

BAB II

KONSEP DASAR MEDIK

A. Kanker Ovarium

1. Pengertian

Kanker ovarium adalah jenis kanker yang tumbuh di dalam jaringan indung telur, organ reproduksi wanita yang bertanggung jawab untuk produksi sel telur. Mayoritas kanker ovarium tergolong ke dalam kategori kanker ovarium epitel, yaitu kanker yang muncul dari sel di permukaan ovarium, atau tumor sel germinal yang ganas, yaitu kanker yang muncul dari sel telur (Jauhari *et al.*, 2015)

Kanker ovarium merupakan kanker ginekologis yang berbahaya sebab pada umumnya kanker ini baru bisa dideteksi ketika sudah parah. Tes skrining awal untuk membuktikan kanker ovarium masih belum ada dan tidak ada tanda-tanda awal yang pasti. Namun, dalam beberapa kasus, wanita mengalami nyeri pada abdomen yang disertai dengan bengkak di area tersebut (Digitulio, 2014).

Penulis menyimpulkan berdasarkan pengertian di atas bahwa kanker ovarium adalah jenis kanker yang tumbuh di dalam indung telur, organ reproduksi wanita yang menghasilkan sel telur. Mayoritas kanker ovarium termasuk dalam kategori kanker epitel ovarium atau tumor sel germinal ganas. Kanker ini sulit dideteksi pada awalnya karena tidak ada tes skrining yang tersedia dan gejalanya tidak spesifik. Beberapa

wanita mengalami nyeri abdomen dan pembengkakan sebagai tanda-tanda potensial.

2. Proses terjadinya masalah

a. Presipitasi dan Predisposisi

1) Presipitasi

Menurut Widyastuti (2020), faktor pencetus kanker ovarium adalah :

- a) Faktor risiko individual. Usia diatas 40 tahun yang memiliki satu anak atau tidak memiliki anak, riwayat kanker payudara atau kanker endometrium dapat meningkatkan angka kejadian kanker ovarium, karena adanya perubahan hormon yang dikeluarkan dapat mempengaruhi perkembangan sel-sel kanker.
- b) Riwayat keluarga. Wanita dengan riwayat keluarga memiliki kanker payudara, indung telur, endometrium, atau usus besar, memiliki risiko lebih tinggi terkena kanker ovarium.
- c) Faktor lingkungan. Asupan makanan mengandung banyak lemak hewani, seperti daging dan ayam dalam jumlah yang banyak dapat meningkatkan risiko kanker ovarium.
- d) Faktor Risiko Reproduksi. Memiliki anak lebih dari satu, penggunaan kontrasepsi pil, riwayat menyusui,

pengikatan saluran tuba, dan histerektomi (pengangkatan rahim) berkaitan dengan risiko kanker ovarium.

2) Predisposisi

Menurut Hidayat (2019), ovarium terletak didalam rongga pelvis. Bila timbul kanker biasanya tanpa ada gejala pada awalnya sehingga sulit ditemukan, membuat penanganan tertunda. Ketika lesi sudah berkembang dan timbul gejala, seringkali sudah bukan stadium awal. Maka pasien dengan kanker ovarium saat didiagnosis sudah terdapat metastasis diluar ovarium.

b. Patofisiologi

Kanker ovarium memiliki beberapa jenis yang multi kompleks. Hal ini sulit untuk memilih dalam hal histogenesisnya pada kanker ovarium yang berasal dari epitel, yang awal mulanya dimulai dengan adanya pengendapan di bagian stroma yang berkembang menjadi bentuk kista. Stadium pada kanker ovarium dipengaruhi berdasarkan investigasi pada laparotomi. Penentuan stadium dengan menggunakan metode laparotomi akan lebih seksama, yaitu perluasan pada tumor dapat ditinjau dan ditentukan sesuai penelusuran patologi (sitologi dan histopatologi) yang timbul menjadi sebuah akibat dari tindakan terapi (Nafari, 2022).

Keganasan epitelial yang paling sering adalah adenomakarsinoma serosa. Kebanyakan neoplasma epitelial mulai berkembang dari permukaan epitelium, atau serosa ovarium. Kanker ovarium bernetastasis 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). Penegakan 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 (Puput, 2022).

c. Klasifikasi

Menurut Kurniyanti (2022), klasifikasi stadium kanker ovarium menurut FIGO (*Federation International de Gynecologist Obstetrics*) (1998) sebagai berikut :

- 1) Stadium I : Tumor terbatas pada ovarium.
- 2) Stadium I A : Tumor terbatas pada satu ovarium, kapsul utuh, tidak ada tumor pada permukaan luar, tidak terdapat sel kanker pada cairan asites atau pada bilasan peritoneum.
- 3) Stadium I B : Tumor terbatas pada kedua ovarium, kapsul utuh, tidak terdapat tumor pada permukaan luar, tidak terdapat sel kanker pada cairan asites atau bilasan peritoneum.
- 4) Stadium I C : 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.
- 5) Stadium II : Tumor mengenai satu atau dua ovarium dengan perluasan ke pelvis.
- 6) Stadium II A : Perluasan dan implan ke uterus atau tuba fallopi. Tidak ada sel kanker di cairan asites atau bilasan peritoneum.
- 7) Stadium II B : Perluasan ke organ pelvis lainnya. Tidak ada sel kanker di cairan asites atau bilasan peritoneum.
- 8) Stadium II C : Tumor pada stadium IIa/IIb dengan sel kanker positif pada cairan asites atau bilasan peritoneum.

- 9) 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.
- 10) Stadium III A : Metastasis peritoneum mikroskopik di luar pelvis.
- 11) Stadium III B : Metastasis peritoneum mikroskopik diluar pelvis dengan diameter terbesar 2 cm atau kurang.
- 12) Stadium III C : Metastasis peritoneum diluar pelvis dengan diameter terbesar lebih dari 2 cm atau metastasis kelenjar getah bening regional.
- 13) Stadium IV : Metastasis jauh diluar rongga peritoneum. Bila terdapat efusi pleura, maka cairan pleura mengandung sel kanker positif. Termasuk metastasis pada parenkim hati.

d. Manifestasi Klinik

Menurut Nabelatul (2022), tanda dan gejala pada kanker ovarium adalah :

- 1) Perut membesar atau merasa adanya tekanan,
- 2) *Dyspareunia* atau rasa nyeri yang timbul ketika berhubungan intim,
- 3) Peningkatan lingkar abdomen,
- 4) Tekanan pada panggul,
- 5) Perut kembung,

- 6) Nyeri punggung,
- 7) Konstipasi,
- 8) Nyeri abdomen,
- 9) Urgensi kemih,
- 10) *Dyspepsia*,
- 11) Nyeri panggul.

e. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan penunjang menurut Bruner (2019) :

- 1) Pemeriksaan radiografi. Pemeriksaan ini untuk mengevaluasi kondisi struktur dan perdarahan pada ovarium.
- 2) Pemeriksaan penanda tumor. Tindakan medis yang dilakukan adalah menguji kadar CA-125 dalam darah. Pemeriksaan protein CA-125 merupakan penanda tumor yang terdapat dalam darah. Apabila kadar CA-125 tinggi, ada kemungkinan pasien menderita kanker ovarium.
- 3) Pemeriksaan USG abdomen, *CT scan*, atau *rongten* untuk menunjukkan ukuran tumor.
- 4) Kombinasi pemeriksaan *Ultrasonografi* dan Penanda Tumor. Lebih akurasi untuk pemeriksaan ini karena tidak hanya dilakukan radiologi tetapi digabungkan dengan penanda tumor.

- 5) Pemeriksaan histopatologi, adalah pemeriksaan dari jaringan tubuh manusia, dimana jaringan dilakukan pemeriksaan dan pemotongan makroskopis, diproses sampai siap menjadi slide atau preparat yang kemudian dilakukan pembacaan secara mikroskopis untuk penentuan diagnosis.

f. Komplikasi

Menurut Nabelatul (2022), komplikasi dari penyakit kanker ovarium yaitu :

- 1) Asites, adalah penumpukan cairan dalam rongga perut, yang dapat terjadi sebagai komplikasi kanker ovarium. Ini sering disebabkan oleh penyebaran benih kanker ke rongga peritoneal, di mana sel-sel ganas kanker ovarium dapat melepaskan cairan peritoneal yang berlebihan. Asites dapat menyebabkan perut terasa kembung, nyeri, atau pembengkakan.
- 2) Efusi pleura, adalah penumpukan cairan di antara lapisan pleura, yang merupakan selaput yang melapisi paru-paru dan dinding dada. Cairan ini dapat mengakibatkan kesulitan bernapas, nyeri dada, atau batuk. Dalam kasus kanker ovarium, cairan yang mengandung sel-sel ganas dapat menyebar ke pleura melalui saluran limfe, menyebabkan efusi pleura.

Kanker ovarium juga dapat menyebar ke organ-organ dan jaringan lain dalam tubuh, seperti hati, ginjal, dan usus, yang dapat menyebabkan berbagai komplikasi tergantung pada lokasi dan sejauh mana penyebarannya.

g. Penatalaksanaan Medis

Menurut Reeder (2013), penatalaksanaan dari kanker ovarium adalah :

1) Pembedahan.

Tindakan ini bertujuan untuk menentukan stadium kanker dan diharapkan kontrol kanker dapat maksimal sehingga harapan hidup dapat dipertahankan selama mungkin. Tindakan operasi sering mereseksi organ lain yang terlihat secara mikroskopis misalnya reseksi usus besar, uterus, massa adneksa, dan perinoktomi.

2) Radioterapi.

Terapi radiasi dapat diberikan pada semua stadium, terutama mulai stadium II B sampai IV atau stadium yang lebih kecil namun tidak melakukan tindakan pembedahan.

3) Kemoterapi.

Pengobatan kemoterapi dengan menggunakan dasar platinum setelah operasi direkomendasikan pada pasien kanker ovarium stadium awal (stadium 2 ke atas) dan/atau pada pasien yang memiliki karakter histologi spesifik HGSC atau karsinoma *clear-cell*.

B. Congestive Heart Failure (CHF)

1. Pengertian

CHF merupakan kondisi jantung mengalami kegagalan memompa aliran darah yang berguna untuk mencukupi kebutuhan metabolisme sel-sel di dalam tubuh (Aulia, Sarwono and Widigdo, 2021). CHF adalah kondisi medis jantung tidak dapat memompa cukup darah ke seluruh tubuh sehingga jaringan tubuh yang membutuhkan oksigen dan nutrisi tidak terpenuhi dengan baik (Djamaludin, Setiawati and Gustini, 2021).

CHF adalah keadaan ketika jantung tidak mampu lagi memompakan darah secukupnya dalam memenuhi kebutuhan sirkulasi tubuh untuk keperluan metabolisme jaringan tubuh pada kondisi tertentu, sedangkan tekanan pengisian ke dalam jantung masih cukup tinggi (Melani, Budi dan Putranti, 2022). Dapat disimpulkan, CHF yaitu kondisi jantung tidak adekuat dalam memompa aliran darah sehingga tidak dapat memenuhi kebutuhan tubuh.

2. Proses terjadinya masalah

a. Presipitasi dan Predisposisi

Menurut (Aspani, 2021), secara umum penyebab CHF dikelompokkan sebagai berikut:

- 1) Disfungsi miokard
- 2) Beban tekanan berlebihan- pembebanan sistolik (*systolic overload*)
 - a) Volume : defek septum atrial, defek septum ventrikel, duktus arteriosus paten
 - b) Volume : defek septum atrial, defek septum ventrikel, duktus arteriosus paten aorta
 - c) Disaritmia
- 3) Beban volume berlebihan- pembebanan diastolik (*diastolic overload*)
- 4) Beban volume berlebihan- pembebanan diastolik (*diastolic overload*)

b. Patofisiologi

Menurut Purwowyoto (2018), terjadinya gagal jantung diawali dengan adanya kerusakan pada jantung atau miokardium. Hal tersebut akan menyebabkan menurunnya curah jantung. Bila curah jantung tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme, maka jantung akan memberikan respon mekanisme

kompensasi untuk mempertahankan fungsi jantung agar tetap dapat memompa darah secara adekuat. Bila mekanisme tersebut telah secara maksimal digunakan dan curah jantung normal tetap tidak terpenuhi, maka setelah akan itu timbul gejala gagal jantung. Terdapat tiga mekanisme primer yang dapat dilihat dalam respon kompensatorik, yaitu meningkatnya aktivitas adrenergik simpatis, meningkatnya beban awal akibat aktivasi Sistem *Renin Angiotensin Aldosteron* (RAAS), dan hipertrofi ventrikel. Menurunnya volume sekuncup pada gagal jantung akan membangkitkan respon simpatis kompensatorik. Hal ini akan merangsang pengeluaran katekolamin dari saraf-saraf adrenergik jantung dan medula adrenal. Denyut jantung dan kekuatan kontraksi akan meningkat untuk menambah curah jantung. Selain itu juga terjadi vasokonstriksi arteri perifer untuk menstabilkan tekanan arteri dan redistribusi volume darah untuk mengutamakan perfusi ke organ vital seperti jantung dan otak. Aktivasi sistem *renin angiotensin aldosteron* akan menyebabkan retensi natrium dan air oleh ginjal, meningkatkan volume ventrikel dan regangan serabut. Peningkatan beban awal ini akan menambah kontraktilitas miokardium sesuai dengan mekanisme *Frank Starling*. Respon kompensatorik yang terakhir pada gagal jantung adalah hipertrofi miokardium atau bertambahnya ketebalan otot jantung. Hipertrofi akan meningkatkan jumlah sarkomer dalam sel-sel miokardium.

Sarkomer dapat bertambah secara paralel atau serial bergantung pada jenis beban hemodinamik yang mengakibatkan gagal jantung. Awalnya, respon kompensatorik sirkulasi ini memiliki efek yang menguntungkan. Namun, pada akhirnya mekanisme kompensatorik dapat menimbulkan gejala dan meningkatkan kerja jantung yang mengakibatkan meningkatnya beban miokardium dan terus berlangsungnya gagal jantung.

c. Klasifikasi

Menurut *American Heart Association* (AHA, 2013)

klasifikasi CHF adalah :

1) Kelas I

Aktivitas fisik tidak dibatasi, melakukan aktivitas fisik secara normal tidak menyebabkan *dyspnea*, kelelahan, atau palpitasi.

2) Kelas II

Aktivitas fisik sedikit dibatasi, melakukan aktivitas fisik secara normal menyebabkan kelemahan, *dyspnea*, palpitasi, serta *angina pectoris* (*mild CHF*).

3) Kelas III

Aktivitas fisik sangat dibatasi, melakukan aktivitas fisik sedikit saja mampu menimbulkan gejala yang berat (*moderate CHF*).

4) Kelas IV

Pasien dengan diagnosa kelas IV tidak dapat melakukan aktivitas fisik apapun, bahkan dalam keadaan istirahat mampu menimbulkan gejala yang berat (*severe CHF*).

d. Manifestasi Klinik

Menurut Vladimir (2020), Manifestasi Klinik CHF adalah:

- 1) *Dyspnea*, yang terjadi akibat penimbunan cairan dalam alveoli yang mengganggu pertukaran gas. Gangguan ini dapat terjadi saat istirahat maupun aktivitas (gejalanya bisa dipicu oleh aktivitas gerak yang minimal atau sedang).
- 2) *Orthopnea*, yakni kesulitan bernafas saat penderita berbaring.
- 3) *Paroxysmal*, yakni *nocturna dispnea* gejala ini biasanya terjadi setelah pasien duduk lama dengan posisi kaki dan tangan dibawah atau setelah pergi berbaring ke tempat tidur.
- 4) Nyeri dada yakni nyeri yang dirasakan akibat dari penurunan curah jantung yang membuat suplai O₂ ke miokard menurun sehingga terjadinya peningkatan hipoksia jaringan miokardium sehingga membuat perubahan metabolisme miokardium.
- 5) Batuk, baik kering maupun basah sehingga menghasilkan dahak/ lendir (sputum) berbusa dalam jumlah banyak, kadang disertai darah dalam jumlah banyak.

- 6) Mudah lelah, dimana gejala ini muncul akibat cairan jantung yang kurang.

e. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Etha (2022), pemeriksaan diagnostik yang dapat dilakukan pada pasien dengan kasus CHF di antaranya sebagai berikut:

- 1) Elektrokardiogram: Hipertrofi atrium atau ventrikel, penyimpangan aksis, iskemia, disaritmia, takikardia, fibrilasi atrial.
- 2) Uji stress: Merupakan pemeriksaan non-invasif yang bertujuan untuk menentukan kemungkinan iskemia atau infeksi yang terjadi sebelumnya.
- 3) Ekokardiografi.
 - a) Ekokardiografi model M. Untuk mengevaluasi volume balik dan kelainan regional, model M paling sering dipakai dan ditanyakan bersama EKG.
 - b) Ekokardiografi dua dimensi (*CT Scan*).
 - c) Ekokardiografi doppler. Memberikan pencitraan dan pendekatan transesofageal terhadap jantung.

- 4) Kateterisasi jantung : Tekanan abnormal merupakan indikasi dan membantu membedakan gagal jantung kanan dan kiri dan stenosis katup atau insufisiensi.
- 5) Radiografi dada: Dapat menunjukkan pembesaran jantung. Bayangan mencerminkan dilatasi atau hipertropi bilik, atau perubahan dalam pembuluh darah abnormal.
- 6) Elektrolit: Mungkin berubah karena perpindahan cairan/penurunan fungsi ginjal terapi diuretik.
- 7) Oksimetri Nadi: Saturasi oksigen mungkin rendah terutama jika gagal jantung kongestif akut menjadi kronis.
- 8) Analisa gas darah: Gagal ventrikel kiri ditandai dengan alkalosis respiratorik ringan (dini) atau hipoksemia dengan peningkatan PCO₂ (akhir).
- 9) *Blood ureum nitrogen* (BUN) dan kreatinin: Peningkatan BUN menunjukkan penurunan fungsi ginjal. Kenaikan baik BUN dan kreatinin merupakan indikasi.
- 10) Pemeriksaan tiroid: Peningkatan aktivitas tiroid menunjukkan hiperaktivitas tiroid sebagai pencetus gagal jantung.

f. Komplikasi

Menurut Etha (2022), komplikasi CHF adalah:

- 1) *Tromboemboli* adalah risiko terjadinya bekuan vena (*thrombosis vena*) dalam atau *deep venous thrombosis* dan

emboli sistemik tinggi, terutama pada CHF berat. Bisa diturunkan dengan pemberian warfarin.

- 2) Komplikasi *fibrilasi atrium* sering terjadi pada CHF yang bisa menyebabkan perburukan denyut dramatis. Hal tersebut indikasi pemantauan denyut jantung (dengan digoxin atau β bloker dan pemberian warfarin).
- 3) Kegagalan pompa progresif bisa terjadi karena penggunaan diuretik dengan dosis ditinggikan.
- 4) *Aritmia ventrikel* sering dijumpai, bisa menyebabkan sinkop atau *sudden cardiac death* (25-50% kematian CHF). Pada pasien yang berhasil diresusitasi, amiodaron, β bloker, dan vebrilator yang ditanam mungkin turut mempunyai peranan.

g. Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan CHF menurut Usniah (2022) adalah :

- 1) Tirah baring. Tirah baring mengurangi kerja jantung, meningkatkan tenaga cadangan jantung dan menurunkan tekanan darah.
- 2) Diet. Pengaturan diet membuat kerja dan ketegangan otot jantung minimal. Selain itu, pembatasan natrium ditujukan untuk mencegah dan mengatur dan mengurangi edema.

- 3) Oksigen. Pemenuhan oksigen akan mengurangi demand miokard dan membantu memenuhi oksigen tubuh.
- 4) Terapi diuretik. Diuretik memiliki efek anti hipertensi dengan meningkatkan pelepasan air dan garam natrium sehingga menyebabkan penurunan volume cairan dan merendahkan tekanan darah.
- 5) Digitalis. Untuk memperlambat frekuensi ventrikel dan meningkatkan kekuatan kontraksi meningkatkan efisiensi jantung. Saat curah jantung meningkat, volume cairan lebih besar dikirim ke ginjal untuk filtrasi, ekskresi, dan volume intra vaskuler menurun.
- 6) *Inotropik positif*. Dobutamin meningkatkan kekuatan kontraksi jantung (efek *inotropik positif*) dan meningkatkan denyut jantung (efek *kronotropik positif*).
- 7) Sedatif. Pemberian sedatif bertujuan untuk mengistirahatkan dan memberi relaksasi pada pasien.

C. Dilated Cardiomyopathy (DCM)

1. Pengertian

DCM merupakan keadaan fungsi otot jantung yang abnormal yang dapat mengakibatkan terjadinya dilatasi, hipertrofi, dan juga restriktif. DCM merupakan gangguan jantung yang ditandai dengan pembesaran ventrikel pada jantung, retensi cairan, dan juga gangguan

fungsi kontraksi jantung. Pembesaran ventrikel disebabkan karena penipisan dan gangguan elastisitas dinding ventrikel sehingga jantung tidak dapat memompa darah dan oksigen secara optimal ke organ-organ tubuh (Laksono and Azahra, 2022).

DCM merupakan penyakit progresif yang ditandai dengan pembesaran ruang ventrikel dan juga disfungsi kontraktil dengan ketebalan dinding ventrikel kiri yang normal. Ventrikel kanan juga dapat mengalami dilatasi dan disfungsi. DCM merupakan penyebab tersering ketiga dari gagal jantung dan juga alasan tersering dari transplantasi jantung (Mumtaz and Setiawan, 2019)

2. Proses Terjadinya Masalah

a. Presipitasi dan Predisposisi

Terdapat beberapa etiologi presipitasi dan predisposisi pada penderita DCM menurut Yeantesa dan Karani (2019) yakni sebagai berikut:

1) Faktor Genetik

Sangat jelas bahwa predisposisi genetik dapat menjadi faktor sentral dalam berkembangnya DCM primer dan sekunder. Contoh utama adalah infeksi virus dan hipertensi, dimana dalam pemaparannya dapat mengarah pada DCM hanya pada subpopulasi dari individu yang terkena. Predisposisi genetik merupakan hal yang penting dan mendasar terhadap

variasi perjalanan penyakit DCM dan dapat berkontribusi terhadap respon terapi. Diperlukan skrining genetik pada area klinis dan perkembangan dari klinis khusus pada pusat rujukan.

2) Faktor Inflamasi dan Infeksi

Telah lama diduga bahwa infeksi virus pada host yang rentan dapat menjadi penyebab langsung dari DCM dan dapat menjadi prekursor untuk terjadinya DCM. Hipotesis ini sulit untuk dibuktikan karena terdapat tantangan dalam mengkonfirmasi infeksi virus pada individu yang terkena.

3) *Cytotoxicity*

Sebuah mekanisme molekuler tambahan yang mendapatkan peningkatan eksperimental dan dukungan klinis adalah keseimbangan nitroso-redoks, sebuah fenomena intraseluler yang ditandai dengan disregulasi produksi nitrat oksida ditambah dengan peningkatan produksi reaktif oksigen spesies. Meskipun tidak secara definitif terbukti, salah satu postulat mekanisme menjelaskan respon pasien DCM untuk *hydralazine-isosorbid dinitrat* adalah pemulihan keseimbangan *nitroso-redoks*.

4) Hilangnya Sel dan Keadaan Abnormal Mekanisme Perbaikan Endogen

Berbagai penyebab lain terkait dengan kerusakan konstituen seluler jantung diusulkan sebagai faktor etiologi,

meskipun tidak ada yang diterima sebagai penyebab mutlak. Terdapat banyak mekanisme seperti gangguan endokrin dan eksposur beracun yang berasal dari keberadaan spesifik kardiomiopati sekunder. Munculnya DCM hanya sebagian kecil dari subjek dengan gangguan umum merupakan gagasan yang mendukung bahwa interaksi gen dengan lingkungan tertentu menyebabkan manifestasi jantung terhadap pemaparan.

b. Patofisiologi

Penyebab dari gejala klinis yang tampak pada DCM dilatasi adalah adanya penurunan fungsi kontraksi miokardium yang diikuti dengan adanya dilatasi pada ruang ventrikel. Penurunan fungsi kontraksi miokardium disebabkan karena adanya kerusakan pada kardiomyosit, kerusakan ini akan melibatkan kontraksi ventrikel menurun, dan diikuti dengan penurunan volume sekuncup serta curah jantung. Penurunan kontraksi ventrikel jika sudah tidak dapat diatasi lagi oleh mekanisme kompensasi, maka akan menyebabkan ventrikel hanya dapat memompa sejumlah kecil darah ke sirkulasi, sehingga nantinya darah tersebut akan lebih banyak tertimbun di ventrikel, timbunan darah inilah yang akan menyebabkan dilatasi ruang ventrikel yang bersifat progresif (William, 2021).

Dilatasi ruang yang progresif nantinya akan membuat disfungsi katup mitral (katup mitral tidak dapat menutup secara

sempurna), kelainan pada katup mitral ini akan menyebabkan terjadinya regurgitasi darah ke atrium kiri. Regurgitasi darah pada atrium kiri memiliki tiga dampak yang buruk yakni peningkatan tekanan dan volume berlebihan di atrium kiri sehingga atrium kiri akan membesar dan akan meningkatkan risiko. Dampak buruk lainnya adalah regurgitasi atrium kiri yang menyebabkan darah yang dipompakan oleh ventrikel kiri lebih sedikit sehingga memperparah penurunan stroke volume, dampak buruk lainnya adalah pada saat diastolik, volume darah yang masuk ke atrium kiri menjadi lebih besar karena mendapatkan tambahan darah yang disebabkan oleh regurgitasi ventrikel kiri yang pada akhirnya akan menambah jumlah darah di ventrikel kiri sehingga dapat memperparah dilatasi yang telah terjadi. Pada DCM juga terjadi peningkatan tekanan pengisian ventrikel yang akan menimbulkan gejala-gejala kongestif paru (William, 2021).

c. Manifestasi Klinik

Menurut Aulia dan Setiawan (2017), manifestasi klinik dari DCM adalah :

- 1) Sesak nafas
- 2) Lemah
- 3) *Orthopnea*
- 4) *Dyspnea paroksimal nokturnal*

- 5) Edema perifer
- 6) Palpitasi
- 7) Nyeri dada
- 8) *Angina pectoris*

d. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Laksono dan Azahra (2022) terdapat beberapa pemeriksaan diagnostik yang dilakukan pada kasus pasien dengan DCM, yakni sebagai berikut:

1) *Echocardiography*

Ekokardiografi dapat menunjukkan tanda bahaya yang terkait dengan etiologi tertentu. Dalam DCM, temuan ekokardiografi transtorakal dua dimensi konvensional meliputi dilatasi ventrikel kiri yang berbentuk bulat, ketebalan dinding yang rata-rata akan berkurang (menipis), pergerakan sistolik yang melemah, dan endokardium di dalamnya.

2) *Electrocardiogram*

ECG dapat menunjukkan kelainan repolarisasi non spesifik, hipertrofi ventrikel kiri, gelombang Q patologis, atau progresi gelombang R yang buruk pada sadapan dada lateral mungkin teramati.

3) *Cardiac Magnetic Resonance*

CMR merupakan alat untuk mengevaluasi pasien dengan teknik kateterisasi jaringan seperti peningkatan gadolinium yang terlambat dan parameter kuantitatif lainnya seperti pemetaan T1 dengan pengukuran fraksi volume ekstraseluler.

4) *Endomyocardial Biopsy*

Biopsi endomiokardial masih menjadi suatu hal yang kontroversial karena prosedurnya yang invasif dan memiliki tingkat sensitivitas yang rendah dalam mendiagnosis gangguan otot jantung.

5) *Genetic Testing*

Tes genetik ini dilakukan dengan mengambil sampel dari jaringan jantung untuk membantu menetapkan penyebab atau kerentanan dasar penyakit serta memahami pasien yang berisiko mengembangkan DCM dan penggunaan pendekatan diagnostik gantungan untuk mendeteksi dini penyakit.

e. Komplikasi

Penurunan fungsi ventrikel kiri dan kanan pada DCM menyebabkan gangguan aliran darah sistemik dan pulmonal yang kemudian berakibat pada ventrikel kiri dan kanan, serta dapat membentuk trombus. Pembentukan trombus yang disertai bakteri patogen akan terjadi vegetasi yang dapat mengikuti aliran darah dan

dapat menimbulkan komplikasi endokarditis infeksi. Selain itu, trombus dapat lepas dari dinding ventrikel dan akan mengikuti sirkulasi darah yang akan menyebabkan emboli pada organ-organ tubuh (Rahayuningsih, 2020).

f. Penatalaksanaan Medis

Menurut Laksono dan Azahra (2022) terdapat beberapa penatalaksanaan medis yang dapat dilakukan pada pasien dengan DCM, yakni sebagai berikut:

1) Farmakologi

Pengobatan pada pasien DCM tidak jauh berbeda dengan pengobatan yang dilakukan pada pasien gagal jantung. Pengobatan yang diberikan terdiri dari beta bloker, inhibitor *Renin Angiotensin System* (RAS), *antagonis aldosteron*, dan diuretik.

2) Terapi Resinkronisasi Jantung (TRJ)

Terapi ini mirip dengan perangkat listrik implan yang diindikasikan untuk mencegah dan mencegah dan mengobati *takiaritmia ventrikel*, *bradikardia simtomatik*, dan resinkronisasi jantung.

3) Transplantasi Jantung

Pasien dengan gagal jantung yang berlanjut dan simtomatik dan tak dapat diobati dapat memenuhi syarat untuk

transplantasi jantung. Sebagian besar pasien yang diindikasikan untuk transplantasi jantung memiliki harapan hidup kurang dari dua tahun tanpa transplantasi atau dukungan mekanis jangka panjang.

4) Pengobatan Miokarditis

Kortikosteroid biasanya digunakan dalam pengobatan awal, pemeliharaan jangka panjang, dan kekambuhan miokarditis.

D. Tumor Abdomen

1. Pengertian

Tumor jaringan lunak adalah kelompok heterogen dari lesi jinak dan ganas yang berkembang dari berbagai nonepitel, elemen ekstraskletal, termasuk jaringan adiposa, otot polos dan rangka, tendon, tulang rawan jaringan fibrosa, pembuluh darah, dan struktur limfatik. Tumor abdomen adalah benjolan massa yang disebabkan oleh pertumbuhan jaringan yang tidak terkendali pada abdomen. Tumor abdomen disebabkan karena pola makan yang tidak sehat seperti konsumsi makanan yang diasinkan, diasapi, dan jarang mengonsumsi buah-buahan dan sayur-sayuran (Ayu *et al.*, 2023).

Tumor abdomen merupakan pertumbuhan sel yang tidak normal pada perut. Tumor pada perut dapat berasal dari organ yang berada di abdomen dan panggul seperti hati, kandung empedu, saluran cerna dan

ovarium, serta juga berasal dari dinding perut. Tumor ini dapat timbul dari beberapa proses seperti trauma atau cedera, infeksi, dan pertumbuhan sel yang tidak normal. Bentuk tumor yang ada di abdomen paling sering ditemui adalah tumor desmoid, lipoma, penyebaran kanker, endometrioma, dan sarkoma (Rahmawati *et al.*, 2024).

2. Proses Terjadinya Masalah

a. Presipitasi dan Predisposisi

Pemicu terbentuknya tumor karena terjadi pembelahan sel yang abnormal. Kelainan sifat sel tumor tergantung dari besarnya penyimpangan dalam bentuk dan fungsi sutoimunnya dalam perkembangan, kemampuan mengadakan infiltrasi serta menyebabkan metasis. Menurut Sidik (2022) terdapat beberapa faktor yang dapat memicu terjadinya tumor antara lain:

1) Genetik

Telah terbukti bahwa kelainan genetik tertentu serta mutasi gen merupakan faktor predisposisi untuk sebagian tumor jaringan lunak yang jinak maupun ganas. Gen mempunyai instruksi untuk mengendalikan pertumbuhan serta pembelahan sel.

2) Radiasi

Mekanisme patogenesisnya merupakan mutasi genetik akibat radiasi berlebih yang dapat menimbulkan transformasi neoplastik. Radiasi gelombang radioaktif menyebabkan keganasan. Sumber radiasi lain merupakan pajanan *ultraviolet* yang diperkirakan meningkat lebih besar dengan hilangnya lapisan ozon pada muka bumi bagian selatan.

3) Karsinogen

Bahan kimia dapat berpengaruh langsung (karsinogen) maupun membutuhkan aktivasi terlebih dahulu (ko-karsinogen) untuk menimbulkan neoplasma. Hubungan antara paparan berbagai bahan karsinogen dengan meningkatnya insiden tumor jaringan lunak memang ada.

4) Infeksi

Tumor jaringan lunak yang disebabkan oleh infeksi adalah kaposi sarkoma yang disebabkan oleh *Human Herpes Virus Type 8* (HHV-8) yang menyerang pasien HIV.

5) Faktor Gaya Hidup

Kelebihan nutrisi khususnya lemak dan kebiasaan makanan kurang berserat. Konsumsi kalori berlebihan, terutama yang berasal dari lemak hewani dapat meningkatkan risiko berbagai keganasan.

b. Patofisiologi

Mutasi DNA adalah salah satu penyebab dari terjadinya tumor. Mutase mengganggu regulasi normal dari pertumbuhan sel, menyebabkan proliferasi, dan apoptosis sel yang tidak terkendali. Sel-sel yang normal akan berhenti bekerja dan terus berkembang dan diisolasi untuk membentuk sel-sel baru dalam jumlah besar, sehingga tonjolan menimbulkan kesan bahwa struktur jaringan baru (kanker/neoplasma). Meskipun memiliki enzim yang lengkap untuk oksidasi, sel neoplasma mendapatkan sebagian besar energinya dari anaerob karena kehilangan kemampuan untuk mengoksidasi. Sel-sel abnormal kemudian menjadi parasit di dalam tubuh yang membuat fagositosis nutrisi (Maryanti, 2023).

Organ menerima nutrisi yang lebih sedikit sehingga terjadi peningkatan proses metabolisme dan penurunan asupan nutrisi. Hasilnya adalah kelemahan, kelesuan, dan kelelahan. Massa jaringan berotot meliputi dan membentuk struktur yang dibungkus, tidak menyerang namun menyebabkan pembesaran dan menekan saraf nyeri di jaringan dan menimbulkan nyeri. Pertumbuhan dan perkembangan menyebabkan ketegangan pada organ di sekitar perut dan dapat menghentikan motilitas gastrointestinal, menyebabkan gangguan pencernaan (Maryanti, 2023).

Tumor dapat menekan uretra mengakibatkan obstruksi uretra dan retensi urin. Pada fase awal penyakit, perubahan

pencernaan glukosa menyebabkan peningkatan kadar glukosa serum dan menciptakan lingkaran kritik negatif dan mengakibatkan anoreksia. Selain itu, tumor mengeluarkan zat yang dapat mengubah rasa dan bau untuk menekan nafsu makan dan memicu rasa kenyang lebih awal. Penurunan berat badan yang drastis dan tidak beralasan sering kali menjadi tanda awal dari tumor abdomen (Maryanti, 2023).

c. Manifestasi Klinik

Terdapat beberapa tanda dan gejala dari tumor abdomen menurut Dimu (2019) yakni dijelaskan sebagai berikut:

- 1) Hiperplasia, adalah kondisi penebalan pada lapisan rahim karena memiliki terlalu banyak sel.
- 2) Konsistensi tumor umumnya padat atau keras.
- 3) Edema di sekitar tumor, biasanya disebabkan infiltrasi ke pembuluh limfa.
- 4) Kadang tampak hipervaskulari di sekitar tumor.
- 5) Konstipasi.
- 6) Anoreksia.
- 7) Mual dan muntah
- 8) Lesu
- 9) Nyeri
- 10) Pendarahan

d. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Sidik (2022) terdapat beberapa pemeriksaan diagnostik yang dapat dilakukan pada pasien dengan tumor abdomen yakni sebagai berikut:

1) Endoskopi

Suatu riset menggunakan pipa elastis digunakan untuk melihat bagian dalam pada saluran pencernaan. Hal ini dapat membantu dokter untuk melihat langsung ke dalam perut untuk memeriksa *helicobacter pylori* dan juga mengambil contoh jaringan untuk diteliti dengan mikroskop (biopsi).

2) Pemeriksaan Imaging

Beberapa pemeriksaan imaging tersebut antara lain:

- a) Radiografi polos atau radiografi tanpa kontras. Contoh: X-foto tengkorak, leher, thoraks, abdomen
- b) Radiografi dengan kontras. Contoh: Foto upper Gr, *bronchography*, *Colon in loop*, kistografi
- c) *Ultrasonografi* (USG). Pemeriksaan dengan menggunakan gelombang suara menunjukkan abnormalitas yang mengindikasikan tumor
- d) CT scan. Memberikan keakuratan yang lebih besar dalam mendiagnosis tumor
- e) *Magnetic resonance Imaging* (MRI). Instrumen diagnostik pilihan untuk skrining dan konsultasi lanjutan tumor. Selama

melakukan MRI, pasien ditempatkan di dalam bidang magnetik, gelombang radio yang berpopulasi diarahkan pada tubuh pasien dan dikirimkan sinyal berdasarkan karakteristik jaringan yang dianalisis oleh komputer.

- f) *Radioimmunoassay* (RIA). Untuk mengetahui petanda tumor (tumor marker).

e. Komplikasi

Komplikasi akibat tumor yang disebabkan karena tumor itu sendiri atau tindakan pengobatan adalah seperti diare, mual, nyeri, lemas, sembelit, sesak nafas, metastase ke organ lainnya, dan perdarahan intra abdomen (Nanda, 2022).

f. Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan medis yang dapat dilakukan pada pasien dengan tumor abdomen menurut Sadriah (2019) yakni dijelaskan sebagai berikut:

1) Pembedahan

Pembedahan adalah modalitas penanganan utama. Dalam prosedur ini biasanya juga dilakukan biopsi untuk menilai perkembangan suatu penyakit, jika tidak ada bukti metastasis jauh, pasien harus menjalani laparotomi eksplorasi atau

seliatomy untuk menentukan apakah prosedur kuratif atau paliatif yang harus dilakukan.

2) Radioterapi

Pemanfaatan partikel berenergi tinggi untuk memusnahkan sel dalam pengobatan pertumbuhan dapat menyebabkan perubahan DNA dan RNA sel kanker. Jenis energi yang digunakan dalam radioterapi adalah radiasi pengion yang merupakan energi paling penting dalam rentang elektromagnetik.

3) Kemoterapi

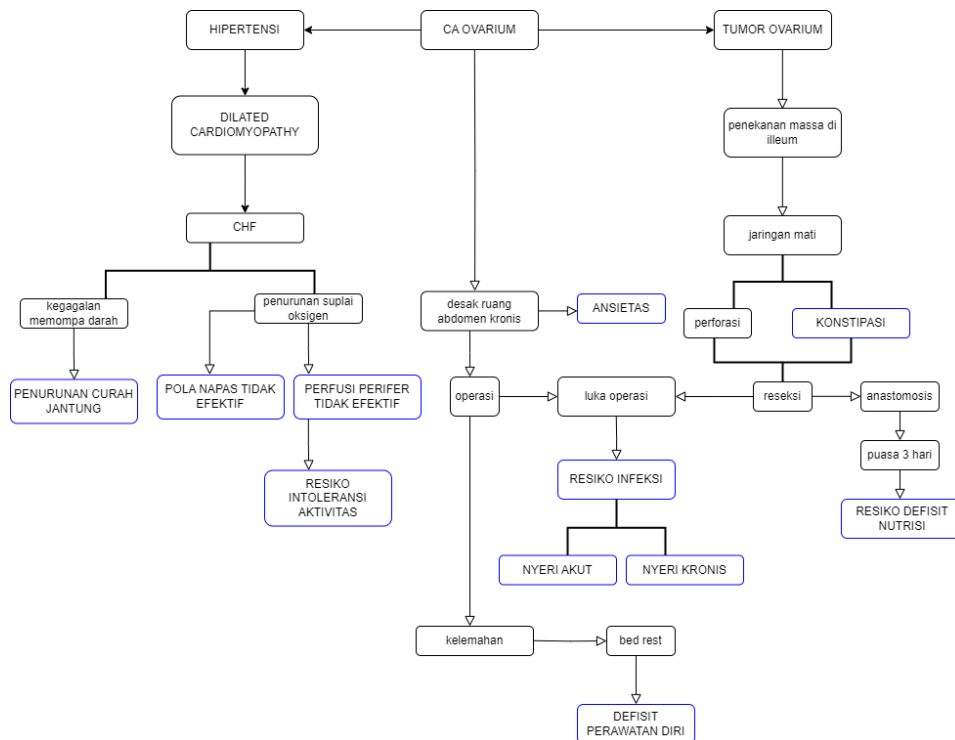
Kemoterapi saat ini digunakan sebagai terapi tambahan untuk reseksi tumor. Untuk tumor lanjut dikombinasikan dengan terapi radiasi. Tumor dengan fraksi divisi yang tinggi diobati lebih efektif dengan kemoterapi.

4) Bioterapi

Terapi biologis atau bioterapi sebagai modalitas pengobatan dengan menstimulasi sistem imun berupa antibodi monoklonal, vaksin, faktor stimulasi koloni, interferon, dan interleukin.

E. Pathway

Penulis dapat menyusun pathway dengan referensi yang tersusun dari tinjauan teori di atas dan referensi dari Sumiarsih (2019), Fajriah (2020), Aulia dan Setiawan (2017), Maryanti (2023).



Gambar 2. 1 Pathway Kanker Ovarium, CHF, DCM, Tumor Abdomen

F. Diagnosa Keperawatan

1. Penurunan curah jantung (D.0008)
2. Pola napas tidak efektif (D.0005)
3. Perfusi perifer tidak efektif (D.0009)
4. Risiko intoleransi aktivitas (D.0060)
5. Ansietas (D.0080)

6. Risiko infeksi (D.0142)
7. Nyeri akut (D.0077)
8. Nyeri kronis (D.0078)
9. Defisit perawatan diri (D.0109)
10. Konstipasi (D.0049)
11. Risiko defisit nutrisi (D.0032)

G. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan disusun berdasarkan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) tahun 2017.

Tabel 2. 1 Intervensi Keperawatan Kanker Ovarium

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
Penurunan Curah Jantung (D.0008)	<p>Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan curah jantung meningkat. Kriteria hasil : Curah Jantung (L.02008)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tanda vital dalam rentang normal 2) Kekuatan nadi perifer meningkat 3) Tidak ada edema 	<p>Perawatan Jantung (I.02075) Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung - Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung - Monitor intake dan output cairan - Monitor keluhan nyeri dada <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan terapi terapi relaksasi untuk mengurangi stress, <i>jika perlu</i> <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan beraktifitas fisik sesuai toleransi - Anjurkan beraktifitas fisik secara bertahap

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
		Kolaborasi: - Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu
Pola Napas Tidak Efektif (D.0005)	Tujuan : Setelah dilakukan Tindakan keperawatan diharapkan pola nafas membaik. Kriteria hasil : Pola Nafas (L.01004) 1) Frekuensi nafas dalam rentang normal 2) Tidak ada penggunaan otot bantu pernafasan 3) Pasien tidak menunjukkan tanda dipsnea.	Manajemen Jalan Nafas (I.01011) Observasi: - Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) - Monitor bunyi nafas tambahan (mis: gagling, mengi, Wheezing, ronkhi) - Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) Terapeutik: - Posisikan semi fowler atau fowler Edukasi: - Ajarkan teknik batuk efektif Kolaborasi: - Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspetoran, mukolitik, <i>jika perlu.</i>
Perfusi Perifer Tidak Efektif (D.0009)	Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perfusi perifer meningkat. Kriteria hasil: Perfusi Perifer (L.02011) 1) Nadi perifer teraba kuat 2) Akral teraba hangat 3) Warna kulit tidak pucat	Perawatan sirkulasi (I.02079) Observasi: - Periksa sirkulasi perifer (mis: nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu) - Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi Terapeutik: - Lakukan hidrasi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
		Edukasi: <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolestrol, jika perlu - Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur - Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan.
Risiko Intoleransi Aktivitas (D.0060)	Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan toleransi aktifitas meningkat. Kriteria hasil: Toleransi Aktivitas (L.05047) <ol style="list-style-type: none"> 1) Kemampuan melakukan aktifitas sehari-hari meningkat 2) Pasien mampu berpindah dengan atau tanpa bantuan 3) Pasien mengatakan dyspnea saat dan/atau setelah aktifitas menurun 	Manajemen energi (I.050178) Observasi: <ul style="list-style-type: none"> - Monitor kelelahan fisik dan emosional - Monitor pola dan jam tidur Terapeutik: <ul style="list-style-type: none"> - Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan) - Berikan aktifitas distraksi yang menenangkan Edukasi: <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan tirah baring - Anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap Kolaborasi: <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
Ansietas (D.0080)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat ansietas menurun. Kriteria hasil : Tingkat ansietas (L.09093) <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien mengatakan telah memahami penyakitnya 2) Pasien tampak tenang 	Terapi reduksi (I.09314) Observasi: <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi saat tingkat ansietas berubah Terapeutik: <ul style="list-style-type: none"> - Pahami situasi yang membuat ansietas - Dengarkan dengan penuh perhatian - Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
	3) Pasien dapat beristirahat dengan nyaman	<ul style="list-style-type: none"> - Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis Edukasi: <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan keluarga untuk tetap menemani pasien, <i>jika perlu</i> - Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
Risiko Infeksi (D.0142)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat infeksi menurun. Kriteria hasil : Tingkat Infeksi (L.14137) 1) Demam menurun 2) Kemerahan menurun 3) Nyeri menurun 4) Bengkak menurun 5) Kadar sel darah putih membaik	Pencegahan Infeksi (I.14539) Observasi: <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik: <ol style="list-style-type: none"> 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 3. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi Edukasi: <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 4. Anjurkan meningkatkan asupan cairan
Nyeri Akut (D.0077)	Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun. Kriteria hasil : Tingkat nyeri (L.08066) 1) Pasien mengatakan nyeri berkurang dari skala 7 menjadi 2 2) Pasien menunjukkan ekspresi wajah tenang	Manajemen Nyeri (I.08238) <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi lokasi, karakteristik nyeri, durasi, frekuensi, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Berikan terapi non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri - Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
	3) Pasien dapat beristirahat dengan nyaman	<ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri - Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
Nyeri Kronis (D.0078)	<p>Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun. Kriteria hasil : Tingkat nyeri (L.08066)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien mengatakan nyeri berkurang dari skala 7 menjadi 2 2) Pasien menunjukkan ekspresi wajah tenang 3) Pasien dapat beristirahat dengan nyaman 	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi lokasi, karakteristik nyeri, durasi, frekuensi, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Berikan terapi non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) - Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri - Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri - Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
Defisit Perawatan Diri (D.0109)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan defisit perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>Perawatan diri (L.11103)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan mandi meningkat 2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 	<p>Dukungan perawatan diri (mandi)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kebersihan tubuh <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan peralatan mandi 2. Fasilitasi mandi sesuai dengan kebutuhan 3. Pertahankan kebiasaan kebersihan diri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
		Dukungan perawatan diri (berpakaian) Observasi 1. Identifikasi usia dan budaya dalam membantu berpakaian/berhias Terapeutik 1. Sediakan pakaian pada tempat yang mudah dijangkau 2. Fasilitasi mengenakan pakaian Edukasi 1. Ajarkan mengenakan pakaian
Konstipasi (D.0049)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan eliminasi fekal membaik. Kriteria hasil : Eliminasi fekal (L.04033) 1) Kontrol pengeluaran feses meningkat 2) Keluhan defekasi lama dan sulit menurun 3) Konsistensi feses membaik 4) Mengejan saat defekasi menurun 5) Frekuensi BAB membaik 6) Peristaltik usus membaik	Manajemen Konstipasi (I.04155) Observasi: 1. Periksa tanda dan gejala konstipasi 2. Periksa pergerakan usus, karakteristik feses 3. Identifikasi faktor risiko konstipasi 4. Monitor tanda dan gejala ruptur usus dan atau peritonitis Terapeutik: 1. Anjurkan diet tinggi serat 2. Lakukan evaluasi feses Edukasi: 1. Jelaskan etiologi masalah dan alasan tindakan 2. Anjurkan meningkatkan cairan 3. Ajarkan cara mengatasi konstipasi atau impaksi Kolaborasi: 1. Konsultasi dengan tim medis tentang penurunan atau peningkatan frekuensi suara usus 2. Kolaborasi obat pencahar, jika perlu

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
Risiko Defisit Nutrisi (D.0032)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status nutrisi membaik. Kriteria hasil : Status nutrisi (L.03030) 1) Porsi makan yang dihabiskan meningkat 2) Berat badan membaik 3) Indeks massa tubuh (IMT) membaik	Manajemen Gangguan Makan (I.03111) Observasi: 1. Monitor asupan dan keluarannya makanan dan cairan serta kebutuhan kalori Terapeutik: 1. Timbang berat badan secara rutin 2. Diskusikan perilaku makan dan jumlah aktivitas fisik Edukasi: 1. Anjurkan membuat catatan harian tentang perasaan dan situasi pemicu pengeluaran makanan 2. Ajarkan pengaturan diet yang tepat Kolaborasi: 1. Kolaborasi dengan ahli gizi