasaan BAB meliputi waktunya, frekuensi dan konsistensi
- 2) Kaji penggunaan obat pencahar terhadap pasien
- 3) Palpasi adanya distensi abdomen
- 4) Kaji bising usus setiap hari
- 5) Anjurkan pasien mengonsumsi makan tinggi serat
- 6) Kolaborasikan dengan dokter dalam pemberian terapi pencahar

Pelaksanaan keperawatan tanggal 10 Februari 2020

Diagnosa 4

Pukul 10.15 mengobservasi kebiasaan BAB meliputi waktu dengan hasil pasien mengatakan pasien belum bisa BAB sudah 5 hari

Pukul 10.20 mengkaji adanya penggunaan obat pencahar dengan hasil pasien mengatakan tidak ada riwayat menggunakan obat pencahar

Pukul 10.45 mengkaji bising usus dengan hasil 4 kali/menit.

Pukul 10.50 menganjurkan pasien mengonsumsi makanan tinggi serat dengan hasil pasien mengatakan tidak selera makan karena perut terasa penuh dan begah.

Pukul 15.15 melakukan pemeriksaan pada abdomen dengan hasil nyeri tekan dan distensi abdomen.

Pukul 15.20 mengkolaborasikan dengan dokter dalam pemberian terapi obat pencahar dengan hasil terapi obat dalam proses kolaborasi dengan dokter.

Pelaksanaan Keperawatan (shift sore dan malam oleh perawat ruangan)

Pukul 17.30 mengkaji bising usus dengan hasil 5 kali/menit.

Pukul 18.00 menganjurkan pasien mengonsumsi makanan tinggi serat dengan hasil pasien mengatakan tidak selera karena perut terasa begah.

Pukul 20.00 melakukan pemeriksaan pada abdomen dengan hasil nyeri tekan dan distensi abdomen.

Evaluasi keperawatan tanggal 10 Februari 2020

Subjektif: pasien mengatakan belum BAB sudah 5 hari, **objektif:** distensi abdomen, **analisa:** masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai, **planning:** lanjutkan intervensi 1,3,4,5 dan kolaborasikan pemberian obat pencahar.

Pelaksanaan keperawatan tanggal 11 Februari 2020

Diagnosa 4

Pukul 08.50 mengobservasi pola kebiasaan BAB meliputi waktu dengan hasil pasien mengatakan pasien belum BAB.

Pukul 10.45 mengkaji bising usus dengan hasil 5 kali/menit

Pukul 10.50 menganjurkan pasien mengkonsumsi makanan tinggi serat dengan hasil pasien mengatakan tidak pernah mengkonsumsi buah yang telah disediakan.

Pukul 15.30 mempalpasi adanya distensi abdomen dengan hasil abdomen teraba keras.

Pelaksanaan keperawatan (shift sore dan malam oleh perawat ruangan)

Pukul 18.00 mengkaji keadaan umum pasien dengan hasil keadaan umum sakit sedang, kesadaran composmentis.

Pukul 18.30 mengkaji bising usus dengan hasil bising usus 5 kali/menit.

Pukul 20.00 mengkolaborasikan dengan dokter dalam pemberian terapi obat pencahar dengan hasil pemberian obat pencahar dalam proses kolaborasi dengan dokter.

Evaluasi keperawatan tanggal 11 Februari 2020

Subjektif: pasien mengatakan belum BAB, **objektif:** bising usus 5 kali/menit, **analisa:** masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai, **planning:** lanjutkan intervensi 1,3,4,5

Pelaksanaan keperawatan tanggal 12 Februari 2020

Diagnosa 4

Pukul 10.30 mengobservasi pola kebiasaan BAB meliputi waktu dengan hasil pasien mengatakan pasien perut terasa begah dan belum dapat BAB.

Pukul 10.45 mengkaji adanya penggunaan obat pencahar dengan hasil pasien mengatakan tidak menggunakan obat pencahar

Pukul 11.05 mengkaji bising usus dengan hasil 4 kali/menit

Pukul 10.50 menganjurkan pasien mengkonsumsi makanan tinggi serat dengan hasil pasien mengatakan tidak pernah mengkonsumsibuah

Pukul 15.30 memalpasi adanya distensi abdomen dengan hasil abdomen teraba keras.

Pelaksanaan keperawatan (shift sore dan malam oleh perawat ruangan)

Pukul 18.00 memalpasi adanya distensi abdomen dengan hasil abdomen terabakeras.

Pukul 20.30 mengkaji bising usus dengan hasil bising usus 4 kali/menit.

Evaluasi keperawatan tanggal 12 Februari 2020

Subjektif: pasien mengatakan belum BAB, **objektif:** bising usus 4 kali/menit, **analisa:** masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai, **planning:** lanjutkan intervensi dengan perawat ruangan

5. Diagnosa kelima: ketidakseimbangan nutrisi berhubungan dengan kurang asupan makan.

Data subjektif: Ny. D mengatakan tidak selera makan karena perut terasa tidak nyaman seperti rasa penuh dan begah (keinginan mual dan muntah). Perut semakin membesar, nyeri pada perut dan timbul tanpa beraktivitas, nyeri timbul sejak 3 minggu yang lalu.

Data objektif: intake per oral diberikan susu karena keluhan mual dan muntah, Ny. D tampak menghabiskan susu, diit susu 100cc sebanyak 6

kali dalam 24 jam, ada mual muntah, berat badan sebelum sakit 50 kg dan setelah sakit 53 kg, bising usus 4 kali/menit, nafsu makan berkurang, IMT 55: $(1,63)^2 = 20,7$.

Tujuan:

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam pasien mampu mempertahankan berat badan, dengan kriteria hasil:

Kriteria hasil:

- a. IMT dalam batas normal (17-23)
- b. Mual berkurang
- c. Muntah tidak ada
- d. Berat badan tetap

Rencana tindakan:

- 1) Kaji adanya alergi makanan
- 2) Anjurkan pasien menghabiskan diit
- 3) Observasi adanya mual dan muntah
- 4) Timbang berat badan setiap 2 hari
- 5) Berikan diit susu 100 ml sebanyak 6 kali dalam sehari
- 6) Berikan terapi obat ondansetron 4 mg (2x1 hari) dalam sekali pemberian melalui intravena sesuai instruksi dokter
- 7) Berikan terapi obat narfoz 4 mg (extra) melalui oral sesuai instruksi dokter

Pelaksanaan keperawatan tanggal 10 Februari 2020

Diagnosa 5

Pukul 08.00 terapi ondansetron sebanyak 4 mg dalam sekali pemberian melalui intravena dengan hasil obat telah diberikan kepada pasien

Pukul 11.30 mengkaji adanya alergi makanan dengan hasil pasien mengatakan tidak ada alergi makanan

Pukul 11.45 menganjurkan pasien menghabiskan diit yang sudah disediakan dengan hasil diit dihabiskan

Pukul 11.50 mengobservasi adanya mual muntah dengan hasil pasien mengatakan ada mual dan muntah

Pukul 12.00 menimbang berat badan pasien dengan hasil berat badan pasien 53 kg

Pukul 12.30 memberikan diit susu sebanyak 100 ml dalam sekali pemberian (6x1hari) dengan hasil diit diberikan kepada pasien

Pukul 13.00 memberikan terapi obat narfoz 4 mg (extra) melalui oral sesuai instruksi dokter dengan hasil obat berhasil diberikan.

Pelaksanaan keperawatan (shift sore dan malam oleh perawat ruangan)

Pukul 18.00 mengobservasi adanya mual muntah dengan hasil pasien mengatakan ada mual muntah.

Pukul 18.30 menganjurkan pasien menghabiskan diit yang sudah disediakan dengan hasil diit dihabiskan

Pukul 20.00 terapi ondansentron sebanyak 4 mg (2x1hari) dalam sekali pemberian melalui intravena dengan hasil obat telah diberikan kepada pasien

Evaluasi keperawatan tanggal 10 Februari 2020

Subjektif: pasien mengatakan masih mual dan muntah, **objektif:** berat badan 53 kg, **analisa:** masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai, **planning:** lanjutkan intervensi 2,3,4,5,6,7

Pelaksanaan keperawatan tanggal 11 Februari 2020

Diagnosa 5

Pukul 08.00 terapi ondansentron sebanyak 4 mg (2x1 hari) dalam sekali pemberian melalui intravena dengan hasil obat telah diberikan kepada pasien

Pukul 10.20 menganjurkan pasien menghabiskan diit yang sudah disediakan dengan hasil diit susu yang disediakan telah dihabiskan.

Pukul 11.50 mengobservasi adanya mual muntah dengan hasil pasien mengatakan ada mual dan tidak ada muntah

Pukul 12.00 memberikan diit susu sebanyak 100 ml dalam sekali pemberian (6x1 hari) dengan hasil diit susu dihabiskan.

Pelaksanaan keperawatan (shift sore dan malam oleh perawat ruangan)

Pukul 17.30 menganjurkan pasien menghabiskan diit yang sudah disediakan dengan hasil diit dihabiskan.

Pukul 18.00 mengobservasi adanya mual muntah dengan hasil pasien mengatakan ada mual dan tidak ada muntah.

Pukul 20.00 terapi ondansentron sebanyak 4 mg (2x1 hari) dalam sekali pemberian melalui intravena dengan hasil obat telah diberikan kepada pasien.

Evaluasi keperawatan tanggal 11 Februari 2020

Subjektif: pasien mengatakan ada mual tidak ada muntah, **objektif:** berat badan 53 kg, **analisa:** masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai, **planning:** lanjutkan intervensi ,2,3,4,5,6,7

Pelaksanaan keperawatan tanggal 12 Februari 2020

Diagnosa 5

Pukul 08.00 memberikan terapi ondansentron sebanyak 4 mg (2x1 hari) dalam sekali pemberian melalui intravena dengan hasil obat telah diberikan kepada pasien.

Pukul 11.45 menganjurkan pasien menghabiskan diit yang sudah disediakan dengan hasil diit susu dihabiskan.

Pukul 11.50 mengobservasi adanya mual muntah dengan hasil pasien mengatakan ada mual dan muntah

Pukul 12.00 menimbang berat badan pasien dengan hasil berat badan pasien 53 kg

Pukul 13.00 memberikan diit susu sebanyak 100 ml dalam sekali pemberian (6x1 hari) dengan hasil diit diberikan kepada pasien.

Pelaksanaan keperawatan (shift sore dan malam oleh perawat ruangan)

Pukul 17.30 mengobservasi adanya mual muntah dengan hasil pasien mengatakan ada mual dan muntah.

Pukul 18.00 memberikan diit susu sebanyak 100 cc (6x1 hari) dengan hasil diit diberikan kepada pasien

Pukul 20.00 memberikan terapi ondansentron sebanyak 4 mg dalam sekali pemberian (2x1hari) melalui intravena dengan hasil obat telah diberikan kepada pasien.

Evaluasi keperawatan tanggal 12 Februari 2020

Subjektif: pasien mengatakan ada mual dan muntah, **objektif:** berat badan pasien 53 kg, **analisa:** masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai, **planning:** lanjutkan intervensi dengan perawat ruangan.

6. Diagnosa keenam: cemas berhubungan dengan perubahan status kesehatan.

Data subjektif: Ny. D mengatakan cemas terhadap penyakit yang dialami saat ini.

Data objektif: wajah tampak meringis, kontak mata kurang, pasien tampak tidak nyaman dengan kondisi kesehatan yang sekarang.

Tujuan:

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam cemas berkurang, dengan kriteria hasil:

Kriteria hasil:

- a. pasien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas
- b. Mengidentifikasi, mengungkapkan dan menunjukkan tehnik untuk mengontrol cemas
- c. Ekspresi wajah menunjukkan berkurangnya kecemasan

Rencana tindakan:

- 1) Bina hubungan saling percaya dengan pasien

- 2) Kaji tingkat kecemasan pasien
- 3) Motivasi pasien untuk menyampaikan tentang isi perasaannya
- 4) Dampingi pasien untuk mengurangi kecemasan dan meningkatkan kenyamanan
- 5) Bantu pasien untuk mengungkapkan hal – hal yang membuat cemas
- 6) Kolaborasikan pemberian terapi obat yang mengurangi cemas dengan dokter.

Pelaksanaan keperawatan tanggal 10 Februari 2020

Diagnosa 6

Pukul 11.30 membina hubungan saling percaya pada pasien dengan hasil kontak mata pasien kurang.

Pukul 11.45 mengkaji tingkat kecemasan pasien dengan hasil pasien tampak cemas.

Pukul 11.50 memotivasi pasien untuk menyampaikan tentang isi perasaan pasien dengan hasil pasien mengatakan takut dengan keadaan yang dialaminya.

Pukul 12.00 mendampingi pasien untuk mengurangi kecemasan dan meningkatkan kenyamanan dengan hasil pasien mengatakan cemas dan tidak nyaman dengan keadaan kesehatan yang dialami.

Pukul 12.30 membantu pasien untuk mengungkapkan hal-hal yang membuat cemas dengan hasil pasien mengatakan yang membuat cemas kondisi yang dialami.

Pukul 14.00 mengkolaborasikan pemberian terapi obat yang mengurangi cemas dengan dokter dengan hasil pemberian obat masih dikolaborasikan.

Pelaksanaan keperawatan (shift sore dan malam oleh perawat ruangan)

Pukul 16.30 mengkaji tingkat kecemasan pasien dengan hasil pasien tampak cemas.

Pukul 20.15 membantu pasien untuk mengungkapkan hal-hal yang membuat cemas dengan hasil pasien mengatakan dengan penyakit yang dialami.

Evaluasi keperawatan tanggal 10 Februari 2020

Subjektif: pasien mengatakan cemas karena penyakit yang dialaminya,

objektif: pasien tampak cemas, **Analisa:** masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai, **planning:** lanjutkan intervensi 1,2,3,4,5,6.

Pelaksanaan keperawatan tanggal 11 Februari 2020

Diagnosa 6

Pukul 10.05 membina hubungan saling percaya pada pasien dengan hasil kontak mata positif.

Pukul 10.20 mengkaji tingkat kecemasan pasien dengan hasil pasien tampak lenih tenang.

Pukul 11.50 memotivasi pasien untuk menyampaikan tentang isi perasaan pasien dengan hasil pasien mengatakan khawatir dengan penyakit yang dialaminya tidak kunjung sembuh.

Pukul 12.00 mendampingi pasien untuk mengurangi kecemasan dan meningkatkan kenyamanan dengan hasil pasien mengatakan cemas.

Pukul 13.00 membantu pasien untuk mengungkapkan hal-hal yang membuat cemas dengan hasil pasien mengatakan yang membuat cemas kondisi yang dialami.

Pukul 14.00 mengkolaborasikan pemberian terapi obat yang mengurangi cemas dengan dokter dengan hasil pemberian obat masih dilakukan kolaborasi dengan dokter.

Pelaksanaan keperawatan (shift sore dan malam oleh perawat ruangan)

Pukul 17.30 mengkaji tingkat kecemasan pasien dengan hasil pasien tampak cemas.

Pukul 20.15 membantu pasien untuk mengungkapkan hal-hal yang membuat cemas dengan hasil pasien mengatakan dengan penyakit yang dialami.

Evaluasi keperawatan tanggal 11 Februari 2020

Subjektif: pasien mengatakan takut karena penyakit yang dialaminya,

objektif: pasien tampak cemas, **analisa:** masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai, **planning:** lanjutkan intervensi 2,3,4,5.

Pelaksanaan keperawatan tanggal 12 Februari 2020

Pukul 13.00 mengkaji tingkat kecemasan pasien dengan hasil pasien tampak lenih tenang.

Pukul 13.30 memotivasi pasien untuk menyampaikan tentang isi perasaan pasien dengan hasil pasien mengatakan khawatir karena penyakitnya tidak kunjung dilakukan operasi.

Pukul 13.45 mendampingi pasien untuk mengurangi kecemasan dan meningkatkan kenyamanan dengan hasil pasien mengatakan pasrah dengan keadaan yang dialaminya saat ini.

Pukul 14.00 membantu pasien untuk mengungkapkan hal-hal yang membuat cemas dengan hasil pasien mengatakan yang membuat cemas kondisi yang dialami.

Pelaksanaan keperawatan (shift sore dan malam oleh perawat ruangan)

Pukul 16.00 mengkaji tingkat kesadaran pasien dengan hasil kesadaran composmentis.

Pukul 16.30 mengkaji tingkat kecemasan pasien dengan pasien tampak cemas.

Pukul 20.45 mendampingi pasien untuk mengurangi dan meningkatkan kenyamanan dengan hasil pasien tampak gelisah.

Evaluasi keperawatan tanggal 12 Februari 2020

Subjektif: pasien mengatakan cemas dan tidak nyaman dengan keadaan kesehatan yang dialami, **objektif:** pasien tampak gelisah, **analisa:** masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai, **planning:** lanjutkan intervensi dengan perawat ruangan.

BAB IV

PEMBAHASAN

A. PENGKAJIAN

Menurut Aspiani (2017), pengkajian pada pasien tumor ovarium biasanya terjadi pada usia reproduktif, yang sering ditemukan pada usia >35 tahun, namun pada kasus ini pasien yang mengalami tumor ovarium berusia 33 tahun. Pada karya tulis ini terdapat kesenjangan teori dengan kasus. Tinjauan teori, keluhan utama umumnya menstruasi tidak teratur, namun pada kasus ini ditemukan bahwa riwayat menstruasi pasien teratur. Persamaan etiologi dengan tinjauan teori pada kasus ini adalah adanya riwayat keturunan penyakit yang sama dengan anggota keluarga (adik kandung), tidak ditemukan perbedaan etiologi pada kasus ini. Namun tidak ada riwayat penyakit yang merupakan faktor pencetus tumor ovarium seperti tumor payudara dan tumor usus.

Menurut teori Aspiani (2017) sistem respirasi pada pasien yang mengalami tumor ovarium bisa meningkat ataupun menurun, pada kasus ini pasien mengalami kesulitan bernafas karena faktor kapasitas paru berkurang disebabkan desakan abdomen yang semakin membesar ke diafragma. Dan dalam pemenuhan nutrisi pada teori biasanya pasien akan mengalami gangguan dalam pemenuhan nutrisi seperti mengalami anoreksia, mual – muntah dan penurunan berat badan, tetapi pada pasien mengalami nafsu makan berkurang, ada mual dan muntah hal ini terdapat kesenjangan dimana Ny. D mengalami kenaikan berat badan akibat adanya acites dan efusi pleura (hasil pemeriksaan laboratorium). Dalam hal ini, teori dengan kasus telah melakukan pemeriksaan laboratorium seperti USG abdomen, CT abdomen, BNO 3 posisi, horax dan pemeriksaan darah, tetapi pada kasus ini tidak dilakukan pembedahan karena keterbatasan pada asuransi pasien.

Pada kasus ini, Ny. D mengalami konstipasi selama 5 hari dan pasien juga mengalami kesulitan dalam berkemih tetapi pada teori yang sudah dituliskan pada pasien yang mengalami penyakit tumor ovarium bahwa terdapat perubahan dalam buang air kecil dalam hal ini dalam perubahan berkemih sama hal yang dialami pasien. Namun, untuk keluhan nyeri saat berkemih tidak dialami oleh pasien. Pasien terpasang WSD dan drain asites, pemasangan drain asites dilakukan untuk mengeluarkan cairan yang terdapat di abdomen pasien.

Menurut teori pasien yang mengalami tumor ovarium akan mengalami keterbatasan dalam melakukan aktivitas dikarenakan pasien keadaan yang makin lemah, dan dalam melakukan gerak dan keseimbangan tubuh akan berkurang karena adanya keluhan nyeri dibagian abdomen, pada pasien didapatkan kesulitan pergerakan dibagian abdomen karena mengeluh nyeri dibagian abdomen kuadran 3 dan kuadran 4, perut pasien juga mengalami pembesaran didapatkan hasil dalam pengukuran perut oleh penulis adalah 91 cm, pemeriksaan vulva terlihat bagian vulva pasien kotor, penghambat dalam pemeriksaan vulva adalah pasien tampak kurang nyaman untuk dilakukan pemeriksaan.

B. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Diagnosa pada pasien tumor ovarium pada kasus yang sudah penulis tulis ada 6 diagnosa. Tetapi penulis hanya mengangkat diagnosa keperawatan yaitu pada pre operasi. Penulis hanya mengangkat 6 diagnosa keperawatan yang sesuai pada keadaan pasien, diagnosa keperawatan yang ada pada teori adalah nyeri, cemas, gangguan citra tubuh, retensi urine, konstipasi, disfungsi seksual dan kurang pengetahuan, namun penulis mengangkat diagnosa keperawatan prioritas adalah pola nafas tidak efektif berhubungan dengan ekspansi paru tidak maksimal.

Diagnosa keperawatan yang tertera pada teori yaitu nyeri akut berhubungan dengan infeksi tumor, trauma jaringan dan reflex spasme otot sekunder akibat tumor ditandai dengan pasien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah, pasien tampak menekan perutnya, ekspresi wajah meringis. Penulis tidak angkat menjadi diagnosa prioritas dikarenakan kondisi pasien mengeluh sulit untuk bernafas (sesak). Namun, diagnosa ini penulis angkat pada diagnosa yang kedua.

Gangguan rasa nyaman (cemas) berhubungan dengan ancaman kematian, ancaman pada status terkini, perubahan besar (misalnya: status ekonomi, lingkungan, status kesehatan, fungsi peran, status peran). Diagnosa keperawatan ini tidak penulis angkat karena pada saat pengkajian pasien tampak tidak cemas, namun pasien lebih mengeluh pasien sulit untuk bernafas dan nyeri. Untuk gangguan citra tubuh pasien tidak angkat dikarenakan pasien tidak mengalami perubahan konsep diri dan tidak mengeluh perubahan tubuh.

Diagnosa ketiga yang diangkat pada pasien adalah kelebihan volume cairan dirongga peritoneum berhubungan dengan mekanisme pengaturan melemah, dimana pasien mengalami edema dibagian abdomen dan terdapat efusi pleura yang mengakibatkan pasien mengalami kelebihan cairan, diagnosa kelebihan volume cairan di rongga peritoneum dalam teori tidak ada pada teori yang penulis sajikan. Diagnosa retensi urine berhubungan dengan adanya edema jaringan lokal dan paralisis saraf, diagnosa ini tidak diangkat menjadi masalah pada kasus, dikarenakan pada saat pengkajian pasien telah terpasang kateter urine untuk mengeluarkan urine yang tertahan.

Diagnosa konstipasi berhubungan dengan tumor, melemahkan otot – otot abdomen, diagnosa ini penulis angkat menjadi diagnosa kelima, dimana pasien mengeluh belum dapat BAB selama 5 hari, diagnosa ini sesuai dengan teori yang sudah penulis tulis. Namun, diagnosa disfungsi seksual

berhubungan dengan adanya penganiayaan (misalnya: fisik, psikologi dan seksual), gangguan fungsi tubuh (karena anomaly, penyakit, medikasi, kehamilan, radiasi, bedah, trauma dan lain – lain), kurang pengetahuan fungsi seksual dalam hal ini penulis tidak membahas.

Kurang pengetahuan tentang kondisi, prognosis dan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan salah interpretasi informasi, tidak mengenal sumber informasi. Penulis tidak mengangkat diagnosa kurang pengetahuan pada pasien karena pasien saat dikaji pasien mengatakan tidak ada keluhan, dan pasien tidak merasakan keluhan nyeri dan tidak mengenal penyebab dari tumor ovarium tersebut, saat menstruasi pasien mengatakan setiap menstruasi tidak ada keluhan dan menstruasi teratur setiap bulannya.

Adapun faktor pendukung untuk mengangkat diagnosa keperawatan yang telah diangkat penulis adalah adanya keluhan yang terjadi pada pasien dan respon pasien yang sesuai dengan Batasan karakteristik diagnosa keperawatan serta adanya referensi buku yang dapat dijadikan acuan pada penulis saat menentukan diagnosa dan pasien kooperatif dengan penulis. Adapun faktor hambatan pada penulis saat mengangkat diagnosa keperawatan dikarenakan kurangnya referensi atau buku sebagai acuan untuk menentukan diagnosa pada penulis.

C. INTERVENSI KEPERAWATAN

Diagnosa prioritas yang penulis angkat adalah pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas karena sesuai dengan kebutuhan pasien yang paling utama yaitu kebutuhan fisiologis pada saat pengkajian, hal ini dibuktikan dengan sesak saat bernafas karena perut semakin membesar, perut atas terasa pesah atau penuh sehingga nyeri dan tidak nyaman saat bernafas. Sesak menetap tanpa beraktivitas, karakteristik nyeri tajam dan panas seperti terbakar. Hambatan oksigenasi karena pola nafas tidak efektif, suara terdengar diskontinue (terputus-putus), auskultasi

terdengar suara nafas tambahan *rales* timbul karena adanya cairan di dalam saluran napas, frekuensi nafas 27 kali/menit, ekspansi paru simetris. Sesak menetap tanpa beraktivitas. Terpasang nasal kanul 5 liter/menit, terpasang drainase efusi pleura. Diagnosis CT. Abdomen Polos, USG BNO3 kesan: efusi pleura kanan dan kiri Suspek massa solid ovarium indeterminate, tampak lesi hipodens di Suprapubic.

Pada teori, penentuan tujuan dalam perencanaan keperawatan terdapat batasan waktu. Pada diagnosa keperawatan pola nafas tidak efektif berhubungan dengan ekspansi paru tidak maksimal penulis menambahkan intervensi sesuai dengan kasus:

- 1) Berikan posisi semi fowler
- 2) Observasi adanya tanda – tanda hipoventilasi
- 3) Pertahankan jalan nafas yang paten
- 4) Monitor aliran oksigen
- 5) Monitor tekanan darah, nadi dan pernafasan
- 6) Monitor pola nafas abnormal
- 7) Monitor sianosis perifer
- 8) Monitor suara nafas
- 9) Berikan terapi oksigen dengan nasal kanul sesuai instruksi dokter.

Intervensi ini dimasukkan kedalam kasus dikarenakan pada pasien terdapat keluhan sesak bernafas berhubungan dengan ekspansi paru tidak maksimal, maka intervensi ini dimasukkan karena pasien akan dilakukan observasi dan monitor terhadap keluhan pola nafas yaitu sesak dengan tujuan pasien dapat bernafas dengan normal.

Pada diagnosa kedua nyeri akut berhubungan dengan inflamasi penulis menambahkan intervensi sesuai dengan kasus:

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri
- 2) Identifikasi skala nyeri

- 3) Observasi respon nyeri nonverbal
- 4) Identifikasi faktor yang memperberat nyeri
- 5) Fasilitasi istirahat dan tidur
- 6) Ajarkan teknik tarik nafas dalam
- 7) Anjurkan pasien memonitor nyeri secara mandiri
- 8) Berikan pemberian terapi obat kaltrofen tablet 50 mg dalam sekali pemberian melalui oral sesuai instruksi dokter
- 9) Berikan pemberian terapi obat kaltrofen 100 mg (extra) melalui rectal sesuai instruksi dokter

Penambahan intervensi ini dikarenakan akan dilakukan pemantauan terhadap keluhan yang dialami pasien terhadap nyeri yang dialami pasien.

Pada diagnosa ketiga kelebihan volume cairan di rongga peritoneum berhubungan dengan mekanisme regulasi penulis menambahkan intervensi sesuai dengan kasus:

- 1) Observasi tanda dan gejala hypervolemia
- 2) Identifikasi penyebab hypervolemia
- 3) Monitor intake dan output cairan
- 4) Batasi asupan cairan dan garam
- 5) Monitor pemeriksaan laboratorium
- 6) Tinggikan kepala tempat tidur (30-40°)
- 7) Timbang berat badan pada waktu yang sama
- 8) Ajarkan jika haluaran urine banyak
- 9) Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan
- 10) Berikan pemberian terapi obat furosemide 1 mg dalam sekali pemberian melalui IV sesuai instruksi dokter
- 11) Berikan pemberian terapi torasic (extra) melalui drip sesuai intruksi dokter

Diagnosa keempat konstipasi berhubungan dengan tumor, penulis menambahkan intervensi meliputi waktunya, frekuensi dan konsistensi

- 1) Kaji penggunaan obat pencahar terhadap pasien

- 2) Palpasi adanya distensi abdomen
- 3) Kaji bising usus setiap hari
- 4) Anjurkan pasien mengonsumsi makan tinggi serat
- 5) Kolaborasikan dengan dokter dalam pemberian terapi pencahar

Diagnosa kelima ketidakseimbangan nutrisi berhubungan dengan kurang asupan makanan, penulis menambahkan intervensi:

- 1) Kaji adanya alergi makanan
- 2) Anjurkan pasien menghabiskan diit
- 3) Observasi adanya mual dan muntah
- 4) Timbang berat badan setiap 2 hari
- 5) Monitor adanya penurunan berat badan setiap 2 hari
- 6) Berikan diit susu 100 ml dalam sekali pemberian
- 7) Berikan terapi obat ondansetron 4 mg dalam sekali pemberian melalui intravena sesuai instruksi dokter
- 8) Berikan terapi obat narfoz (extra) melalui drip sesuai instruksi dokter

Diagnosa keenam cemas berhubungan dengan perubahan status kesehatan, penulis menambahkan intervensi:

- 1) Kolaborasi pemberian terapi obat mengurangi cemas sesuai dengan dokter.

Faktor pendukung dalam pembuatan perencanaan keperawatan adalah dengan adanya sumber referensi yang sesuai dan dapat dijadikan rujukan untuk membuat perencanaan dalam asuhan keperawatan sesuai dengan keadaan pasien. Faktor penghambatnya adalah dalam perumusan perencanaan keperawatan dan bahasa perencanaan yang kurang dipahami oleh penulis.

D. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Implementasi keperawatan yang sudah penulis lakukan sesuai dengan perencanaan keperawatan yang sudah direncanakan penulis dalam setiap diagnosa yang telah disusun. Perencanaan dilakukan sesuai diagnosa yang sudah dibuat penulis. Implementasi prioritas yang telah dilakukan penulis adalah sesuai dengan prioritas yang sudah tertera yaitu pola nafas tidak efektif berhubungan dengan ekspansi paru tidak maksimal, prioritas implementasi pada diagnosa ini dikarenakan pasien mengeluh sulit bernafas dan merasa sesak.

Implementasi prioritas tersebut telah dilakukan dengan baik sesuai dengan yang direncanakan dan dengan waktu yang telah ditetapkan oleh penulis. Dalam hal ini penulis tidak mencantumkan implementasi untuk dilakukan pembedahan pada pasien dikarenakan dari pihak asuransi pasien tidak mengklaim seluruh pengobatan yang terdapat pada pasien termasuk dalam penyakit yang dialami pasien yaitu tumor ovarium. Dengan demikian pasien tidak dilakukan pembedahan sampai penulis melakukan asuhan keperawatan dihari terakhir, pasien hanya dilakukan implementasi pemberian torasic (extra) karena pasien mengeluh nyeri. Dalam penanganan keluhan yang dialami pasien selama dirawat di rumah sakit.

Faktor pendukung yang diperoleh penulis adalah pasien sangat komunikatif dan kooperatif serta kolaborasi dengan tim perawat di ruangan seruni sehingga penulis dapat melakukan asuhan keperawatan dengan baik. Adapun faktor penghambat penulis dalam melakukan implementasi keperawatan kepada pasien adalah keterbatasan waktu untuk melakukan observasi dan asuhan keperawatan pada pasien kelolalaan dikarenakan waktu untuk survey kasus hanya 3 hari di rumah sakit.

E. EVALUASI KEPERAWATAN

Evaluasi keperawatan merupakan sebagai tahapan akhir dari asuhan keperawatan yang menjadi perbandingan sistematis. Evaluasi keperawatan penulis lakukan agar dapat membandingkan dari perencanaan dengan hasil akhir dan tujuan kriteria hasil yang sudah penulis tentukan. Dan hasil evaluasi yang didapatkan dari masing – masing diagnosa pada pasien kelolaan yang penulis dibuat anantara lain:

Pada diagnosa pola nafas tidak efektif berhubungan dengan ekspansi paru tidak maksimal ditentukan dengan setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tanda vital dalam batas normal (RR = 20x/menit), tidak ada sianosis, suara nafas vesikuler. Masalah belum tercapai tujuan belum tercapai. Ditandai dengan pasien masih mengeluh untuk sulit bernafas dan sesak pada saat penulis melakukan hari terakhir dalam pemberian asuhan keperawatan.

Diagnosa kedua nyeri akut berhubungan dengan inflamasi ditentukan dengan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri berkurang. Kriteria hasil yang dituliskan adalah mampu mengontrol nyeri, menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang, tanda vital normal (tekanan darah, nadi), tidak mengalami gangguan tidur. Masalah belum teratasi tujuan belum tercapai. Dibuktikan keadaan pasien saat terakhir dilakukan evaluasi pasien mengatakan skala nyeri bertambah dihari sebelumnya 4 menjadi 5 dan pasien saat dilakukan evaluasi pasien tampak gelisah.

Diagnosa ketiga kelebihan volume cairan dirongga peritoneum berhubungan dengan mekanisme regulasi. Ditentukan setelah dilakukan tindakan keperawatan dilakukan 3x24 jam diharapkan kelebihan volume cairan yang terdapat dibagian rongga peritoneum tidak terjadi, asites tidak terjadi. Kriteria hasil yang ditentukan adalah saturasi oksigen dalam rentang

yang diharapkan (90-100%), RR dalam batas normal (18-20x/menit), kelelahan berkurang, tidak terjadi asites dan efusi pleura. Masalah Sebagian teratasi tujuan belum tercapai. Dibuktikan bahwa pasien saat dilakukan evaluasi pasien mengatakan perut terasa begah, cairan yang keluar melalui drain yang terpasang pada pasien hanya 100 cc dalam 24 jam.

Diagnosa keempat konstipasi berhubungan dengan tumor, ditentukan setelah dilakukan 3 x 24 jam diharapkan konstipasi tidak terjadi. Kriteria hasil yang ditentukan adalah pasien dapat mempertahankan konsistensi BAB lunak, pasien BAB 1x sehari, pasien dapat mengidentifikasi pencegahan dan pengobatan konstipasi. Masalah belum teratasi tujuan belum tercapai. Dibuktikan bahwa pasien mengatakan belum BAB saat dilakukan evaluasi.

Diagnosa kelima ketidakseimbangan nutrisi berhubungan dengan kurang asupan makanan, ditentukan setelah dilakukan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien tidak ada mual muntah. Kriteria hasil mual berkurang, muntah tidak ada, berat badan tetap. Masalah belum teratasi tujuan belum tercapai. Dibuktikan bahwa tidak ada peningkatan berat badan pada pasien dan masih mengeluh mual.

Diagnosa keenam cemas berhubungan dengan perubahan status kesehatan, ditentukan setelah dilakukan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien tidak mengalami cemas. Kriteria hasil pasien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas, mengidentifikasi, mengungkapkan dan menunjukkan tehnik untuk mengontrol cemas, ekspresi wajah menunjukkan berkurangnya kecemasan.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Kesimpulan setelah dilakukan asuhan keperawatan pada pasien Ny. D dengan diagnosa tumor ovarium dengan membahas antara kesenjangan dengan teori dan kasus, penulis menyimpulkan bahwa pada saat pengkajian penulis harus mengkaji terhadap keluhan nyeri yang dialami pasien sudah berapa lama dikeluhkan, dan riwayat menstruasi pasien selama sehat teratur atau tidak ada keluhan atau tidak dialami pasien. Namun, pada Ny. D mengalami menstruasi teratur dan tidak keluhan saat mengalami menstruasi. Dapat disimpulkan bahwa pola nafas yang dialami Ny. D tidak efektif dalam hal ini penulis dapat menyimpulkan pengkajian pada pasien pada kasus ini harus benar – benar dikaji karena pada kasus ini akan terdapat keluhan ini apabila pasien sudah mengalami komplikasi penyakit.

Diagnosa keperawatan pada kasus ini yaitu pola nafas tidak efektif berhubungan dengan ekspansi paru tidak maksimal. Dengan diagnosa prioritas yang sudah penulis tentukan yaitu pola nafas tidak efektif diangkat dikarenakan dengan kondisi pasien dilakukan pengkajian mengeluh sulit untuk bernafas dan sesak.

Perencanaan keperawatan yang telah direncanakan penulis sesuai dengan penetapan tujuan dan kriteria hasil sesuai dengan referensi buku yang bisa dipertanggungjawabkan sesuai dengan kondisi pasien dan keluhan pasien. Perencanaan yang sesuai dengan prioritas diagnosa keperawatan yang penulis rencanakan antara lain memberikan posisi semi fowler, mengkaji frekuensi pernafasan pasien.

Implementasi keperawatan yang telah dibuat oleh penulis, telah dilakukan sesuai dengan perencanaan yang sudah disusun pada setiap diagnosa keperawatan yaitu pola nafas tidak efektif berhubungan dengan ekspansi paru tidak maksimal. Implementasi ini telah dilakukan dengan baik sesuai dengan yang direncanakan.

Evaluasi keperawatan merupakan sebagai tahap akhir dalam pemberian asuhan keperawatan yang merupakan sistematis perbandingan dengan perencanaan antara hasil akhir dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat oleh penulis pada tahap perencanaan.

B. Saran

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan dan membuat kesimpulan diatas. Penulis akan menuliskan saran sebagai berikut:

1. Bagi institusi untuk menambah buku referensi terkait pada kasus tumor ovarium di bagian perpustakaan institusi agar mempermudah untuk mendapatkan referensi buku yang terbaru dalam menentukan asuhan keperawatan.
2. Bagi perawat yaitu perawat diharapkan untuk lebih kooperatif dan care dengan tim medis lainnya untuk memberikan asuhan yang optimal kepada pasien.

Patoflow

Faktor penyebab timbulnya tumor ovarium:

1. Adanya riwayat pernah mengalami kanker payudara
2. Siklus menstruasi yang tidak normal
3. Peningkatan distribusi lemak di bagian tubuh bagian atas
4. Pada wanita yang tidak subur (infertilitas), risiko tumbuhnya kista naik menjadi empat kali lipat
5. Menstruasi dini, yang terjadi di usia 11 tahun atau lebih muda lagi
6. Ovulasi yang terus berlangsung tanpa interupsi dalam waktu lama
7. Hipotiroidisme atau ketidakseimbangan hormonal
8. Penggunaan pil KB; kehamilan multiple; nullipara; genetik; merokok

Folikel-folikel pra ovulasi mengalami degenerasi

KISTA OVARIUM

Gejala yang sering muncul:

1. Perasaan berat pada pelvis
2. Polluria dan dysuria
3. Gangguan fungsi gastrointestinal: rasa penuh, mual, tidak enak diperut, cepat kenyang dan konstipasi
4. Perdarahan abnormal vagina

Pembesaran ovarium

Rupture ovarium

Resiko perdarahan

Resiko Perdarahan

histerektomi

Oovorektomi

Kurang informasi

Dx. Kep. Kurang pengetahuan

Luka operasi

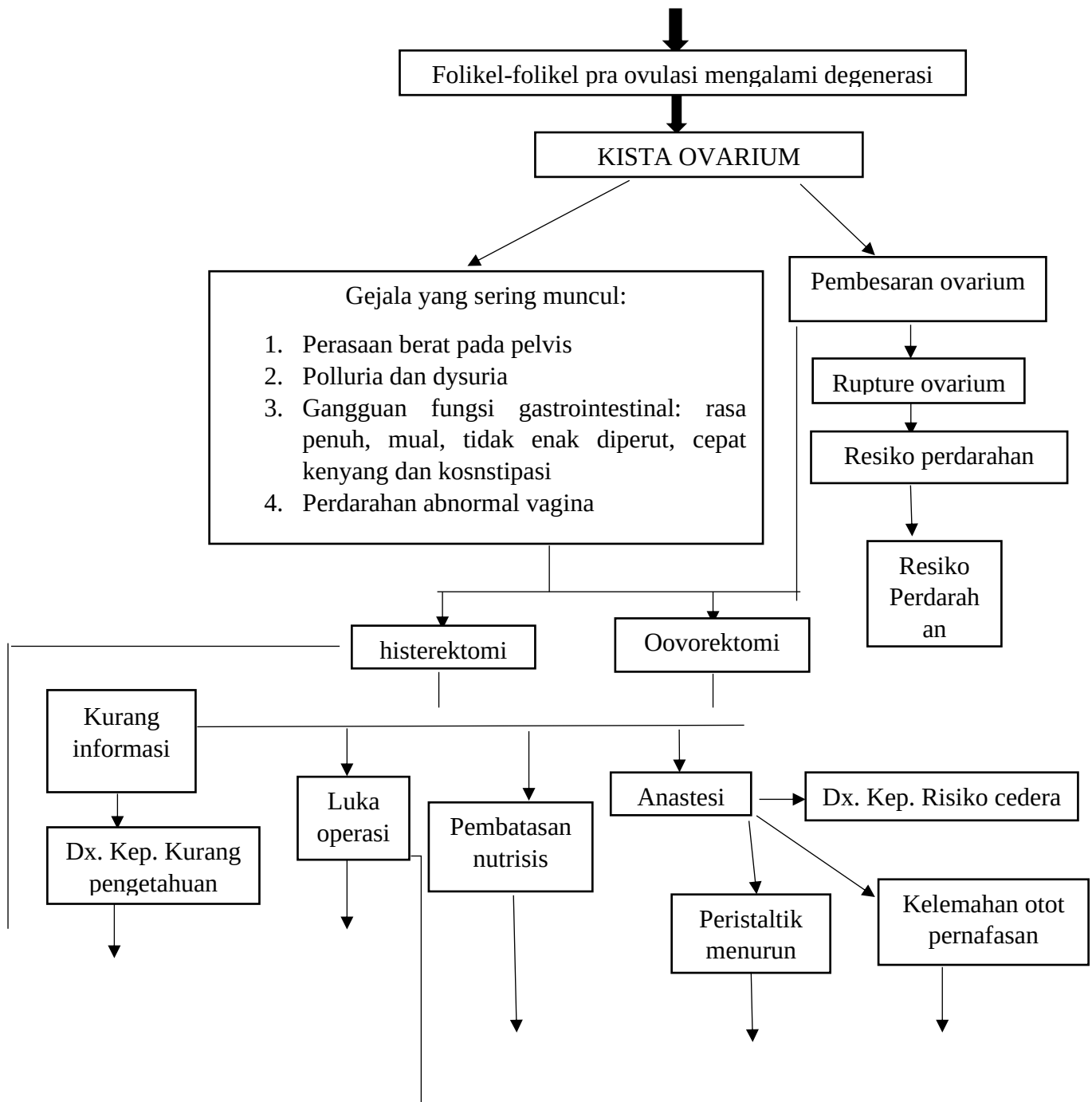
Pembatasan nutrisi

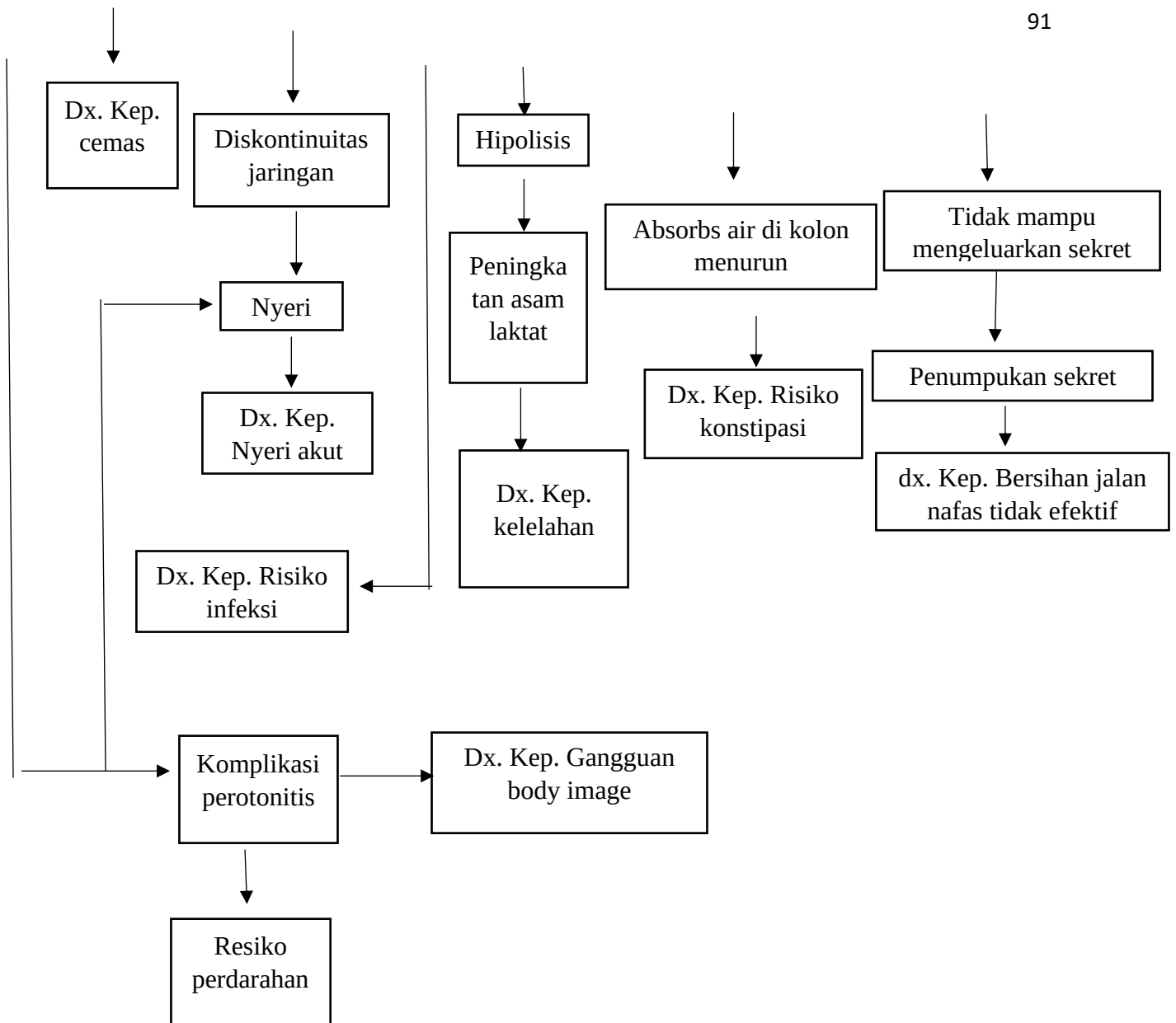
Anastesi

Dx. Kep. Risiko cedera

Peristaltik menurun

Kelemahan otot pernafasan





Daftar Pustaka

Bibliography

- Aditiyono, Harsono, A. B., Winarno, G. N., Gandamihardja, S., Kusumanto, A., & Susanto, H. (2018). Pemeriksaan Tunggal Kadar Osteopontin Serum dan CA-125 untuk Prediktor Keganasan Tumor Ovarium Tipe Epitel. *Obgynia*, 1, 40-50. Retrieved Mei 22, 2020, from <http://www.obgynia.com/obgyn/index.php/obgynia/article/view/55/pdf>
- Anurogo, D. (2016). *The Art Of Medicine*. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama.
- Arania, R., & Windarti, I. (2015). Karakteristik Pasien Kanker Ovarium di Rumah Sakit Dr.H.Abdul Moeloek Bandar Lampung Tahun 2009-2013. *Instalasi Patologi Anatomi*, 5, 45. Retrieved April 16, 2020, from <http://joke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/joke/article/view/633>
- Aspiani, R. (2017). *Asuhan Keperawatan Maternitas*. Jakarta: Penerbit Buku Kesehatan.
- Harnani, Y., Marlina, H., & Kursani, E. (2015). *Teori Kesehatan Reproduksi*. Yogyakarta : CV Budi Utama.
- Nani, D. (2018). *Fisiologi Manusia Siklus Reproduksi Wanita*. Cibubur: Penebar Plus.
- Nurhayati, Muis, M., & Ilyas, M. (2019). Nilai Diagnostik Ultrasonografi Doppler Dalam Menentukan Keganasan Tumor Ovarium Dibandingkan Hasil Histopatologi. *Mandala of Health*, 12, 192-205. Retrieved Mei 20, 2020, from <http://jos.unsoed.ac.id/index.php/mandala/article/view/1291/1373>
- Nurjannah, I., & Tumanggor, R. D. (2013). *Nursing Interventions Classification (NIC)*. Kidlington: Elsevier Global Rights.
- Nurmansyah, Djemi, & Setyawati, T. (2019, Desember). Sebuah Laporan Kasus Kista Ovarium. *Jurnal Medical Profession (MedPro)*, 226. Retrieved Mei 2020, from <http://jurnal.untad.ac.id/jurnal/index.php/jmp/article/view/15251/11377>

- Rahmatullah, I., & Kurniawan, N. U. (2016). *Menjalani Kehamilan & Persalinan Yang Sehat*. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Umum.
- Ratnawati, A. (2018). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Reproduksi*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Reid, B. M., Permuth, J. B., & Sellers, T. A. (2017). Epidemiology of Ovarian Cancer. *Cancer Biol Med*, 9-32. Retrieved Mei 31, 2020, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5365187/>
- Sinclair, C. (2010). *Buku Saku Kebidanan*. Jakarta: EGC.
- Sofian, A., Perkasa, H., Evsya, E. R., & Darundryo, R. M. (2011). Efektivitas HE4 Sebagai Metode Skrining Terbaru untuk Diagnosis Dini Kanker Ovarium. *JIK*, 88-93. Retrieved Mei 22, 2020, from https://scholar.google.co.id/scholar?hl=id&as_sdt=0%2C5&q=pemeriksaan+skrining+genetik+pada+tumor+ovarium&btnG=
- WHO (*World Health Organization*). (2020, Maret). Retrieved from Globocan 2018: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/995-who-south-east-asia-region-searo-fact-sheets.pdf/>