

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Ny.P DENGAN
DIAGNOSIS MEDIS KANKER OVARIUM DI RUANG
IGD RSPAL DR. RAMELAN
SURABAYA**



Oleh :
PUPUT KURNIAWATI, S.Kep.
NIM.2030087

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2021**

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Ny.P DENGAN
DIAGNOSIS MEDIS KANKER OVARIUM DI RUANG
IGD RSPAL DR. RAMELAN
SURABAYA**

**Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai satu syarat
untuk memperoleh gelar Ners (Ns)**



**Oleh :
PUPUT KURNIAWATI, S.Kep.
NIM.2030087**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2021**

HALAMAN PERNYATAAN

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya ilmiah akhir ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di STIKES Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan punulis, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk, saya nyatakan dengan benar. Bila ditemukan plagiasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKES Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 22 Juli 2021

Penulis



Puput Kurniawati, S.Kep
NIM. 2030087

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Puput Kurniawati, S.Kep

NIM : 2030087

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny.P dengan Diagnosis Medis
Kanker Ovarium di Ruang IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

Serta perbaikan – perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa karya ilmiah akhir ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar:

NERS (Ns)

Surabaya, 22 Juli 2021

Pembimbing



Ceria Nurhayati, S.Kep.,Ns.,M.Kep.
NIP.03049

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 22 Juli 2021

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari :

Nama : Puput Kurniawati, S.Kep

NIM : 2030087

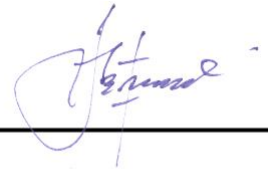
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny.P dengan Diagnosis Medis


Kanker Ovarium di Ruang IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji karya ilmiah akhir di Stikes Hang
Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk
memperoleh gelar “NERS (Ns.)” pada program studi Pendidikan Profesi Ners
STIKES Hang Tuah Surabaya.

**Penguji 1 : Dr. Setiadi, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP.03001**



**Penguji 2 : Ceria Nurhayati, S.Kep.,Ns.,M.Kep.
NIP.03049**



**Penguji 3 : Nisha Dharmayanti R, S.Kep., Ns., M.Si
NIP.03045**



**Mengetahui,
STIKES Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners**

**Ns. Nuh Huda, M.Kep., Sp.Kep.MB.
NIP.03020**

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 23 Juli 2021

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya ilmiah akhir ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Pendidikan Profesi Ners.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya ilmiah akhir ini bukan hanya karena kemampuan penulis saja, tetapi banyak bantuan dari berbagai pihak yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada:

1. Laksamana Pertama (Purn) Dr. AV Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan profesi ners di STIKES Hang Tuah Surabaya.
2. Puket 1, Puket 2, Puket 3 STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan profesi ners di STIKES Hang Tuah Surabaya.
3. Bapak Ns. Nuh Huda, M.Kep., Sp.Kep.MB., selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Dr. Setiadi, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Penguji 1 terima kasih atas saran, kritik dan bimbingan demi kesempurnaan penyusunan karya ilmiah akhir ini.

5. Ibu Nisha Dharmayanti R, S.Kep., Ns., M.Si selaku Penguji 3 terima kasih atas saran, kritik dan bimbingan demi kesempurnaan penyusunan karya ilmiah akhir ini.
6. Ibu Ceria Nurhayati, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku Pembimbing yang penuh kesabaran dan penuh perhatian memberikan saran, kritik dan bimbingan demi kesempurnaan penyusunan karya ilmiah akhir ini.
7. Ibu Winarti, S.Kep., Ns selaku Pembimbing Klinik yang penuh kesabaran dan penuh perhatian memberikan saran, kritik dan bimbingan demi kesempurnaan penyusunan karya ilmiah akhir ini
8. Seluruh staf dan karyawan STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan bantuan dalam kelancaran proses belajar di perkuliahan.
9. Teman-teman sealmamater Profesi Ners A11 di STIKES Hang Tuah Surabaya yang selalu bersama-sama dan menemani dalam pembuatan karya ilmiah akhir ini.
10. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian karya ilmiah akhir ini.

Selanjutnya penulis menyadari bahwa Karya Ilmiah Akhir ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama Civitas STIKES Hang Tuah Surabaya

Surabaya, 20 Juli 2021

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL.....	ix
DAFTAR GAMBAR.....	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
DAFTAR SINGKATAN & SIMBOL.....	xii
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penulisan	4
1.3.1 Tujuan Umum.....	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat Penulisan	5
1.5 Metode Penulisan	6
1.6 Sistematika Penulisan	7
BAB 2 TINJAUAN TEORI.....	8
2.1 Anatomi dan Fisiologi Sistem Reproduksi Wanita	8
2.2 Konsep Penyakit Kanker Ovarium	13
2.2.1 Definisi	13
2.2.2 Etiologi	13
2.2.3 Klasifikasi	16
2.2.4 Manifestasi Klinis.....	18
2.2.5 Patofisiologi.....	18
2.2.6 Penatalaksanaan.....	19
2.2.7 Pemeriksaan Penunjang.....	20
2.3 Konsep Instalasi Gawat Darurat	20
2.3.1 Definisi	20
2.3.2 Triase	22
2.4 Konsep Asuhan Keperawatan Kanker Ovarium.....	23
2.4.1 Pengkajian	23
2.4.2 Diagnosa Keperawatan	27
2.4.3 Intervensi Keperawatan	28
2.4.4 Implementasi	33
2.4.5 Evaluasi	33
2.5 Kerangka Masalah Keperawatan	34
BAB 3 TINJAUAN KASUS.....	35
3.1 Pengkajian	35
3.1.1 Identitas Pasien	35
3.1.2 <i>Primary Survey</i>	35

3.1.3	<i>Secondary Survey</i>	36
3.1.4	Pemeriksaan Penunjang	37
3.1.5	Penatalaksanaan Medis	39
3.2	Diagnosa Keperawatan	39
3.2.1	Analisa Data	39
3.2.2	Prioritas Masalah	40
3.3	Intervensi Keperawatan	41
3.4	Implementasi & Evaluasi Keperawatan	43
BAB 4 PEMBAHASAN		46
4.1	Pengkajian	46
4.2	Diagnosa Keperawatan	51
4.3	Intervensi Keperawatan	55
4.4	Implementasi Keperawatan	58
4.5	Evaluasi Keperawatan	62
BAB 5 PENUTUP		65
5.1	Simpulan	65
5.2	Saran	66
DAFTAR PUSTAKA		67
LAMPIRAN		71

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Penatalaksanaan Medis	39
Tabel 3.2 Analisa Data	39
Tabel 3.3 Prioritas Masalah Keperawatan.....	40
Tabel 3.4 Intervensi Keperawatan.....	41
Tabel 3.5 Implementasi & Evaluasi Keperawatan	43

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Organ eksterna wanita.....	8
Gambar 2.2 Organ Interna Wanita	11
Gambar 2. 3 Klasifikasi Kanker Ovarium.....	18
Gambar 2.4 Kerangka Masalah Keperawatan Pada Kanker Ovarium	34

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Curriculum Vitae	71
Lampiran 2 Motto Dan Persembahan.....	72
Lampiran 3 Standar Prosedur Operasional (SPO).....	73
Lampiran 4 Standar Prosedur Operasional (SPO).....	76
Lampiran 5 Standar Prosedur Operasional (SPO).....	80

DAFTAR SINGKATAN & SIMBOL

Daftar Singkatan

AGD	: Analisis Gas Darah
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BPJS	: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
CRT	: <i>Capillary Refill Time</i>
GCS	: <i>Glasgow Coma Scale</i>
GDA	: Gula Darah Acak
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
IV	: <i>Intra Venous</i>
KEPMENKES	: Keputusan Menteri Kesehatan
Ns	: Ners
Ny	: Nyonya
RS	: Rumah Sakit
SARS	: <i>Severe Acute Respiratory Syndrome</i>
SARS-CoV-2	: <i>Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2</i>
SDKI	: Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia
SIKI	: Standar Intervensi Keperawatan Indonesia
SLKI	: Standar Luaran Keperawatan Indonesia
SMA	: Sekolah Menengah Atas
SOP	: Standar Operasional Prosedur
SpO ₂	: Saturasi oksigen
STIKES	: Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
TD	: Tekanan Darah
Tpm	: Tetes per menit
WHO	: <i>World Health Organization</i>

Daftar Simbol

&	: Dan
<	: Kurang dari
≤	: Kurang dari atau sama dengan
>	: Lebih dari
≥	: Lebih dari atau sama dengan
±	: Kurang lebih
%	: Persen
=	: Sama dengan
°	: Derajat
C	: Celcius

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kanker adalah pertumbuhan jaringan yang ganas yang terdiri dari sel-sel epitelial yang cenderung menginfiltrasi jaringan sekitarnya dan menimbulkan metastasis. Kanker terbanyak pada perempuan adalah kanker serviks, lalu kanker payudara, kanker colon-rektum, kanker paru, dan kanker ovarium. Kanker ovarium adalah tumor ganas yang berasal dari ovarium dengan berbagai tipe histologi yang dapat mengenai semua umur. Kanker ovarium menempati posisi ke-3 dari 10 kanker tersering pada wanita dan diperkirakan 30% terjadi pada system genetalia wanita (Purwoko, 2018).

Kanker ovarium adalah salah satu penyakit ginekologi yang menyebabkan kematian dengan 239.000 kasus baru dan 152.000 kasus kematian di dunia pada tahun 2012 (IARC, 2012). Menurut American Cancer Society (2018), kanker ovarium menempati urutan kelima dari seluruh penyebab kematian pada wanita di Amerika Serikat. Insiden kematian wanita akibat kanker ovarium di dunia tahun 2018 sekitar 5% dari semua keganasan pada wanita. Kanker ovarium di Asia Tenggara sebanyak 47.689 atau sebanyak 5,2% dari seluruh usia pada wanita (IARC, 2016). Pada tahun 2018 ditemukan 295.414 kasus baru dengan angka kematian 184.799 (45 %) di asia tenggara. Insiden kanker ganas ovarium di Asia timur lebih tinggi dibandingkan dengan Eropa timur dan tengah yaitu kurang dari 12 wanita tiap 100.000 penduduk. Insidennya meningkat dengan bertambahnya usia. Usia rata-rata penderita kanker ovarium adalah 63 tahun dan 70% di antaranya adalah stadium lanjut (Gibbs RS, Karlan BY, Haney AF, 2013).

Kejadian kanker ovarium di Indonesia berada di urutan kelima dari berbagai kanker yang menyebabkan kematian pada wanita, setelah kanker payudara, serviks, paru, dan kolorektal. Terdapat 10.238 kasus kanker ovarium dengan jumlah sekitar 7007 kasus dari 92.200 total kematian kasus keganasan pada wanita (McGuire, 2016). Data nasional selama tahun 2017-2018 terdapat 627 kasus kanker ovarium dari 4.081 kasus ginekologi onkologi sehingga kanker ovarium menempati urutan kedua kanker ginekologi yang mematikan pada wanita setelah kanker serviks. Kanker ovarium di Indonesia terjadi sebanyak 11.594 kasus atau 7,48 % dengan angka mortalitas 7.031 kasus (Kementerian Kesehatan RI., 2019).

Tingginya angka kejadian dan kematian akibat kanker ovarium disebabkan karena kanker tidak menunjukkan tanda dan gejala penyakit yang khas pada stadium awal sehingga menghambat penegakkan diagnosis. Gejala yang muncul bersifat non spesifik seperti kembung, kehilangan nafsu makan, nyeri pada panggul atau perut, peningkatan aktivitas di saluran kencing baik urgensi maupun frekuensi (Simamora, Rian P. A., 2018). Dampak dari kanker ovarium pada stadium awal tidak dapat diketahui pada diri wanita karena perubahan awal biasanya hanya mengalami keputihan yang dianggap hal yang biasa. Pada stadium lanjut yaitu stadium II-IV akan mengalami perubahan pada tubuh karena sudah bermetastase ke jaringan luar pelvis misalnya jaringan hati, gastrointestinal, dan paru-paru sehingga akan menyebabkan asites, efusi pleura, nyeri ulu hati, anoreksia dan anemia (Reeder, 2013).

Kejadian anemia pada kanker ovarium dapat disebabkan oleh beberapa penyebab, terlebih lagi pada pasien kanker yang menjalani pengobatan

kemoterapi. Anemia pada pasien kanker dapat timbul karena efek samping dari toksisitas obat kemoterapi ataupun dapat timbul karena efek kanker itu sendiri dimana kanker yang sudah bermetastase akan merusak sel-sel sumsum tulang yang mengakibatkan penekanan pada sistem pembentukan sel darah sehingga menyebabkan kejadian anemia (Aminullah & Susilaningsih, 2013).

Anemia dapat mengganggu proses sirkulasi dalam tubuh dimana darah merupakan komponen pengangkut oksigen ke jaringan yang kemudian akan disebarkan keseluruh tubuh, maka saat terjadi anemia seseorang dapat mengalami pusing, rasa mengantuk, lesu, aktivitas menurun, dan cepat lelah. Masalah keperawatan yang dapat muncul pada kasus kanker ovarium adalah nyeri kronis, kelelahan, defisit nutrisi, pola napas tidak efektif, hipervolemia dan perfusi perifer tidak efektif (Jitowiyono, 2018).

Salah satu upaya dalam penanganan perfusi perifer tidak efektif dapat dilakukan dengan penilaian komprehensif terhadap sirkulasi perifer seperti memeriksa denyut perifer, edema, pengisian kapiler, suhu, dan warna, selain itu juga dapat dilakukan monitor kemerahan, nyeri atau pembengkakan (Bulechek *et al*, 2016). Dalam hal ini perawat sangat berperan dalam memberikan asuhan keperawatan yang menyeluruh dan memberikan pelayanan secara maksimal dalam penangan pertama serta mengurangi perburukan pada kondisi pasien. Selain itu perawat diharuskan mampu melakukan pengkajian keperawatan secara holistik, menetapkan diagnosis keperawatan, merencanakan tindakan keperawatan, melaksanakan tindakan keperawatan, mengevaluasi hasil tindakan keperawatan, melakukan rujukan, memberikan tindakan pada keadaan gawat darurat sesuai dengan kompetensi, memberikan konsultasi keperawatan dan

berkolaborasi dengan dokter dan melakukan penatalaksanaan pemberian obat kepada klien sesuai dengan resep tenaga medis (Undang Undang RI No.38 Tahun 2014, 2014). Berdasarkan latar belakang diatas, penulis tertarik mengangkat karya ilmiah akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny.P Dengan Diagnosis Medis Kanker Ovarium di Ruang IGD RSPAL DR. Ramelan Surabaya”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah dapat dirumuskan permasalahan sebagai berikut “Bagaimanakah pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis Kanker Ovarium di Ruang IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya?”

1.3 Tujuan Penulisan

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu menerapkan asuhan keperawatan pada Ny.P dengan diagnosis medis Kanker Ovarium di Ruang IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian pada Ny.P dengan diagnosis medis Kanker Ovarium di Ruang IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
2. Menegakkan diagnosis keperawatan pada Ny.P dengan diagnosis medis Kanker Ovarium di Ruang IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
3. Menyusun rencana keperawatan pada masing-masing diagnosa keperawatan pada Ny.P dengan diagnosis medis Kanker Ovarium di Ruang IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
4. Melaksanakan tindakan asuhan keperawatan pada Ny.P dengan diagnosis medis Kanker Ovarium di Ruang IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

5. Melakukan evaluasi tindakan asuhan keperawatan pada Ny.P dengan diagnosis medis Kanker Ovarium di Ruang IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Ny.P dengan diagnosis medis Kanker Ovarium di Ruang IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

1.4 Manfaat Penulisan

Berdasarkan tujuan umum maupun tujuan khusus maka karya ilmiah akhir ini diharapkan bisa memberikan manfaat baik bagi kepentingan pengembangan program maupun bagi kepentingan ilmu pengetahuan, adapun manfaat-manfaat dari karya ilmiah akhir secara teoritis maupun praktis seperti tersebut dibawah ini:

1. Secara Teoritis

Dengan pemberian asuhan keperawatan secara cepat, tepat dan efisien akan menghasilkan keluaran klinis yang baik, menurunkan angka kejadian morbidity, disability dan mortalitas pada pasien dengan Kanker Ovarium.

2. Secara Praktis

- a. Bagi Institusi Rumah Sakit

Dapat sebagai masukan untuk menyusun kebijakan atau pedoman pelaksanaan pasien dengan Kanker Ovarium sehingga penatalaksanaan dini bisa dilakukan dan dapat menghasilkan keluaran klinis yang baik bagi pasien yang mendapatkan asuhan keperawatan di institusi rumah sakit yang bersangkutan.

- b. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat di gunakan dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pada pasien dengan

Kanker Ovarium serta meningkatkan pengembangan profesi keperawatan.

c. Bagi penulis selanjutnya

Bahan penulisan ini bisa dipergunakan sebagai perbandingan atau gambaran tentang asuhan keperawatan pasien dengan Kanker Ovarium.

1.5 Metode Penulisan

1. Metoda

Studi kasus yaitu metoda yang memusatkan perhatian pada satu obyek tertentu yang diangkat sebagai sebuah kasus untuk dikaji secara mendalam sehingga mampu membongkar realitas di balik fenomena.

2. Tehnik pengumpulan data

a. Wawancara

Data diambil atau diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien, keluarga, maupun tim kesehatan lain.

b. Observasi Data yang diambil melalui pengamatan secara langsung terhadap keadaan, reaksi, sikap dan perilaku pasien yang dapat diamati.

c. Pemeriksaan Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium serta pemeriksaan penunjang lainnya yang dapat menegakkan diagnose dan penanganan selanjutnya.

3. Sumber data

a. Data Primer

Data primer adalah data yang di peroleh dari pasien.

b. Data Sekunder

Data Sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat dengan pasien, catatan medic perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

c. Studi kepustakaan

Studi Kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis dan masalah yang dibahas.

1.6 Sistematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam memahami dan mempelajari studi kasus ini, secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian, yaitu :

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi.
2. Bagian inti terdiri dari lima bab, yang terdiri dari sub bab berikut ini :

BAB 1 : Pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, rumusan masalah, tujuan, manfaat penelitian, metode penulisan dan sistematika penulisan studi kasus.

BAB 2 : Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis, dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosis medis Kanker Ovarium.

BAB 3 : Tinjauan kasus berisi tentang diskripsi data hasil pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan.

BAB 4 : Pembahasan kasus yang ditemukan yang berisi data, teori dan opini.

BAB 5 : Penutup: Simpulan dan saran.

3. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

BAB 2 TINJAUAN TEORI

2.1 Anatomi dan Fisiologi Sistem Reproduksi Wanita

Alat reproduksi wanita terdiri dari alat kelamin dalam (genetalia interna) dan alat kelamin luar (genetalia externa).

1. Genetalia externa (alat kelamin luar)

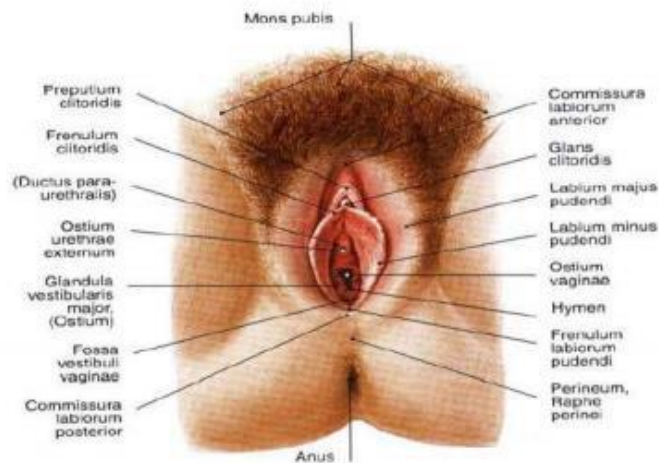
Genetalia eksternal secara kesatuan disebut vulva atau pudendum. Secara anatomis genetalia eksterna terdiri dari :

a. Mons Pubis

Mons pubis merupakan bantalan jaringan lemak dan kulit yang terletak diatas simpisis pubis. Bagian ini tertutup rambut pubis setelah pubertas.

b. Labia Minora

Labia Minora adalah dua lapisan kulit longitudinal yang merentang kebawah dari mons pubis dan menyatu pada sisi posterior perineum.



Gambar 2.1 Organ eksterna wanita (Hamylton, 2015)

c. Labia Minora

Labia Minora adalah lipatan kulit diantara labium mayora, tetapi mengandung kelenjar sebacea dan beberapa kelenar keringat. Pertemuan

lipatan-lipatan labia minora dibawah klitoris disebut prepusium dan area lipatan dibawah klitoris disebut frenulum.

d. Klitoris

Klitoris terdiri dari dua krura (akar), satu batang dan satu glans klitoris bundar yang banyak mengandung ujung saraf dan sangat sensitive. Batang klitoris mengandung dua corpora kavernosum yang tersusun dari jaringan erektil. Saat mengembang dengan darah selama eksitasi seksual, bagian ini bertanggung jawab untuk ereksi klitoris.

e. Vestibula

Vestibula adalah area yang dikelilingi oleh labia minora yang menutupi mulur uretra, mulut vagina dan duktus kelenjar bartholini. Kelenjar ini memproduksi beberapa tetes sekresi mucus untuk membantu melumasi orifisium vaginal saat eksitasi vaginal seksual.

f. Orifisium Uretra

Orifisium uretra adalah alur urine dari kandung kemih, tepi lateralnya mengandung duktus untuk kelenjar parauretral (skene).

g. Mulut Vagina

Terletak bawah orifisium uretra. Hymen (selaput darah) adalah suatu membrane yang bentuk dan ukurannya bervariasi, melingkari mulut vagina.

h. Vagina

Vagina adalah saluran elastis, panjangnya 8-10 cm dan berakhir pada rahim. Vagina dilalui darah pada saat menstruasi dan sebagai jalan lahir. Karena terbentuk dari otot vagina bisa melebar dan menyempit.

i. Perineum

Kulit antara pertemuan dua lipatan labia mayora dan anus yang di sisi anterior sampai ke koksiks disisi posterior dan ketuberositas ismail disisi lateral.

2. Genetalia Interna

a. Ovarium (Indung Telur)

Ovarium adalah kelenjar reproduksi utama pada wanita yang berfungsi untuk menghasilkan ovum (Sel telur) dan penghasil hormon seks utama. Ovarium berbentuk oval, dengan panjang 2 – 3 cm. Terdapat sepasang Ovarium yang terletak di kanan dan kiri, dan dihubungkan dengan rahim oleh tuba fallopi. Umumnya setiap Ovarium pada wanita yang telah pubertas memiliki 300.000-an, dan sebagian besar sel telur mengalami kegagalan pematangan, rusak atau mati, sehingga benih sehat yang ada sekitar 300 - 400-an benih telur dan 1 ovum dikeluarkan setiap 28 hari oleh ovarium kiri dan kanan secara bergantian melalui proses menstruasi. Ovarium juga menghasilkan hormon estrogen dan progesteron yang berperan dalam proses menstruasi.

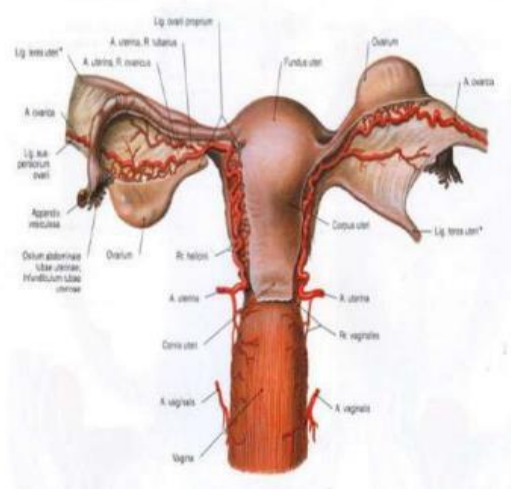
b. Tuba falopi

Tuba Fallopi adalah organ yang menghubungkan Uterus (Rahim) dengan Indung Telur (Ovarium). Tuba Fallopi (Oviduk) juga sering disebut saluran telur karena bentuknya seperti saluran yang berfungsi untuk saluran spermatozoa dan ovum, penangkap ovum, bisa menjadi tempat pembuahan (fertilisasi), dan sebagai tempat pertumbuhan hasil

pembuahan sebelum mampu masuk ke bagian dalam Uterus (Rahim).

Tuba Fallopi (Oviduk) terdiri atas 4 bagian :

- 1) Infundibulum, yaitu bagian berbentuk seperti corong yang terletak di pangkal dan memiliki Fimbriae. Fimbriae berfungsi untuk menangkap ovum
- 2) Ampula, yaitu bagian tengah tuba yang sempit
- 3) Isthmus, yaitu bagian tuba yang letaknya dekat dengan uterus



Gambar 2.2 Organ Interna Wanita (Bobak, Jensen, 2015)

c. Uterus

Uterus merupakan organ tunggal muscular dan berongga berbentuk seperti buah pir terbalik dengan ukuran saat tidak hamil panjang 7cm, lebar 5cm, dan diameter 2,3 cm. organ ini terletak dalam rongga pelvis diantara rectum dan kandung kemih. Bagian – bagian uterus:

- 1) Dinding uterus, terdiri dari bagian terluar serosa (perimetrium), bagian tengah (meometrium) yang merupakan lapisan otot polos dan bagian terdalam (endometrium), bagian inilah yang menalani perubahan

siklus selama menstruasi dan membentuk lokasi implantasi untuk ovum dibuahi.

- 2) Fundus uterus, yang merupakan bagian bundar yang letaknya superior terhadap mulut tuba fallopi.
- 3) Badan uterus, merupakan luas berdinding tebal yang membungkus rongga uterus.
- 4) Serviks, merupakan leher bawah uterus yang berkonstriksi.
- 5) Portio vaginalis, merupakan bagian serviks yang menonjol ke dalam ujung bagian atas vagina.

d. Vagina

Vagina adalah tuba fibromuskularis yang dapat berdistansi yang merupakan jalan lahir bayi dan aliran menstrual yang berfungsi sebagai organ kopulasi perempuan. Vagina memiliki panjang sekitar 8 – 10 cm, terletak antara kandung kemih dan rektum, memiliki dinding yang berlipat – lipat, lapisan terluarnya merupakan selaput lendir, lapisan tengahnya tersusun atas otot-otot, dan lapisan paling dalam berupa jaringan ikat yang berserat. Vagina berfungsi sebagai jalan lahir, sebagai sarana dalam hubungan seksual dan sebagai saluran untuk mengalirkan darah dan lendir saat menstruasi. Otot pada vagina merupakan otot yang berasal dari sphingter ani dan levator ani (Otot anus/dubur), sehingga otot ini dapat dikendalikan dan dilatih. Vagina tidak mempunyai kelenjar yang dapat menghasilkan cairan, tetapi cairan yang selalu membasahinya berasal dari kelenjar yang terdapat pada rahim (Setiadi, 2016).

2.2 Konsep Penyakit Kanker Ovarium

2.2.1 Definisi

Kanker ovarium adalah kanker ginekologis yang paling mematikan sebab pada umumnya baru bisa dideteksi ketika sudah parah. Tidak ada tes screening awal yang terbukti untuk kanker ovarium. Tidak ada tandatanda awal yang pasti. Beberapa wanita mengalami ketidaknyamanan pada abdomen dan bengkak (Digiulio Mary, 2014). Kanker ovarium adalah kanker ganas yang berasal dari ovarium dengan berbagai histologi yang menyerang pada semua umur. Sel tumor lebih banyak dijumpai pada penderita berusia 50 tahun (Manuaba, 2013).

2.2.2 Etiologi

Menurut (George, Garcia, 2016) menjelaskan tentang etiologi kanker ovarium diantaranya :

1. Hipotesis *incessant ovulation*

Siklus ovulasi yang terjadi terus-menerus selama masa produktif pada wanita meningkatkan faktor risiko terjadinya *High-Grade Serous Carcinoma* (HGSC), akibat ovulasi yang terjadi terus-menerus akan meningkatkan terjadinya inflamasi melalui sekresi sitokin, kemokin, bradikinin, dan hormon. Hal ini dapat menyebabkan kerusakan DNA melalui tekanan oksidatif pada *cortical inclusion cysts* (CIC) di ovarium

2. Hipotesis androgen

Androgen mempunyai peran penting dalam terbentuknya kanker ovarium yang didasarkan pada hasil percobaan bahwa epitel ovarium mengandung reseptor androgen (Prawirohardjo, 2010). Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi terjadinya kanker ovarium antara lain :

a. Usia

Faktor risiko menderita kanker ovarium menurut beberapa penelitian dikatakan meningkat sejalan dengan usia. Di Amerika Serikat, setengah kasus kanker ovarium didiagnosa pada umur ≥ 63 tahun, dengan insiden tertinggi pada wanita umur 60-64 tahun. Umur menarche di bawah 12 tahun dapat meningkatkan risiko terkena kanker ovarium, dan keterlambatan menopause juga dihubungkan dengan peningkatan risiko kanker ovarium hal ini berhubungan dengan lamanya paparan hormon esterogen (Fachlevy AF, Abdullah Z, 2015). Namun di Asia kanker ovarium didiagnosis pada umur lebih awal akibat perbedaan lingkungan, budaya, dan status ekonomi (Fuh KC, *et al*, 2019). Kanker ovarium jarang ditemukan pada wanita yang memiliki usia <40 tahun. Angka kejadian meningkat dengan makin bertambahnya usia, diperkirakan dari 15-16 per 100.000 orang pada usia 40 – 44 tahun meningkat menjadi 57 per 100.000 orang pada usia 70 sampai 74 tahun (Prawirohardjo, 2010).

b. Jumlah Paritas

Wanita yang melahirkan bayi dengan umur kehamilan yang cukup secara normal dan menyusui, memiliki risiko lebih kecil untuk mengalami kanker ovarium jika dibandingkan dengan wanita yang melahirkan prematur dan tidak menyusui (Luan, 2013). Wanita yang pernah melahirkan juga memiliki risiko terkena kanker ovarium 29% lebih rendah daripada wanita yang tidak pernah melahirkan sama sekali, dengan pengurangan risiko bertambah 8% untuk tiap kelahiran

(Tsilidis, *et al*, 2011). Pada masa laktasi juga terjadi peningkatan kadar hormon prolaktin yang menghambat produksi hormon gonadotropin (*Follicle Stimulating Hormone Dan Lutening Hormone*) sehingga menghambat ovulasi. Selain itu peningkatan paritas juga dikaitkan dengan teori hormon gonadotropin, dimana rendahnya konsentrasi hormon gonadotropin saat masa kehamilan dan menyusui membuat risiko sel epitel ovarium terperangkap dalam jaringan ikat sekitarnya dan menyebabkan terbentuknya kista inklusi di ovarium berkurang (Suh *et al*, 2018). Jumlah kelahiran janin hidup di luar rahim menentukan penurunan risiko terjadinya kanker ovarium. Penurunan risiko kasus kanker ovarium lebih tinggi setelah kelahiran pertama dibandingkan kelahiran berikutnya, paritas dan pemberian ASI dapat mencegah terjadinya *Ephitelial Ovarian Carcinoma* (EOC) (Sung, *et al*, 2016)

c. Indeks Massa Tubuh (IMT)

Wanita dengan kelebihan berat badan (IMT: 25-29,9), obesitas (IMT: 30- 39,9), dan moribidly obese (IMT: >35) memiliki nilai kelangsungan hidup yang buruk bila dibandingkan dengan wanita yang memiliki IMT normal (Nagle C, *et al*, 2015).

d. Terapi Hormon Menopausal

penggunaan terapi hormon menopausal meningkatkan insidensi dan kematian pada penderita kanker ovarium. Risiko meningkatkan wanita yang hanya menggunakan esterogen dalam waktu yang lama (>10 tahun) dibandingkan penggunaan jangka pendek (<10 tahun) (Trabert, 2012).

e. Obesitas

Banyak studi menunjukkan hubungan obesitas dengan kanker ovarium, wanita dengan obesitas (yang mempunyai body mass index setidaknya 30) mempunyai risiko tinggi terkena kanker ovarium. Peningkatan kasus kanker ovarium mungkin berhubungan dengan mekanisme hormonal yang berkaitan dengan obesitas termasuk peningkatan estrogen, insulin dan insulin-like growth factor dan penurunan progesteron (Partheen, 2011)

f. Usia menarche

Usia menarche yang lebih tua juga dapat menjadi faktor risiko untuk menurunkan terjadinya kanker ovarium, hal ini disebabkan karena usia menarche dapat mengurangi jumlah ovulasi, hal ini sesuai dengan hipotesis ovulasi terus menerus yang menjelaskan semakin sering terjadinya ovulasi semakin besar kemungkinan terjadinya kanker ovarium, selain itu usia menarche dini berhubungan dengan onset siklus ovulasi yang lebih cepat menyebabkan tingginya androgen dapat meningkatkan apoptosis sel epitelial disaat yang bersamaan androgen juga dapat merangsang *deoxyribonucleic acid* (DNA) untuk mengurangi kematian sel hal inilah yang kemudian akan menyebabkan terjadinya pertumbuhan kanker akibat kerusakan sekunder pada sel epitelial (Gong dkk, 2014).

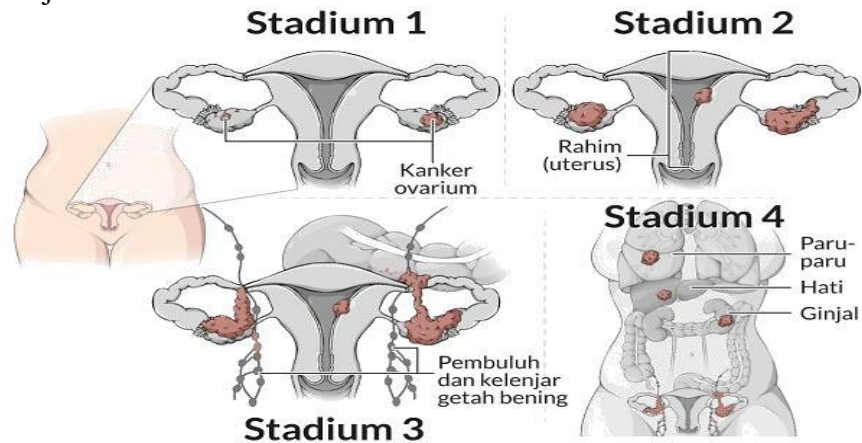
2.2.3 Klasifikasi

Stadium kanker ovarium menurut Figo (Federation International of Gynecology and Obstetrics) 1987 dalam (Nurarif & Kusuma, 2015) adalah:

1. Stadium I : Pertumbuhan terbatas pada ovarium

- a. Stadium IA : Pertumbuhan terbatas pada suatu ovarium, tidak ada batas yang berisi sel ganas, tidak ada pertumbuhan di permukaan luar, kapsul utuh.
 - b. Stadium IB : Pertumbuhan terbatas pada kedua ovarium, tidak asietas, berisi sel ganas, tidak ada tumor di permukaan luar, kapsul intak.
 - c. Stadium IC : Tumor dengan stadium Ia dan Ib tetapi ada tumor di permukaan luar atau kedua ovarium atau kapsul pecah atau dengan berisi sel ganas atau dengan bilasan peritonium positif.
2. Stadium II : Pertumbuhan pada satu atau dua ovarium dengan perluasan ke panggul.
- a. Stadium IIA : Perluasan atau metastasis ke uterus dan atau tuba.
 - b. Stadium IIB : Perluasan jaringan pelvis lainnya
 - c. Stadium IIC : Tumor stadium 2A dan 2B tetapi pada tumor dengan permukaan satu atau kedua ovarium, kapsul pecah atau dengan aktivitas yang mengandung sel ganas dengan bilasan peritoneum positif.
3. Stadium III : Tumor mengenai satu atau kedua ovarium dengan implant di peritonium di luar pelvis dan atau retroperitoneal positif.
- a. Stadium IIIA : Tumor terbatas di pelvis kecil dengan kelenjar getah bening negative tetapi secara histologi dan dikonfirmasi secara mikroskopis terdapat adanya pertumbuhan di permukaan peritonium abdominal.
 - b. Stadium IIIB : Tumor mengenai 1/2 kedua ovarium dengan implan di permukaan peritonium dan terbukti secara mikroskopis, diameter melebihi 2 cm, dan kelenjar getah bening negatif.

- c. Stadium IIIC : Implan di abdomen dengan diameter lebih dari 2 cm dan atau kelenjar getah bening retroperitoneal atau inguinal positif.
4. Stadium IV : Pertumbuhan mengenai satu atau kedua ovarium dengan metastasis jauh.



Gambar 2. 3 Klasifikasi Kanker Ovarium (Dalley, 2013)

2.2.4 Manifestasi Klinis

Menurut (Prawirohardjo, 2014) manifestasi klinis dari kanker ovarium:

1. Stadium awal : gangguan haid, konstipasi, sering berkemih, nyeri spontan panggul, nyeri saat bersenggama.
2. Stadium lanjut : asites, penyebaran ke omentum (lemak perut), perut membuncit, kembung dan mual, gangguan nafsu makan, gangguan BAB dan BAK, sesak nafas, dyspepsia.

2.2.5 Patofisiologi

Kanker ovarium dapat ditemukan pada semua golongan umur, tetapi lebih sering pada usia 50 tahun ke atas, pada usia lebih muda jarang ditemukan. Faktor predisposisi ialah tumor ovarium jinak, pertumbuhan tumor diikuti oleh infiltrasi, jaringan sekitar yang menyebabkan berbagai keluhan samar-samar. Kecenderungan untuk melakukan implantasi dirongga perut merupakan ciri khas suatu tumor ganas ovarium yang menghasilkan asites (Suddart, 2015).

Keganasan epitelial yang paling sering adalah adenokarsinoma serosa. Kebanyakan neoplasma epitelial mulai berkembang dari permukaan epitelium, atau serosa ovarium. Kanker ovarium bermetastasis dengan invasi langsung struktur yang berdekatan dengan abdomen dan pelvis. Sel-sel ini mengikuti sirkulasi cairan peritoneal sehingga dapat mengimplantasi. Keganasan selanjutnya dapat timbul pada semua permukaan intraperitoneal. Limfasi yang disalurkan ke ovarium juga merupakan jalur untuk penyebaran sel-sel ganas. Penyebaran awal kanker ovarium dengan jalur intraperitoneal dan limfatik muncul tanpa gejala atau tanda spesifik. Gejala tidak pasti akan muncul seiring dengan waktu adalah perasaan berat pada pelvis, sering berkemih, dan disuria, dan perubahan gastrointestinal, seperti rasa penuh, mual, tidak enak pada perut, cepat kenyang, dan konstipasi (Dewi, 2017). Penegakkan diagnosis kanker ovarium dapat dilakukan dengan laparotomi, walaupun laparotomi adalah prosedur primer yang digunakan untuk menentukan diagnosis, cara-cara lain juga dapat dilakukan seperti CT-Scan, sonografi abdomen dan pelvis yang sering membantu menentukan stadium dan luasnya penyebaran (Prawirohardjo, 2010).

2.2.6 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan kanker ovarium sangat ditentukan oleh stadium, derajat diferensiasi, fertilisasi, dan keadaan umum penderita. Pengobatan utama adalah dengan melakukan operasi pengangkatan tumor primer dan metastasisnya, dan perlu diberikan terapi tambahan seperti kemoterapi, radioterapi (*intraperitoneal radiocolloid* atau *whole abdominal radiation*), imunoterapi/terapi biologi, dan terapi hormon (Prawirohardjo, 2010).

2.2.7 Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Salani Ritu, 2011) yang harus dilakukan pada pasien kanker ovarium yaitu :

1. Uji asam deoksiribonukleat mengindikasikan mutasi gen yang abnormal
2. Pencitraan USG abdomen, CT scan, atau ronsen menunjukkan ukuran tumor. Pada stadium awal tumor berada di ovarium, stadium II sudah menyebar ke rongga panggul, stadium III sudah menyebar ke abdomen, dan stadium IV sudah menyebar ke organ lain seperti hati, paru-paru, dan gastrointestinal
3. Prosedur diagnostik Aspirasi cairan asites dapat menunjukkan sel yang tidak khas. Pada stadium III kanker ovarium cairan asites positif sel kanker.
4. Pemeriksaan lain Laparotomi eksplorasi, termasuk evaluasi nodus limfe dan reseksi tumor, dibutuhkan untuk diagnosis yang akurat dan penetapan stadium berapa kanker ovarium tersebut.

2.3 Konsep Instalasi Gawat Darurat

2.3.1 Definisi

Instalasi Gawat Darurat (IGD) adalah unit pelayanan di Rumah Sakit yang memberi penanganan awal bagi pasien yang menderita sakit dan cedera, yang membutuhkan perawatan gawat darurat. IGD memiliki tujuan utama diantaranya adalah menerima, melakukan triage, menstabilisasi, dan memberikan pelayanan kesehatan akut untuk pasien, termasuk pasien yang membutuhkan resusitasi dan pasien dengan tingkat kegawatan tertentu (Australasian College For Emergency Medicine, 2014).

IGD adalah salah satu unit pelayanan di Rumah Sakit yang menyediakan penanganan awal (bagi pasien yang datang langsung ke rumah sakit)/lanjutan

(bagi pasien rujukan dari fasilitas pelayanan kesehatan lain), menderita sakit ataupun cedera yang dapat mengancam kelangsungan hidupnya (Permenkes RI No. 47 tahun 2018). IGD berfungsi menerima, menstabilkan dan mengatur pasien yang membutuhkan penanganan kegawatdaruratan segera, baik dalam kondisi sehari - hari maupun bencana (Permenkes RI No. 47 tahun 2018) Secara garis besar kegiatan di IGD rumah sakit dan menjadi tanggung jawab IGD secara umum terdiri dari:

1. Menyelenggarakan pelayanan kegawatdaruratan yang bertujuan menangani kondisi akut atau menyelamatkan nyawa dan/atau kecacatan pasien.
2. Menerima pasien rujukan yang memerlukan penanganan lanjutan/definitif dari fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.
3. Merujuk kasus-kasus gawat darurat apabila rumah sakit tersebut tidak mampu melakukan layanan lanjutan.

IGD rumah sakit harus dikelola dan diintegrasikan dengan instalasi/unit lainnya di dalam rumah sakit. Kriteria umum IGD rumah sakit (Permenkes RI No. 47 tahun 2018) :

1. Dokter/dokter gigi sebagai kepala IGD rumah sakit disesuaikan dengan kategori penanganan.
2. Dokter/dokter gigi penanggungjawab pelayanan kegawatdaruratan ditetapkan oleh kepala/direktur rumah sakit.
3. Perawat sebagai penanggung jawab pelayanan keperawatan kegawatdaruratan.
4. Semua dokter, dokter gigi, tenaga kesehatan lain, dan tenaga nonkesehatan mampu melakukan teknik pertolongan hidup dasar (Basic Life Support).

5. Memiliki program penanggulangan pasien massal, bencana (disaster plan) terhadap kejadian di dalam rumah sakit maupun di luar rumah sakit.
6. Jumlah dan jenis serta kualifikasi tenaga di IGD rumah sakit sesuai dengan kebutuhan pelayanan

2.3.2 Triase

Triase merupakan proses khusus memilah pasien berdasarkan beratnya cedera atau penyakit untuk menentukan jenis penanganan/intervensi kegawatdaruratan. Prinsip triase diberlakukan sistem prioritas yaitu penentuan/penyeleksian mana yang harus di dahulukan mengenai penanganan yang mengacu pada tingkat ancaman jiwa yang timbul seperti ancaman jiwa yang dapat mematikan dalam hitungan menit, dapat mati dalam hitungan jam, trauma ringan, dan sudah meninggal

Prosedur Triase menurut (Permenkes RI No. 47 tahun 2018) adalah:

1. Pasien datang diterima tenaga kesehatan di IGD rumah sakit
2. Di ruang triase dilakukan pemeriksaan singkat dan cepat untuk menentukan derajat kegawatdaruratannya oleh tenaga kesehatan dengan cara:
 - a. Menilai tanda vital dan kondisi umum Pasien
 - b. Menilai kebutuhan medis
 - c. Menilai kemungkinan bertahan hidup
 - d. Menilai bantuan yang memungkinkan
 - e. Memprioritaskan penanganan definitive
3. Namun bila jumlah pasien lebih dari 50 orang, maka triase dapat dilakukan di luar ruang triase (di depan gedung IGD rumah sakit).
4. Pasien dibedakan menurut kegawatdaruratannya dengan memberi kode warna:

- a. Kategori merah: prioritas pertama (area resusitasi), pasien cedera berat mengancam jiwa yang kemungkinan besar dapat hidup bila ditolong segera. Pasien kategori merah dapat langsung diberikan tindakan di ruang resusitasi, tetapi bila memerlukan tindakan medis lebih lanjut, pasien dapat dipindahkan ke ruang operasi atau di rujuk ke rumah sakit lain.
- b. Kategori kuning: prioritas kedua (area tindakan), pasien memerlukan tindakan defenitif tidak ada ancaman jiwa segera. Pasien dengan kategori kuning yang memerlukan tindakan medis lebih lanjut dapat dipindahkan ke ruang observasi dan menunggu giliran setelah pasien dengan kategori merah selesai ditangani.
- c. Kategori hijau: prioritas ketiga (area observasi), pasien dengan cedera minimal, dapat berjalan dan menolong diri sendiri atau mencari pertolongan. Pasien dengan kategori hijau dapat dipindahkan ke rawat jalan, atau bila sudah memungkinkan untuk dipulangkan, maka pasien diperbolehkan untuk dipulangkan.
- d. Kategori hitam: prioritas nol pasien meninggal atau cedera fatal yang jelas dan tidak mungkin diresusitasi. Pasien kategori hitam dapat langsung dipindahkan ke kamar jenazah.

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan Kanker Ovarium

2.4.1 Pengkajian

1. Pengkajian Primer

a. Airway

Pada pengkajian airway pada pasien kanker ovarium pada airway tidak ditemukan gangguan pada jalan napas. Jalan napas paten tidak ada suara snoring atau gurgling.

b. Breathing

Pada pengkajian breathing pada pasien dengan kanker ovarium masalah yang terjadi apabila perut membesar dan menimbulkan gejala perut terasa penuh, mengakibatkan pasien mengalami sesak napas karena perut tertekan oleh besarnya kanker

c. Circulation

Pada pengkajian circulation irama jantung reguler, akral hangat, kering, merah. Membrane mukosa normal, CRT <2detik, turgor kulit baik, tidak ada perdarahan. Biasanya juga pasien dengan kanker ovarium juga dapat mengalami anemia yang disebabkan efek kemoterapi

d. Disability

Pada pengkajian disability dapat dilihat keadaan umum, GCS, tingkat kesadaran, nyeri atau tidak, adanya trauma atau tidak (Jevon, P., 2013).

2. Pengkajian Sekunder

a. Identitas Pasien

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

b. Keluhan Utama

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

c. Riwayat Kesehatan sekarang

Menurut Wiliams (2011), yaitu : Gejala kembung, nyeri pada abdomen atau pelvis, kesulitan makan atau merasa cepat kenyang. Pada stadium lanjut sering berkemih, konstipasi, ketidaknyamanan pelvis, distensi abdomen, penurunan berat badan dan nyeri pada abdomen (Reeder, 2013)

d. Riwayat kesehatan dahulu

Riwayat kesehatan dahulu pernah mengalami kanker kolon, kanker payudara, dan kanker endometrium (Reeder, 2013)

e. Pemeriksaan Fisik

- 1) Kepala dan rambut : Tidak ada gangguan yaitu bentuk kepala simetris, tidak ada benjolan, tidak ada hematom dan rambut tidak rontok.
- 2) Telinga : Simetris kiri dan kanan, tidak ada gangguan pendengaran dan tidak ada lesi.
- 3) Wajah : Pada mata konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, reflek pupil +/+, pada hidung tidak ada pernapasan cuping hidung, pada mulut dan mukosa tidak pucat dan tidak ada sariawan.

- 4) Leher : Tidak ada pembendungan vena jugularis dan pembesaran kelenjar tiroid.
- 5) Thoraks : Tidak ada pergerakan otot diafragma, gerakan dada simetris.
- 6) Paru-paru
Inspeksi : pernapasan dyspnea, tidak ada tarikan dinding dada
Palpasi : Fremitus kiri dan kanan sama
Perkusi : sonor pada seluruh lapang paru,
Auskultasi : suara napas vesikuler
- 7) Jantung : Pada pasien kanker ovarium biasanya tidak ada mengalami masalah
- 8) Payudara : Simetris kiri dan kanan, aerola mammae hiperpigmentasi, tidak ada pembengkakan.
- 9) Abdomen
Inspeksi: Pada stadium awal kanker ovarium, belum adanya perbesaran mass, sedangkan pada stadium lanjut kanker ovarium di raba akan terasa seperti karet atau batu massa di abdomen dan terdapat asites.
Palpasi: Pada stadium awal kanker ovarium, belum adanya perbesaran massa, sedangkan pada stadium lanjut kanker ovarium akan terasa seperti karet atau batu massa di abdomen.
Perkusi : Hasilnya suara hipertympani karena adanya massa atau asites yang telah bermetastase ke organ lain.
Auskultasi : Bising usus normal yaitu 5-30 kali/menit.

- 10) Genetalia : Pada beberapa kasus akan mengalami perdarahan abnormal akibat hiperplasia dan hormon siklus menstruasi yang terganggu. Pada stadium lanjut akan dijumpai tidak ada haid lagi.
- 11) Ekstremitas : Tidak ada edema, tidak ada luka dan CRT <2 detik. Pada stadium lanjut akan ditandai dengan kaki edema, Pasien biasanya mengalami kelelahan dan terganggu aktivitas istirahat karena mengalami nyeri dan ansietas (Reeder, 2013).

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien kanker ovarium yaitu:

1. Pola Napas Tidak Efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (SDKI, 2016) D.0005 hal. 26
2. Perfusi Perifer Tidak Efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin (SDKI, 2016) D. 0009 hal. 37
3. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi (SDKI, 2016) D.0022 hal. 62
4. Keletihan berhubungan dengan kondisi fisiologis (penyakit kronis, anemia) (SDKI, 2016) D.0057 hal. 130
5. Nyeri Kronis berhubungan dengan penekanan saraf (SDKI, 2016) D.0078 hal.174
6. Defisit Nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme (SDKI, 2016) D.0019 hal.56

2.4.3 Intervensi Keperawatan

1. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (SDKI, 2016) D.0005 hal. 26

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 24 jam diharapkan Pola napas membaik

Kriteria hasil: **Pola Napas** (SLKI, 2017) **L.01004**

hal.95 1) Dispnea menurun

- 2) Penggunaan otot bantu napas menurun
- 3) Pernapasan cuping hidung menurun
- 4) Frekuensi napas membaik
- 5) Kedalaman napas membaik

Intervensi : **Manajemen Jalan Napas** (SIKI, 2018) **1.01011** hal. 186

Observasi

- 1) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)

Rasional: mengidentifikasi terjadinya hipoksia melalui tanda peningkatan frekuensi, kedalaman dan usaha napas.

- 2) Monitor sputum (jumlah, warna, bau, konsistensi).

Rasional : Tanda infeksi berupa secret tampak keruh dan berbau. Sekret kental dapat meningkatkan hipoksemia dan dapat menandakan dehidrasi

Terapeutik

- 1) Posisikan semi-Fowler atau Fowler

Rasional : meningkatkan ekspansi paru

- 2) Berikan minum hangat

Rasional : memberikan efek ekspektoran pada jalan napas

- 3) Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik

Rasional : mengeluarkan secret jika terdapat batuk tidak efektif

Edukasi

- 1) Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari jika tidak kontraindikasi

Rasional : meningkatkan aktivitas silia mengeluarkan sekret

- 2) Ajarkan teknik batuk efektif

Rasional : memfasilitasi pengeluaran secret

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektorn, mukolitik, jika perlu

Rasional : membantu mengeluarkan dahak, melebarkan jalan napas

2. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan

konsentrasi hemoglobin (SDKI, 2016) D. 0009 hal.37

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat.

- 1) Denyut nadi perifer meningkat
- 2) Warna kulit pucat menurun
- 3) Akral membaik
- 4) Turgor kulit membaik
- 5) Pengisian kapiler membaik

Intervensi : **Perawatan Sirkulasi** (SIKI, 2018) **I.02079** hal.345

Observasi

- 1) Periksa sirkulasi perifer (mis. nadi perifer, edema)

Rasional : mengidentifikasi teradinya penurunan sirkulasi perifer melalui nadi perifer dan edema

Terapeutik

- 1) Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi

Rasional : menghindari penurunan sirkulasi pada perifer

- 2) Lakukan pencegahan infeksi

Rasional : mencegah teradinya infeksi

- 3) Lakukan hidrasi

Rasional : hidrasi dapat membantu perbaikan sirkulasi perifer

Edukasi

- 1) Anjurkan program rehabilitasi vascular

Rasional : membantu perawatan dalam sirkulasi perifer

- 2) Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi

Rasional : membantu perbaikan sirkulasi

- 3) Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan.

Rasional : mengetahui adanya tanda dan gejala perburukan dari sirkulasi perifer tidak efektif

3. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi (SDKI, 2016) D.0022 hal. 62

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 24 jam diharapkan keseimbangan cairan meningkat

Kriteria hasil: **Keseimbangan Cairan** (SLKI, 2017) **L.03020** hal.41

- 1) Haluaran urin meningkat
- 2) Kelembaban membrane mukosa meningkat
- 3) Edema menurun

4) Turgor kulit membaik

5) Asites menurun

Intervensi: **Manajemen Hipervolemia** (SIKI, 2018) **I.03114** hal.181

Observasi

1) Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis. dispnea, edema)

Rasional : mengidentifikasi tanda hipervolemia seperti dispnea dan edema

2) Monitor status hemodinamik (mis. frekuensi jantung, tekanan darah)

Rasional : status hemodinamik dapat menunjukkan adanya hipervolemia melalui tekanan darah, frekuensi jantung

3) Monitor tanda hemokonsentrasi (mis. kadar natrium, BUN, hematokrit)

Rasional : tanda hipervolemia dapat dipastikan dengan adanya pemeriksaan hemokonsentrasi seperti albumin, BUN, dan hematokrit

Teraeutik

1) Batasi asupan cairan dan garam

Rasional : membatasi asupan cairan dan garam dapat mengurangi hipervolemia

2) Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama

Rasional : mengetahui seberapa banyak kelebihan cairan yang dialami

Edukasi

1) Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran urin

Rasional : mengajarkan untuk menyeimbangkan asupan dan haluaran urin agar mengurangi hipervolemia

2) Ajarkan cara membatasi cairan

Rasional : memfasilitasi pembatasan cairan

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian deuretik

Rasional : diuretic dapat membantu mengeluarkan cairan yang berlebih dalam tubuh

4. Keletihan berhubungan dengan kondisi fisiologis (penyakit kronis, anemia) (SDKI, 2016) D.0057 hal. 130

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 24 jam diharapkan tingkat keletihan meningkat.

Kriteria hasil : **Tingkat Keletihan** (SLKI, 2017) **L.05046** hal.141

- 1) Verbalisasi kepulihan energy meningkat
- 2) Kemampuan melakukan aktivitas rutin meningkat
- 3) Verbalisasi lelah menurun
- 4) Lesu menurun

Intervensi: **Manajemen Energi** (SIKI, 2018) **I.05178** hal.176

Observasi

- 1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan

Rasional : mengidentifikasi kelelahan yang disebabkan gangguan fungsi tubuh

- 2) Monitor kelelahan fisik

Rasional : mengetahui adanya kelelahan fisik

- 3) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas

Rasional : mengidentifikasi dimana lokasi dan ketidaknyamanan saat beraktivitas

Terapeutik

- 1) lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif

Rasional : membantu dalam meningkatkan rentang gerak dalam beraktivitas

- 2) Berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan

Rasional : mengurangi kelelahan yang dirasa

Edukasi

- 1) anjurkan tirah baring

Rasional : tirah baring dapat membantu memulihkan tenaga

- 2) anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap

Rasional : memudahkan dalam beraktivitas secara mandiri

Kolaborasi

- 1) kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan

Rasional : peningkatan gizi dapat membantu dalam memulihkan tenaga

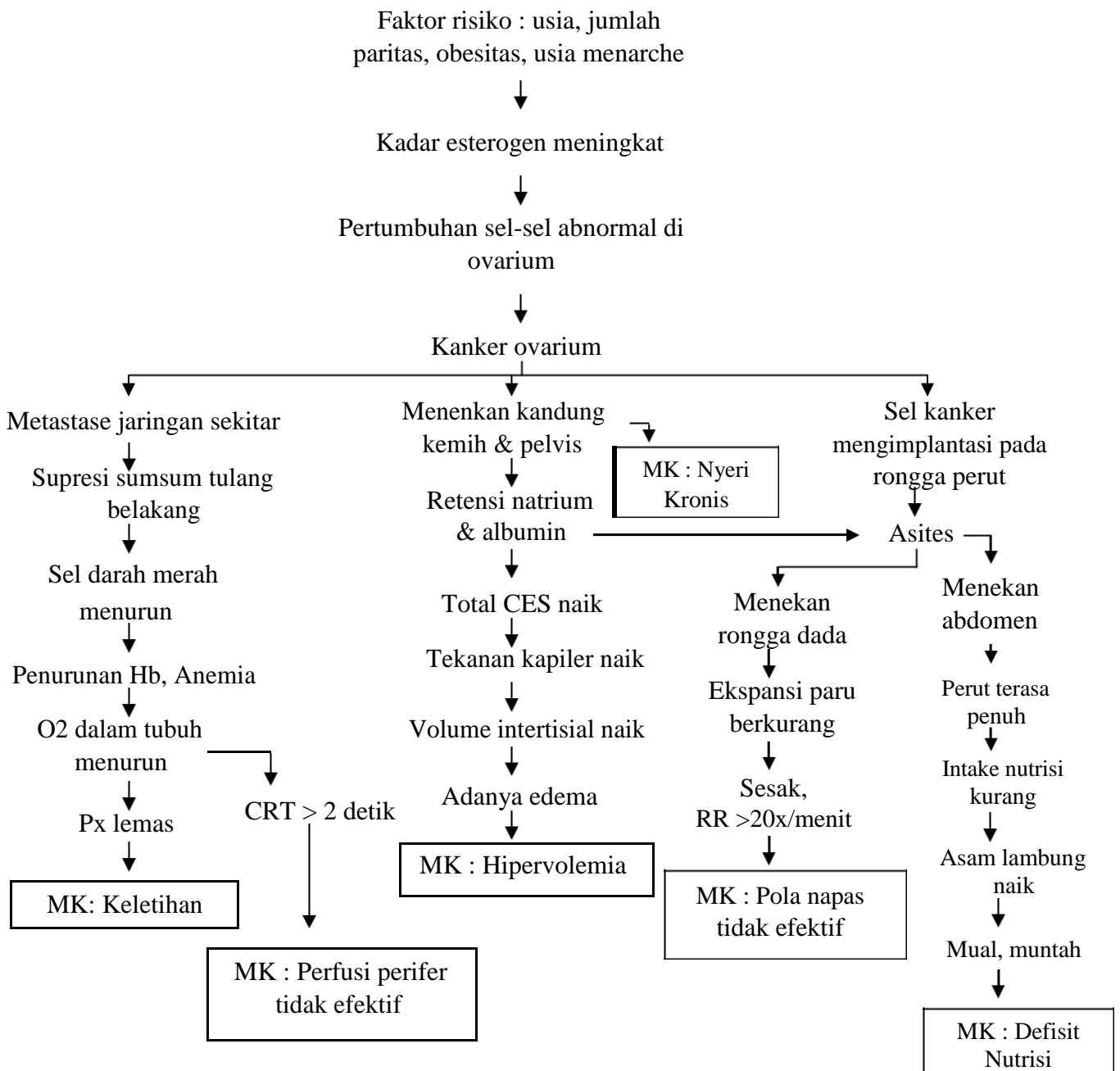
2.4.4 Implementasi

Implementasi digunakan untuk membantu klien dalam mencapai tujuan yang sudah ditetapkan melalui penerapan rencana asuhan keperawatan dalam bentuk intervensi. Pada tahap ini perawat harus memiliki kemampuan dalam berkomunikasi yang efektif, mampu menciptakan hubungan saling percaya dan saling bantu, observasi sistematis, mampu memberikan pendidikan kesehatan, kemampuan dalam advokasi dan evaluasi. Implementasi adalah tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana perawatan. Tindakan ini mencakup tindakan mandiri dan kolaborasi (Tarwoto & Wartonah, 2011)

2.4.5 Evaluasi

Evaluasi bertujuan untuk mencapai tujuan yang sudah disesuaikan dengan kriteria hasil selama tahap perencanaan yang dapat dilihat melalui kemampuan klien untuk mencapai tujuan tersebut (Setiadi, 2012)

2.5 Kerangka Masalah Keperawatan



Gambar 2.4 Kerangka Masalah Keperawatan Pada Kanker Ovarium

(Nurarif .A. H. & Kusuma. H., 2015)

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Bab ini membahas mengenai asuhan keperawatan pada Ny. P dengan diagnosis medis Kanker Ovarium meliputi: 1) Pengkajian, 2) Diagnosis Keperawatan, 3) Intervensi Keperawatan, 4) Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

3.1 Pengkajian

3.1.1 Identitas Pasien

Pengkajian dilakukan pada tanggal 21 April 2021 di ruang Instalasi Gawat Darurat RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, terhadap Ny. P, usia 49 tahun, berjenis kelamin perempuan, beragama islam, suku bangsa jawa/Indonesia, dan bertempat tinggal di Surabaya. Pendidikan terakhir SMA dan saat ini menjadi ibu rumah tangga. Penanggung jawab biaya rumah sakit adalah BPJS. Pasien dirawat dengan Anemia neoplastic disease. Pasien masuk melalui IGD pukul 09.30 dengan keluhan badan lemas.

3.1.2 Primary Survey

Pasien datang menggunakan mobil pribadi diantar oleh suaminya pada pukul 09.30 di Instalasi Gawat Darurat RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, pasien masuk IGD dengan menggunakan bed, kondisi pasien saat datang pasien sesak napas, lemas, akral hangat kering, pucat dan kaki bengkak. Kondisi pasien lemah kesadaran somnolen, GCS E: 3, V: 5, M: 6, kategori triase P1 warna merah, dengan klasifikasi kasus medic *emergency non trauma*.

Hasil pemeriksaan di IGD keluhan utama pasien: sesak napas dan badan lemas dirasakan sudah seminggu, disertai dengan kaki bengkak dirasa sudah 3 minggu yang lalu. Pasien mengatakan kesulitan dalam beraktivitas karena badan

terasa lemas dan sesak napas. Sebelum ke IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya pasien tidak pernah membawa ke fasilitas yang lain dan belum dilakukan tindakan apapun selama dirumah, dikarenakan keluhan semakin dirasa memberat suami pasien memutuskan untuk membawa pasien ke IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

Riwayat penyakit dahulu, suami pasien mengatakan jika pasien memiliki riwayat penyakit kanker ovarium dan pernah menjalani operasi pada bulan maret 2020, serta telah menjalani kemoterapi sebanyak 6x yang terakhir pada bulan September 2020. Suami pasien juga mengatakan telah dilakukan pemasangan DJ-Stent di RS Brawijaya pada tanggal februari 2021. Pasien tidak memiliki alergi baik obat-obatan atau makanan. Hasil vital sign pasien didapatkan tekanan darah 134/90 mmHg, Nadi 107x/menit (regular), pernapasan 29x/menit, SpO₂ 94% tanpa bantuan oksigen, suhu 36,9°C, pasien tidak ada keluhan nyeri.

Pemeriksaan *Airway* jalan nafas pasien paten, tidak ada suara snoring atau gargling, *Breathing* didapatkan pergerakan dada simetris, irama pernapasan regular, suara nafas tambahan tidak ada, pasien diberikan terapi oksigen nasal 3 lpm SpO₂ 98%. *Circulation* didapatkan irama jantung reguler, akral hangat, kering, dan pucat. Membrane mukosa normal, CRT <3detik, turgor kulit baik, terdapat edema dengan pitting edema derajat dua di tungkai kaki kiri, tidak ada perdarahan. *Disability* di dapatkan kesadaran somnolen, GCS E: 3, V:5, M:6 pupil: isokor, ukuran 2mm/2mm reflek cahaya +/+, tidak ada fraktur, tidak ada paralisis.

3.1.3 Secondary Survey

Hasil pemeriksaan fisik Head to Toe didapatkan kulit teraba hangat, kering, pucat, ikterik (-/-). Kondisi kepala, rambut berwarna hitam dan sebagian beruban,

distribusi merata, tidak ada kelainan. Mata, palpebra edema (-/-), konungtiva anemis (+/+), sclera ikterik (-/-), reflek cahaya (+/+), pupil: isokor. Telinga: nyeri tekan (-/-), serumen (-), tidak ada reaksi alergi. Hidung : secret (-/-), tidak ada reaksi alergi dan pembesaran polip, terdapat pernapasan cuping hidung. Terpasang oksigen nasal 3lpm. Mulut dan gigi: tidak ada caries gigi, pasien tidak menggunakan gigi palsu, tidak ada sariawan, tidak ada perdarahan pada gusi, bibir kering, tidak ada kesulitan dalam menelan. Leher: tidak ada pembesaran pada kelenjar tiroid, tidak ada nyeri. Thoraks/dada: Bentuk dada normochest, paru-paru: inspeksi: simetris kanan kiri, tidak ada retraksi dinding dada, palpasi: fremitus simetris kanan kiri, perkusi: sonor pada seluruh lapang paru, auskultasi: suara napas vesikuler, rhonci (-), wheezing (-), krepitasi (-). Jantung: inspeksi: iktus tidak terlihat, palpasi: kecepatan denyut apical 107x/menit, perkusi: batas jantung dalam batas normal, auskultasi: bunyi jantung S1 S2 tunggal, irama teratur regular. Abdomen: inspeksi: terdapat asites, palpasi: tidak ada nyeri tekan, hepar/linen tidak teraba, perkusi: timpani, auskultasi: bising usus (+) 10x/menit. Genetalia: saat ini pasien terpasang kateter dengan folley cath no.16 balon 15ml, kondisi genetalia bersih. Musculoskeletal: ada edema di tungkai kaki kiri dengan pitting edema derajat dua, akral teraba hangat, tidak ada fraktur, turgor kulit elastic, kontraktur pergerakan tidak ada, pasien terpasang infuse di tangan kiri dengan iv line 14 tpm, no. 20, CRT <3 detik.

3.1.4 Pemeriksaan Penunjang

1. Laboratorium

Hasil Pemeriksaan Laboratorium 21/04/21

White Blood Cell	5.56	(4.0 – 10.0 $10^3/\mu\text{L}$)
Neutrophils	75.6	(50.0 – 70.0 %)
Lymphocytes	17.1	(20.0 – 40.0 %)
Monocytes	5.2	(3.0 – 12.0 %)
Easinophiles	2.1	(0.5 – 5.0 %)

Basophils	0.0	(0.0 – 1.0 %)
Red Blood Cell	3.08	(3.5 – 5.5 10 ⁶ /μL)
Hemoglobin	9.8	(12 – 15 g/dL)
Hematocrit	30.4	(37 – 54%)
MCV	98.5	(80 – 100 fL)
MCH	31.9	(27 – 34 pg)
MCHC	32.3	(32 – 36 g/dL)
RDW	14.6	(11 – 16%)
Platelet	260	(150 – 450 10 ³ /μL)
MPV	8.6	(6.5 – 12.0 fL)

Hasil Pemeriksaan Kimia Klinik 21/04/21

Gula Darah Acak	112	(<120 mg/dl)
Blood Urea Nitrogen	11	(10 – 24 mg/dl)
Creatinine	0.9	(0.6 – 1.5 mg/dl)
Albumin	2.99	(3.40 – 4.80 mg/dl)
Natrium	138.3	(135 – 147 mmol/l)
Kalium	3.84	(3 – 5 mmol/l)
Klorida	109.1	(95 – 105 mmol/l)
Rapid Swab Antigen SARS-Cov-2	Negative	(Negative)

Hasil Pemeriksaan Analisa Gas Darah 21/04/21

pH	7,471	(7,35 – 7,45)
pCO ₂	34.2	(35 – 45 mmHg)
pO ₂	155.3	(80 – 100 mmHg)
HCO ₃	24.4	(22 – 26 mmol/l)
Be	0.8	(-2 - +2 mmol/l)

2. Foto Thorax

Hasil Foto Thorax tanggal 21/04/21

Cor : besar & bentuk normal

Pulmo: infiltrate/perselubungan (-), nodul (-)

Sinus phrenicocostalis kanan tumpul, kiri tajam

Diaphragm kanan kiri baik

Tulang-tulang baik, osteolitik/osteoblastik (-)

Kesimpulan : Metastase proses pada paru & tulang (-), effusi pleura minimal kanan suspect metastase proses subpleura.

3.1.5 Penatalaksanaan Medis

Daftar Terapi yang diberikan yaitu:

Tabel 3.1 Penatalaksanaan Medis

No	Obat yang diberikan	Dosis	Rute	Indikasi
1	NaCl 0.9%	500 ml/14 tpm	Infus	Pengganti cairan tubuh yang hilang
2	Furosemid	20mg	Iv	Sebagai diuretic, pengeluar cairan berlebih dari dalam tubuh

3.2 Diagnosa Keperawatan

3.2.1 Analisa Data

Penulis mengelompokkan data dari hasil pengkajian kemudian dianalisa

sehingga dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

Tabel 3.2 Analisa Data

Data	Etiologi	Masalah
DS : Pasien mengeluh sesak DO : 1. Adanya napas cuping hidung 2. Pernapasan: 29x/menit (16-20x/menit) 3. Nadi : 107x/menit regular 4. Pasien terpasang O2 nasal 3 lpm Hasil pemeriksaan BGA 21/04/2021 1. pH : 7.47 (7.35 – 7.45) 2. PCO2 : 34.2 mmHg (35 – 45 mmHg) 3. pO2 : 155.3 mmHg (89 – 116 mmHg) 4. HCO3 : 24.4 mmol/l (22-26 mmol/l)	Perubahan membran alveolus-kapiler	Gangguan pertukaran gas (SDKI, 2016) D. 0003
DS : Pasien mengatakan badan terasa lemas DO : 1. Nadi : 107x/menit regular 2. Warna kulit pucat 3. Adanya edema pada	Penurunan konsentrasi hemoglobin	Perfusi Perifer Tidak efektif (SDKI, 2016) D. 0009

<p>tungkai kaki kiri dengan pitting edema derajat dua</p> <p>Data Penunjang: Hasil pemeriksaan laborat 21/04/2021: 1. Hb: 9,8 g/dL (12,1 – 15,1 g/dL)</p>		
<p>DS: Pasien mengeluh sesak DO: 1. Dyspnea (sesak) 2. Adanya edema pada kaki kiri 3. Adanya asites 4. Urin pasien 200cc 5. Pernapasan : 29x/menit 6. Nadi : 107 x/menit regular</p> <p>Data penunjang: Hasil pemeriksaan laborat 21/04/2021: 1. Hb: 9,8 g/dL (12,1 – 15,1 g/dL) 2. Hct : 30,4 % (37 – 54 %) 3. Albumin : 2,99 mg/dl (3.40 – 4.80 mg/dl)</p>	<p>Gangguan mekanisme regulasi</p>	<p>Hipervolemia (SDKI, 2016) D.0022</p>

3.2.2 Prioritas Masalah

Tabel 3.3 Prioritas Masalah Keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	TANGGAL		TTD
		Ditemukan	Teratasi	
1.	Gangguan Pertukaran Gas (SDKI, 2016) D. 0003	21 April 2021	-	
2.	Perfusi Perifer Tidak Efektif (SDKI, 2016) D. 0009	21 April 2021	-	
3.	Hipervolemia (SDKI, 2016) D.0022	21 April 2021	-	

3.3 Intervensi Keperawatan




Tabel 3.4 Intervensi Keperawatan




No	Masalah	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Gangguan Pertukaran gas (SDKI, 2016) D.0003	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2 – 4 jam diharapkan pertukaran gas meningkat.	<p>Pertukaran Gas L.01003</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dipsnea menurun 2. PaCO₂ membaik (35-45 mmHg) 3. PO₂ membaik (>80 mmHg) 4. pH arteri membaik (7.35-7.45) 5. Pola napas membaik (12-20 kali/menit) 6. Napas cuping hidung menurun, 7. Warna kulit membaik 8. Tingkat kesadaran meningkat (SLKI, 2018) 	<p>Pemantauan Respirasi I.01014</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya napas 2. Monitor pola napas (seperti: bradipnea, takipnea, <i>kussmaul</i>) 3. Monitor saturasi oksigen 4. Monitor nilai Analisa Gas Darah 5. Auskultasi bunyi napas 6. Berikan oksigen dan monitor kecepatan aliran oksigen 3lpm 7. Monitor efektifitas terapi oksigen 8. Jelaskan tujuan dan prosedur pemberian oksigen, (SIKI, 2018)



2.	Perfusi perifer tidak efektif (SDKI, 2016) D.0009	setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2 – 4 jam diharapkan perfusi perifer meningkat	Perfusi Perifer L.02011 <ol style="list-style-type: none"> 1. Denyut nadi perifer meningkat (60 – 100 kali/menit) 2. Warna kulit pucat menurun, 3. Edema menurun (SLKI, 2018) 	Perawatan Sirkulasi I.02079 <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa sirkulasi perifer (seperti nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna) 2. Hindari pemasangan infuse atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi 3. Lakukan pencegahan infeksi 4. Lakukan hidrasi sesuai advis dokter Nacl 0,9% 15 tpm 5. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (seperti rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, hilangnya rasa) (SIKI, 2018)
3.	Hipervolemia (SDKI, 2016) D.0022	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2 – 4 jam diharapkan keseimbangan cairan meningkat	Keseimbangan cairan L.03020 <ol style="list-style-type: none"> 1. Kelembaban membrane mukosa meningkat 2. Edema menurun 3. Denyut nadi radial membaik 4. asites menurun (SLKI, 2018) 	Pemantauan Cairan I.03121 <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor frekuensi dan kekuatan nadi 2. Monitor waktu pengisian kapiler 3. Monitor kadar albumin 4. Memonitor tanda-tanda hipervolemia (seperti dispnea, edema perifer) 5. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan (SIKI, 2018).

3.4 Implementasi & Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.5 Implementasi & Evaluasi Keperawatan

Hari/Tgl	Masalah Keperawatan	Waktu	Implementasi	Paraf	Evaluasi formatif SOAPIE / Catatan perkembangan	Paraf
21/04/2021	1,2,3	09.30	- Melakukan pengkajian data serta observasi kepada pasien Hasil: GCS E:3 V:5 M:6, tekanan darah 134/90 mmHg, Nadi 107x/menit (regular), pernapasan 29x/menit, SpO2 94%, suhu 36,9°C	 Puput	DX 1: Gangguan Pertukaran gas (SDKI. D.0003) hal. 22 S: pasien mengatakan masih terasa sesak O:	 Puput
	1,3	09.35	- Memberikan oksigen dan monitor kecepatan aliran oksigen dan efektifitas oksigen (pasien terpasang nasal 3 lpm dengan SpO2: 98%)		- Terdapat napas cuping - warna kulit pucat menurun. - Tanda-tanda vital: TD: 130/80 mmHg, N: 99x/menit (regular), RR: 24 x/menit SpO2 : 98% dengan nasal 3lpm, S: 36,5 °C (frontal), CRT <2 detik.	
	1,3	09.40	- Menjelaskan tujuan dan prosedur pemberian oksigen (px mengerti yg dijelaskan)		- Dari hasil pemeriksaan BGA 21/04/2021 didapatkan pH : 7.47 (7.35 – 7.45), PCO2 : 34.2 mmHg (35 – 45 mmHg), pO2 : 155.3 mmHg (89 – 116 mmHg), HCO3 : 24.4	
	2	09.45	- Memeriksa sirkulasi perifer meliputi: nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna Hasil: Nadi 107x/menit, terdapat edema pada kaki kiri, CRT <3detik, warna kulit pucat),	 Puput		
	2	09.55	- Menghindari pemasangan infuse atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi			
	2	10.00	- Melakukan pencegahan infeksi			

			(melakukan cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien, menggunakan handscoon saat tindakan invasif)		mmol/l (22-26 mmol/l) A: Masalah belum teratasi P: Intervensi 1,2,3,4,5,6,7 dilanjutkan	
	2	10.05	- Melakukan hidrasi (sesuai advis dokter pasien diberikan infuse Nacl 0.9% 500ml),	 Puput		
	3	10.10	- Memberikan injeksi furosemid 20mg		DX 2: Perfusi perifer tidak efektif (SDKI. D.0009) hal. 37	
	2	10.20	- Menginformasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan meliputi rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, dan hilangnya rasa		S: Pasien mengatakan lemas berkurang	 Puput
	1,2,3	10.25	- Memonitor waktu pengisian kapiler Hasil: CRT <3detik		O:	
	3		- Memonitor tanda-tanda hipervolemia meliputi dispnea, edema perifer Hasil: pasien mengalami sesak, RR: 29x/menit, terdapat edema pitting edema derajat dua pada tungkai kaki kiri, dan terdapat asites	 Puput	- Akral: hangat, warna kulit pucat menurun - TTV: Nadi: 99x/menit RR: 24 x/menit SpO2 : 98% dengan nasal 3lpm Suhu: 36,5 °C (frontal)	
	1,2,3	10.30	- Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan		- Hasil laboratorium jumlah hemoglobin masih sama yaitu 9,8 g/dL (12,1 – 15,1 g/dL)	
	1	11.30	- Memonitor hasil analisa gas darah Hasil: pH : 7.47 (7.35 – 7.45), PCO2 : 34.2 mmHg (35 – 45 mmHg), pO2 : 155.3 mmHg (89 – 116 mmHg),		A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi 1,3,4,5 dilanjutkan	

	2,3		<p>HCO₃ : 24.4 mmol/l (22-26 mmol/l)),</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor hasil laboratorium Hasil: albumin : 2,99 (3.40 – 4.80 mg/dl), Hb: 9,8 g/dL (12,1 – 15,1 g/dL), Hct : 30,4 % (37 – 54 %) - Mengkonsultasikan dengan dokter hasil pemantauan 	 Puput	<p>DX 3: Hipervolemia (SDKI. D.0022) hal. 62</p> <p>S: Pasien mengatakan masih terasa sesak</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TTV: TD: 130/80 mmHg N: 99x/menit (regular) RR: 24x/menit SpO₂ : 98% dengan nasal 3lpm, Suhu: 36,5 °C (frontal) CRT <2 detik. - edema pada tungkai pada kaki kiri dengan derajat pitting edema dua - terdapat asites. - Hasil pemeriksaan laborat pada tanggal 21/04/2021 didapatkan Hb: 9,8 g/dL (12,1 – 15,1 g/dL), Hct : 30,4 % (37 – 54 %), Albumin : 2,99 mg/dl (3.40 – 4.80 mg/dl) <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi 1,2,3,4,5 dilanjutkan</p>	 Puput
	1,2,3					

BAB 4

PEMBAHASAN

Pada bab ini akan disajikan tentang pembahasan mengenai asuhan keperawatan pada pasien Ny. P dengan diagnosa medis kanker ovarium di Ruang Instalasi Gawat Darurat RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, melalui pendekatan studi kasus untuk mendapatkan kesenjangan antara teori dan praktek dilapangan. Pembahasan terhadap proses asuhan keperawatan ini di mulai dari pengkajian, rumusan masalah, perencanaan asuhan keperawatan, pelaksanaan dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 21 April 2021 di ruang Instalasi Gawat Darurat RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, terhadap Ny.P usia 49 tahun berjenis kelamin perempuan, Pasien dirawat dengan diagnosis medis kanker ovarium. Pasien masuk IGD pukul 09.30 WIB dengan keluhan sesak napas dan badan lemas. Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa kanker ovarium lebih banyak terjadi pada kelompok dewasa akhir sampai lansia akhir pada usia 36-65 tahun. Penelitian lain juga dilakukan terhadap penderita kanker ovarium pada tahun 2015-2016 di RSUD H. Abdul Moeloek menunjukkan jumlah kasus yang terbanyak pada usia ≥ 36 tahun, yaitu 85% dan terdapat 71 orang (86,6%) yang mengalami derajat histopatologi buruk (Simamora, Rian P. A., 2018). Menurut asumsi penulis kanker ovarium sangat berkembang cepat pada usia diatas 30 tahun karena merupakan masa premenopause yaitu dimana jumlah estrogen dan progesteron yang dihasilkan oleh tubuh akan mengalami penurunan secara bertahap, dan sel telur yang ada di dalam indung telur akan mengalami penurunan dan memiliki peluang kecil untuk dibuahi lagi. Sehingga pada saat itulah beresiko

timbulnya folikel yang berisi cairan di ovarium yang lama kelamaan bisa berkembang dari kista ovarium menjadi kanker ovarium.

Pasien datang menggunakan mobil pribadi diantar oleh suaminya pada pukul 09.30 di Intalasi Gawat Darurat RSPAL DR. Ramelan Surabaya, pasien masuk IGD dengan menggunakan bed, kondisi pasien saat datang pasien sesak napas, lemas, akral hangat kering, pucat, penurunan kesadaran dan kaki bengkak. Menurut Doubeni & Myers (2016) survey terhadap 1.709 wanita yang telah didiagnosis kanker ovarium sebanyak 72% melaporkan mempunyai sakit punggung, kelelahan, sakit perut/kembung selama tiga bulan atau lebih. Sedangkan pada kanker stadium lanjut didapatkan gejala dari sel kanker yang bermetastase seperti obstruksi usus, sesak napas, dan perut membuncit. Manifestasi dari kanker ovarium dapat dirasa dan semakin memberat seiring bertambahnya stadium kanker tersebut.

Hasil pemeriksaan di IGD keluhan utama pasien: sesak napas dan badan lemas dirasakan sudah seminggu, disertai dengan kaki bengkak dirasa sudah 3 minggu yang lalu. Pasien mengatakan kesulitan dalam beraktivitas karena badan terasa lemas dan sesak napas. Kanker ovarium pada stadium dini tidak memberikan keluhan, sedangkan keluhan yang sering timbul pada kanker stadium lanjut adalah mudah lelah, perut membuncit, sering kencing dan nafas pendek sehingga pasien kanker ovarium akan mengalami penurunan aktifitas akibat mudah lelah (Ari, Yanti & Sulistianingsih, 2016). Selain itu menurut Prawirohardjo (2014) pada pasien dengan kanker ovarium pada stadium lanjut sering ditemukan keluhan asites, perut membuncit, kembung dan mual, gangguan nafsu makan, gangguan BAB dan BAK, serta sesak nafas. Hal ini sejalan dengan

kondisi yang ditemukan pada pasien bahwa Ny.P memiliki gejala yang telah disebutkan seperti sesak nafas, mudah lelah, adanya edema, dan terdapat asites.

Riwayat penyakit dahulu, suami pasien mengatakan jika pasien memiliki riwayat penyakit kanker ovarium dan pernah menjalani operasi pada bulan maret 2020, serta telah menjalani kemoterapi sebanyak 6x yang terakhir pada bulan September 2020. Pengobatan standar untuk kanker ovarium stadium lanjut adalah operasi dan diikuti dengan kemoterapi. Pembedahan sendiri dilakukan untuk menegakkan diagnosis secara akurat dan untuk mengangkat jaringan yang mati. Penelitian yang dilakukan oleh (Hwang, Cho, & Yoo, 2016) mengatakan pasien dengan kanker ovarium stadium lanjut umumnya menerima pengobatan selama lebih dari 6 bulan setelah operasi dan 6-8 siklus kemoterapi. Prosedur pembedahan dan kemoterapi pada pasien kanker memberikan efek yang dapat mempengaruhi kesehatan fisik pasien. Hal ini sejalan dengan kondisi yang ditemukan pada pasien bahwa pasien tersebut memiliki riwayat operasi dan kemoterapi yang telah dilakukan.

Saat datang ke IGD di dapatkan data pengkajian dengan *Airway, Breathing, Circulation, Disability*, dan pemeriksaan fisik ditemukan bahwa *Airway* jalan nafas pasien paten, tidak ada suara snoring atau gargling, *Breathing* didapatkan pergerakan dada simetris, irama pernapasan regular, suara nafas tambahan tidak ada, terdapat pernapasan cuping hidung, pernapasan 29x/menit, pasien diberikan terapi oksigen nasal 3 lpm SpO₂ 98%. *Circulation* didapatkan irama jantung regular, akral hangat, kering, dan pucat. Membrane mukosa normal, CRT <3detik, turgor kulit baik, tekanan darah 134/90 mmHg, Nadi 107x/menit (regular), terdapat edema pada tungkai kaki kiri dengan pitting edema derajat dua. *Disability*

di dapatkan kesadaran somnolen, GCS E: 3, V:5, M:6 pupil: isokor, ukuran 2mm/2mm reflek cahaya +/+, tidak ada fraktur, tidak ada paralisis. Pada pengkajian *breathing* ditemukan bahwa pasien mengalami alkalosis respiratori, hal ini didukung dengan hasil pemeriksaan analisa gas darah sebagai berikut pH : 7.47 (7.35 – 7.45), PCO₂ : 34.2 mmHg (35 – 45 mmHg), pO₂ : 155.3 mmHg (89 – 116 mmHg), HCO₃ : 24.4 mmol/l (22-26 mmol/l) dimana dari hasil analisa gas darah menunjukkan pasien mengalami alkalosis respiratori. Menurut (Raden dkk, 2019) salah satu komplikasi yang dapat terjadi pada pasien dengan kanker ovarium yaitu efusi pleura, dimana efusi pleura merupakan penumpukkan cairan diantara jaringan yang melapisi paru-paru dan dada. Cairan tersebut dapat menumpuk disekitar paru-paru karena adanya peradangan yang disebabkan oleh sel kanker, sehingga hal ini akan berpengaruh pada kinerja paru dan compliance paru akan berkurang dan dapat mengalami hiperventilasi. Hal ini sejalan dengan hasil temuan pada pasien yang mengalami alkalosis respiratori, dimana penyebab mendasar alkalosis respiratori adalah hiperventilasi yang disebabkan oleh rendahnya masukan O₂ ke alveolus yang menyebabkan terjadinya peningkatan CO₂ dalam alveolus yang disebut dengan hiperventilasi yang akan menyebabkan terjadinya alkalosis respiratori.

Pada pengkajian *Circulation* didapatkan irama jantung reguler, akral hangat, kering, dan pucat. Membrane mukosa normal, CRT <3detik, turgor kulit baik, tekanan darah 134/90 mmHg, Nadi 107x/menit (regular), terdapat edema pada tungkai kaki kiri dengan pitting edema derajat dua dan hasil pemeriksaan laborat Ny.P terjadi penurunan hemoglobin dengan 9,8 g/dL (12,1 – 15,1 g/dL). Pada kanker ovarium sering terjadi penurunan hemoglobin atau anemia. Anemia terkait

kanker ini merupakan kondisi yang terjadi akibat perkembangan dari kanker itu sendiri. Keganasan sel kanker dapat mengakibatkan proses peningkatan fibrosis di dalam sumsum tulang yang akan mengurangi volume rongga sumsum tulang, proses ini akan menyebabkan gangguan pelepasan sel darah merah yang matang dari sumsum tulang dimana sel darah merah matang mengandung banyak hemoglobin yang berfungsi membawa oksigen dan diedarkan keseluruh tubuh sehingga apabila hemoglobin dalam tubuh berkurang maka akan dapat mengalami anemia (Maccio *et al*, 2015). Hal ini sesuai dengan kondisi pasien yang mengalami kanker ovarium stadium lanjut dan pasien juga mengalami anemia karena perkembangan sel kanker yang telah bermetastase pada sumsum tulang yang dapat mengurangi produksi sel darah sehingga hemoglobin yang membawa oksigen keseluruh tubuh berkurang.

Pada pengkajian *Circulation* juga didapatkan adanya asites dan edema pada tungkai kaki kiri dengan pitting edema derajat dua dan hasil laboratorium Hb: 9,8 g/dL (12,1 – 15,1 g/dL), Hct : 30,4 % (37 – 54 %), Albumin : 2,99 mg/dl (3.40 – 4.80 mg/dl). Menurut Prawirohardjo (2014) manifestasi klinis dari kanker ovarium stadium lanjut yaitu adanya asites, penyebaran ke omentum (lemak perut), perut membuncit, kembung dan mual, gangguan nafsu makan, gangguan BAB dan BAK, sesak nafas. Menurut (Oktarina, Rasyad, & Safyudin, 2015) albumin merupakan suatu protein plasma yang berfungsi untuk membentuk tekanan osmotik koloid di dalam plasma. Pada penderita kanker biasanya mengalami kekurangan protein dan atau kerusakan hepar yang diakibatkan sel kanker bermetastase sehingga merusak hampir semua protein plasma yang diproduksi pada hepar. Penurunan tekanan osmotik menyebabkan kelebihan

cairan yang keluar sementara cairan yang direabsorpsi lebih sedikit daripada normal. Hal tersebut dapat menyebabkan terjadinya edema pada penderita kanker karena penurunan albumin. Selain itu hipoalbumin dapat menyebabkan asites karena asites dapat terjadi karena obstruksi drainase limfatik terkait kanker, peningkatan permeabilitas pembuluh darah, over-aktivasi sistem *renin-angiotensin-aldosteron*, hasilan cairan neoplastik dan *metalloproteinase* yang menurunkan matriks ekstraseluler (Rahmawati & Pakasi, 2016). Hal ini sesuai dengan kondisi pasien yang ditemukan hipoalbumin, adanya edema pada tungkai kaki kiri dengan pitting edema derajat dua, selain itu juga ditemukan pada hasil pemeriksaan laboratorium ditemukan penurunan albumin.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa yang muncul pada tinjauan kasus diatas, yaitu:

1. Gangguan pertukara gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus kapiler.

Diperoleh data pada pemeriksaan fisik GCS E:3 V:5 M:6, tekanan darah 134/90 mmHg, Nadi 107x/menit (regular), pernapasan 29x/menit, SpO₂ 94 % tanpa oksigen, suhu 36,9°C, Hasil analisa gas darah pH : 7.47 (7.35 – 7.45), PCO₂ : 34.2 mmHg (35 – 45 mmHg), pO₂ : 155.3 mmHg (89 – 116 mmHg), HCO₃ : 24.4 mmol/l (22-26 mmol/l). Menurut SDKI, (2016) pada domain D.0003, menjelaskan pada data objektif gangguan pertukaran gas tanda mayor minor yang terdapat pada Ny. P yaitu hasil laborat pH arteri meningkat, Pco₂ menurun, terdapat napas cuping hidung, pola napas cepat dengan RR: 29x/menit. Masalah keperawatan yang ini menjadi masalah prioritas pada asuhan keperawatan pasien dengan kanker ovarium dikarenakan gangguan pertukaran

gas dapat menyebabkan suatu kondisi gagal napas dimana ketidakmampuan tubuh dalam mempertahankan tekanan parsial normal O₂ dan atau CO₂ didalam darah. Gagal napas adalah suatu kegawatan yang disebabkan oleh gangguan pertukaran oksigen dan karbondioksida, sehingga sistem pernafasan tidak mampu memenuhi metabolisme tubuh. Selain itu gangguan pertukaran gas menunjukkan penurunan kapasitas difusi, yang disebabkan oleh menurunnya luas permukaan difusi, menebalkan membrane alveoli kapiler, dan dapat menyebabkan pengangkutan O₂ dari paru ke jaringan mejadi terganggu (Mubarak *et al*, 2015).

Berdasarkan asumsi penulis maka Ny.P memiliki masalah utama yaitu gangguan pertukaran gas seperti data yang ditunjukkan bahwa pasien mengalami alkalosis respiratori dari hasil analisa gas darah yang dilakukan, selain itu pada pemeriksaan hemoglobin mengalami penurunan yang dapat menyebabkan penurunan oksigen dalam darah terganggu, sehingga pertukaran oksigen dan karbondioksida tidak seimbang yang mengakibatkan karbondioksida dalam alveoli lebih banyak sehingga Ny.P mengalami alkalosis respiratori, jika masalah ini tidak diselesaikan maka bisa menimbulkan kegawatan yaitu gagal napas.

2. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin.

Diperoleh data pengkajian pasien mengatakan badan terasa lemas, tanda-tanda vital pasien suhu: 36,9°C, nadi:107x/menit, CRT <3 detik, pemeriksaan fisik ditemukan konungtiva anemis (+/+), warna kulit pucat, adanya edema pada kaki kiri pasien, dan pada hasil laboratorium terdapat penurunan hemoglobin dengan 9,8 g/dL (12,1 – 15,1 g/dL). Menurut SDKI, (2016) pada domain

D.0009, menjelaskan pada data objektif perfusi perifer tidak efektif tanda mayor minor yang terdapat pada Ny. P yaitu warna kulit pucat, adanya edema, dan kondisi klinis yang terkait yaitu anemia.

Perfusi perifer tidak efektif dapat disebabkan karena anemia yang mengakibatkan penurunan sel darah merah, serta nilai hematokrit dan hemoglobin, dimana salah satu fungsi Hb adalah membawa O₂ ke seluruh tubuh maka jika O₂ yang diangkut menurun dapat mengakibatkan suplai O₂ ke jaringan berkurang, hal inilah yang mengakibatkan perfusi perifer tidak efektif (Harahap, 2018).

Berdasarkan analisa penulis penyebab perfusi perifer tidak efektif pada kanker ovarium terjadi karena penurunan suplai O₂ yang diangkut oleh Hb menurun sehingga suplai O₂ pada jaringan juga menurun dan terjadilah perfusi perifer tidak efektif. Selain itu perfusi perifer tidak efektif pada Ny. P ditandai dengan warna kulit pucat, konungtiva anemis, dimana hal tersebut menjadi upaya tubuh dalam memberikan sinyal saat Hb dalam tubuh mengalami penurunan. Selain itu salah satu akibat dari kanker ovarium yaitu mengakibatkan supresi pada sumsum tulang belakang sehingga produksi sel darah merah menurun yang dapat menyebabkan anemia yang dapat berdampak pada perfusi perifer tidak efektif.

3. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi

Diperoleh data pasien didapatkan pasien mengeluh sesak napas, frekuensi pernapasan: 29x/menit, nadi: 107x/menit. Pemeriksaan fisik didapatkan adanya asites dan edema pada kaki kiri. Hasil laboratorium Hb: 9,8 g/dL (12,1 – 15,1 g/dL), Hct : 30,4 % (37 – 54 %), Albumin : 2,99 mg/dl (3.40 – 4.80 mg/dl).

Menurut SDKI, (2016) pada domain D.0022, menjelaskan pada data objektif hipervolemia tanda mayor minor yaitu ada edema pada tungkai kaki kiri dengan pitting edema derajat dua, kadar hemoglobin atau hematokrit menurun serta kondisi klinis yang terkait yaitu hipoalbumin.

Menurut (Mubarak *et al*, 2015) hipoalbumin dapat mempengaruhi kejadian asites dan edema karena salah satu fungsi albumin yaitu mempertahankan cairan tetap berada di intravascular dan mempertahankan tekanan onkotik plasma, apabila albumin mengalami penurunan maka keseimbangan tekanan onkotik menurun yang mengakibatkan cairan pada intravascular meningkat atau dapat berpindah dari intravascular ke ruang interstisial sehingga menyebabkan edema. Hipervolemia didefinisikan peningkatan volume cairan intravascular, interstisial, dan atau intraselular (SDKI, 2016).

Menurut analisa penulis hipervolemia terjadi karena penurunan albumin yang mengakibatkan penurunan tekanan onkotik yang berfungsi untuk mempertahankan cairan tetap pada pembuluh darah. Selain itu pada Ny.P juga ditemukan asites, asites ini sendiri dapat juga diakibatkan oleh penurunan albumin, selain itu asites juga merupakan tanda kanker ovarium stadium lanjut yang sudah bermetastase pada rongga perut.

Diagnosa yang tidak muncul pada kasus Ny. P tetapi ada tinjauan pustaka yaitu:

1. Pola Napas Tidak Efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas
(SDKI, 2016) D.0005 hal. 26
2. Keletihan berhubungan dengan kondisi fisiologis (penyakit kronis, anemia)
(SDKI, 2016) D.0057 hal. 130

3. Nyeri Kronis berhubungan dengan penekanan saraf (SDKI, 2016) D.0078
hal.174
4. Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme
(SDKI, 2016) D.0019 hal.56

4.3 Intervensi Keperawatan

Pembuatan intervensi keperawatan menyesuaikan dengan diagnosa keperawatan yang muncul. Setiap diagnosa yang muncul memiliki tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan sebagai penilaian keberhasilan implementasi yang telah diberikan.

1. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran
alveolus – kapiler (SDKI, 2016) D.0003

Tujuan: setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2 – 4 jam diharapkan pertukaran gas meningkat. Ditandai dengan kriteria hasil : dispnea menurun, PaCO₂ membaik (35-45 mmHg), PO₂ membaik (>80 mmHg), pH arteri membaik (7.35-7.45), pola napas membaik 12-20 kali/menit, napas cuping hidung menurun, warna kulit membaik, dan tingkat kesadaran meningkat (SLKI, 2018). Rencana tindakan keperawatan yang dilakukan adalah: 1) Monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya napas, 2) Monitor pola napas (seperti: bradipnea, takipnea, *kussmaul*), 3) Monitor saturasi oksigen, 4) Monitor nilai Analisa Gas Darah, 5) Auskultasi bunyi napas, 6) Berikan oksigen dan monitor kecepatan aliran oksigen, 7) Monitor efektifitas terapi oksigen, 8) Edukasi: Jelaskan tujuan dan prosedur pemberian oksigen, 9) Kolaborasi penentuan dosis oksigen (SIKI, 2018).

Intervensi yang dapat dilakukan pada masalah gangguan pertukaran gas yaitu ketika pasien datang ke IGD diberikan penanganan pertama yang tepat untuk meningkatkan status kesehatan dan mencegah terjadinya komplikasi serius. Observasi ketat untuk membantu mengontrol perkembangan terapi yang telah dilakukan. Pemantauan tanda-tanda hipoksia yang memberat dalam membantu mengatasi gangguan pertukaran gas dan mencegah terjadinya komplikasi. Pastikan jalan napas pasien paten sebelum memberikan terapi oksigen, serta memberikan posisi yang nyaman.

Hal ini sejalan dengan penelitian (Winda Amiar, 2020) mengatakan Penanganan penurunan saturasi oksigen dan sesak napas dapat dilakukan dengan pengaturan posisi, latihan pernafasan, dan pemberian oksigen nasal, masker dan pemberian obat-obatan bronkodilator serta *pursed Lips Breathing* yang merupakan salah satu teknik termudah dalam mengurangi sesak nafas dengan cara membantu masuknya udara ke dalam paru dan mengurangi energi yang dikeluarkan saat bernafas. Posisi semi fowler mengandalkan gaya gravitasi untuk membantu melancarkan jalan nafas menuju ke paru sehingga oksigen akan mudah masuk.

2. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin (SDKI, 2016) D.0009

Tujuan: setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2 – 4 jam diharapkan perfusi perifer meningkat. Ditandai dengan kriteria hasil: denyut nadi perifer meningkat (60 – 100 kali/menit) warna kulit pucat menurun, edema menurun (SLKI, 2018). Rencana tindakan keperawatan yang dilakukan adalah: 1) periksa sirkulasi perifer (seperti nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna), 2)

hindari pemasangan infuse atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi, 3) lakukan pencegahan infeksi, 4) lakukan hidrasi, 5) informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (seperti rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, hilangnya rasa) (SIKI, 2018).

Intervensi keperawatan mandiri yang dapat dilakukan perawat adalah memonitor suhu dan tanda vital lainnya yang menjadi tanda perburukan kondisi pasien. Pemantauan tanda – tanda sirkulasi perifer dengan tepat dapat mengurangi gangguan perfusi perifer ke jaringan karena jika O₂ yang diangkut menurun akan mengakibatkan penurunan O₂ dalam jaringan yang dapat berbahaya terutama pada sirkulasi paru dan jantung jika tidak ditangani dengan tepat dalam jangka waktu yang lama.

Hal ini sejalan dengan penelitian Bulechek *et al*, (2016) mengatakan salah satu intervensi yang dapat dilakukan dalam menangani perfusi perifer tidak efektif yaitu dapat dilakukan dengan penilaian komprehensif terhadap sirkulasi perifer seperti memeriksa denyut perifer, edema, pengisian kapiler, suhu, dan warna, selain itu juga dapat dilakukan monitor kemerahan, nyeri atau pembengkakan.

3. Hipervolemia berhubungan dengan ganggaun mekanisme regulasi (SDKI, 2016) D.0022

Tujuan: setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2 – 4 jam diharapkan keseimbangan cairan meningkat, ditandai dengan kriteria hasil: 1) kelembaban membrane mukosa meningkat, 2) edema menurun, 3) Denyut nadi radial membaik, 4) asites menurun (SLKI, 2018). Rencana tindakan keperawatan yang dilakukan adalah: 1) monitor frekuensi dan kekuatan nadi, 2) monitor waktu

pengisian kapiler, 3) monitor kadar albumin, 4) identifikasi tanda-tanda hipervolemia (seperti dispnea, edema perifer), 5) edukasi: jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan (SIKI, 2018).

Pemantauan hipervolemia dapat dilakukan dengan memonitor intake dan output cairan, memonitor status hemodinamik seperti frekuensi jantung, serta tekanan darah. Pemantauan tekanan darah menjadi salah satu indikator adanya peningkatan volume cairan sehingga penting untuk dilakukan dalam intervensi pada hipervolemia.

Hal ini sejalan dengan penelitian Fany Angraini (2016) mengatakan Pemantauan tekanan darah menjadi salah satu intervensi utama dalam penanganan klien dengan hipervolemia karena TD merupakan salah satu indikator adanya peningkatan volume cairan intravaskuler sehingga intervensi pemantauan TD sangat penting untuk memperkirakan kemungkinan terjadinya *overload* pada pasien.

4.4 Implementasi Keperawatan

Pembuatan implementasi keperawatan menyesuaikan dengan intervensi keperawatan yang telah direncanakan. Pelaksanaan implementasi keperawatan dilaksanakan secara terkoordinasi, hal ini karena disesuaikan dengan keadaan yang sebenarnya. Implementasi berdasarkan diagnosa keperawatan sebagai berikut:

1. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane alveolus – kapiler

Data pengkajian *breathing* yang didapatkan dari diagnosis tersebut adalah pasien mengeluh sesak napas, frekuensi napas RR:29x/menit, terdapat napas

cuping hidung, warna kulit pucat, hasil pemeriksaan analisa gas darah pH : 7.47 (7.35 – 7.45), PCO₂ : 34.2 mmHg (35 – 45 mmHg), pO₂ : 155.3 mmHg (89 – 116 mmHg), HCO₃ : 24.4 mmol/l (22-26 mmol/l).

Berdasarkan target pelaksanaan maka penulis melakukan beberapa tindakan keperawatan yaitu: Memonitor kesadaran dan vital sign pasien meliputi: tekanan darah, frekuensi irama, upaya napas, dan kedalaman, pola napas, serta saturasi oksigen (Hasil: GCS E:3 V:5 M:6, tekanan darah 133/90 mmHg, Nadi 107x/menit (regular), pernapasan 29x/menit, SpO₂ 98% dengan oksigen nasal 3lpm, suhu 36,9°C), Melakukan pengambilan Analisa Gas Darah (Hasil: pH : 7.47 (7.35 – 7.45), PCO₂ : 34.2 mmHg (35 – 45 mmHg), pO₂ : 155.3 mmHg (89 – 116 mmHg), HCO₃ : 24.4 mmol/l (22-26 mmol/l)), Memberikan oksigen dan monitor kecepatan aliran oksigen dan efektifitas oksigen (pasien terpasang nasal 3 lpm dengan SpO₂ : 98%), Menjelaskan tujuan dan prosedur pemberian oksigen, dan Melakukan konsultasi dengan dokter hasil pemantauan.

Salah satu tindakan keperawatan pada masalah gangguan pertukaran gas adalah pemberian oksigen. Pemberian oksigen adalah bagian integral dari pengelolaan untuk pasien yang dirawat di rumah sakit, khususnya pasien yang sedang mengalami gangguan pernapasan yaitu untuk mempertahankan oksigenasi dalam tubuh. Pemberian oksigen dengan konsentrasi yang lebih tinggi dari udara ruangan digunakan untuk mengatasi atau mencegah hipoksia (Syandi, 2016). Selain itu terapi non farmakologis yang dapat dilakukan yaitu menggunakan posisi *semi fowler* yaitu menggunakan gaya gravitasi untuk membantu pengembangan paru dan mengurangi tekanan dari *visceral abdomen* pada diafragma sehingga diafragma dapat terangkat dan paru akan berkembang

secara maksimal dan volume tidal paru akan terpenuhi. Dengan terpenuhinya volume tidal paru maka sesak nafas dan penurunan saturasi oksigen pasien akan berkurang dengan derajat kemiringan 30 – 45° (Wijayati, Ningrum, & Putrono, 2019).

Menurut asumsi penulis karena kebutuhan oksigen berperan dalam proses metabolisme tubuh untuk mempertahankan kelangsungan hidup seluruh sel tubuh secara normal, maka intervensi yang tepat dalam penanganan gangguan pertukaran gas yaitu dengan pemberian oksigen serta memberikan posisi semi fowler untuk membantu pengembangan paru.

2. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin

Data pengakajian *circulation* didapatkan pasien mengatakan badan terasa lemas, tanda-tanda vital pasien suhu: 36,9°C, nadi:107x/menit, CRT <3 detik, pemeriksaan fisik ditemukan konungtiva anemis (+/+), warna kulit pucat, adanya edema pada kaki kiri pasien, dan pada hasil laboratorium terdapat penurunan hemoglobin dengan 9,8 g/dL (12,1 – 15,1 g/dL).

Berdasarkan target pelaksanaan maka penulis melakukan beberapa tindakan keperawatan yaitu: Memeriksa sirkulasi perifer meliputi: nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna (Hasil: Nadi 107x/menit, terdapat edema pada kaki kiri, CRT <3detik, warna kulit pucat), Menghindari pemasangan infuse atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi, Melakukan pencegahan infeksi (melakukan cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien, menggunakan handscoon saat tindakan invasif), Melakukan hidrasi (sesuai advis dokter pasien diberikan infuse Nacl 0.9% 500ml).

Penanganan perfusi perifer tidak efektif sebagai akibat dari penurunan konsentrasi Hemoglobin (Hb) dalam darah sebagai manifestasi dari anemia adalah pemberian transfusi darah (Febry Aplorina, 2020). Upaya dalam penanganan perfusi perifer tidak efektif dapat dilakukan dengan penilaian komprehensif terhadap sirkulasi perifer seperti memeriksa denyut perifer, edema, pengisian kapiler, suhu, dan warna, selain itu juga dapat dilakukan monitor kemerahan, nyeri atau pembengkakan (Bulechek *et al*, 2016).

Menurut asumsi penulis hal yang paling tepat dalam penanganan dengan masalah perfusi perifer tidak efektif adalah yaitu pertama memonitor sirkulasi perifer, selanjutnya dapat memberikan terapi hidrasi pada pasien seperti pemberian cairan, dan transfuse darah yang disesuaikan oleh kondisi fisik dan penunjang hasil laboratorium karena pemberian transfusi darah adalah kunci dalam penanganan perfusi perifer tidak efektif yang disebabkan oleh penurunan hemoglobin, karena dengan penurunan hemoglobin dapat mengganggu transport O₂ ke seluruh tubuh, sehingga mengakibatkan suplai O₂ ke jaringan berkurang.

3. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi

Data pengkajian *circulation* yang didapatkan dari diagnosis tersebut adalah pasien didapatkan pasien mengeluh sesak napas, frekuensi pernapasan: 29x/menit, nadi: 107x/menit. Pemeriksaan fisik didapatkan adanya asites dan edema pada kaki kiri. Hasil laboratorium Hb: 9,8 g/dL (12,1 – 15,1 g/dL), Hct : 30,4 % (37 – 54 %), Albumin : 2,99 mg/dl (3.40 – 4.80 mg/dl).

Berdasarkan target pelaksanaan maka penulis melakukan beberapa tindakan keperawatan yaitu: Memonitor frekuensi dan kekuatan nadi (Hasil: N: 107x/menit (regular)), Memonitor waktu pengisian kapiler (Hasil: CRT

<3detik), Memonitor kadar albumin (Hasil: 2,99 (3.40 – 4.80 mg/dl)), Mengidentifikasi tanda-tanda hipervolemia meliputi dispnea, edema perifer (Hasil: pasien mengalami sesak, RR: 29x/menit, terdapat edema pada kaki kiri, dan terdapat asites), Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan.

Penanganan untuk hipervolemia adalah pembatasan cairan untuk mempertahankan keseimbangan cairan dan obat-obat golongan *diuretic* (Kowalak, 2011). Menurut Ackley (2014) peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada hipervolemia dalam bentuk tindakan keperawatan antara lain mengidentifikasi penyebab hipervolemia, memonitor input dan output cairan, menimbang berat badan setiap hari di waktu yang sama, dan mengajari membatasi asupan cairan dan garam.

Menurut asumsi penulis pemberian *diuretic* yang telah dilakukan dapat mengurangi kelebihan cairan yang ada pada tubuh, karena diuretic sendiri berfungsi untuk mengurangi penumpukan cairan dalam tubuh melalui urin serta melakukan monitor intake dan output cairan, memonitor tanda gejala hipervolemia juga penting dalam penanganan hipervolemia.

4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi bertujuan untuk mencapai tujuan yang sudah disesuaikan dengan kriteria hasil selama tahap perencanaan yang dapat dilihat melalui kemampuan klien untuk mencapai tujuan tersebut (Setiadi, 2012). Tahap evaluasi merupakan tahap dalam menilai asuhan keperawatan yang telah dilakukan. Evaluasi pada Ny.P disesuaikan dengan kriteria hasil yang diharapkan baik secara objektif maupun subjektif.

1. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane alveolus – kapiler.

Setelah dilakukan intervensi dan implementasi keperawatan pada pasien Ny.P dengan diagnosa medis Kanker ovarium maka dilakukan evaluasi keperawatan hari pertama sebelum pasien dipindahkan keruang perawatan pada tanggal 21 April 2021 pukul 15.00 WIB, didapatkan masalah gangguan pertukaran gas berhubungan perubahan membrane alveolus-kapiler ditandai dengan pasien mengatakan masih terasa sesak. Pada pemeriksaan fisik didapatkan akral teraba hangat, terdapat napas cuping hidung, warna kulit pucat menurun. Pengkajian tanda-tanda vital didapatkan tekanan darah: 130/80 mmHg, nadi: 99x/menit (regular), pernapasan: 24 x/menit (terpasang nasal 3lpm), SpO₂ : 98% dengan nasal 3lpm, Suhu: 36,5 °C (frontal), CRT <2 detik. Dari hasil pemeriksaan BGA 21/04/2021 didapatkan pH : 7.47 (7.35 – 7.45), PCO₂ : 34.2 mmHg (35 – 45 mmHg), pO₂ : 155.3 mmHg (89 – 116 mmHg), HCO₃ : 24.4 mmol/l (22-26 mmol/l). Dari data tersebut menunjukkan masalah belum teratasi oleh karena itu perawat tetap mempertahankan tindakan keperawatan, observasi kebutuhan oksigen, serta pantau hasil analisa gas darah pasien. Intervensi lanjutan dilakukan di ruang perawatan.

2. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin.

Setelah dilakukan intervensi dan implementasi keperawatan pada pasien Ny.P dengan diagnosa medis Kanker ovarium maka dilakukan evaluasi keperawatan hari pertama sebelum pasien dipindahkan keruang perawatan pada tanggal 21 April 2021 pukul 15.00 WIB, didapatkan masalah perfusi perifer tidak

efektif ditandai dengan pasien mengatakan lemas berkurang. Pada pemeriksaan fisik didapatkan akral teraba hangat, warna kulit pucat menurun. Pengkajian tanda – tanda vital didapatkan Nadi: 99x/menit (regular), pernapasan: 24 x/menit (terpasang nasal 3lpm), SpO₂ : 98% dengan nasal 3lpm, Suhu: 36,5 °C (frontal), dan pada hasil laboratorium jumlah hemoglobin masih sama yaitu 9,8 g/dL (12,1 – 15,1 g/dL). Dari data tersebut membuktikan masalah teratasi sebagian oleh karena itu perawat tetap mempertahankan tindakan keperawatan dan tetap mengobservasi keadaan pasien. Intervensi lanjutan dilakukan di ruang perawatan.

3. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi

Setelah dilakukan intervensi dan implementasi keperawatan pada pasien Ny.P dengan diagnosa medis Kanker ovarium maka dilakukan evaluasi keperawatan hari pertama sebelum pasien dipindahkan keruang perawatan pada tanggal 21 April 2021 pukul 15.00 WIB didapatkan masalah hipervolemia berhubungan dengan mekanisme regulasi belum teratasi yang ditandai dengan pasien mengatakan masih terasa sesak. Hasil pemeriksaan tanda – tanda vital didapatkan 130/80 mmHg, nadi: 99x/menit (regular), pernapasan: 24x/menit (terpasang nasal 3lpm), SpO₂ : 98% dengan nasal 3lpm, Suhu: 36,5 °C (frontal), CRT <2 detik. Pemeriksaan fisik didapatkan edema pada kaki kiri dan terdapat asites. Hasil pemeriksaan laborat pada tanggal 21/04/2021 didapatkan Hb: 9,8 g/dL (12,1 – 15,1 g/dL), Hct : 30,4 % (37 – 54 %), Albumin : 2,99 mg/dl (3.40 – 4.80 mg/dl). Dari data tersebut membuktikan masalah belum teratasi oleh karena itu perawat tetap mempertahankan tindakan keperawatan. Monitoring balance cairan dan observasi keadaan pasien. Intervensi lanjutan dilakukan di ruang perawatan.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan kanker ovarium di Ruang IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada pasien dengan kanker ovarium.

5.1 Simpulan

- 5.1.1 Pengkajian pada pasien dengan diagnosis medis kanker ovarium, ditemukan adanya keluhan sesak napas, frekuensi pernapasan 29x/menit, akral hangat, kering, pucat. Terdapat pernapasan cuping hidung, SpO₂: 94% tanpa oksigen, terdapat asites dan edema pada kaki kiri.
- 5.1.2 Perumusan diagnosa keperawatan pada pasien dengan diagnosa kanker ovarium, didasarkan pada masalah yang ditemukan yaitu: gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane alveolus-kapiler, perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, dan hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi
- 5.1.3 Perencanaan keperawatan pada Ny.P disesuaikan dengan diagnosa keperawatan dengan kriteria hasil untuk: gangguan pertukaran gas dengan kriteria hasil pertukaran gas meningkat, perfusi perifer tidak efektif dengan kriteria hasil perfusi perifer meningkat, dan hipervolemia dengan kriteria hasil keseimbangan cairan meningkat.
- 5.1.4 Pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan pada Ny.P yaitu dengan pemantauan respirasi, perawatan sirkulasi, dan pemantauan cairan.

5.1.5 Evaluasi keperawatan pada tanggal 21 April 2020 pukul 15.00, masalah keperawatan pertukaran gas dan hipervolemia belum teratasi, sedangkan masalah perfusi perifer teratasi sebagian sehingga intervensi dilanjutkan diruang perawatan.

5.1.6 Pendokumentasian semua tindakan keperawatan pada Ny.P yang direncanakan dan dibuat telah dimasukkan pada implementasi keperawatan yang dilakukan pada tanggal 21 April 2021.

5.2 Saran

Guna mencapai keberhasilan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan kanker ovarium, saran dari penulis:

5.2.1 Bagi Pasien dan Keluarga

Keluarga diharapkan memberikan semangat serta dukungan untuk kesembuhan pasien, sehingga dapat membantu proses penyembuhan pasien.

5.2.2 Bagi Perawat

Perawat Instalasi Gawat Darurat hendaknya dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien dengan diagnosis Kanker Ovarium, melakukan pengkajian diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, dan melakukan evaluasi keperawatan secara baik dan benar sesuai dengan standar asuhan keperawatan yang berlaku dan melakukan dokumentasi secara optimal dan berkesinambungan.

5.2.3 Bagi Ruang Instalasi Gawat Darurat

Agar selalu meningkatkan pelayanan pada pasien sebagai salah satu bagian dari paya peningkatan mutu pelayanan di Rumah Sakit.

DAFTAR PUSTAKA

- Ackley, B. J. (2014). *Nursing Diagnosis Handbook an Evidence Based Guide to Planning Care, Edisi 10*.
- Aminullah, Y., -, W., & Susilaningsih, N. (2013). Pengaruh Kombinasi Vitamin C Dan D Dosis Tinggi Terhadap System Hemopoetik Penderita Kanker Kepala Leher Yang Mendapat Kemoterapi Cisplatin. *Medica Hospitalia : Journal Of Clinical Medicine*.
- Ari, D., Yanti, M., & Sulistianingsih, A. (2016). Faktor determinat terjadinya kanker ovarium di Rumah Sakit Umum Daerah Abdoel Moelok Provinsi Lampung 2015. *Ejournal UMM Keperawatan*, 7(2), 79–87.
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2016). *Nursing Intervension Classification (NIC) (6th ed.)*. America.
- Cancer, A. S. (2018). Ovarian Cancer Cause, Risk, and Prevention.
- Dewi, R. . (2017). Asuhan Keperawatan Pada Kanker Ovarium. Karya Tulis Ilmiah.
- Digiulio, Mary, D. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta: Rapha Publishing.
- Doubeni, C. A., Doubeni, A. R. B., & Myers, A. E. (2016). Diagnosis and management of ovarian cancer. *American Family Physician*.
- Fachlevy AF, Abdullah Z, R. S. (2015). Faktor Risiko Kanker Ovarium di RSUP Wahidin Sudirohusodo Makassar. *Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Hasanuddin.*, 1–14.
- Fany Angraini, A. F. P. (2016). Pemantauan Intake Output Cairan Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Dapat Mencegah Overload Cairan. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 19 No, 3, hal 152-160.
- Febry Aplorina. (2020). Efektifitas Pemberian Transfusi Darah Untuk Meningkatkan Perfusi Jaringan Perifer Akibat Anemia Di Ruang Teratai RSUD PROF DR W.Z Johannes Kupang.
- Fuh KC, Java KK, Chan JK, Kapp DS, Monk BJ, Burger RA, et al. (2019). Differences In Presentation and Survival of Asians Compared to Caucasians with Ovarian Cancer: An NRG Oncology/GOG Ancillary Study of 7914 Patientes. *Gynecol Oncol.*, 154(2), 420–425.
- George, Garcia, and S. (2016). Ovarian Cancer: The Fallopian Tube as the Site of Origin and Oppurtunities for Prevention. *Department of Obsterics and Gynecology, Miller School of Medicine, University of Miami, Miami, FL, USA*.
- Gibbs RS, Karlan BY, Haney AF, N. I. (2013). *Obstetrics and Gynecology*.
- Harahap, N. R. (2018). FAKTOR- FAKTOR YANG BERHUBUNGAN

DENGAN KEJADIAN ANEMIA PADA REMAJA PUTRI. *Nursing Arts*.

- Hwang, K. H., Cho, O. H., & Yoo, Y. S. (2016). Symptom clusters of ovarian cancer patients undergoing chemotherapy, and their emotional status and quality of life. *European Journal of Oncology Nursing*.
- Indonesia, R. I. M. P. M. K. R., & Darurat, N. 47 T. 2018 tentang P. I. G. (2018). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2018 tentang Pelayanan Instalasi Gawat Darurat*.
- Jevon, P., & E. B. (2013). *Pemantauan Pasien Kritis (Edisi 2)*. Jakarta: Erlangga.
- Jitowiyono, S. (2018). *Asuhan Keperawatan pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Hematologi*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Kementerian Kesehatan RI. (2019). Info Datin Beban Kanker di Indonesia. *Pusat Data Dan Informasi Kemeterian Kesehatan RI*.
- Kowalak. (2011). *Buku Ajar Patofisiologi*. Jakarta: EGC.
- Maccio A, Madedda C, Gramignano G, Mulas C, Tanca L, Cherchi MC, E., & Al. (2015). The role of inflammation, iron, and nutritional status in cancer-related anemia: Results of a large, prospective, observational study. *Haematologica*, *100(1):124*.
- Manuaba, IBG, D. (2013). *Ilmu Kebidanan Penyakit Kandungan dan KB*. Jakarta: EGC.
- Manuaba. (2010). *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan KB untuk Pendidikan Bidan*. (Edisi 2). Jakarta: EGC.
- McGuire, S. (2016). World Cancer Report 2014. Geneva, Switzerland: World Health Organization, International Agency for Research on Cancer, WHO Press, 2015. *Advances in Nutrition*.
- Medicine, A. C. F. E. (2014). *Emergency Department design guidelines*.
- Mubarak, W. I., Indrawati, L., & Susanto, J. (2015). *Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nagle C, Dixon S, Jensen A, Kjaer SK, Modugno F, deFazio A, et al. (2015). Obesity and Survival Among Women with Ovarian Cancer: Results from the Ovarian Cancer Association Consortium, *113(5):817*.
- Nurarif .A. H. Dan Kusuma. H. (2015). APLIKASI Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC NOC. *Jogjakarta: MediAction*.
- Oktarina, A. B., Rasyad, S. B., & Safyudin, S. (2015). Karakteristik Penderita Kanker Pankreas di Instalasi Rawat Inap RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang Tahun 2009 - 2013. *Majalah Kedokteran Sriwijaya*, *47(1)*, 22–30.
- PPNI, T. P. D. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. *Dewan Pengurus Pusat PPNI*.

- Prawirohardjo. (2010). *Onkologi Ginekologi* (Edisi Pert). Jakarta: PT.Bina Pustaka.
- Prawirohardjo, S. (2014). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: PT. Bina Pustaka Sarwono.
- Purwoko, M. (2018). Hubungan Tingkat Pendidikan dan Pekerjaan dengan Tingkat Pengetahuan Mengenai Kanker Ovarium pada Wanita. *Mutiara Medika: Jurnal Kedokteran Dan Kesehatan*, 18(2), 45–48. <https://doi.org/10.18196/mm.180214>
- Raden Ajeng Wahyu Ayuadiningsih, Siti Annisa Devi Trusda, M. R. (2019). Karakteristik Pasien Karsinoma Ovarium Berdasarkan Gejala Klinis, Penyakit Penyerta, Komplikasi, dan Usia di Ruang Rawat Inap RSUD Al-Ihsan Bandung. *Journal Riset Kedokteran*.
- Rahmawati, H., ER, D., & Pakasi, R. D. (2016). Kanker Ovarium Disgerminoma. *Indonesian Journal of Clinical Pathology and Medical Laboratory*, 19(1), 51. <https://doi.org/10.24293/ijcpml.v19i1.390>
- Reeder, dkk. (2013). *Keperawatan Maternitas* (18th ed.). Jakarta: EGC.
- Reis LAG, Eisner MP, Kosary CL, et al. (n.d.). Cancer Statistics Review.
- Salani, Ritu, D. (2011). *Panduan untuk Penderita Kanker Ovarium*. Jakarta: Indeks Permata Puri Media.
- Setiadi. (2012). Konsep dan Penulisan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Teori dan Praktik. *Yogyakarta : Graha Ilmu*.
- Setiadi. (2016). *Dasar-dasar Anatomi dan Fisiologi Manusia*. Yogyakarta: Indomedia Pustaka.
- Sheet., I. (International A. for R. on C. (2012). Globocan : Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012.
- Simamora, Rian P. A., dkk. (2018). Hubungan Usia, Jumlah Paritas, dan Usia Menarche Terhadap Derajat Histopatologi Kanker Ovarium di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Bandar Lampung Tahun 2015-2016. *Majority, Vol. 7, No. 2*.
- Suddart, B. &. (2015). *Keperawatan Medikal Bedah* (12th ed.). Jakarta: EGC.
- Suh DH, Chang S, Song T, Lee S, Kang WD, Lee SJ, et al. (2018). Practice Guidelines for Management of Ovarian Cancer in Korea. Korea Society of Gynecologic Oncology Consensus Statement. *Journal of Gynecologic Oncology*, 24(4), 56.
- Sung HK, Ma SH, Choi JY, Hwang Y, A., & C, Kim BG, D. (2016). The effect of breastfeeding duration and parity on the risk of epithelial ovarian cancer: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, (49(6):349-66).
- Syandi, J. P. (2016). Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Oksigenasi pada Tn. S Di Ruang Inayah Pku Muhammadiyah Gombong. *Jurnal Stikes Muhammadiyah Gombong*.

- Tarwoto & Wartonah. (2011). *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia. DPP PPNI*.
- Tsilidis KK, Allen NE, Key TJ, D. L., & Lukanova, Bakken K, D. (2011). Oral contraceptive use and reproductive factors and risk of ovarian cancer in the European prospective investigation into cancer and nutrition. *British Journal of Cancer*, 105(9):143.
- Undang Undang RI No.38 Tahun 2014. (2014). *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan*. (Sekretariat Negara, Ed.). Jakarta.
- Wijayati, S., Ningrum, D. H., & Putrono, P. (2019). Pengaruh Posisi Tidur Semi Fowler 45 ° terhadap Kenaikan Nilai Saturasi Oksigen pada Pasien Gagal Jantung Kongestif di RSUD Loekmono Hadi Kudus. *Medica Hospitalia; Journal of Clinical Medicine*, 6(1), 13–19.
- Winda Amiar, E. . (2020). Indonesian Journal of Nursing Science and Practice. *Indonesian Journal of Nursing Science and Practice*, 3 no.1(1),.

LAMPIRAN**Lampiran 1****CURRICULUM VITAE**

Nama : Puput Kurniawati, S.Kep

NIM : 2030087

Program Studi : Profesi Ners

Tempat, Tanggal Lahir : Surabaya, 8 Juli 1998

Alamat : Wedoro Candi No.66 RT.01 RW.04

Email : puputkurniawati8@gmail.com

Riwayat Pendidikan :

- | | |
|------------------------------|------------------|
| 1. TK Dharma Wanita Wedoro | Lulus tahun 2004 |
| 2. SDN Wedoro 2 Waru | Lulus tahun 2010 |
| 3. SMPN 4 Waru Sidoarjo | Lulus tahun 2013 |
| 4. SMAN 1 Waru Sidoarjo | Lulus tahun 2016 |
| 5. STIKES Hang Tuah Surabaya | Lulus tahun 2020 |

Lampiran 2

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO

“Barang siapa bersungguh-sungguh, sesungguhnya kesungguhannya itu adalah untuk dirinya sendiri.” (Q.S. Al-Ankabut: 6)

“Sesungguhnya Allah tidak akan mengubah keadaan suatu kaum, sebelum kaum itu sendiri mengubah apa yang ada pada diri mereka” (Q.S. Ar-Ra’d: 11)


PERSEMBAHAN

Alhamdulillah, atas rahmat dan hidayah-Nya, saya dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini dengan baik. Karya sederhana ini ku persembahkan untuk:

1. Terimakasih kepada ALLAH SWT yang telah memberikan nikmat dan kesehatan sampai detik ini sehingga saya dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
2. Terimakasih kepada kedua orang tua dan keluarga saya, Bapak Jarwono, Ibu Didik Astutik, Mas Agung, Mbak Pipit yang telah memberikan semangat sehingga saya bisa menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
3. Terimakasih kepada Sahabat saya Ifvadatul DeviAny, Kahita Sri Ariani, Mei Ayu Sari, dan Nishrina Widya S, yang selalu menghibur dan menemani saya
4. Teman – teman Profesi Ners Angkatan 11 STIKES Hang Tuah Surabaya
5. Semua pihak yang telah membantu tetapi tidak dapat saya sebutkan satu per satu. Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan, ilmu, dan juga bantuan yang lain dalam menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.

Lampiran 3

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)

	No SPO:	
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	
Tanggal Dibuat 19 Juli 2021	Tanggal Berlaku 19 Juli 2021	Nama Departemen INSTALASI GAWAT DARURAT
Judul		No Revisi
Pemberian Oksigen Nasal		00
Hal. 1-3		
Dibuat oleh		Disetujui oleh
Ners A11		Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners STIKES Hang Tuah Surabaya
<p>A. Definisi</p> <p>Tindakan yang dilakukan untuk memenuhi kebutuhan oksigen melalui nasal kanul</p> <p>B. Tujuan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan oksigen konsentrasi rendah ketika pasien membutuhkan bantuan oksigen minimal 2. Mencegah atau mengatasi hipoksia <p>C. Indikasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nasal kanul diberikan pada pasien sesak napas 2. Pasien dengan kadar SpO₂ 90-95% dengan masalah gangguan pernapasan <p>D. Persiapan Alat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sumber oksigen (sentral/ tabung) 2. <i>Flowmeter</i> oksigen 3. Selang hidung oksigen/ nasal kanul 4. <i>Pulse oxymeter</i>/ SpO₂ monitor (bila perlu) 5. Plester (bila perlu) 6. Gunting 		

E. Prosedur Tahap

Pra Interaksi

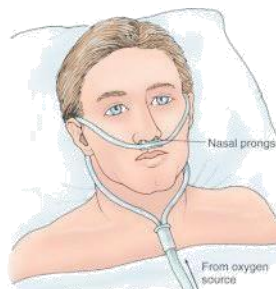
1. Mencuci tangan
2. Mempersiapkan alat.
3. Membaca status pasien untuk memastikan instruksi

Tahap Orientasi

1. Memberikan salam dan menyapa pasien
2. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan

Tahap Kerja

1. Menjelaskan kepada pasien tentang tujuan pemberian oksigen
2. Menjaga privasi pasien, jika memungkinkan dengan menutup tirai
3. Memosisikan kepala pasien lebih tinggi atau setengah duduk
4. Memasang *flow meter* ke sumber oksigen, pastikan alat benar – benar telah menancap dengan baik, sehingga tidak terjadi kebocoran. Bila menggunakan tabung oksigen pastikan isinya masih mencukupi dengan melihat anak panah yang tertera pada meteran yang terdapat di tabung oksigen tersebut, daerah warna hijau menunjukkan bahwa isi tabung oksigen masih cukup
5. Menghubungkan ujung nasal canul oksigen dengan *flow meter*
6. Putar *flow meter*, atur aliran sesuai dengan instruksi dokter dan pastikan ada udara yang keluar dari nasal kanul
7. Memasang nasal kanul ke pasien dengan memasukkan prong pada kanula ke lubang hidung pasien
8. Kaitkan selang kedua telinga dan kebawah dagu pasien kemudian eratkan dengan menarik simpul pengaman yang ada pada selang, jika perlu beri plester untuk melekatkan selang oksigen di pipi pasien agar tidak lepas



9. Pastikan pasien merasa nyaman dengan posisi ataupun kaitan dari selang

Tahap Terminasi

1. Melakukan evaluasi tindakan
2. Berpamitan dengan pasien
3. Membereskan alat – alat
4. Mencuci tangan
5. Mencatat tindakan yang dilakukan dalam lembar catatan perawatan

Evaluasi

1. Kaji ulang pernapasan pasien, observasi saturasi oksigen
2. Monitoring daerah telinga dan hidung terhadap tanda – tanda iritasi pemakaian selang oksigen, jika perlu beri kasa
3. Keluhan pasien setelah dilakukan tindakan pemasangan oksigen kanul

Dokumentasi


Catat jam, hari, tanggal, serta respon pasien setelah dilakukan tindakan pemasangan.

DaftarPustaka

KEMENKES RI. (2016). Modul Bahan Ajar Keperawatan: Praktik Kebutuhan Dasar Manusia 2. Ed.1. Jakarta: Pusdik SDM Kesehatan.

Lampiran 4

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)

	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL		No SPO: SPO – 01
	Tanggal Dibuat 19 Juli 2021	Tanggal Berlaku 19 Juli 2021	Nama Departemen INSTALASI GAWAT DARURAT
Judul Pengambilan Darah Vena		No Revisi 00	Hal. 1-4
Dibuat oleh Ners A11		Disetujui oleh Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners STIKES Hang Tuah Surabaya	
<p>A. Definisi</p> <p>Suatu prosedur keperawatan untuk mengambil darah dalam pembuluh darah vena dengan menggunakan jarum dan spuit untuk pemeriksaan laboratorium tertentu</p> <p>B. Tujuan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengambil sampel darah 2. Pemeriksaan laboratorium (darah lengkap, kimia darah, serum elektrolit) <p>C. Lokasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vena mediana cubiti 2. Vena basilica/cephalica 3. Vena pergelangan kaki 4. Vena jugularis externa indikasi pengambilan darah vena: dilakukan jika vena vena di atas kolap. Jika kebutuhan darah lebih dari 0,5 ml. <p>D. Hal yang perlu diperhatikan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak terdapat infeksi (dermatitis, piodermi, selulitis) di sekitar daerah yang dipilih 2. Tidak terdapat hematoma, edema maupun jaringan parut pada lokasi yang dipilih 3. Jika penderita sedang mendapat infus atau pasca mastektomi, pilih vena 			

kontralateral dari oprasi infuse atau operasi

4. Tindakan pengambilan darah harus dilaksanakan dengan hati-hati dan seaseptis mungkin untuk menghindari resiko terjadinya penyulit seperti berikut ini:
 - a. Hematoma
 - b. Phlebitis
 - c. Trombosis
5. Tusukan dilakukan pada dinding pertengahan atas vena
6. Sebelum menarik jarum tourniquet harus sudah dilepas, demikian juga halnya jika penderita mengepal tangan. Begitu terlihat darah masuk pangkal jarum, kepalan tangan harus segera dibuka.
7. Pilihlah vena yang besar dan prominen
8. Pastikan lubang jarum benar-benar seluruhnya masuk vena
9. Setelah jarum dicabut dari vena, berikan tekanan di atasnya memakai kasa/kapas alkohol.
10. Dalam waktu kurang dari 2 jam sampel darah harus sudah sampai di laboratorium

E. Persiapan Alat

1. S spuit (ukuran sesuai kebutuhan)
2. Jarum (ukuran 23 G)
3. Kapas alcohol
4. Tabung darah (*vacum tube*) atau tabung biasa (*blood container*)
 - **Tabung tutup merah.** Tabung ini tanpa penambahan zat additive, darah akan menjadi beku dan serum dipisahkan dengan *centrifuge*. Umumnya digunakan untuk pemeriksaan kimia darah, imunologi, serologi dan bank darah (crossmatching test)
 - **Tabung tutup ungu atau lavender.** Tabung ini berisi EDTA. Umumnya digunakan untuk pemeriksaan darah lengkap dan bank darah (crossmatch).
 - **Tabung tutup biru.** Tabung ini berisi natrium sitrat. Umumnya digunakan untuk pemeriksaan koagulasi (mis. PPT, APTT).
 - **Tabung tutup pink ;** berisi potassium EDTA, digunakan untuk pemeriksaan imunohematologi.
 - **Tabung tutup putih ;** potassium EDTA, digunakan untuk pemeriksaan molekuler/PCR dan bDNA.
 - **Tabung tutup hijau terang.** Tabung ini berisi gel separator (plasma

separator tube/PST) dengan antikoagulan lithium heparin. Setelah pemusingan, plasma akan berada di bagian atas gel dan sel darah berada di bawah gel. Umumnya digunakan untuk pemeriksaan kimia darah.

- **Tabung tutup kuning dengan warna hitam di bagian atas** ; berisi media biakan, digunakan untuk pemeriksaan mikrobiologi – aerob, anaerob dan jamur
- 5. EDTA (khusus pemeriksaan DL) di dalam tabung darah
- 6. Perlak kecil
- 7. Tourniquet
- 8. Bengkok
- 9. Plester/hipafix dan gunting
- 10. Bolpoint/spidol
- 11. Kertas label yang sudah diisi dan ditempelkan pada tabung darah (meliputi nama Px, no RM, ruang)
- 12. Sarung tangan bersih

F. Prosedur

Tahap Pra Interaksi

1. Mencuci tangan
2. Mempersiapkan alat.
3. Membaca status pasien untuk memastikan instruksi

Tahap Orientasi

1. Memberikan salam dan menyapa pasien
2. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan

Tahap Kerja

1. Mencuci tangan (6 langkah)
2. Menentukan lokasi penusukan
3. Meletakkan perlak kecil di bawah lokasi yang akan dilakukan penusukan
4. Melakukan pembendungan dengan tourniquet
5. Memakai sarung tangan bersih
6. Melakukan desinfeksi lokasi penusukan dengan kapas alcohol dengan arah sirkuler dari dalam ke luar (tunggu sampai kering)


7. Menusukkan jarum dengan sudut kemiringan 5-30° (lubang jarum menghadap ke atas)
8. Darah diaspirasi pelan-pelan jangan menimbulkan buih sampai batas yang dibutuhkan
9. Lepas tourniquet
10. Cabut jarum
11. Menekan lokasi bekas penusukan dengan kapas/kassa alkohol beberapa detik
12. Memasukkan darah ke dalam tabung darah dengan cara:
 - a. Melepas jarum lalu mengalirkan darah perlahan-lahan melalui dinding tabung. Memasukkan darah dengan cara disemprotkan, apalagi tanpa melepas jarum, berpotensi menyebabkan hemolisis.
 - b. Memasukkan darah ke dalam tabung vakum dengan cara menusukkan jarum pada tutup tabung, biarkan darah mengalir sampai berhenti sendiri ketika volume telah terpenuhi.
13. Homogenisasi sampel jika menggunakan antikoagulan dengan cara memutar-mutar tabung 4-5 kali atau membolak-balikkan tabung 5-10 kali dengan lembut. Mengocok sampel berpotensi menyebabkan hemolisis.
14. Merapikan pasien
15. Merapikan alat
16. Melepas sarung tangan
17. Mencuci tangan (6 langkah)
18. Mendokumentasikan tindakan yang telah dilakukan (tanggal dan jam pengambilan darah, masalah yang ditemukan, paraf dan nama perawat).

DaftarPustaka

KEMENKES RI. (2016). Modul Bahan Ajar Keperawatan: Praktik Kebutuhan Dasar Manusia 2. Ed.1. Jakarta: Pusdik SDM Kesehatan.

Lampiran 5

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)

	No SPO:	
	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	
SPO – 01		
Tanggal Dibuat 19 Juli 2021	Tanggal Berlaku 19 Juli 2021	Nama Departemen INSTALASI GAWAT DARURAT
Judul		No Revisi
Pemasangan Infus		00
Hal. 1-4		
Dibuat oleh		Disetujui oleh
Ners A11		Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners STIKES Hang Tuah Surabaya
<p>A. Definisi</p> <p>Pemasangan infuse adalah terapi intravena yang memasukkan jarum atau kanula ke dalam vena (pembuluh balik) untuk dilewati cairan infus / pengobatan, dengan tujuan agar sejumlah cairan atau obat dapat masuk ke dalam tubuh melalui vena dalam jangka waktu tertentu.</p> <p>B. Tujuan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mempertahankan atau mengganti cairan tubuh cairan elektrolit, vitamin, protein, kalori dan nitrogen. Pada klien yang tidak mampu mempertahankan masukan yang adekuat melalui mulut. 2. Memulihkan keseimbangan asam-basa 3. Memulihkan volume darah dan, 4. Menyediakan saluran terbuka untuk pemberian obat-obatan. <p>C. Persiapan Alat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perlak 2. Tourniquet 3. Kapas alcohol/alcohol swab 4. Plester 5. Gunting 6. Kain kasa steril 7. Set infuse 		

8. Jarum infuse (abbocath, wing needle/butterfly)
9. Cairan infus
10. Bengkok
11. Bak instrument steril
12. Sarung tangan bersih
13. Standar infus

D. Prosedur

Tahap Pra Interaksi

1. Mencuci tangan
2. Mempersiapkan alat.
3. Membaca status pasien untuk memastikan instruksi

Tahap Orientasi

1. Memberikan salam dan menyapa pasien
2. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan

Tahap Kerja

1. Cuci tangan.
2. Memakai sarung tangan
3. Membuka daerah yang akan dipasang infus
4. Memasang alas dibawah anggota badan yang akan dipasang infus
5. Membuka set infus dan meletakkannya pada bak instrumen steril
6. Menusukkan jarum set infus ke dalam botol infus kemudian mengalirkan cairan ke selang infus berakhir di bengkok untuk mengeluarkan udara dan mengisi selang infus
7. Isi tempat tetesan infus kurang lebih separuhnya
8. Pastikan roller selang infus dalam keadaan menutup (ke arah bawah)
9. Menggantungkan selang infus pada standar infus
10. Buka abocath dari bungkusnya
11. Potong 3 lembar plester
12. Pilih pembuluh darah yang akan dipasang infus, dengan syarat : pembuluh darah berukuran besar, pembuluh darah tidak bercabang, pembuluh darah tidak di area persendian
13. Bendung bagian proksimal/atas dari pembuluh darah yang akan dipasang infus dengan torniquet

14. Minta pasien menggenggamkan tangan, dengan ibu jari pasien di dalam genggamannya
15. Mendesinfeksi daerah yang akan dipasang infus
16. Menusukkan jarum infus ke vena dengan lubang jarum menghadap ke atas. Pastikan darah mengalir jarum dan abocath. Jika belum teraliri oleh darah, temukan pembuluh darah sampai darah mengalir jarum dan abocath
17. Tourniket dilepas bila darah sudah masuk
18. Lepas jarum sambil meninggalkan abocath di dalam pembuluh darah
19. Tekan pangkal abocath untuk mencegah darah keluar dan masukkan ujung sela infus set ke abocath
20. Fixasi secara menyilang menggunakan plester abocath yang sudah terpasang
21. Alirkan cairan dari botol ke pembuluh darah dengan membuka roller. Bila tetesan lancar, jarum masuk di pembuluh darah yang benar
22. Fixasi dengan cara kupu-kupu. Meletakkan plester dengan cara terbalik di bawah selang infus, kemudian disilangkan
23. Menutup jarum dan tempat tusukan dengan kassa steril dan diplester
24. Mengatur/menghitung jumlah tetesan, Menuliskan tanggal pemasangan infus pada plester terakhir
25. Merapikan alat dan pasien
26. Melepas sarung tangan dan mencuci tangan

Tahap Terminasi

1. Melakukan evaluasi dari hasil tindakan yang telah dilakukan (aliran dan tetesan infuse lancar)
2. Melakukan kontrak untuk kegiatan/tindakan yang akan datang
3. Berpamitan dengan klien
4. Mencuci tangan
5. Mencatat/mendokumentasikan kegiatan dalam lembar catatan

Daftar Pustaka

Kusnanto, Suarilah, I., A., C. P., & W, A. S. (2016) Standart Prosedur Operasional Keperawatan Dasar. *Journal Of Chemical Information And Modeling* (Vol.53)