

Studi Kasus

Asuhan Keperawatan pada Orang Dewasa dengan *Ca Ovarium*

Eka Yuliana¹, Dwi Novitasari^{2*}

¹*Program Studi Keperawatan Program Sarjana dan Program Pendidikan Profesi Ners, Fakultas Kesehatan, Universitas Harapan Bangsa, Indonesia*

²*Program Studi Keperawatan Anestesiologi Program Sarjana Terapan, Fakultas Kesehatan, Universitas Harapan Bangsa Indonesia*

*Email correspondent: dwinovitasari@uhb.ac.id

Abstract

Introduction: Ovarian cancer is very common in women and in its early stages usually does not cause complaints. Complaints will only be felt when they have entered stage II to stage IV where the patient will begin to feel pain, anemia, ascites until anorexia occurs. Pain felt in patients with ovarian cancer is usually chronic, acute to chronic and intermittent. This condition is based on the stage of cancer experienced.

Objectives: This study aims to describe nursing care and appropriate intervention in ovarium cancer patient who experience pain.

Method: This research is a case study design using simple random sampling technique for sampling. This research was conducted in December 2020 with an assessment guide instrument for data collection. Researchers use the nursing care process from the assessment stage to evaluation.

Result: The complaint that most felt and disturbed the patient was pain around the surgical area that radiated to the back on a scale of 5, the pain was intermittent and felt like being stabbed. Pain will be felt when the patient moves. The provision of deep breathing therapy interventions carried out for a period of 3 days has not been able to reduce the scale of pain felt in post-operative ovarian cancer patients.

Conclusion: Pain management measures show that they have not been able to change the pain scale they feel, so they can continue until the pain scale shows a decrease. Nurses can apply and modify alternative uses of other non-pharmacological therapies in reducing pain in addition to deep breathing relaxation techniques.

Keyword: deep breath relaxation, ovarium cancer, nursing care

Editor: HR

Hak Cipta:

©2021 Artikel ini memiliki akses terbuka dan dapat didistribusikan berdasarkan ketentuan Lisensi Atribusi Creative Commons, yang memungkinkan penggunaan, distribusi, dan reproduksi yang tidak dibatasi dalam media apa pun, asalkan nama penulis dan sumber asli disertakan. Karya ini dilisensikan di bawah **Lisensi Creative Commons Attribution Share Alike 4.0 Internasional**.

Pendahuluan

Insidensi dan mortalitas kejadian kanker ovarium masih dinilai sangat sering terjadi. Berdasarkan data Globacan tahun 2012, wilayah Asia menempati urutan kesembilan untuk kejadian kanker ovarium yang dialami oleh sistem genitalia wanita. Sedangkan di Asia Tenggara tercatat terdapat 47.689 atau 5,2% wanita mengalami kanker ovarium.¹ Pelaporan yang didapatkan dari Riskesdas (2018) menunjukkan bahwa pasien kanker di Indonesia menjalani pengobatan dengan pembedahan sebanyak 61,8%, kemoterapi 24,9% dan metode penyinaran 17,3%.²

Penyebab kanker ovarium belum dapat diketahui secara pasti, namun beberapa faktor praduga dikaitkan dengan kejadian ini seperti faktor reproduksi, faktor menstruasi, faktor lingkungan hingga faktor genetik.³ Efek dari adanya kanker ovarium pada stadium dini tidak terasa karena tidak terlihat adanya perubahan. Keputihan yang muncul pada awal stadium kanker ovarium dianggap sebagai hal yang biasa terjadi pada wanita. Memasuki stadium II hingga IV, akan terjadi beberapa perubahan tubuh akibat metastase ke jaringan luar pelvis. Metastase dapat ke jaringan hati, gastrointestinal dan paru-paru. Kondisi ini yang akan membuat pasien mengalami anemia, asites, eusi pleura, nyeri ulu hari hingga terjadi anoreksia.⁴

Perawat berperan dalam pemberian asuhan keperawatan yang dimulai dari proses pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan hingga melakukan evaluasi keperawatan guna memantau perkembangan kesehatan pasien.⁵ Proses ini fokus pada pasien dan berorientasi pada tujuan yang telah ditentukan bersama dengan pasien bersama dengan keluarga atau orang terdekat pasien. Intervensi yang tepat serta dukungan yang diberikan kepada pasien dan keluarga akan menentukan kualitas hidup pasien yang mengalami kanker.⁶

Salah satu diagnosa keperawatan dan yang menjadi salah satu keluhan yang paling sering ditemukan pada pasien kanker adalah nyeri.⁷ Survey yang dilakukan oleh Memorial Sloan Kettering Cancer Center menunjukkan bahwa nyeri yang dirasakan oleh pasien kanker terjadi akibat langsung dari tumor itu sendiri (75 hingga 80% kasus), 15 hingga 19% disebabkan karena pengobatan anti kanker dan 3 hingga 5% nya tidak berhubungan dengan keduanya. Nyeri yang dirasakan biasanya bersifat akut, intermitten atau kronik tergantung dari stadium kanker yang dialami. Paling banyak, nyeri akan dirasakan berkaitan dengan kanker yang bersifat kronik.⁸

Penatalaksanaan untuk mengatasi nyeri yang dapat dilakukan oleh perawat adalah dengan melakukan manajemen nyeri. Beberapa teknik manajemen nyeri yang dapat dilakukan adalah dengan melakukan observasi nyeri (PQRST), memberikan teknik nonfarmakologi seperti melakukan terapi pijat, relaksasi nafas dalam, imajinasi terbimbing, kompres hangat, berkolaborasi dalam pemberian analgesik jika dirasa diperlukan oleh pasien.⁹ Pemberian terapi non farmakologis dapat menurunkan rasa nyeri tergantung dari durasi lama pemberian, pemberi terapi dan keparahan dari penyakit.¹⁰ Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui asuhan keperawatan dan intervensi yang sesuai pada pasien dengan kanker ovarium.

Metode

Penelitian ini menggunakan desain rancangan studi kasus dengan pendekatan proses keperawatan. Sampel yang digunakan adalah Ny T. Pemilihan sampel menggunakan teknik sampel yaitu *Simple Random Sampling*. Penelitian ini dilakukan di RS X pada bulan Desember 2020. Peneliti melakukan proses pengumpulan data dengan wawancara, observasi dan melakukan studi dokumentasi. Instrumen yang digunakan adalah pedoman pengkajian. Pendekatan proses keperawatan dilakukan dengan tahapan awal melakukan pengkajian guna mendapatkan serta mengumpulkan data dari pasien maupun keluarga atau orang terdekat pasien. Langkah selanjutnya adalah dengan menetapkan diagnosa keperawatan, membuat intervensi keperawatan, melakukan implementasi hingga melakukan evaluasi.

Hasil & Pembahasan

Proses intervensi asuhan keperawatan Ny T dilakukan pada 16 Desember 2020. Klien berusia 29 tahun yang terdiagnosis kanker ovarium dengan keluhan utama nyeri di bagian perut yang menjalar hingga ke pinggang bagian belakang. Nyeri diakibatkan karena luka post operasi yang terasa seperti ditusuk-tusuk dengan skala 5. Nyeri terasa hilang dan timbul, dan terjadi secara mendadak. Saat dilakukan pengkajian, terlihat klien tidak nafsu makan dan keluarga mengatakan bahwa makanan yang

diberikan dari rumah sakit hanya habis 4 sendok. Kondisi umum terlihat bahwa tekanan darah 121/87 mmHg, nadi 88 kali per menit, pernafasan 19 kali per menit, dan suhu 36⁰C. Tidak ada keluhan pada bagian panca indera. Saat pemeriksaan gastrointestinal diketahui bahwa auskultasi peristaltik usus 35 kali per menit, terdapat nyeri tekan di bagian perut yang menjalar ke pinggang belakang.

Selama menjalani proses perawatan, klien mengalami perubahan makan. Sebelum sakit klien makan teratur 3 kali sehari, dan setelah berada di rumah sakit, klien makan tidak teratur. Saat ini klien sedang mendapatkan terapi makanan jenis tinggi kalori, tinggi protein dengan konsistensi makanan lunak. Klien terlihat menghabiskan setengah porsi, dan disuapi oleh keluarga, Klien mengatakan bahwa tidak nafsu makan. Pengkajian pola eliminasi, ditemukan bahwa selama berada di rumah sakit klien BAB 1 kali per hari dengan konsistensi lembek, berwarna kuning kecoklatan, dan tidak ditemukan gangguan dalam proses BAB. Sedangkan pada pola BAK, frekuensi BAK selama sakit 6 sampai 8 kali per hari, dengan warna kuning keruh. Tidak ditemukan adanya keluhan pada pola BAK. Selama berada di rumah sakit klien mengatakan hanya dapat tidur kurang lebih 4 hingga 6 jam dan sering terbangun karena nyeri yang dirasakan. Kebersihan diri pasien seperti mandi, melakukan gosok gigi dan berganti pakaian dilakukan 1 kali sehari, dibantu oleh keluarga. Hasil pemeriksaan data penunjang laboratorium terlihat bahwa nilai eritrosit meningkat dengan nilai 6,11/uL (normal 3,80 hingga 5,20), nilai MCV menurun menjadi 58,4 fL (normal 80 hingga 100 fL), MCH menurun 18,3 pg/cell (normal 26 - 34 pg/cell), MCHC menurun 31,4% (normal 32-36), dan nilai RDW meningkat 15,2% (normal 11,5-14,5%). Klien mendapatkan terapi farmakologis NaCl 20 tetes per menit melalui IV untuk mengembalikan keseimbangan elektrolit, curcuma 1 x 1 melalui oral untuk meningkatkan nafsu makan, Albuforce 3 x 1 melalui oral untuk terapi hipoalbumin dan mempercepat proses penyembuhan, ketorolak 3 x 1 melalui IV untuk pereda nyeri dan peradangan, ceftriaxon 2 x 1 gram melalui IV untuk mencegah dan mengatasi adanya infeksi, serta mendapatkan kalnek 3 x 500 melalui oral untuk menghentikan perdarahan post operasi.

Berdasarkan pengelompokan data hasil pengkajian, didapatkan dua diagnosa keperawatan yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik dan defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis. Peneliti menetapkan setelah dilakukan tindakan 3 kali 24 jam nyeri yang dirasakan oleh Ny T dapat teratasi dengan kriteria hasil keluhan nyeri, ekspresi muka meringis dan kegelisahan berkurang.⁹ Tindakan yang dapat dilakukan dengan manajemen nyeri seperti mengidentifikasi lokasi, durasi, frekuensi, intensitas nyeri, skala dan mengidentifikasi faktor yang dapat memperberat atau meringankan nyeri. Perawat juga dapat memberikan teknik non farmakologi seperti melakukan terapi pemijatan, relaksasi nafas dalam, kompres hangat, serta mengontrol lingkungan yang ada di sekitar klien mulai dari suhu ruangan, pencahayaan sehingga klien dapat beristirahat. Perawat juga perlu memberikan penjelasan terkait dengan teknik nonfarmakologi yang dapat dilakukan untuk mengurangi nyeri serta menjelaskan strategi meredakan nyeri. Tindakan kolaborasi pemberian analgesik perlu dilakukan oleh perawat jika nyeri tidak tertahankan.

Intervensi yang dilakukan perawat untuk mengatasi defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis adalah dengan melakukan observasi asupan makanan, berat badan serta mengidentifikasi makanan yang disukai, tidak disukai, ada atau tidak adanya alergi. Perawat juga dapat membantu klien untuk melakukan *Oral Hygiene* sebelum makan, memberikan makanan tinggi protein tinggi kalori serta menganjurkan posisi duduk jika diperlukan. Tindakan kolaborasi dilakukan oleh perawat ke ahli gizi untuk dapat menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan oleh klien selama masa perawatan.

Proses asuhan keperawatan yang dilakukan oleh peneliti padan Ny T mengacu pada rencana intervensi yang telah dibuat sebelumnya. Tindakan pertama yang dilakukan oleh Peneliti dimulai pada tanggal 16 Desember 2021 dimana peneliti melakukan identifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, durasi, kuantitas, skala dan intensitas nyeri. Respon yang diberikan oleh Ny T adalah keluhan rasa nyeri yang ditandai dengan raut wajah meringis menahan nyeri, gelisah. Ny T menunjukkan bahwa rasa nyeri terjadi di sekitar luka post operasi. Nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk dan menjalar hingga ke pinggang belakang. Ketika dilakukan pengkajian skala nyeri Ny Y mengatakan nyeri yang dirasakan memiliki skala 5, nyeri terjadi mendadak, hilang timbul. Peneliti melakukan intervensi lanjutan dengan mengidentifikasi faktor yang dapat memperberat atau memperingan rasa nyeri, memberikan teknik relaksasi nafas dalam, dan memberikan analgesik sesuai dengan rekomendasi dokter. Selama

mendapatkan tindakan keperawatan klien mengatakan nyeri akan terjadi saat klien banyak bergerak dan klien bersedia untuk diajarkan terapi relaksasi nafas dalam sembari mendengarkan musik. Ny T mengatakan bahwa skala nyeri masih belum berkurang dengan teknik relaksasi nafas dalam tetapi merasa lebih nyaman dan rileks dibanding dengan sebelumnya. Setelah mendapatkan terapi farmakologis, klien terlihat dapat tidur dengan tenang, lebih kooperatif dan tidak sering menunjukkan rintihan.

Intervensi keperawatan yang diberikan pada hari kedua tanggal 17 Desember 2020 adalah dengan meneruskan tindakan keperawatan sebelumnya seperti melakukan pengkajian nyeri, mengontrol lingkungan, mengidentifikasi istirahat tidur, mengulangi pemberian terapi nafas dalam dan melakukan kolaborasi pemberian antibiotik. Tindakan yang dikerjakan untuk mengatasi defisit nutrisi adalah dengan melakukan monitoring asuhan makanan, menimbang berat badan, memberikan makanan tinggi kalori dan protein, menganjurkan posisi duduk serta berkolaborasi terhadap pemberian obat antiemetik. Respon klien pada saat dilakukan intervensi diketahui bahwa skala nyeri masih belum berkurang dan masih sesuai dengan kondisi kemarin. Akan tetapi klien terlihat lebih nyaman dan tidak terlihat mengantuk walaupun kondisi badan terlihat masih lemah, letih dan lesu. Ny T mengatakan bahwa menyukai semua jenis makanan, tidak memiliki makanan tetapi untuk saat ini tidak nafsu makan. Hasil penimbangan berat badan didapatkan berat badan Ny T 56 kg. Klien mengatakan nafsu makan menurun karena masih menahan nyeri yang berada di luka post operasi.

Tindakan keperawatan yang dilakukan peneliti pada hari ketiga adalah dengan meneruskan dari intervensi hari pertama dan hari kedua. Hasil observasi terlihat bahwa klien masih sedikit tampak gelisah, tetapi sudah bias tidur dan lebih kooperatif. Klien mengatakan bahwa nyeri akan hilang saat mengkonsumsi obat anti nyeri tetapi jika efeknya sudah menghilang maka rasa nyeri akan terasa kembali. Nafsu makan masih belum terlihat baik, klien masih terlihat lemas, lesu. Ny T mengatakan jika duduk, nyeri makin terasa, sehingga lebih nyaman jika dalam posisi tidur.

Hasil dari pemberian intervensi terapi nafas dalam pada Ny T yang telah dilakukan selama tiga hari belum menunjukkan adanya perubahan terhadap skala nyeri yang dirasakan. Terapi relaksasi nafas dalam sendiri dapat mengendalikan nyeri dan meningkatkan ventilasi paru dan oksigenasi darah. Teknik ini akan berhasil jika dilakukan secara berulang dengan cara menahan inspirasi secara maksimal dan menghembuskan nafas secara perlahan.¹¹ Penelitian yang dilakukan oleh teknik relaksasi nafas dalam dapat dilakukan pada klien dengan Ca Serviks stadium IIIB dengan kisaran waktu 15 menit selama tiga hari digabung dengan terapi komplementer yang lain. Manajemen relaksasi nafas dalam dapat digunakan bersamaan dengan pemberian obat-obatan serta dapat digunakan untuk mengatasi nyeri tingkat ringan dan sedang.¹² Perawat dalam melakukan pemberian asuhan keperawatan untuk mengatasi nyeri dapat dilakukan dengan mengajarkan cara melakukan teknik nafas dalam, nafas lambat, cara mengeluarkan nafas perlahan, merilekskan, dan menurunkan kecemasan.¹³ Terapi non farmakologi lain yang dapat digunakan untuk mengatasi nyeri seperti dengan menggunakan hipnosis. Penelitian yang dilakukan oleh Awaludin, Nurachmah, dan Novitasari (2019) menjelaskan bahwa pemberian hipnosis dapat menghilangkan perasaan ketidaknyamanan, distress, nyeri, dan cemas.¹⁴ Selain pemberian teknik relaksasi nafas dalam, hipnosis, perawat juga dapat menggunakan teknik *Slow Stroke Back Massage* (SSBM). Penggunaan SSBM dapat menurunkan intensitas nyeri sebesar 2 kali lebih besar dibandingkan dengan penggunaan teknik relaksasi nafas.¹⁵

Kesimpulan

Asuhan keperawatan pada Ny T didapatkan masalah prioritas nyeri akut berhubungan dengan cedera fisik. Asuhan keperawatan dilakukan selama 3 hari mulai dari pengkajian, analisa data, penentuan diagnosa, pembuatan rencana intervensi, implementasi hingga evaluasi. Peneliti menerapkan penatalaksanaan manajemen nyeri seperti menjelaskan serta mengajarkan cara penanganan nyeri relaksasi nafas dalam serta melakukan kolaborasi pemberian analgesik untuk mengatasi nyeri. Tindakan tersebut menunjukkan belum dapat merubah skala nyeri yang dirasakan, sehingga dapat untuk diteruskan hingga skala nyeri menunjukkan adanya penurunan. Perawat diharapkan untuk dapat menerapkan serta memodifikasi alternatif penggunaan terapi non farmakologis lain dalam mengurangi nyeri selain dengan teknik relaksasi nafas dalam.

Konflik Kepentingan

Peneliti menyatakan bahwa penelitian ini independen dari konflik kepentingan individu dan organisasi.

Ucapan Terima Kasih

Terimakasih kepada Universitas Harapan Bangsa dan pihak RS yang telah membantu dalam proses penelitian ini.

Pendanaan

Pendanaan pada penelitian ini bersumber dari peneliti.

Daftar Pustaka

1. Humans IWG on the E of CR to. Pharmaceuticals. Volume 100 A. A review of human carcinogens. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. 2012;100(PT A):1.
2. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Laporan_Nasional_RKD2018_FINAL.pdf. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. 2018. p. 198.
3. Prawirohardjo S. Ilmu kandungan. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. 2011;
4. Reeder SJ, Martin LL, Koniak-Griffin D. Keperawatan maternitas: kesehatan wanita, bayi & keluarga. In EGC; 2011.
5. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Nursing Outcomes Classification (NOC) 5th Indonesian Edition. Elseiver Singapore. 2016;
6. Anggraini D, Semiarty R, Rasyid R, Khambri D. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Penderita Kanker Payudara Di Kota Padang. Jurnal Endurance: Kajian Ilmiah Problema Kesehatan. 2018;3(3):562–7.
7. Wisudawati ERS, Sudadi S, Lismidiati W. Studi Literature Review: Asuhan Keperawatan Paliatif Dengan Pendekatan Perawatan Spiritual Terhadap Level Nyeri Pasien Kanker Serviks. Jurnal'Aisyiyah Medika. 2021;6(1).
8. Noviyani R, Budiana ING, Tunas IK, Indrayathi A, Niruri R, Suwiyoga K. Efek kemoterapi bleomisin, vincristin, mitomisin dan karboplatin terhadap massa tumor dan infiltrasi parametrium pada pasien kanker serviks: studi kasus di RSUP Sanglah Denpasar. Indonesian Journal of Clinical Pharmacy. 2017;6(3):164–70.
9. Tim Pokja S. DPP PPNI (2018) Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
10. Nurmalisa BE. Literature Review: Managemen Nyeri pada Pasien Kanker. Lentora Nursing Journal. 2020;1(1):20–6.
11. Ayu NMS. EFEKTIFITAS TERAPI AUDIO RECORDED GUIDED IMAGERY DENGAN NAFAS DALAM TERHADAP PENURUNAN NYERI PASIEN PASCA OPERASI FRAKTUR. JURNAL KEPERAWATAN. 2019;7(2):725–38.
12. Safitri AW, Machmudah M. Penurunan Nyeri dengan Intervensi Kombinasi Terapi Relaksasi Pernafasan dan Terapi SEFT pada Pasien dengan Kanker Servik Stadium IIIB. Holistic Nursing Care Approach. 2021;1(1):1–8.
13. Frilasari H, Triwibowo H. Penerapan Teknik Relaksasi Progresif Terhadap Derajat Nyeri Persalinan Kala 1 Fase Aktif. Jurnal Keperawatan. 2020;13(1):7.
14. Awaludin S, Nurachmah E, Novitasari D. Hypnosis is a surgical pain intervention: a systematic review. In: 1st International Conference on Community Health (ICCH 2019). Atlantis Press; 2020. p. 276–84.
15. Ningrum EW. Ema Wahyu Ningrum, Dwi Novitasari, Murniati Murniati.