

Journal Educational of Nursing (JEN)

Vol.2 No.1 – Januari – Juni 2019; hal. 15-25

p-ISSN : 2655-2418; e-ISSN : 2655-7630

journal homepage: <https://ejournal.akperrspadjakarta.ac.id>

Aplikasi Teori Keperawatan *Comfort* Kolcaba dan Adaptasi Roy pada Klien dengan Neoplasma Ovarium Kistik

Lela Larasati¹, Yati Afiyanti², Wiwit Kurniawati³
Akademi Keperawatan RSPAD Gatot Soebroto Jakarta

Abstrak

Peran perawat maternitas dalam merawat klien dengan neoplasma ovarium kistik adalah dengan menerapkan asuhan keperawatan komprehensif yang bertujuan untuk memberikan kenyamanan, ketentraman, dan kelegaan bagi klien baik secara fisik, psikologi, sosial, dan spiritual. Teori yang dapat digunakan adalah teori kenyamanan Kolcaba dan teori adaptasi Roy. Dua dari lima kasus kelolaan menjalani pembedahan, sedangkan tiga kasus sisanya harus menunda untuk dioperasi dan harus memperbaiki keadaan umum terlebih dahulu karena adanya anemia dan harus menjalani transfusi darah. Pembedahan yang dilakukan adalah HTSOB, limpadenektomi, adhesiolisis, dan appendiktomi. Diperoleh data, tiga kasus dengan hasil CA 125 > 35 U/ml, satu kasus dengan CA 125 < 35 U/ml, dan satu kasus belum dilakukan pemeriksaan. Karena respon yang berbeda dari setiap klien terhadap asuhan keperawatan yang diberikan, maka dilakukan modifikasi intervensi keperawatan. Kedua teori ini sesuai untuk diterapkan pada klien dengan neoplasma ovarium kistik dalam meningkatkan kenyamanan dan membantu klien beradaptasi secara fisiologis dengan kondisi yang dialaminya.

Kata Kunci: Neoplasma Ovarium Kistik, Teori *Comfort* Kolcaba, Adaptasi Roy

Abstract

Role of maternity nurses in handling ovarium neoplasm cystic case is applying comprehensive nursing care plan which aims to give comfort, relief, and calm for client as in physical, psychological, social, and spiritual. They can use Kolcaba's Comfort Theory and Roy's Adaptation Theory. Two of five observational cases were to undergo surgery and three cases should be postponed and had to have blood transfusion due to anemia. The names of surgeries are HTSOB, lymphadenectomy, adhesiolysis, and appendectomy. There is data, three cases had value of CA 125 > 35 U/ml, one case had CA 125 < 35 U/ml, and one case had never been examination. Due to different responds from each client to nursing care plan, so that it did a modification of nursing intervention. Both of those theories are suitable to be applied in clients with ovarium neoplasm cystic to increase comfort and help clients to adapt as in physiology condition.

Keywords: *Ovarium Neoplasm Cystic, Kolcaba's Comfort Theory, Roy's Adaptation Theory*

^{1,2,3} E-mail : lela.larasati@akperrspadjakarta.ac.id

Pendahuluan

Ovarium mempunyai fungsi dan peranan yang sangat penting sebagai organ reproduksi khususnya bagi wanita, namun dalam fungsi dan peranannya terhadap masalah yang muncul patut untuk diperhatikan.

Masalah tersebut adalah kista ovarium, potensinya dapat menyerang kaum wanita pada umumnya. Namun pada saat sekarang kaum wanita kurang atau bahkan tidak memperhatikan hal-hal yang berkaitan sehingga risiko timbul pada kista ovarium menjadi tinggi.

Demikian juga etiologi dari kista ovarium juga sangat erat dengan aktifitas sehari-hari menjadi faktor pendukung kerentanan individu terkena kista ovarium.

Menurut Van Nagell & Miller (2016) menemukan data dari uji skrining menunjukkan bahwa ditemukannya persentase yang signifikan pada wanita dengan kista ovarium tanpa gejala dengan usia lebih dari 50 tahun.

Tumor ovarium merupakan masalah ginekologi onkologi di seluruh dunia dan keganasannya merupakan penyebab kematian terbanyak pada semua keganasan ginekologi.

Pembagian tumor ovarium epitelial tipe jinak, *borderline* dan ganas menyebabkan keragaman karakteristik tumor sehingga menimbulkan kesulitan dalam penatalaksanaannya (Megadhana, 2014).

Kista ovarium yang bersifat ganas disebut kanker ovarium. Kanker ovarium merupakan pembunuh yang diam-diam, karena memang seringkali penderita tidak merasakan apa-apa, walaupun terjadi keluhan biasanya sedah lanjut (Benson & Pernoll, 2008).

Sinha & Ewies (2016) mengatakan kista dermoid merupakan tumor pada sel germinal yang umum terjadi sekitar 70% dari tumor ovarium

jinak pada usia reproduksi dan 20% pada pascamenopause.

Peran perawat maternitas dalam menangani kasus neoplasma ovarium kistik yaitu menerapkan asuhan keperawatan yang komprehensif yang bertujuan untuk memberikan kenyamanan, kelegaan dan ketenteraman bagi klien baik fisik, psikologis, sosial dan spiritual.

Perawat maternitas menggunakan aplikasi teori keperawatan *Comfort* Kolcaba aplikasi teori dalam pemenuhan kebutuhan dasar klien yang mengalami masalah pada kenyamanannya. Kolcaba (2003) dalam Alligood (2016) empat konteks kenyamanan, berdasarkan asuhan yang diberikan berasal dari literatur keperawatan, konteks fisiologis, psikospiritual, sosiokultural, dan lingkungan kemudian Kolcaba juga meyakini bahwa perawat dapat melaksanakan asuhan yang bersifat memberikan kenyamanan bagi klien dan tindakan ini akan meningkatkan peran perawat untuk lebih kreatif dalam pemberian asuhan keperawatan.

Aktivitas keperawatan digambarkan oleh model adaptasi Roy melalui peningkatan respon adaptif pada situasi sehat atau sakit.

Teori adaptasi Roy menitikberatkan pendekatan pada tiga hal meliputi stimulus fokal yaitu stimulus atau rangsangan yang berasal dari dalam individu maupun dari luar individu dan harus dihadapi secara langsung pada saat itu juga.

Stimulus kontekstual adalah semua stimulus yang berpengaruh terhadap stimulus fokal berasal dari lingkungan sekitar, sedangkan stimulus residual merupakan faktor yang berasal dari lingkungan sekitar yang dapat berpengaruh secara tidak langsung pada individu (Alligood & Tomey, 2010).

Adaptasi menurut Roy merupakan kondisi yang tetap akan berubah-ubah dipengaruhi oleh stimulus fokal, kontekstual dan residual (Allgood, 2014).

Teori tersebut menekankan pada kemampuan penderita kista ovarium untuk beradaptasi dengan perubahan status kesehatan melalui pemberian asuhan keperawatan yang terstruktur (Frederickson, 2011)

Tujuan umum dari penulisan ilmiah ini adalah mengaplikasikan teori Keperawatan *Comfort* Kolcaba pada klien dengan neoplasma ovarium kistik.

Metode

Penelitian ini menggunakan metode studi kasus observasional deskriptif, yaitu dengan melakukan observasi dan wawancara dengan pasien, serta mempelajari ringkasan dokumen pasien.

Tahapan yang penulis lakukan dalam penanganan kasus ini yaitu, mengidentifikasi kasus meliputi karakteristik pasien, penilaian terhadap stresor, kemampuan pasien sebelum dilakukan tindakan keperawatan ners dan ners spesialis individu dan keluarga. Pasien yang dikelola merupakan pasien yang tidak hanya memiliki diagnosa keperawatan harga diri rendah saja, tetapi kombinasi dengan diagnosa keperawatan lainnya.

Pengumpulan data melalui observasi dan wawancara kepada pasien dan keluarga serta penelusuran dokumen rekam medis. Tahap berikutnya menganalisa data, serta melakukan interpretasi dari hasil analisa data yang diperoleh.

Selanjutnya penulis mendelegasikan tindakan keperawatan yang telah dilakukan kepada seluruh perawat ruangan yang terlibat dan berkoordinasi dengan konsulen keperawatan.

Ilustrasi Kasus

Kasus I

Nn. Eu, usia 37 tahun, belum menikah, pendidikan terakhir SMK, suku Betawi, klien rujukan dari RS. Islam karena dikatakan kista. Pengkajian dilakukan pada tanggal 21 November 2016.

Klien datang ke IGD Kebidanan dari poliklinik tanggal 21 November 2016 untuk persiapan operasi laparotomi VC dan surgical staging karena perut membesar 3 bulan sebelumnya dimana sudah dilakukan persiapan operasi dilakukan sejak tanggal 10 November 2017.

Hasil cek ulang laboratorium tanggal 21 November 2016 Hb 4,8g/dl, leukosit 9,35/ul. Hasil USG tanggal 15 November 2016 ditemukan neoplasma ovarium kistik multilokuler, dengan bagian padat musinosum suspek maligna. Klien juga ngeluh lemas, tidak nafsu makan, mual ada, muntah tidak, terasa tidak nyaman diperut kadang seperti ditusuk-tusuk.

Masalah keperawatan yang ditemukan adalah gangguan perfusi jaringan, nyeri, nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. Intervensi yang diberikan untuk mengatasi gangguan perfusi adalah diberikan IVFD RL 20 tpm, menjelaskan prosedur pemberian transfusi dan memberikan transfusi PRC 427cc, observasi TTV, hidrasi yang cukup, melibatkan keluarga terutama saat dilakukan transfusi.

Evaluasi tidak ada nyeri kepala dan pusing hanya saja masih lemas, makan mulai ada selera dan masih lemas. pernyataan objektif klien saat ini masih lemah, tekanan darah 140/80 mmHg, N 80 x/mnt, P 20 x/mnt, Sh 36°C, akral hangat, pengisian kapiler 2", Hb 8,2g/dl, makan habis 1 porsi, intake cairan 1200cc/24jam.

Masalah keperawatan nutrisi dilakukan intervensi berupa mengkaji pola makan, mendampingi dan

membantu klien saat makan jika dibutuhkan serta melibatkan keluarga, memberikan hemobion 2x1 tab sesuai program, memberikan diet TKTP dan memotivasi klien untuk menghabiskan secara bertahap, menganjurkan untuk menjaga kebersihan mulut.

Evaluasi yang didapatkan adalah mual mulai berkurang pagi ini makan selalu habis 3/4 porsi, klien makan makanan yang dibeli selain dari rumah sakit dan tambahan makanan kecil yang dibeli oleh keluarganya, masih tampak lemah, makan belum habis satu porsi, konjugtiva anemis, Hb 8,2g/dl.

Kebutuhan nutrisi belum adekuat. Planning memberikan penguatan dan motivasi klien untuk selalu menghabiskan makanannya secara bertahap, dan menjelaskan kembali pentingnya nutrisi untuk meningkatkan daya tahan tubuh, kolaborasi untuk pemberian transfusi tambahan dan cek darah lengkap khususnya Hb.

Masalah keperawatan ketidaknyamanan/nyeri dilakukan intervensi memberikan lingkungan yang nyaman, melakukan kompres air hangat pada abdomen dengan menggunakan handuk kecil, mengajarkan teknik distraksi dan relaksasi, memberikan sentuhan terapeutik, memberikan empati terhadap keluhan nyeri klien, memberikan umpan balik positif untuk upaya klien dapat melakukan tehnik relaksasi, membantu klien untuk melakukan aktifitas yang dapat ditoleransi dan sesuai dengan kondisinya, menganjurkan klien untuk melepaskan beban psikologisnya dengan selalu berdoa dan sabar, memberikan pujian atas kemajuan yang dialami oleh klien, menjelaskan sumber nyeri yang dirasakannya adalah karena membesarnya perut yang terdapat massa sehingga menekan organ lainnya.

Evaluasi yang didapatkan pada hari ketiga perawatan adalah klien dapat beradaptasi dengan ketidaknyamanannya setelah diberi penjelasan dan masih membutuhkan bantuan minimal. Planning memotivasi keluarga dan klien untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari klien secara bertahap dan menganjurkan klien untuk melakukan aktifitas ringan bisa diatas tempat tidur.

Kasus II

Ny. Et, 41 tahun, SMP, Islam, janda, seorang ibu rumah tangga yang mempunyai usaha wiraswasta Klien rujukan dari RS Cibitung dicurigai kista ovarium ganas keluhan yang dirasakan adalah perut dirasakan membesar sejak 3 bulan yang lalu, keluhan disertai dengan perut sedikit nyeri, begah dan mual.

Hasil USG ditemukan neoplasma ovarium padat dengan bagian kistik suspek maligna. Kemudian klien dilakukan operasi pada tanggal 30 November 2016 dengan tindakan HTSOB, lymphadenektomi pelvik dan appendiktomi.

Hasil laboratorium tanggal 30 November 2016 Hb 13,1 g/dl, Ht 38,2 Erit 4,39 tromb 315 leukosit 17,64/ul CA 125 359,92. USG tanggal 22 September 2016 ditemukan neoplasma ovarium padat dengan bagian kistik suspek maligna. Terapi yang didapatkan IVFD RL 20 tts/mnt, Ceftriaxon 1x2gr, metronidazol 3x500mg, transamin 3x500mg, profenid supp 3x100mg, ranitidin 2x150 mg po.

Keluhan saat ini klien merasa nyeri pada perutnya kesulitan untuk rubah posisi, sehingga takut untuk bergerak. Sekali-kali diusapnya terutama pada tempat yang nyeri, yang dilakukan hanya mengusap-usap dan coba menahan rasa nyerinya, mual ada, muntah tidak, klien senang sekali sudah dilakukan operasi yang

awalnya sebelum operasi sangat takut sekali dan cemas dengan kondisi penyakitnya.

Klien mengatakan ini pengalaman pertama baginya dilakukan operasi walaupun sudah senang dilakukan operasi namun apakah akan sembuh total dan adakah terapi lanjutan. Masalah keperawatan yang ditemukan adalah ketidaknyamanan/nyeri, risiko infeksi, intoleransi aktifitas

Masalah ketidaknyamanan/nyeri adalah dilakukan tindakan mengkaji karakteristik nyeri, relaksasi atau distraksi, melakukan mobilisasi bertahap dan mengatur posisi yang nyaman menurut klien, memberikan profenid supp 3x100mg, memberikan motivasi kepada klien untuk melakukan mobilisasi sesuai yang telah diajarkan.

Evaluasi hasil yang didapatkan pada hari ketiga perawatan adalah mengeluh nyeri pada daerah operasi vas 2 klien tampak lebih rileks, klien dapat mendemonstrasikan tehnik relaksasi nafas dalam dalam dan melakukan distraksi mendengarkan musik, tekanan darah 110/70 mmHg, N 92 x/mnt, P 20 x/mnt, Sh 36,4°C.

Planning melakukan observasi nyeri, motivasi klien untuk melakukan tehnik mengurangi nyeri distraksi dan relaksasi yang telah diajarkan dan kalau perlu minum analgetik.

Masalah keperawatan risiko infeksi intervensi yang dilakukan adalah mengobservasi luka operasi, mengkaji adanya tanda infeksi, observasi TTV, melakukan perawatan luka pada hari ketiga, menganjurkan klien untuk menjaga luka agar tetap kering dan intake nutrisi TKTP ekstra putih telur, memberikan antibiotik ceftriaxon 1x2gr dan metronidazol 3x500mg sesuai program dokter. Evaluasi hasil yang dilakukan adalah mengobservasi daerah luka, nyeri ada,

tidak ada tanda-tanda infeksi, klien sudah mengkonsumsi putih telur sehari enam butir.

Masalah keperawatan intoleransi aktivitas intervensi yang dilakukan adalah mengkaji respon fisik dan kemampuan aktivitas klien, motivasi untuk melakukan aktivitas semampunya, lakukan mobilisasi bertahap, bantu kebutuhan sehari-hari klien dan melibatkan keluarga saat melakukan tindakan.

Evaluasi hasil adalah nyeri sudah berkurang, lemas masih ada, sudah bisa duduk dan turun dari tempat tidur, dower chateter sudah dilepas, klien mandi dan menggosok gigi dibantu oleh keluarga, klien masih lemah namun mau berusaha untuk turun dari tempat tidur, klien sudah bisa duduk dikursi samping tempat tidur dan berjalan disekitar tempat tidur dan berjalan disekitar kamar, tekanan darah 110/70 mmHg, N 92 x/mnt, P 20 x/mnt, Sh 36,4°C. Planning beri penguatan atas usaha klien dan tetap melakukan aktivitas ringan semampu klien.

Kasus III

Ny. Kr, 49 tahun, SMP, Islam, janda, seorang tahanan rutan pondok bambu, masuk ruang perawatan Anggrek lantai 2 pada tanggal 3 Desember 2016 dari IGD kebidanan dengan keluhan lemas, sejak tiga hari yang lalu dan juga nyeri abdomen kuadran atas, serta nyeri pinggang dan tidak nafsu makan, mual ada, muntah kadang-kadang.

Sejak 3 tahun yang lalu klien merasa ada benjolan diperut namun sejak 5 bulan yang lalu benjolan semakin membesar. Tekanan darah 130/90 mmHg, nadi 88 x/mnt, pernafasan 20 x/mnt, suhu 36,5°C konjungtiva anemis.

Hasil USG abdomen ditemukan neoplasma ovarium kistik multilokuler permagna borderline. Rencana dilakukan operasi laparatomi namun

Hb rendah sehingga dilakukan perbaikan keadaan umum. Hasil laboratorium Hb 7,6 gr/dl, Ht 22%5, Eritrosit 8,75, Trombosit 253/ul, Leukosit 8,9/ul, Natrium 145mEq/L, Kalium 5mEq/L, Klorida 106mEq/L, CA 125 128,30. Terapi tramal 3x1 supp, vit B12 3x1 tab, IVFD RL 20tpm, transfusi PRC.

Masalah keperawatan yang didapatkan gangguan perfusi jaringan, ketidaknyamanan/nyeri, nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

Intervensi keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi gangguan perfusi jaringan mengobservasi TTV, mengobservasi pengisian kapiler, memberikan penjelasan tindakan transfusi, IFVD NaCl 20tp sebelum PRC masuk, memberikan transfusi PRC 438 cc, klien tidak masalah dilakukan transfusi, mengobservasi TTV dan keadaan umum selama transfusi.

Evaluasi yang dilakukan setelah tiga hari perawatan adalah nyeri kepala dan pusing hanya saja masih lemas, makan masih belum selera. Pernyataan objektif, tekanan darah 120/80 mmHg, N 88 x/mnt, P 20 x/mnt, Sh 36°C, akral hangat, pengisian kapiler 2", Hb 10,4g/dl, makan habis setengah porsi sendok, transfusi diberikan 438 cc.

Analisa klien, masih lemas dan Hb masih rendah. Planninya adalah melanjutkan tindakan sebelumnya, observasi tanda-tanda vital, nilai pengisian kapiler dan berikan terapi sesuai program dokter.

Intervensi keperawatan yang diberikan untuk mengatasi ketidaknyamanan/nyeri adalah observasi karakteristik nyeri, observasi TTV, mengajarkan relaksasi nafas dalam, menjelaskan kepada klien sumber nyeri, memberikan analgetik tramal 3x1supp, memberikan empati kepada klien terhadap keluhan nyeri saat muncul.

Evaluasi yang didapatkan adalah klien tampak lebih tenang dan berusaha relaksasi saat nyeri datang, klien sudah memahami mengapa nyeri tidak hilang-hilang dan berusaha menerima kondisinya.

Intervensi yang dilakukan untuk mengatasi masalah nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh adalah mengkaji pola makan dan intake makanan klien, mengidentifikasi makanan yang disukai klien berikan diet TKTP 1900kal, menjelaskan alternatif makanan yang boleh dikonsumsi klien, menganjurkan untuk menjaga kebersihan mulut, memberikan, vit B12 3x1 tab.

Evaluasi yang didapatkan adalah mual masih ada sedikit namun tidak muntah, Hb 10,4g/dl, makan habis setengah porsi dan menjelaskan pentingnya asupan nutrisi yang adekuat untuk meningkatkan daya tahan tubuh.

Planninya adalah melanjutkan tindakan sebelumnya, motivasi klien untuk menghabiskan makanannya secara bertahap, dan menjelaskan kembali pentingnya nutrisi untuk meningkatkan daya tahan tubuh.

Kasus IV

Ny. Ta, 42 tahun, SMP, Islam, tidak tamat sekolah dasar, seorang ibu rumah tangga. Pengkajian dilakukan pada tanggal 22 Maret 2017. Klien masuk tanggal 21 Maret 2017 rujukan dari RS Permata Bekasi untuk dilakukan operasi laparotomi HTSOB, adesiolisis dan appendiktomi.

Keluhan yang dirasakan adalah amenorea selama 5 bulan sebelumnya masih normal, perut dirasakan membesar sejak ± 6 bulan sebelum masuk rumah sakit, benjolan yang dirasakan semakin membesar, tidak ada keluhan perut nyeri, tidak ada mual muntah, terjadi penurunan berat badan yang sebelumnya 67 kg menjadi 49 kg. Hasil USG tanggal 24

Februari 2017 ditemukan neoplasma kistik ovarium kiri suspek borderline.

Kemudian klien dilakukan operasi pada tanggal 22 Maret 2017 dengan tindakan HTSOB, adesiolisis dan appendektomi. Hasil laboratorium tanggal 27 Februari 2017 Hb 13,8 g/dl, Ht 40,2%, Trombosit 162/ul, Leukosit 8,90/ul, Natrium 143 mEq/L, Kalium 4,1 mEq/L, Klorida 103 mEq/L. CA 125 dengan hasil 18,7. keluhan saat ini yang dirasakan adalah nyeri pada luka operasi, vas 3 dan masih takut untuk bergerak keadaan umum baik, klien masih tampak lemah, kesadaran composmentis, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 85 x/mnt, pernafasan 20 x/mnt, suhu 36,5°C.

Nafsu makan masih kurang, nutrisi diet lunak bubur habis setengah porsi, mual ada, muntah tidak.

Terapi yang diberikan IVFD RL : NaCl 2 : 1 per 24 jam, Cefazolin 1x2gr (3 hari), profenid supp 3x100mg, Vit B komp 3x1 tab. Masalah keperawatan yang ditemukan adalah nyeri, risiko infeksi, risiko nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

Intervensi yang diberikan untuk mengatasi ketidaknyamanan/nyeri adalah mengkaji karakteristik nyeri, membantu untuk mengurangi nyeri untuk relaksasi, memberikan lingkungan yang nyaman, menganjurkan untuk mobilisasi bertahap untuk mengurangi nyeri, memberikan analgetik profenid supp 3x100mg, melibatkan keluarga dalam melakukan intervensi.

Evaluasi yang didapatkan nyeri berkurang vas 2, tekanan darah 120/80 mmHg, N 85 x/mnt, P 20 x/mnt, Sh 36,4°C, klien masih meringis jika berubah posisi dan berusaha relaksasi saat nyeri. Planning berikutnya adalah observasi TTV, motivasi klien untuk tetap melakukan relaksasi, berikan analgetik jika perlu.

Intervensi yang diberikan untuk mengatasi masalah resiko infeksi

adalah observasi TTV dan tanda-tanda infeksi, menganjurkan untuk melakukan mobilisasi bertahap, menganjurkan untuk menjaga kebersihan sekitar luka, menganjurkan untuk menghabiskan makan yang diberikan dan ditambah ekstra putih telur, melakukan perawatan luka.

Evaluasi yang didapatkan adalah nyeri dan ngilu di daerah luka operasi masih ada namun tidak seperti sebelumnya vas 2, menanyakan bagaimana kondisinya saat ini, tekanan darah 120/80 mmHg, N 85 x/mnt, P 20 x/mnt, Sh 36,4°C, tidak ada tanda-tanda infeksi seperti merah, bengkak, pus pada luka operasi, leukosit 8,3g/dl. Analisa klien, tidak ditemukan tanda-tanda infeksi.

Planningnya melanjutkan tindakan sebelumnya, observasi tanda-tanda vital, observasi tanda-tanda infeksi, jaga kebersihan daerah luka, anjurkan untuk intake nutrisi TKTP ditingkatkan dan antibiotik sesuai program.

Intervensi keperawatan untuk mengatasi masalah resiko nutrisi kurang adalah mengkaji asupan makanan klien, membantu klien saat makan jika klien butuh bantuan, memberika diet TKTP 1700kal, memberikan vit B komp 3x1tab, menganjurkan klien untuk menjaga kebersihan mulut.

Evaluasi yang didapatkan adalah mengeluh mual masih ada namun makan secara perlahan-lahan bisa habis satu porsi dan jika diperbolehkan makan lunaknya diganti dengan makan biasa, telur sudah dibawakan telur oleh keluarganya dan hari ini makan dua butir.

Pernyataan objektif, klien masih lemah, makanan nasi lunak/bubur habis satu porsi, klien kadang makan makanan kecil dan buah. Planning yang diberikan motivasi klien untuk menghabiskan makanannya, dan menjelaskan kembali pentingnya

nutrisi untuk meningkatkan daya tahan tubuh dan penyembuhan luka.

Kasus V

Ny. Tu, 51 tahun, SMP, Kristen, janda, seorang ibu rumah tangga, klien dari IGD Kebidanan RSCM masuk ke ruang perawatan Kebidanan lantai 2 zona pada tanggal 13 Maret 2017 dengan keluhan lemas dan tidak selera makan, nyeri perut bawah sejak 12 jam sebelum masuk rumah sakit rencana dilakukan perbaikan keadaan umum.

Klien sebelumnya dirawat di penyakit dalam lantai 7 selama 13 hari karena nyeri perut, tidak bisa bab. Klien lupa sejak kapan perutnya mulai membesar. Hasil USG didapatkan kesan neoplasma ovarium kistik suspek malignancy, asites.

Hasil laboratorium tanggal 13 Maret 2017 Hb 9,9 g/dl, Ht 30,3%, Trombosit 389/ul, Leukosit 9,04/ul, ureum 135 mg/dl, kreatinin 11,6 mg/dl, Natrium 134 mEq/L, Kalium 4,8 mEq/L, GDS 114, albumin 2,83, CA 125 695,4. Hasil USG, ditemukan neoplasma ovarium kistik suspect malignancy, asites, suspect metastase massa pada hepar.

Klien direncanakan operasi laparotomi VC. Terapi yang didapatkan NaCl 0,9% 20 tts/mnt, transfusi PRC, ranitidin 2x150mg, ondansentron 3x4amp, tramadol 3x100mg, durogesic path 1x25mg, tramadol 1 amp/500cc RL, diet ekstra putih telur. Masalah keperawatan yang ditemukan adalah gangguan perfusi jaringan, ketidaknyamanan/nyeri, risiko nutrisi kurang.

Intervensi yang dilakukan untuk mengatasi gangguan perfusi jaringan adalah mengobservasi TTV dan pengisian kapiler, memberikan transfusi 218 cc, cek darah terutama Hb, memberikan IUFD NaCl 0,9% 20tpm, memberikan oksigen, menjelaskan kepada klien dan keluarga tentang tindakan transfusi

yang dilakukan, motivasi klien untuk tetap meningkatkan asupan nutrisi yang adekuat.

Evaluasi yang didapatkan yaitu tidak ada nyeri kepala dan pusing hanya saja masih lemas, makan masih belum selera. Pernyataan objektif, tekanan darah 120/70 mmHg, N 78 x/mnt, P 10 x/mnt, Sh 36°C, akral hangat, tidak sesak, pengisian kapiler 2", Hb 11g/dl, makan habis 2 sendok, transfusi diberikan 218 cc. Analisa klien resiko gangguan perfusi jaringan masih ada. Planningsnya adalah observasi tanda-tanda vital, nilai pengisian kapiler, observasi TTV dan berikan terapi sesuai program dokter.

Intervensi yang dilakukan untuk mengatasi ketidaknyamanan adalah mengkaji karakteristik nyeri, memberikan posisi yang nyaman menurut klien, memberikan lingkungan yang nyaman seperti ruangan kamar tidak panas, mengajarkan tehnik relaksasi dan distraksi, memberikan analgetik tramadol 100 mg dalam RL 500 ml diberikan selama 8 jam dan durogesic path 1x25mg.

Evaluasi yang didapatkan klien mengeluh masih nyeri perut vas 2 dan mengatakan sudah melakukan tehnik nafas dalam saat nyeri sekali namun masih ada dan sudah mendapatkan obat anti nyeri yang ditempel di dada, klien berharap jika dioperasi maka nyerinya akan hilang.

Pernyataan objektif, tekanan darah 120/70 mmHg, N 78 x/mnt, P 20 x/mnt, Sh 36°C, klien masih meringis dan berusaha relaksasi saat nyeri dan berhati-hati saat bergerak, durogesic patch terpasang. Analisa klien masih nyeri. Planningsnya adalah melanjutkan tindakan sebelumnya observasi TTV, respon nyeri klien, menganjurkan klien tetap melakukan relaksasi saat nyeri.

Intervensi yang diberikan untuk mengatasi nutrisi kurang adalah mengkaji pola makan klien, memotivasi klien untuk makan

makanan yang disukai selama tidak bertentangan dengan diet, mendampingi saat makan, memberikan diet TKTP 1700 kal bertahap atau bubur rendah serat 1300 kal, ekstra protein putih telur, mencatat intake makanan klien, memberikan ranitidin 2x150mg dan ondansentron 3x4amp.

Evaluasi yang didapatkan adalah klien mengeluh mual masih ada pagi ini makan hanya habis 3 sendok, klien akan mencoba makan sedikit-sedikit dan makan makanan tambahan lainnya selain dari rumah sakit, klien lebih suka makan buah jeruk.

Pernyataan klien masih lemah, makanan (bubur) masih tersisa banyak, klien kadang makan makanan kecil dan buah walaupun tidak habis, terpasang aminofluid 500 cc/24 jam, Hb 11g/dl. Analisa klien, nutrisi masih kurang dari kebutuhan.

Planningsnya adalah motivasi klien untuk menghabiskan makanannya secara bertahap, dan menjelaskan kembali pentingnya nutrisi untuk meningkatkan daya tahan tubuh, anjurkan makan dalam porsi kecil tapi sering/bertahap dan saat makan didampingi oleh keluarga.

Pembahasan

Hasil pengkajian pada klien dengan neoplasma ovarium kistik adalah ditemukannya satu orang belum menikah dan empat sudah menikah dengan rentang usia 39 sampai dengan 51 seperti menurut Aziz dkk (2010) bahwa tumor ganas ovarium terutama dijumpai pada perempuan berusia di atas 45 tahun dan mempunyai riwayat tumor serupa dalam keluarga selain itu juga faktor risiko terjadinya tumor ganas ovarium lainnya adalah riwayat menderita tumor endometrium, payudara atau kolon, tidak menikah, nullipara atau primigravida di atas 30 tahun,

infertilitas sedangkan insiden tumor ganas ovarium paling rendah pada wanita multipara dan pengguna pil kontrasepsi.

Prevalensi kejadian kista ovarium lebih banyak pada saat wanita menikah dibanding dibandingkan yang belum menikah (Azhar et al, 2014).

Peningkatan paritas berhubungan dengan penurunan resiko terjadinya kanker ovarium, tetapi belum dipahami dengan jelas namun dari berbagai penelitian yang dilakukan, didapatkan bahwa peningkatan paritas akan menyebabkan penurunan faktor resiko terjadinya insiden semua tipe kanker ovarium baik kanker ovarium yang berasal dari epitel, stromal atau germ sel (Adami,2010).

Hasil pemeriksaan CA 125 atau penanda tumor didapatkan pada kasus kelolaan dengan hasil > 35 IU/ml sebanyak tiga kasus, satu kasus belum dilakukan pemeriksaan CA 125. Hasil CA 125 lebih dari normal menandakan bahwa sifat dari kista ovarium tersebut adalah terjadi keganasan seperti menurut Deligeoroglou et al (2004) bahwa pemeriksaan serum CA 125 adalah pemeriksaan yang relevan dan penting dalam pengelolaan klien dengan kanker epitel ovarium dengan sensitivitas yang tinggi yang dilakukan pemeriksaan pada pra operasi yang berguna dalam membedakan antara massa adneksa yang jinak atau ganas (Deligeoroglou et al, 2004; Hasan et al, 2015).

Penatalaksanaan pada kasus kelolaan dilakukan pembedahan HTSOB, omentectomi, lymphadenektomi, adesiolisis, dan App hal ini sesuai dengan pengobatan yang utama menurut Aziz dkk (2010) bahwa pengobatan utama dari kanker ovarium stadium awal adalah dengan pembedahan radikal berupa pengangkatan tumor secara utuh,

pengangkatan uterus beserta kedua tuba dan ovarium, pengangkatan omentum, pengangkatan kelenjar getah bening, pengambilan sampel dari peritoneum dan diafragma, serta melakukan bilasan rongga peritoneum di beberapa tempat untuk pemeriksaan sitologi.

Tindakan pembedahan ini juga dimaksudkan untuk menentukan stadium dari kanker ovarium tersebut (*surgical staging*). Setelah pembedahan radikal ini, jika diperlukan diberikan terapi adjuvant dengan kemoterapi, radioterapi atau immunoterapi.

Perubahan rasa nyaman dalam hal ini nyeri, nyeri atau ketidaknyamanan yang muncul pada seluruh kasus mempunyai sumber yang berbeda, klien yang belum dilakukan operasi sumber nyeri berasal dari pembesaran massa yang mendesak rongga abdomen yang menyebabkan nyeri atau ketidaknyamanan, sedangkan kasus yang telah dilakukan operasi sumber nyeri karena trauma injuri fisik yaitu dilakukan operasi.

Keluhan yang ditemukan Harke et al (2016) bahwa klien umumnya mengeluh nyeri perut akut atau sakit perut dan massa supra kemaluan, menstruasi yang tidak teratur jarang terjadi atau tiga bulan amenore.

Kim dan Kwon (2007) melaporkan bahwa kenyamanan dan dukungan sosial (terdiri dari dukungan emosional, informasi, evaluatif, dan materialistis) berkorelasi positif.

Kesimpulan

Klien dengan neoplasma ovarium kistik yang akan mengeluhkan gejala yang beragam baik sebelum operasi maupun sesudah operasi. Gejala yang dirasakan oleh klien dipengaruhi oleh kondisi fisiologi, konsep diri, peran dan hubungan interdependensi, hal tersebut akan

menjadi stimulus bagi seseorang baik stimulus fokal, stimulus kontekstual maupun stimulus residual.

Dengan adanya stimulus maka individu akan melakukan mekanisme koping dengan mengaktifkan subsistem regulator dan subsistem kognator untuk menilai efektor yang meliputi keadaan fisiologi, konsep diri, peran dan interdependensi yang pada akhirnya menghasilkan output berupa koping adaptif atau koping tidak efektif.

Hasil pengkajian keperawatan pada aspek fisik dimana berkurangnya nyeri sampai klien dapat beradaptasi dengan nyerinya, aspek psikososial terkait dengan dilakukan tindakan histerektomi menerimanya klien dengan kondisi yang telah dilakukan histerektomi setelah diberikan informasi dan edukasi.

Aplikasi teori *comfort* sangat tepat digunakan pada pelaksanaan asuhan keperawatan klien dengan neoplasma ovarium kistik.

Pemberian asuhan keperawatan klien dengan neoplasma ovarium kistik perlu memperhatikan segala aspek baik fisik, psikospiritual, sosiokultural maupun lingkungan.

Saran

1. Sebagai Ners spesialis maternitas perlu menerapkan serta meningkatkan kemauan dan kemampuan mempublikasikan penelitian studi kasus tentang aplikasi teori *comfort* pada asuhan keperawatan klien dengan neoplasma ovarium kistik secara komprehensif.
2. Bagi lahan praktek diharapkan mampu memfasilitasi penerapan teori keperawatan dalam pelaksanaan asuhan.
3. Bagi institusi pendidikan diharapkan lebih banyak melakukan evaluasi terhadap mahasiswa dalam mengaplikasi teori keperawatan secara langsung pada asuhan keperawatan klien.

Daftar Pustaka

- [1] Alligood, M.R & Tomey, A. M. (2010). *Nursing Theories and Their Work*. 6th ed, Missouri; Mosby.
- [2] Alligood, M.R. (2017). *Pakar Teori Keperawatan dan Karya Mereka*. Edisi 8, Vol 1. (Penerjemah, Achir Yani dan Kusman Ibrahim). Singapore: Elsevier
- [3] Azhar, S., Almas, I., Rehman, N., Ahmed, S., Tajik, M.I., and Murtaza, G. (2014). Evaluating the perception and awareness of patients regarding ovarian cysts in peshawar, pakistan. *Tropical Journal of Pharmaceutical Research*. 13 (8): 1361-1366. <http://www.tjpr.org>
<http://dx.doi.org/10.4314/tjpr.v13i8.23>
- [4] Aziz, M.F., Andrijono, Saifuddin, A.B. *Buku Acuan Nasional: Onkologi Ginekologi*. Jakarta: PT. Bida Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- [5] Adami, H., 2010. Parity Age at first Child Birth and Risk of Ovarian Cancer. *The Lancet*, Vol 344 issue 8932, 1250 – 1254
- [6] Benson, R., & Pernoll, M.L. (2008). *Buku Saku Obstetri & Ginekologi*. Jakarta: EGC
- [7] Deligeoroglou, E., Eleftheriades, M., Shiadoes, V., Botsi, D., Hasiakos, D., Kontoravdis, A. (2004). Ovarian masses during adolescence: clinical, ultrasonographic and pathologic findings, serum tumor markers and endocrinological profile. *Gynecological Endocrinology*. doi: 10.1080/09513590410001712895
- [8] Frederickson, K. (2011). Callista Roy's adaptation model. *Nurs.Sci.Q*2011 24:301. doi: 10.1177/0894318411419215
- [9] Harke, A.B., Sigamani, K., Thukkaram, C., Ramamurthy, M., Sekar, M. (2016). Massive Ovarian Oedema A Case Report. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. Vol-10(8): ED03-ED04. doi: 10.7860/JCDR/2016/19419.8313
- [10] Kim, K.S., Kwon, S.H. (2007). Comfort and quality of life of cancer patients. *Asian Nursing Research*, Vol 1. No 2. [https://doi.org/10.1016/S1976-1317\(08\)60015-8](https://doi.org/10.1016/S1976-1317(08)60015-8)
- [11] Megadhana, I.W. (2014). Perbandingan ekspresi B Cell lymphoma-2 (Bcl-2) pada tumor ovarium epitelial tipe jinak, borderline dan ganas. *E-Journal Obstetric and Gynecology*. Vol 2, No 2. <http://ojs.unud.ac.id/index.php/obgyn/article/view/13439>