

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Penyakit

1. Definisi

Kanker ovarium adalah tumor ganas pada ovarium (indung telur) yang paling sering ditemukan pada wanita berusia 50-70 tahun. Kanker ovarium bisa menyebar ke bagian lain seperti, panggul dan perut melalui sistem getah bening dan melalui sistem pembuluh darah menyebar ke hati dan paru-paru (Padila, 2015).

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

2. Etiologi

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

a. Menstruasi dini

Jika seorang wanita mengalami haid sejak usia dini maka akan memiliki resiko tinggi terkena kanker ovarium.

b. Faktor usia

Wanita usia lebih dari 45 tahun lebih rentan terkena kanker ovarium.

c. Faktor reproduksi

1) Meningkatnya siklus ovulatori berhubungan dengan tingginya risiko menderita kanker ovarium karena tidak sempurnanya perbaikan epitel ovarium.

2) Induksi ovulasi dengan menggunakan chomiphene sitrat meningkatkan resiko dua sampai tiga kali.

3) Kondisi yang dapat menurunkan frekuensi ovulasi dapat mengurangi risiko terjadinya kanker.

- 4) Pemakaian pil KB menurunkan resiko hingga 50% jika dikonsumsi selama 5 tahun lebih.
- d. Wanita mandul atau tidak bisa hamil
Wanita yang belum pernah hamil akan memiliki resiko tinggi terkena kanker ovarium.
- e. Faktor genetic
 - 1) Sebesar 5% sampai dengan 10% adalah herediter.
 - 2) Angka resiko terbesar 5% pada penderita satu saudara dan meningkat menjadi 7% bila memiliki dua saudara yang menderita kanker ovarium.
- f. Makanan
Terlalu banyak mengkonsumsi makanan berlemak hewani yang dapat meningkatkan risiko terkena kanker ovarium.
- g. Obesitas
Wanita yang mengalami obesitas (kegemukan) memiliki resiko tinggi terkena kanker ovarium.

3. Tanda dan Gejala

Menurut (Brunner, 2015), tanda dan gejala kanker ovarium adalah sebagai berikut:

- a. Peningkatan lingkar abdomen
- b. Tekanan panggul
- c. Mual
- d. Nyeri punggung
- e. Konstipasi
- f. Nyeri abdomen
- g. Sering berkemih
- h. Dispnea
- i. Perdarahan abnormal
- j. Flatulens
- k. Peningkatan ukuran pinggang
- l. Nyeri tungkai
- m. Rasa begah setelah makan makanan kecil

4. Patofisiologi

Menurut (Dewi, 2017) penyebab pasti kanker ovarium tidak diketahui namun multifaktoral. Resiko berkembangnya kanker ovarium berkaitan dengan faktor lingkungan, reproduksi dan genetik. Faktor-faktor lingkungan yang berkaitan dengan kanker ovarium epitel terus menjadi subjek perdebatan dan penelitian. Insiden tertinggi terjadi di industri barat. Kebiasaan makan, minum kopi, dan merokok, dan penggunaan bedak talek pada daerah vagina, semua itu dianggap mungkin menyebabkan kanker. Penggunaan kontrasepsi oral tidak meningkatkan resiko dan mungkin dapat mencegah. Terapi penggantian estrogen pascamenopause untuk 10 tahun atau lebih berkaitan dengan peningkatan kematian akibat kanker ovarium. Gen-gen supresor tumor seperti BRCA-1 dan BRCA-2 telah memperlihatkan peranan penting pada beberapa keluarga. Kanker ovarium herediter yang dominan autosomal dengan variasi penetrasi telah ditunjukkan dalam keluarga yang terdapat penderita kanker ovarium. Bila yang menderita kanker ovarium, seorang perempuan memiliki 50% kesempatan untuk menderita kanker ovarium. Kanker ovarium dikelompokkan dalam 3 kategori besar : 1. Tumor-tumor epitelial, 2. Tumor stroma gonad, dan 3. Tumor-tumor sel germinal. Keganasan epitelial yang paling sering adalah adenoma karsinoma serosa. Kebanyakan neoplasma epitelial mulai berkembang dari permukaan epitelium, atau serosa ovarium. Kanker ovarium bermetastasis dengan invasi langsung struktur yang berdekatan dengan abdomen dan pelvis. Sel-sel ini mengikuti sirkulasi alami cairan peritoneal sehingga implantasi dan pertumbuhan. Keganasan selanjutnya dapat timbul pada semua permukaan intraperitoneal. Limfatis yang disalurkan ke ovarium juga merupakan jalur untuk penyebaran sel-sel ganas. Semua kelenjer pada pelvis dan kavum abdominal pada akhirnya akan terkena. Penyebaran awal kanker ovarium dengan jalur intraperitoneal dan limfatik muncul tanpa gejala atau tanda spesifik. Gejala tidak pasti akan muncul seiring dengan waktu adalah perasaan berat pada pelvis, sering berkemih, dan disuria, dan perubahan gastrointestinal, seperti rasa penuh,

mual, tidak enak pada perut, cepat kenyang, dan konstipasi. pada beberapa perempuan dapat terjadi perdarahan abnormal vagina sekunder akibat hiperplasia endometrium bila tumor menghasilkan estrogen, beberapa tumor menghasilkan testosteron dan menyebabkan virilisasi. Gejala-gejala keadaan akut pada abdomen dapat timbul mendadak bila terdapat perdarahan dalam tumor, ruptur, atau torsi ovarium.

5. Klasifikasi

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

Tabel 1. Stadium Kanker Ovarium

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

6. Manifestasi Klinis

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

7. Penatalaksanaan

a. Pembedahan

Tindakan pembedahan dapat dilakukan pada kanker ovarium sampai stadium IIA dan dengan hasil pengobatan seefektif radiasi, akan tetapi mempunyai keunggulan dapat meninggalkan ovarium pada pasien usia pramenopause. Kanker ovarium dengan diameter lebih dari 4 cm menurut beberapa peneliti lebih baik diobati dengan kemoradiasi daripada operasi. Histerektomi radikal mempunyai mortalitas kurang dari 1%. Morbiditas termasuk kejadian fistel (1% sampai 2%), kehilangan darah, atonia kandung kemih yang membutuhkan katering intermiten, antikolinergik, atau alfa antagonis (Reeder, 2013).

b. Radioterapi

Terapi radiasi dapat diberikan pada semua stadium, terutama mulai stadium II B sampai IV atau bagi pasien pada stadium yang lebih kecil tetapi bukan kandidat untuk pembedahan. Penambahan cisplatin selama radio terapi whole pelvic dapat memperbaiki kesintasan hidup 30% sampai 50% (Reeder, 2013).

c. Kemoterapi

Terutama diberikan sebagai gabungan radio-kemoterapi lanjutan atau untuk terapi paliatif pada kasus residif. Kemoterapi yang paling aktif adalah cisplatin. Carboplatin juga mempunyai aktivitas yang sama dengan cisplatin (Reeder, 2013). (RI, 2018)

8. Pemeriksaan Penunjang

Ultrasonografi transvagina dan pemeriksaan antigen CA-125 sangat bermanfaat untuk wanita yang beresiko tinggi. Pemeriksaan praoperasi

dapat mencakup enema barium atau kolonoskopi, serangkaian pemeriksaan GI atas, MRI, foto ronsen dada, urografi IV, dan pemindaian CT.Scan. Uji asam deoksiribonukleat mengindikasikan mutasi gen yang abnormal. Penanda atau memastikan tumor menunjukkan antigen karsinoma ovarium, antigen karsinoembrionik, dan HCG menunjukkan abnormal atau menurun yang mengarah ke (Kemenkes RI, 2018).

B. Konsep Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan merupakan seluruh rangkaian proses keperawatan yang diberikan kepada pasien yang berkesinambungan dengan kaidah-kaidah keperawatan yang dimulai dari proses pengkajian hingga dilakukannya evaluasi tindakan yang telah dilakukan dalam usaha memperbaiki ataupun memelihara derajat kesehatan yang optimal.

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

Langkah-langkah dalam memberikan asuhan keperawatan yang pertama yaitu pengkajian. Pengkajian terdiri dari pengumpulan informasi subjektif dan objektif (misalnya, tanda-tanda vital, wawancara pasien/keluarga, pemeriksaan fisik) dan peninjauan informasi riwayat pasien pada rekam medik. Perawat juga mengumpulkan kekuatan (untuk mengidentifikasi peluang promosi kesehatan) dan resiko (area yang merawat dapat mencegah atau potensi masalah yang dapat ditunda) (SDKI, 2017).

Setelah dilakukan pengkajian, maka akan didapatkan data-data dari pasien untuk merumuskan diagnosa keperawatan. Diagnosa keperawatan

adalah penilaian klinis tentang respons manusia terhadap gangguan kesehatan/proses kehidupan, atau kerentanan respons dari seorang individu, keluarga, kelompok, atau komunitas (SDKI, 2017).

Intervensi keperawatan didefinisikan sebagai berbagai perawatan, berdasarkan penilaian klinis dan pengetahuan, yang dilakukan oleh seorang perawat untuk meningkatkan hasil klien/pasien. Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) adalah sebuah tindakan komprehensif berbasis bukti yang perawat lakukan di berbagai tatanan keperawatan. Implementasi adalah tindakan dari rencana keperawatan yang telah disusun dengan menggunakan pengetahuan keperawatan, perawat melakukan dua intervensi yaitu mandiri/independen dan kolaborasi/interdisipliner. Evaluasi merupakan sebagai penilaian status klien dari efektivitas tindakan dan pencapaian hasil yang diidentifikasi terus pada setiap langkah dalam proses keperawatan, serta rencana perawatan yang telah dilaksanakan (SDKI, 2017).

1. Pengkajian Keperawatan

a. Identitas pasien

Meliputi nama lengkap, tempat tinggal, jenis kelamin, tanggal lahir, umur, asal suku bangsa, tempat lahir, nama orang tua, pekerjaan orang tua. Keganasan kanker ovarium sering ditemui pada usia diatas 45 tahun (Apriansyah A, 2015).

b. Keluhan utama

Biasanya mengalami perdarahan yang abnormal atau menorrhagia pada wanita usia subur atau wanita diatas usia 50 tahun atau menopause untuk stadium awal. Pada stadium lanjutakan mengalami pembesaran massa yang disertai asites

c. Riwayat kesehatan sekarang

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

d. Riwayat kesehatan dahulu

Riwayat kesehatan dahulu pernah memiliki kanker kolon, kanker payudara, dan kanker endometrium (Brunner, 2015).

e. Riwayat kesehatan keluarga

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

f. Keadaan psiko-sosial-ekonomi dan budaya

Kanker ovarium sering ditemukan pada kelompok sosial ekonomi yang rendah, berkaitan erat dengan kualitas dan kuantitas makanan atau gizi yang dapat mempengaruhi imunitas tubuh, serta tingkat personal hygiene.

g. Data khusus

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

2. Diagnosa Keperawatan

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

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

Berdasarkan SDKI 2017, diagnosa keperawatan yang muncul adalah :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan infiltrasi tumor
- b. Defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan
- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan ketidakbugaran fisik
- d. Disfungsi seksual berhubungan dengan perubahan fungsi/struktur tubuh.
- e. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit
- f. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan efek tindakan pengobatan
- g. Distress spiritual berhubungan dengan kondisi penyakit kronis
- h. Harga diri rendah situasional berhubungan dengan perubahan pada citra tubuh
- i. Ketidakmampuan koping keluarga berhubungan dengan pola koping yang berbeda diantara pasien dan orang terdekat
- j. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan fisik
- k. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi
- l. Risiko perdarahan berhubungan dengan proses keganasan.

3. Rencana Keperawatan

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

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

M :Measurable (dapat diukur). Artinya, jika diangkakan missal “bisa”=1 dan tidak bisa=0, jadi jika pasien telah melakukan berjalan

kaki sendiri ke kamar mandi tanpa bantuan maka artinya terukur dengan angka 1.

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

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

T :Time (punya batasan waktu yang jelas)

Tabel 2. Diagnosa, SLKI dan SIKI

No.	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1.	Nyeri Akut b/d infiltrasi tumor	SLKI: Kriteria hasil : 1. Mampu mengontrol nyeri 2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri 3. Mampu mengenali skala, intensitas, lokasi, dan frekuensi nyeri 4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang	1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif 2. Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan 3. Ajarkan tehnik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri 4. Kolaborasi untuk pemberian analgetik
2.	Defisit nutrisi b/d kurangnya asupan makanan	SLKI : Kriteria hasil : 1. Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan 2. Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan 3. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi 4. Tidak ada tanda- tanda malnutrisi	1. Kaji status nutrisi pasien 2. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi 3. Ajarkan pasien membuat catatan makanan harian 4. Kolaborasi dengan tim gizi untuk kebutuhan nutrisi
3.	Disfungsi seksual b/d perubahan fungsi/struktur tubuh	SLKI Kriteria Hasil : 1. Pengenalan dan penerimaan identitas seksual pribadi 2. Mengetahui masalah reproduksi 3. Mampu mengontrol kecemasan 4. Menunjukkan keinginan untuk mendiskusikan perubahan fungsi seksual	1. Kaji frekuensi berhubungan pasien dengan suami setelah mengetahui penyakitnya 2. Membangun hubungan terapeutik berdasarkan kepercayaan dan rasa hormat 3. Menyediakan privasi dan menjamin

Lanjutan Tabel 2.

			kerahasiaan 4. Menginformasikan diawal bahwa seksualitas adalah hal penting dalam kehidupan
4.	Gangguan rasa nyaman b/d gejala penyakit	SLKI Kriteria Hasil : 1. Mampu mengontrol kecemasan 2. Status lingkungan yang nyaman 3. Mengontrol nyeri kualitas tidur dan istirahat yang adekuat 4. Kualitas tidur dan istirahat adekuat	1. Gunakan pendekatan yang menenangkan 2. Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan ketakutan 3. Dengarkan dengan penuh perhatian 4. Instruksikan pasien menggunakan tehnik relaksasi
5.	Gangguan citra tubuh b/d efek tindakan pengobatan	SLKI Kriteria Hasil : 1. Body image positif 2. Mampu mengidentifikasi kekuatan personal 3. Mendiskripsikan secara factual perubahan fungsi tubuh 4. Mempertahankan interaksi sosial	1. Kaji secara verbal dan nonverbal respon pasien terhadap tubuhnya 2. Monitor frekuensi mengkritik dirinya 3. Jelaskan tentang pengobatan, perawatan, kemajuan dan prognosis penyakit 4. Dorong pasien mengungkapkan perasaannya
6.	Ketidakmampuan koping keluarga b/d pola koping yang berbeda antara pasien dengan keluarga	SLKI Kriteria Hasil : 1. Mengidentifikasi pola koping yang efektif 2. Mengungkapkan secara verbal tentang koping yang efektif 3. Mengatakan penurunan stress 4. Pasien mengatakan telah menerima keadaannya sekarang 5. Mampu mengidentifikasi strategi tentang koping	1. Bantu pasien mengidentifikasi keuntungan dan kerugian dari keadaan 2. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 3. Memfasilitasi pasien untuk membuat keputusan 4. Berikan informasi tentang kondisinya
7.	Defisit perawatan diri b/d kelemahan fisik	SLKI : Kriteria Hasil : 1. Mampu melakukan tugas fisik yang secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu 2. Mampu mempertahankan kebersihan diri dan	1. Kaji kemampuan pasien dalam mempertahankan kebersihan diri, asupan makanan dan cairan, serta eliminasi 2. Kaji kebersihan diri pasien

Lanjutan Tabel 2.

		penampilan yang rapi secara mandiri	3. Bantu ADLs pasien sesuai dengan kebutuhan
7.	Defisit pengetahuan b/d kurang terpapar informasi	SLKI : Kriteria Hasil : 1. Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis, dan program pengobatan 2. Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar 3. Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/tim kesehatan lainnya.	1. Kaji pengetahuan pasien dan keluarga tentang penyakitnya 2. Jelaskan tanda dan gejala dari penyakit 3. Jelaskan patofisiologi dari penyakit dan bagaimana hal ini berhubungan dengan anatomi dan fisiologi, dengan cara yang tepat 4. Diskusikan dengan dokter tentang terapi dan penanganan
8.	Risiko perdarahan b/d proses keganasan	SLKI : Kriteria Hasil : 1. Tidak ada hematuria dan hematemesis 2. Kehilangan darah yang terlihat 3. Tekanan darah dalam batas normal 4. Tidak ada perdarahan pervagina 5. Tidak ada distensi abdominal	1. Kaji adanya perdarahan pada pasien 2. Monitor tanda- tanda vital 3. Monitor tanda- tanda perdarahan 4. Pertahankan bedrest selama perdarahan aktif 5. Kolaborasi 6. pemberian terapi

4. Implementasi Keperawatan

Menurut Rendy (2019) implementasi keperawatan merupakan sebuah fase dimana perawat melaksanakan rencana atau intervensi yang sudah dilaksanakan sebelumnya. Implementasi keperawatan membutuhkan fleksibilitas dan kreativitas perawat. Sebelum melakukan suatu tindakan, perawat harus mengetahui alasan mengapa tindakan tersebut dilakukan. Beberapa hal yang harus diperhatikan diantaranya tindakan keperawatan yang dilakukan harus sesuai dengan tindakan yang sudah direncanakan, dilakukan dengan cara yang tepat, aman, serta sesuai dengan kondisi pasien, selalu dievaluasi mengenai keefektifan dan selalu mendokumentasikan menurut urutan waktu. Aktivitas yang dilakukan pada tahap implementasi dimulai dari pengkajian lanjutan, membuat prioritas, menghitung alokasi tenaga, memulai intervensi keperawatan, dan

mendokumentasikan tindakan dan respon klien terhadap tindakan yang telah dilakukan (Padila, 2015).

Implementasi merupakan tahap ke empat dari proses keperawatan yang dimulai setelah perawat menyusun rencana keperawatan. Dengan rencana keperawatan yang dibuat berdasarkan diagnosis yang tepat, intervensi diharapkan dapat mencapai tujuan dan hasil yang diinginkan untuk mendukung dan meningkatkan status kesehatan pasien (Mutaqqin, 2014). Tujuan dari implementasi adalah membantu pasien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan memfasilitasi coping. Perencanaan asuhan keperawatan akan dapat dilaksanakan dengan baik, jika klien mempunyai keinginan untuk berpartisipasi dalam implementasi asuhan keperawatan. Selama tahap implementasi, perawat terus melakukan pengumpulan data dan memilih asuhan keperawatan yang paling sesuai dengan kebutuhan pasien (Apriansyah A, 2015). Jenis-jenis tindakan pada tahap pelaksanaan implementasi adalah:

a. Secara mandiri (*independent*)

Tindakan yang diprakarsai oleh perawat untuk membantu pasien dalam mengatasi masalahnya dan menanggapi reaksi karena adanya stressor.

b. Saling ketergantungan (*interdependent*)

Tindakan keperawatan atas dasar kerja sama tim keperawatan dengan tim kesehatan lainnya seperti: dokter, fisioterapi, dan lain-lain.

c. Rujukan/ketergantungan (*Dependent*)

Tindakan keperawatan atas dasar rujukan dan profesi lainnya diantaranya dokter, psikiatri, ahli gizi, dan lainnya.

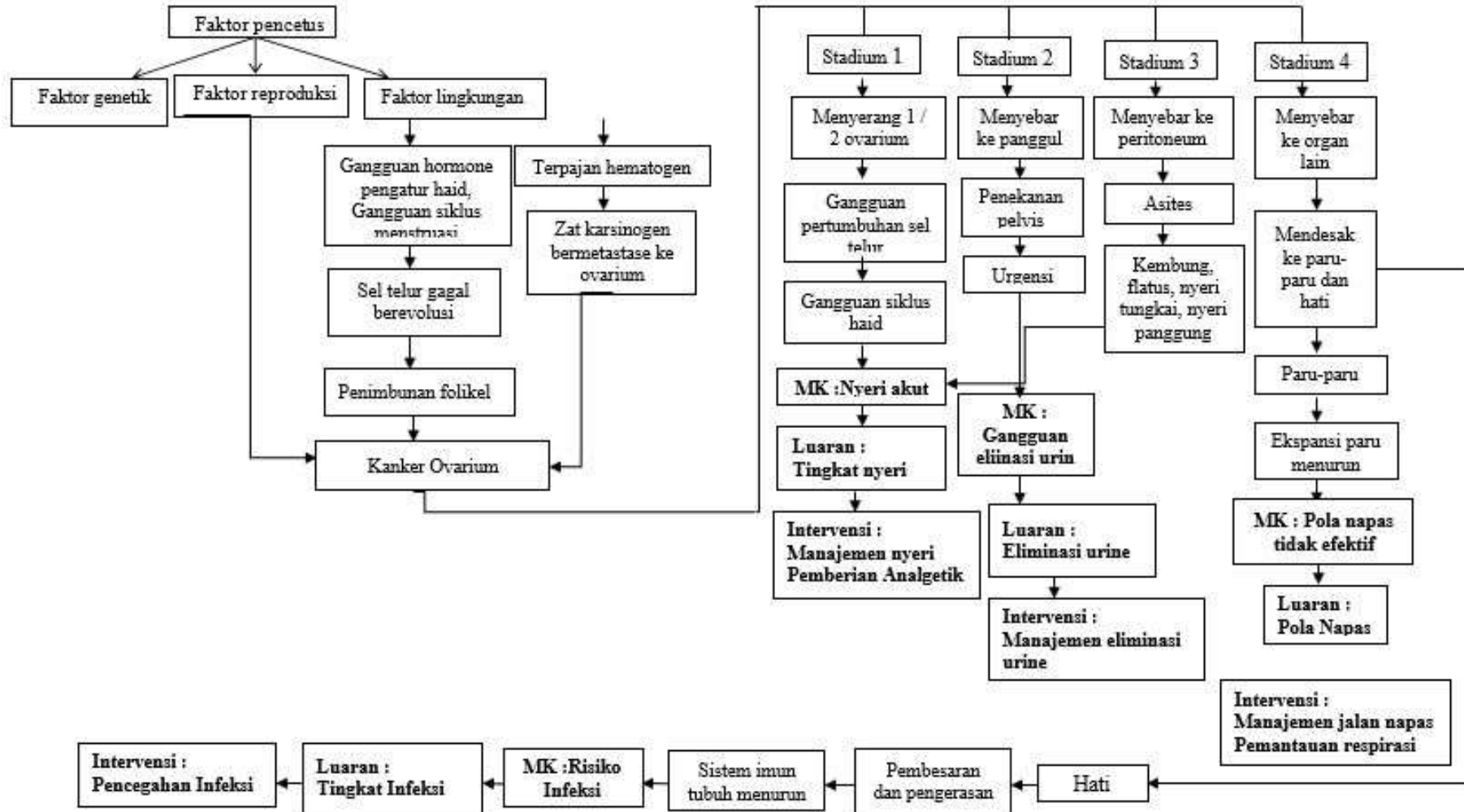
5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dari proses keperawatan untuk mengukur respon klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan respons klien kearah pencapaian tujuan (M Asikin., 2016). Evaluasi dapat berupa evaluasi struktur, proses dan hasil. Evaluasi terdiri dari evaluasi formatif yaitu menghasilkan umpan balik selama program berlangsung.

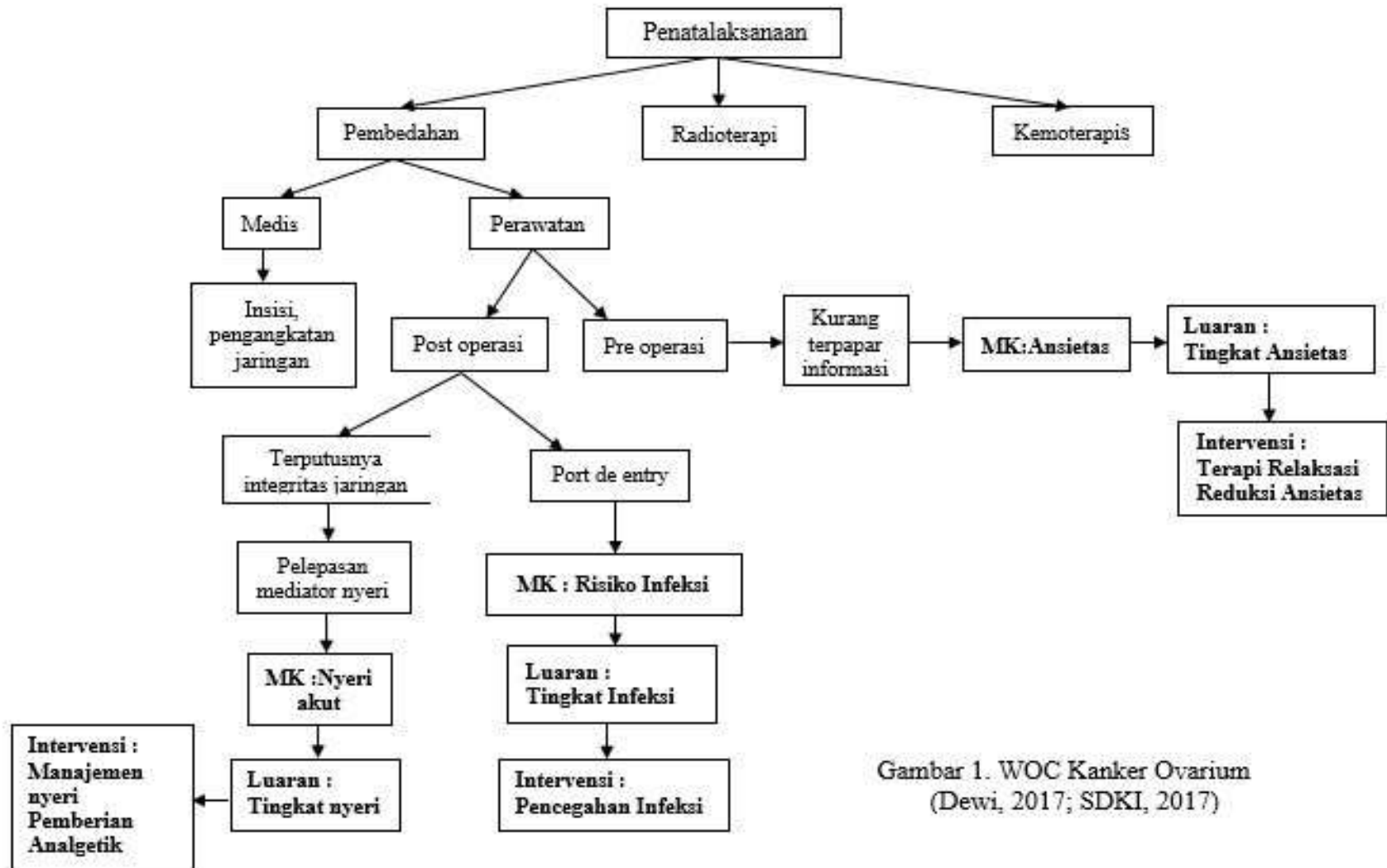
Sedangkan evaluasi sumatif dilakukan setelah program selesai dan mendapatkan informasi efektivitas pengambilan keputusan. Menurut (Misbach, 2015) evaluasi asuhan keperawatan didokumentasikan dalam bentuk SOAP (*subjektif, objektif, assesment, planning*). Komponen SOAP yaitu:

- a. S (*subjektif*) dimana perawat menemukan keluhan klien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan.
- b. O (*objektif*) adalah data yang berdasarkan hasil pengukuran atau observasi klien secara langsung dan dirasakan setelah selesai tindakan keperawatan.
- c. A (*assesment*) adalah kesimpulan dari data *subjektif* dan *objektif* (biasaya ditulis dala bentuk masalah keperawatan).
- d. P (*planning*) adalah perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan dihentikan, dimodifikasi atau ditambah dengan rencana kegiatan yang sudah ditentukan sebelumnya.

C. Web of Causation (WOC)



Lanjutan Web Of Causation



Gambar 1. WOC Kanker Ovarium (Dewi, 2017; SDKI, 2017)