

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.M DENGAN POST
LAPAROTOMI ATAS INDIKASI CA OVARIUM DI RSI
SULTAN AGUNG SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah
diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk
memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan



Disusun:

LINDA FERAWATI

NIM: 40901900032

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG**

2022

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.M DENGAN POST
LAPAROTOMI ATAS INDIKASI CA OVARIUM DI RSI
SULTAN AGUNG SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah

diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk
memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan



Disusun:

LINDA FERAWATI

NIM: 40901900032

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG**

2022

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan di bawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ilmiah ini saya susun tanpa tindakan plagiarism sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Jika kemudian hari saya melakukan tindakan plagiarism, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang.



HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah berjudul:

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.M DENGAN POST LAPAROTOMI ATAS
INDIKASI CA OVARIUM DI RSI SULTAN AGUNG SEMARANG

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Linda Ferawati

NIM : 40901900032

Telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya
Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan

Unissula Semarang pada :

Hari : Senin

Tanggal : 30 Mei 2022



Semarang, 30 Mei 2022

Pembimbing

A handwritten signature in blue ink, written over a vertical blue line that extends from the word 'Pembimbing' down to the name below.

(Ns. Tutik Rahayu, M. Kep. Sp. Kep. Mat)

NIDN.06-2402-7403

HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang pada hari Senin, 6 Juni 2022 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 6 juni 2022

Penguji I

(Ns. Apriliani Yulianti W.M.Kep., Sp.Kep.Mat)

NIDN.06-1084-8901



Penguji II

(Ns. Hernandia Distinarista, M.Kep)

NIDN.06-0209-8503



Penguji III

(Ns. Tutik Rahayu, M.Kep, Sp.Kep.Mat)

NIDN.06-2402-7403



Mengetahui,

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan



Iyan Ardian, SKM., M.Kep.

NIDN. 0622087403

HALAMAN MOTTO

“ Doa orang tua yang selalu diijabah oleh Allah SWT”

“ Allah tidak akan membebani seseorang melainkan sesuai dengan kadar kesanggupannya“

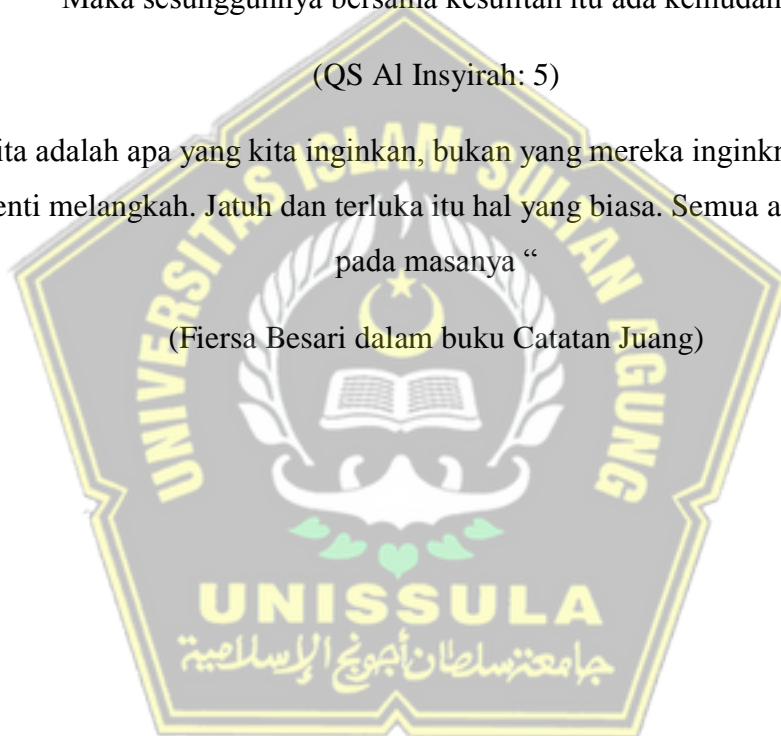
(QS Al Baqarah: 286)

“ Maka sesungguhnya bersama kesulitan itu ada kemudahan “

(QS Al Insyirah: 5)

“ Kita adalah apa yang kita inginkan, bukan yang mereka inginkn. Tak usah berhenti melangkah. Jatuh dan terluka itu hal yang biasa. Semua akan menang pada masanya “

(Fiersa Besari dalam buku Catatan Juang)



KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Alhamdulillahil'alamin, dengan segala puji bagi Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayahnya kepada penulis, sehingga penulis mampu menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny.M Dengan Nyeri Akut Post Sc Penyakit Kanker Ovarium Di Rsi Sultan Agung Semarang ”

Sholawat serta salam semoga selalu terlimpahkan kepada baginda Rasulullah saw, beserta keluarga, sahabat dan pengikutnya yang telah membawa perkembangan islam hingga seperti sekarang ini.

Penulis menyadari bahwa terselesaikannya penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini berkat bimbingan, pengarahan dan dukungan moral maupun spiritual dari berbagai pihak, untuk itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terimakasih pada :

1. Prof Dr Gunarto SH Mhum selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Iwan Ardian, SKM.,M.Kep, selaku dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Ns.Muh. Abdurrouf,M.Kep, selaku Kaprodi D-III Keperawatan Fakultas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Ns.Tutik Rahayu, M.Kep,Sp.Kep.Mat selaku dosen pembimbing yang selalu membimbing penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Dosen serta staf Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang selalu membantu penulis dalam aktivitas akademik.
6. Ayah dan ibu tersayang yng tak pernah lelah untuk menyemangati, mendukung dan mendo'akan dengan pebuh kasih sayang, penuh pengorbanan, dan keikhlasannya yang besar didalam merawat,

7. Untuk Achmad Farid Efendy yang telah menjadi penyemangat dan pendukung dalam segala hal apapun
8. Semua pihak yang telah membantu baik lahir maupun batin.
9. Untuk sahabat-sahabat saya yang selalu setia menemani saya selama ini dalam susah dan senang Rika, Yasinta, Alfina Eka, Fitri Anwar yang selalu baik dan menyemangati saya dalam hal apapun.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari sempurna, baik dari segi materi maupun teknik penulisan karena keterbatasan pengetahuan dan kemampuan yang penulis miliki, untuk itu besar harapan penulis agar Karya Tulis Ilmiah ini menjadi lebih baik.

Semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi penulis khususnya pembaca yang budiman pada umumnya.

Wassalamu'alaikum wr.wb

Semarang, 2022



LINDA FERAWATI

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI	iv
HALAMAN MOTTO	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI.....	viii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan.....	3
1. Tujuan Umum.....	3
2. Tujuan Khusus.....	3
C. Manfaat Penulisan.....	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	5
A. Konsep Dasar Penyakit (Kanker Ovarium).....	5
1. Pengertian.....	5
2. Etiologi.....	5
3. Patofisiologi.....	7
4. Manifestasi Klinis.....	7
5. Pemeriksaan Penunjang.....	8
6. Penatalaksanaan Medis.....	8
7. Komplikasi.....	9
8. Patways.....	10
B. Konsep Asuhan Keperawatan Post Operasi Kanker Ovarium.....	11
1. Pengkajian Keperawatan.....	11
2. Diagnosis keperawatan dan focus Intervensi.....	12
3. Intervensi Keperawatan.....	12
4. Implementasi.....	14
5. Evaluasi.....	14

C. Manajemen Nyeri untuk Mengatasi Nyeri pada Pasien dengan Post Operasi	14
BAB III RESUME KASUS ASUHAN KEPERAWATAN	15
A. Hasil Study Kasus	15
BAB IV PEMBAHASAN.....	28
A. PENGKAJIAN.....	28
B. ASUHAN KEPERAWATAN	28
BAB V PENUTUP.....	34
A. Simpulan	34
B. Saran	35
DAFTAR PUSTAKA	36
LAMPIRAN.....	40



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Badan Kesehatan Dunia World Cancer Study menuliskan, jumlah kasus kanker di Indonesia mencapai 396.914 pada tahun 2020, menewaskan total 234.511 orang. Menurut data yang dimiliki Dinas Kesehatan Kota Semarang, jumlah penderita kanker di Kota Semarang semakin meningkat. Dari tahun 2015 hingga 2018, jumlah penderita Kanker cenderung semakin meningkat (Ahmedin Jemal, 2021).

Hasil data menunjukkan bahwa insiden kanker yang lebih tinggi di Indonesia bagian barat dari pada Indonesia bagian tengah, dan menurun di Indonesia bagian timur. Jawa yaitu dengan jumlah penderita terbanyak, Jawa Tengah adalah angka kejadian kanker terbanyak. Dari 33 provinsi di Indonesia, Jawa Tengah memiliki insiden kanker tertinggi (23,6%). Saat ini hanya beberapa rumah sakit umum yang menawarkan pengobatan untuk pasien kanker di wilayah Semarang, dan pasien dengan penyakit tertentu memerlukan proses rujukan.

Ovarium adalah suatu kelenjar yang berbentuk seperti buah kenari terletak di sisi kiri dan kanan rahim di bawah saluran tuba dan dihubungkan oleh ligamen luas rahim. Setiap bulan folikel berkembang dan sel telur dilepaskan di tengah (hari ke-14) dari haid. Saat lahir, wanita memiliki cadangan ovum sebanyak 100.000 buah di dalam ovarium (Devi, 2017). Kanker adalah penyakit yang disebabkan oleh pertumbuhan sel yang tidak normal pada jaringan tubuh. Setelah itu sel kanker akan terus tumbuh dengan sangat pesat. Kanker ovarium menempati urutan ke-3 dari 10 kanker, tetapi lebih sering terjadi pada wanita. Sedikitnya pengetahuan tentang kanker ovarium menjadi penghambat deteksi dini kanker ovarium. (Purwoko, 2018).

Dampak yang dirasakan bagi penderita kanker ovarium dapat dilihat secara psikologis digambarkan dalam keadaan stress atau tertekan. Stress ini dapat disebabkan oleh sejumlah ketakutan dan kecemasan yang

mungkin dialami oleh pasien kanker ovarium, misalnya seperti ketakutan sakit perut, operasi, pikiran akan kematian, perubahan reproduksi seksual (Adhistry et al., 2019). Efek ketidaknyamanan yang dialami oleh penderita kanker jenis ini adalah nyeri perut bagian bawah disertai rasa kembung, kesulitan buang air besar, sering buang air kecil dan sakit kepala, rasa tidak nyaman, dan rasa cemas pada perut bagian bawah saat menstruasi berlebihan, kram perut, pendarahan vagina yang tidak normal, nyeri di sekitar kaki. Benjolan tumor indung telur muncul di perut bagian bawah. Tergantung posisi tumor dan seberapa besar, tumor dapat mendesak dan menekan organ dan muncul gangguan pada organ, berupa keluhan berkemih, buang air besar, tungkai membengkak. (Ririn & Wulandari, 2018)

Bila tumor masih kecil, seperti halnya dengan tumor rahim, hanya terasa ada beban yang mengganjal di perut bagian bawah saja. Selebihnya hanya tidak nafsu makan, rasa sesak di bawah, dan wajah kelihatan pucat. Indung telur memproduksi hormon. Bila tumornya tumbuh dari kelenjar yang memproduksi hormon, maka akan terjadi gangguan haid. Bila tidak, haid tidak normal. Gejala umum berupa kelelahan, perut kembung, sering buang air kecil dan sesak napas, sehingga penderita kanker ovarium mudah merasa lelah saat beraktifitas. Pasien kanker adalah mereka yang memiliki penurunan kualitas hidup. Kondisi ini dapat menyebabkan kebiasaan tidur menurun

Komplikasi yang terjadi pada kanker ovarium adalah cedera usus, cedera ureter, cedera vesika biasanya disebabkan oleh pemasangan kateter dengan jangka waktu yang lama, infeksi luka operasi yaitu seperti adanya peradangan, dihesensi, rembesan karena luka yang belum kering, kanker ovarium dengan angka kematian tertinggi dan prognosis yang buruk karena tidak ada gejala awal yang kas (Boeyoeng Ego A. P. Dalimunthe, 2021).

Peran perawat dalam pemberian asuhan keperawatan kanker ovarium adalah dapat melakukan pengkajian keperawatan, dapat

mengumpulkan data yang didapatkan dari riwayat kesehatan klien, keluhan utama klien, pemeriksaan fisik pada klien dan pemeriksaan penunjang, selanjutnya perawat dapat menentukan diagnose yang diperoleh dari analisa data pengkajian, menyusun intervensi menentukan prioritas masalah sesuai dengan diagnose klien dan juga mampu mengatasi dan mengurangi masalah yang dihadapi klien, serta menjaga lingkungan sekitar. Perawat dapat melakukan komunikasi yang baik dan benar guna mengetahui tentang keadaan klien, selanjutnya perawat melakukan tindakan keperawatan secara mandiri dan dapat berkolaborasi dengan dokter guna memberikan terapi serta memberikan informasi penting pada penyakit kanker ovarium diantaranya yaitu memantau gejala nyeri, pola tidur dan memantau agar klien tetap menjaga kebersihan dirinya, selanjutnya yang terakhir adalah memantau perkembangan dan mengevaluasi mengenai kesehatan klien (Susilowati et al., 2018)

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Tujuan Umum kasus ini adalah untuk memberikan Asuhan Keperawatan Pada Ny.M. Dengan Nyeri Akut Post Laparotomi Ca Ovarium Di RSI Sultan Agung Semarang di ruang Baitul Izah 2

2. Tujuan Khusus

- a. Dapat melakukan pengkajian keperawatan pada pasien Post Laparotomi dengan penyakit Ca Ovarium Di RSI Sultan Agung Semarang di ruang Baitul Izah 2
- b. Dapat menentukan diagnosa keperawatan pada pasien Post Laparotomi dengan Penyakit Ca Ovarium Di RSI Sultan Agung Semarang di ruang Baitul Izah 2
- c. Dapat merencanakan intervensi keperawatan pada pasien post laparotomi dengan penyakit Ca Ovarium Di RSI Sultan Agung Semarang di ruang Baitul Izah 2

- d. Dapat melaksanakan implementasi keperawatan pada pasien Post Laparotomi penyakit Ca Ovarium Di RSI Sultan Agung Semarang di ruang Baitul Izah 2
- e. Dapat melakukan evaluasi keperawatan pada pasien Post Laparotomi dengan penyakit Ca Ovarium Di RSI Sultan Agung Semarang di ruang Baitul Izah 2

C. Manfaat Penulisan

1. Profesi Keperawatan dan Teknologi Keperawatan

Manfaat untuk profesi keperawatan dan teknologi keperawatan diharapkan bisa memajukan ilmu dan teknologi terapan di bidang keperawatan khususnya bidang keperawatan maternitas untuk mengurangi rasa nyeri setelah operasi dan dapat memberikan asuhan keperawatan pada pasien post operasi ca ovarium.

2. Pelayanan Rumah Sakit

Manfaat bagi pelayanan rumah sakit harus dapat mengembangkan peningkatan asuhan keperawatan pada pasien post laparotomi ca ovarium.

3. Masyarakat

Hasil penulisan ini dimaksudkan sebagai sumber informasi bagi masyarakat dan masyarakat dapat menggunakan sendiri secara efektif untuk lebih mengetahui dan memahami Penyakit Ca Ovarium.

4. Penulis

Manfaat bagi penulis adalah penulis mampu mempunyai pengetahuan dan pengalaman dalam mengurangi rasa nyeri post sc melalui pemberian prosedur efikasi diri.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Penyakit (Kanker Ovarium)

1. Pengertian

Ovarium adalah kelenjar berbentuk buah kenari yang terletak di kiri dan kanan rahim di bawah saluran tuba uterine dan diposterior dihubungkan oleh ligament luas rahim. Setiap bulan folikel berkembang dan sel telur dilepaskan selama siklus menstruasi (hari ke-14). Saat lahir wanita memiliki cadangan 100.000 telur di ovariumnya, kanker ovarium memiliki peringkat ketiga setelah kanker uterus dan kanker serviks. Kanker ovarium adalah keganasan yang ditemukan pada (indung telur) ovarium paling banyak ditemukan pada wanita antara usia 50 sampai 70 tahun. (Diah Novita, 2021)

2. Etiologi

Berdasarkan penelitian ada faktor yang dapat mempengaruhi perkembangan kanker ovarium. Reproduksi (jumlah kelahiran dan kehamilan, laktasi dan usia saat menopause), obat kesuburan, dan terapi penggantian hormon), gangguan ginekologi, radang panggul dan sindrom ovarium polikistik, lingkungan, dan faktor genetik (Purwoko, 2018)

a. Menstruasi dini

Menstruasi atau dating bulan adalah perdarahan yang umumnya dialami oleh semua wanita di dunia pada saat usia 10-16 tahun. Namun pada beberapa anak saja bila mengalami menstruasi lebih awal atau cepat, karena memiliki beberapa facto. Beberapa faktor yang menyebabkan menstruasi dini adalah (Hutasuhut, 2022) :

1. Berat badan berlebihan, pada anak-anak yang sering mengonsumsi makanan siap saji seperti mie instan, burger, pizza, dan junk food.
2. Kurangnya aktivitas berolahraga.
3. Faktor keturunan dari orang tua.

b. Faktor usia

Risiko kanker dapat meningkat seiring bertambahnya usia, tetapi orang yang menderita kanker berusia di atas 65 tahun (Parsaoran et al., 2017).

c. Faktor reproduksi

Siklus ovulatory mengalami peningkatan yang dikaitkan dengan risiko kanker ovarium yang lebih tinggi, dikarenakan perbaikan epitelial ovarium tidak sempurna, yaitu kanker yang berkembang di dalam permukaan ovarium yang pada umumnya bersifat jinak. Kondisi ini dapat mengurangi frekuensi ovulasi dan mungkin mengurangi risiko kanker. Menggunakan pil KB dapat mengurangi risiko kanker hingga 50% jika telah minum pil KB selama lebih dari 5 tahun (Nuraini Aini, 2020)

d. Tidak bisa hamil

Penyebab kenapa wanita Susah Sulit hamil :

1. karena Kegemukan (obesitas)
2. Jumlah Sperma Sedikit
3. Sering Mengalami Stres

e. Obesitas

Wanita dengan timbunan lemak dapat mempengaruhi kinerja organ tubuh, termasuk alat kelamin itu sendiri. Kolesterol tinggi dapat mengganggu keseimbangan hormone, mengganggu siklus menstruasi, dan menunda atau bahkan menghentikan menstruasi meskipun tidak hamil. Bisa jadi sebaliknya, haid terus datang tapi tidak teratur (Purwoko, 2018)

3. Patofisiologi

Resiko terkena kanker ovarium mungkin terkait dengan faktor reproduksi dan genetik, serta faktor lingkungan. Faktor lingkungan yang berhubungan dengan kanker ovarium adalah epitel. Kebiasaan mengkonsumsi makanan cepat saji, merokok, kopi dapat menyebabkan kanker menjadi terus berkembang. Kanker ovarium terbagi dalam tiga kategori, tumor epitel, tumor stroma gonad, tumor sel germinal, keganasan epitelial dimana adenokarsinomaserosa adalah yang paling umum. Tumor epitelial mulai berkembang dari permukaan epitel atau serosa ovarium, kanker ovarium bermestastasis dengan invasi langsung ke struktur berdekatan dengan rongga perut. Sel-sel ini mematuhi sirkulasi alami cairan peritoneum sehingga bersarang dan tumbuh. (Devi, 2017)

Tumor ganas berikutnya dapat berkembang di permukaan rongga perut, dan pembuluh getah bening yang dialirkan ke ovarium adalah sarana penyebaran sel-sel ganas. Pada akhirnya semua keenjar dirongga perut juga terpengaruh, pada wanita premenopause sebagian besar massa adneksa yang teraba tidak ganas dan merupakan kista luteal. Namun untuk wanita pasca menopause dari semua ukuran dengan menarche, evaluasi lebih lanjut dan dalam beberapa kasus, investasi bedah dianjurkan (Devi, 2017)

4. Manifestasi Klinis

Penyebab pasti kanker ovarium tidak diketahui, namun ada banyak teori yang menjelaskan penyebab kanker ovarium (Nababan et al., 2021) yaitu :

- a. Hipotesis incessant ovulation, suatu teori yang menjelaskan perkembangan kerusakan sel epitel ovarium yang digunakan untuk penyembuhan luka selama ovulasi. Proses penyembuhan terjadi pada sel epitel yang terganggu juga dapat memicu proses transformasi menjadi sel tumor.(Nababan et al., 2021)

- b. Hipotesis androgen, androgen memainkan peran penting dalam perkembangan kanker ovarium. Berdasarkan hasil percobaan epitel ovarium mengandung reseptor androgen. Dalam percobaan in-vitro, androgen dapat merangsang pertumbuhan epitel ovarium normal dan sel-sel kanker ovarium (Syarifatunnisa, 2021).

5. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan radiologi

Rontgen dada secara teratur atau CT scan metastasis paru. Dokter merekomendasikan CT scan karena diperlukan untuk stadium kanker lanjut.

b. Therapy

Yang dilakukan adalah terapi nonfarmakologi atau pengobatan yaitu pola hidup sehat yaitu diet rendah garam dan rendah kolesterol, penghentian penggunaan zat-zat yang merusak tubuh, dan istirahat yang cukup, melalui manajemen stress. Aktivitas fisik dan farmakologi yaitu penanganan obat yang dikenal baik, obat antihipertensi, diuretik, inhibitor dan maupun vasodilator (Setyawan, 2020).

6. Penatalaksanaan Medis

Pemeriksaan penunjang yang dibutuhkan untuk membantu menegakkan diagnosis diantaranya :

a. Infus : RL, Nacl 20 Tpm

b. Injeksi :

1) Ondancetron 1x

2) Cefotaxime 1x

3) Keterolac 3x ampul

c. Antibiotic 2x

d. Pemeriksaan laboratorium

Paket pree op, SGOT, SGPT, HB, HT, LEUKOSIT, TROMBOSIT

Pemeriksaan

HEMATOLOGI Hasil Nilai

Rujukan Satuan

Darah rutin 1

Hemoglobin	L 10.2	11-15.5	g/dl
Hematokrit	L 30.7	33.0-45.0	%
Leukosit	9.15	3.60-11.00	Ribu
Trombosit	186	150-440	Ribu

e. Pemeriksaan radiologi

Rontgen dada secara teratur atau CT scan metastasis paru. Dokter merekomendasikan CT scan karena diperlukan untuk stadium kanker lanjut.

f. Therapy

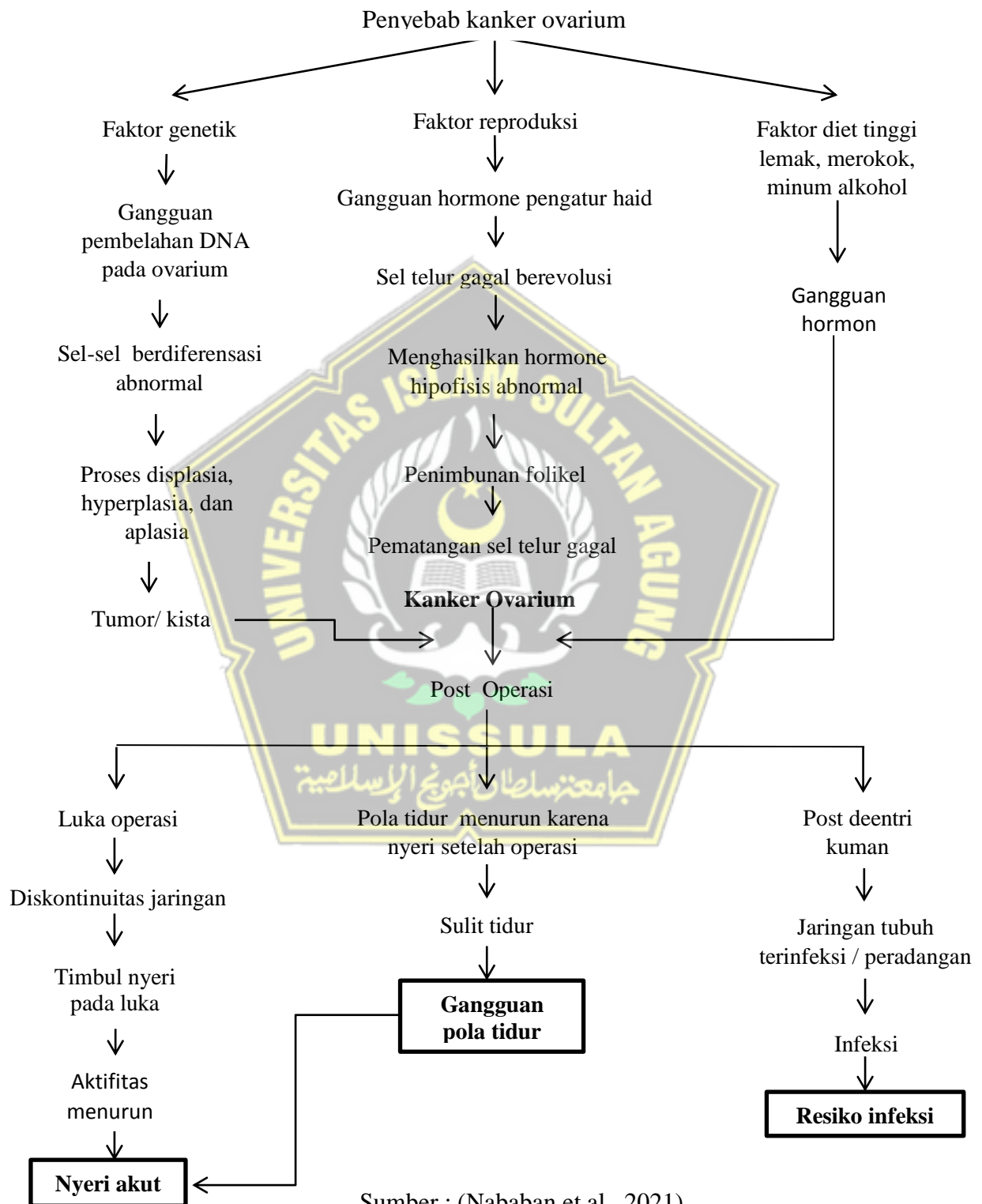
Yang dilakukan adalah terapi nonfarmakologi atau pengobatan yaitu pola hidup sehat yaitu diet rendah garam dan rendah kolesterol, penghentian penggunaan zat-zat yang merusak tubuh, dan istirahat yang cukup, melalui manajemen stress (Setyawan, 2020).

7. Komplikasi

Komplikasi kanker ovarium (Boeyoeng Ego A. P. Dalimunthe, 2021) adalah :

- a. cedera usus
- b. cedera ureter
- c. cedera vesika.
- d. infeksi luka operasi

8. Patways



B. Konsep Asuhan Keperawatan Post Operasi Kanker Ovarium

1. Pengkajian Keperawatan

Merupakan langkah awal dari pengumpulan data pasien. Data pengkajian digunakan dan dikumpulkan dari sumber subjektif dan objektif. Langkah pengkajian keperawatan diantaranya (Destri Nauli Hutagalung, 2019) :

a) Data umum

1. Identitas

a. Identitas klien

Meliputi nama, usia, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, suku/bangsa, alamat, diagnosa medis, tanggal pengkajian, tanggal waktu masuk.

b. Identitas orang yang bertanggung jawab

Meliputi nama, usia, jenis kelamin, agama, suku/bangsa, pendidikan, pekerjaan, alamat, hubungan dengan klien.

2. Status kesehatan saat ini

Meliputi keluhan utama, alasan rawat inap, pemicu lama keluhan, waktu timbulnya keluhan (bertahap atau tiba-tiba), upaya yang perbaikan, faktor yang memberatkan. Pada pasien yang mengalami fraktur disebabkan oleh adanya kecelakaan atau trauma yang mengakibatkan, perdarahan, pembengkakan, perubahan warna pada kulit, dan terasa kesemutan.

3. Riwayat kesehatan lalu

Pengkajian ini berupa kemungkinan penyebab terjadinya kanker ovarium dan petunjuk berapa lama kanker ovarium terjadi.

4. Riwayat kesehatan keluarga

Pengkajian ini dilakukan untuk mengetahui ada atau tidaknya penyakit tulang yang berhubungan dengan proses kanker ovarium.

5. Riwayat kesehatan lingkungan

Meliputi kebersihan rumah, lingkungan dan kemungkinan terjadinya bahaya yang ada dalam lingkungan rumah.

b) Pola kesehatan fungsional

1. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Kasus pembedahan kanker ovarium menjadikan pasien ketakutan akan terjadinya kecacatan pada bagian tubuh yang mengalami fraktur. Maka pasien juga harus berperan penting dalam proses penyembuhan.

2. Pola nutrisi dan metabolik

Pada pasien yang merasakan nyeri post laparotomi harus mengkonsumsi nutrisi yang melebihi kebutuhan nutrisi.

2. **Diagnosis keperawatan dan focus Intervensi**

Pada masalah ini berdasarkan pengkajian pada tanggal 10 Januari 2022 yang telah dilakukan penulis pada Ny.M didapatkan Nyeri Akut b.d agen pencedera fisik yang merupakan diagnose utama, gangguan pola tidur diagnose kedua dan resiko infeksi b.d trauma jaringan diagnose ketiga.

3. **Intervensi Keperawatan**

Pada masalah ini berdasarkan diagnosa yang muncul maka dilakukan rencana keperawatan sebagai berikut:

a. Intervensi utama adalah nyeri akut b.d agen pencedera fisik (D.0077) Dengan kriteria hasil :

Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada hari senin tanggal, selama 3x7 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil

1. Nyeri menurun

2. Meringis menurun
3. Pola napas membaik
4. Tekanan darah membaik
5. Nafsu makan membaik

Dengan intervensi

1. Identifikasi lokasi, karakteristik, intervensi nyeri dan skala nyeri
2. Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri
3. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
4. Memfasilitasi istirahat dan tidur

b. Intervensi kedua adalah gangguan pola tidur b.d kurang kontrol (D.0056)

Dengan kriteria hasil

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x7 jam, diharapkan gangguan pola tidur dapat membaik dengan kriteria hasil

1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur
2. Modifikasi lingkungan
3. Anjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur
4. Ajarkan relaksasi otot autogenik.

c. Intervensi ketiga adalah resiko infeksi b.d trauma jaringan (D.0142) Dengan kriteria hasil

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x7 jam, diharapkan resiko infeksi dapat teratasi dengan kriteria hasil

1. Kebersihan tangan meningkat
2. Kebersihan badan meningkat
3. Nyeri menurun
4. Kultur area luka membaik

Dengan intervensi

1. Monitor tanda dan gejala local dan sistematik
2. Jelaskan tanda dan gejala infeksi
3. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi

4. Anjurkan meningkatkan asupan cairan
5. Ajarkan memeriksa kondisi luka

4. Implementasi

Fase implementasi proses keperawatan menyesuaikan intervensi yang direncanakan. Dalam implementasi memiliki susunan sesuai dengan diagnose dan intervensi telah ditetapkan (Beatrik Yeni Sampang Ukur Lingga, 2019) (Beatrik Yeni Sampang Ukur Lingga, 2019)

5. Evaluasi

Mencakup banyak faktor dimana keberhasilan dan ketepatan dapat dinilai untuk memenuhi kebutuhan klien, Tujuannya untuk melihat seberapa besar kemungkinan pasien mencapai tujuan (Beatrik Yeni Sampang Ukur Lingga, 2019).

C. Manajemen Nyeri untuk Mengatasi Nyeri pada Pasien dengan Post Operasi

Manajemen nyeri (I.08238) adalah pengenalan dan pengelolaan pengalaman sensorik atau emosional yang terkait dengan kerusakan jaringan atau kerusakan fungsional yang terjadi secara tiba-tiba atau lambat dengan intensitas ringan hingga berat dan konstan PPNI (2018).

Nyeri merupakan keluhan utama pada pasien pasca operasi. Nyeri dirasakan pasien post operasi merupakan nyeri akut. Saat nyeri hebat yang tidak di kelola dengan baik akan merubah fungsi otak sehingga jika di biarkan selama 3 hari berturut-turut tanpa terapi maka terjadinya gangguan tidur, hilang konsentrasi, cemas, nafsu makan turun, depresi sehingga terjadi penurunan imunitas. Karena begitu pentingnya masalah nyeri ini. Nyeri fase akut membutuhkan pendekatan manajemen nyeri. Manajemen nyeri post operasi tujuannya meminimalkan rasa tidak nyaman pada pasien, memfasilitas akut menjadi nyeri kronis. Untuk itu diperlukannya peran perawat mengatasi masalah tersebut.

BAB III

RESUME KASUS ASUHAN KEPERAWATAN

A. Hasil Study Kasus

Pada bab ini akan digambarkan tentang resume keperawatan “asuhan keperawatan pada Ny.M dengan Kanker Ovarium di RSI Islam Sultan Agung Semarang di ruang Baitul Izzah 2” yang meliputi pengkajian, analisa data, diagnose keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi hasil implementasi. Dan diperoleh gambaran kasus sebagai berikut :

I. PENGKAJIAN KEPERAWATAN

Tanggal 7 januari 2022 selama 3 hari, Jam 07.30 WIB , tempat Baitunnisa 2 sumber data pasien dan keluarga pasien metode wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik. Data Umum identitas klien yaitu nama Ny. M, umur 42 tahun, jenis kelamin perempuan, agama Islam, pendidikan smp, pekerjaan ibu rumah tangga, suku/bangsa Indonesia, alamat Sukorejo rt 04,rw 03, Guntur Demak, diagnose medis kanker ovarium, tanggal dan jam masuk januari 2022, pukul 10.00 WIB. Identitas penanggung jawab, nama Tn. A, umur 39 tahun, jenis kelamin laki-laki, agama islam, suku/bangsa Indonesia, pendidikan terakir SD, pekerjaan satpam, alamat Sukorejo rt 04,rw 03, Guntur Demak, hubungan dengan pasien adalah suami.

Status kesehatan saat ini klien mengatakan nyeri pada pinggul dan bagian perut, lamanya keluhan adalah selama 5 bulan, timbulnya keluhan adalah bertahap dan nyeri yang dirasakan adalah hilang timbul. Upaya Klien untuk mengobati penyakitnya adalah periksa ke RSI Islam Sultan Agung Semarang.

Riwayat kesehatan lalu klien mengatakan tidak pernah mengalami penyakit kanker ovarium sebelumnya . Klien tidak pernah mengalami kecelakaan, klien tidak memiliki alergi makanan atau obat. Klien mengatakan tidak memiliki penyakit lain.

Riwayat obsterti klien belum pernah mengalami kehamilan dan tidak punya anak. Klien belum pernah mengkonsumsi pil KB atau suntik KB.

Riwayat kesehatan keluarga susunan kesehatan keluarga (genogram) pasien adalah anak pertama dari empat bersaudara pasien dengan dua saudara perempuan dan satu saudara laki laki, pasien mengatakan ibunya masih hidup tetapi ayah dari klien sudah meninggal, klien menikah dengan Tn. A dengan 4 saudara perempuan dan Tn.A adalah anak kedua.

Riwayat kesehatan lingkungan klien mengatakan rumahnya, bersih,dan lingkungan yang bersih. Tidak ada bahaya di lingkungan sekitar, dan sanitasi air yang bersih.

II. DATA FOKUS

Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan persepsi klien tentang kesehatan dirinya, klien yakin akan sembuh dari penyakitnya dan klien tetap ikhlas menjalani pengobatan atau perawatan untuk penyakitnya. Klien kurang mengetahui tentang penyakit dan perawatannya.Klien mengatakan tidak pernah mengkonsumsi jamu, alcohol, rokok, dan kopi. Klien memiliki jaminan kesehatan BPJS.

Pola nutrisi dan metabolik frekuensi makan klien adalah sedikit, satu centong dan ditambah sayur. Dengan keadaan sekarang ini klien jarang makan karena terasa nyeri di perut. Klien melakukan perawatan kebersihan diri dengan cara mandi satu hari tiga kali dan gosok gigi. Saat klien sakit cara untuk mengatasi atau mengontrol sakitnya dengan cara berobat ke dokter terdekat atau ke puskesmas. Makanan yang di konsumsi klien adalah sate ayam dan buah. Tidak ada keyakinan klien yang dianut yang mempengaruhi diet untuk kesehatanya. Selam sakit Klien tidak mengkonsumsi vitamin atau penambah nafsu makan. Saat pagi dan malam hari klien mengatakan mual dan muntah. Penurunan berat badan klien mengalami penurunan

sejak enam bulan terakhir, BB sebelum dirawat 60 kg setelah dirawat menjadi 56 kg. klien mengatakan minum sehari adalah 500 cc klien minum air putih dan air putih dingin. Saat dirawat di rumah sakit islam sultan agung semarang di ruang baitul izzah klien mendapatkan infus dengan jumlah cairan infus yang masuk sebanyak 20 tpm/ 1500 ml/hari

Pola istirahat dan tidur pola eliminasi Feses frekuensi feses BAB itu sedikit untuk waktunya BAB klien mengatakan sehari satu kali warnanya kuning konsistensi chair dan tidak terjadi diare selama sakit satu hari satu kali BAB sebelum sakit tiga hari sekali. Klien melakukan pekerjaan rumah seperti menyapu cuci piring klien melakukan olahraga jalan santai setiap pagi bersama suami di halaman rumahnya. Klien merasakan nyeri pinggul saat bergerak terlalu banyak, mengalami sesak nafas dan tidak menga merasa keletihan. Pada malam hari selain sulit tidur sering terbangun Di malam hari klien mengatakan tidak mempunyai keluhan pendengaran maupun penglihatan, bukan kognitif lain mengingat dan memahami pesan yang disampaikan oleh Perawat klien merasa nyeri pinggul dan nyeri perut. Persepsi terhadap nyeri Paliatif yaitu meningkatkan atau mengurangi nyeri jika Klien bergerak merasa nyeri, Kualitas yaitu frekuensi dan lamanya keluhan dirasakan yaitu hilang timbul nyeri berdenyut hilang timbul, yaitu tempat klien mengatakan nyeri pada bagian pinggul dan bagian perut, S atau skala timbul nyeri mendadak di nyeri klien adalah hilang timbul them klien mengatakan nyeri pada saat malam hari dan pada saat klien melakukan banyak aktivitas.

Pola persepsi diri dan konsep diri klien mengatakan hadapannya setelah menjalani perawatan operasi kanker ovarium ini semoga dirinya cepat sembuh dan ingin mempunyai anak, klien terlihat tidak emosi,memiliki persepsi terhadap dirinya tetapi ada Jahitan dibagian abdomena, untuk Indentitas klien bersyukur dan klien puas terhadap status posisinya sekarang sebagai perempuan,klien memiliki

tugas sebagai ibu rumah tangga dan memenuhi kebutuhan suaminya, klien berharap kepada dirinya sendiri berharap kepada dirinya sendiri agar segera sembuh dan memiliki anak atau keturunan tidak merasa rendah diri karena posisinya sekarang.

Pola mekanisme koping klien mengambil keputusan dibantu dengan suaminya jika klien menghadapi masalah atau memecahkan masalah solusi yang dilakukan klien adalah berbicara atau berdiskusi kepada suami dan keluarganya untuk memecahkan masalahnya, klien mengatakan saat menghadapi masalahnya sekarang adalah klien tetap sabar dan berusaha untuk sembuh atas penyakitnya, klien mengatakan terasa nyaman ketika setiap operan Perawat berdo'a bersama untuk kesembuhan klien dan menyampaikan edukasi- edukasi kepada klien.

Pola seksual dan reproduksi klien paham tentang fungsi seksual, klien tidak menggunakan kontrasepsi KB, kondom atau obat pil dan sebagainya klien mengatakan jika sedang melakukan seksual merasakan nyeri, Klien mengatakan menstruasi tidak teratur dan darah bergumpal klien mengatakan belum pernah hamil.

III. PEMERIKSAAN FISIK

Setelah dilakukan pengkajian selama tiga hari di RSI Sultan Agung Semarang, penulis mendapatkan data pemeriksaan fisik yaitu, kesadaran composmentis, penampilan lemah dan pucat, vital sign suhu 36 °c, tekanan darah 110/80 mmHg, respiratory rate 22x/menit Nadi 85x/menit. Kepala Simetris warna kepala klien hitam dan ada sedikit uban, kebersihan kepala klien yaitu sedikit ketombe di kepala klien tidak mengalami rontok. Mata pupil isokor, tidak menggunakan alat bantu, hidung bersih, tidak menggunakan alat bantu oksigen dan tidak ada benjolan. Telinga tidak ada kelainan, mulut dan tenggorokan mukosa kering tidak ada kelaianan. Dada bagian jantung inspeksi simetris, perkusi terdengar suara redup, palpasi tidak ada nyeri tekan

auskultasi vasikuler. Paru inspeksi simetris perkusi terdengar suara redup, palpasi tidak ada nyeri tekan, auskultasi vasikuler.

Abdomen inspeksi pada post laparatomi tidak ada dihesensi luka, luka belum kering, palpasi nyeri berada di titik area luka jahitan yang panjangnya 10 cm, perkusi pada post laparatomi sering ditemukan redup, auskultasi bising usus normal sedikit membesar pada perut bagian bawah, genetalia tidak ada kelainan, tidak ada pembengkakan, tidak ada lesi, vulva bersih dan kateter bersih. Ekstermitas atas dan bawah inspeksi kuku, kulit warna putih, bersih, dan utuh tidak ada lesi. Capillary refill aliran darah baik di daerah kuku, warna kuku kembali normal kurang dari 2 detik, kulit terlihat berih, lembab, terdapat jahitan pada bagian perut.

Hasil pemeriksaan penunjang, infus : RL, Nacl 20 Tpm, injeksi : Ondancetron 1x, Cefotaxime 1x, Keterolac 3x ampul, Antibiotic 2x. Pemeriksaan laboratorium : Paket pree op, SGOT, SGPT, HB, HT, LEUKOSIT, TROMBOSIT,. Pemeriksaan radiologi thorax hasil negative rapid hasil negative. Diit nasi, sayur dan buah, therapy terapi nonfarmakologi terapi farmakologi.

IV. Analisa data

Setelah dilakukan pengkajian selama tiga hari di RSI Sultan Agung Semarang, penulis mendapatkan analisa data yaitu pada tanggal 10 Januari 2021 pukul 10.00 WIB penulis mendapatkan data fokus yaitu terdiri dari data subjektif dan data objektif. Data subjektif klien mengatakan ia merasa nyeri pada area perut bagian bawahnya jika ditekan, P atau paliatif nyeri pada area perineum saat bergerak dan perut bagian bawah saat ditekan, Q atau kualitas yaitu frekuensi dan lamanya keluhan dirasakan yaitu nyeri seperti ditusuk tusuk , R atau region tempat nyeri pada pasien berada di pinggu dan di daerah perut bagian bawah, S atau skala yaitu skala nyeri adalah tiga, T atau time yaitu waktu dirasakan nyeri pada saat bergerak. Data objektif klien

terlihat menahan rasa nyeri dengan tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 85x/menit, suhu 36°C, respiratory rate 22 x/menit. Dengan diagnose keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik.

Penulis mendapatkan analisa data diagnose yang kedua yaitu dengan data subjektif klien mengatakan klien sulit tidur karena merasakan nyeri setelah operasi, data objektif suhu 37 derajat celcius, tekanan darah 10/80 mmHg, respiratory rate 24x/menit, nadi 70x/menit. Dengan diagnose gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang control saat tidur

Analisa ketiga yaitu penulis mendapatkan data subjektif klien mengatakan takut terjadi sesuatu dengan luka jahit dibagian perutnya, data objektif klien terlihat cemas. Dengan diagnosa keperawatan resiko infeksi berhubungan dengan resiko invasi organisme patogen.

V. Diagnosa Keperawatan & Prioritas Diagnosa (SDKI)

Pada masalah ini berdasarkan pengkajian pada tanggal 10 Januari 2022 yang telah dilakukan penulis pada Ny.M didapatkan diagnosa keperawatan yaitu Nyeri Akut diagnosa pertama (D.0077), gangguan pola tidur (D.0056) diagnosa kedua ,resiko infeksi (D.0142) diagnosa ketiga.

VI. Intervensi atau Rencana Keperawatan (SIKI)

Pada masalah ini berdasarkan diagnosa yang muncul maka penulis melakukan rencana keperawatan pada tanggal 10 Januari 2022 jam 11.00 , dengan diagnosa pertama nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dengan kriteria hasil setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x7 jam, diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kreteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, pola napas membaik, tekanan darah membaik , nafsu makan membaik. Dengan Intervensi utama manajemen nyeri (I. 08238) yaitu identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi kualitas, intensitas

nyeri, skala nyeri, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, fasilitasi istirahat dan tidur dan ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.

Intervensi yang kedua pada tanggal 10 Januari 2022 jam 13.00, dengan diagnosa gangguan pola tidur berhubungan dengan kontrol saat tidur, dengan tujuan dan kriteria hasil setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x7 jam pola tidur dapat membaik dengan kriteria hasil keluhan sulit tidur meningkat, keluhan tidak puas tidur meningkat, dan keluhan pola tidur berubah cukup meningkat. Dengan intervensi dukungan tidur (I.09265) yaitu identifikasi pola aktivitas dan tidur, modifikasi lingkungan, anjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur, ajarkan relaksasi otot autogenik.

Intervensi yang ketiga pada tanggal 10 Januari 2022 jam 15.00, dengan diagnosa resiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan dengan tujuan dan kriteria hasil setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x7 jam, resiko infeksi dapat teratasi dengan kriteria hasil yaitu kebersihan tangan meningkat, kebersihan badan meningkat, demam menurun nyeri menurun kultur area luka membaik. Dengan intervensi pencegahan infeksi (I. 14539) yaitu monitor tanda dan gejala infeksi, jelaskan tanda dan gejala infeksi, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi, ajarkan cara membersihkan luka.

VII. Implementasi

a. Diagnosa pertama nyeri akut b.d agen pencedera fisik

1. Implementasi pertama pada hari Senin, tanggal 10 Januari 2022 jam 16.00

a. Data

Data subyektif : klien mengatkan nyeri disekitaran pinggulnya saat bergerak atau ditekan,nyeri seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 3

Data obyektif : klien terlihat meringis menahan nyeri. Tanda vital sign tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 85x/menit, suhu 37,8°C, respiratory rate 22x/menit.

b. Rencana keperawatan : dengan mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

2. Implementasi kedua pada hari Selasa, tanggal 11 Januari 2022 jam 08.00

a. Data

Data subjektif : klien mengatakan masih merasakan nyeri, klien mengatakan skala nyeri berkurang yaitu 2

Data objektif : klien terlihat bersedia diberikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri yaitu dengan latihan tarik nafas dalam, pasien terlihat membaik dan nyeri berkurang. Tanda vital sign tekanan darah 110/75 mmHg, nadi 80x/menit, suhu 37°C, respiratory rate 22x/menit.

b. Rencana keperawatan : dengan memberikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri

3. Implementasi hari ketiga pada Rabu, tanggal 12 Januari 2022 jam 13.00

a. Data

Data subyektif : klien mengatakan nyeri sudah berkurang

Data obyektif : klien terlihat membaik dan terlihat bisa tidur. Tanda vital sign tekanan darah 150/75 mmHg, nadi 85x/menit, suhu 37°C, respiratory rate 22x/menit.

b. Rencana keperawatan : memfasilitasi istirahat dan tidur

b. Diagnosa kedua pola tidur b.d kurang control saat tidur

1. Implementasi hari pertama pada Senin, tanggal 10 Januari 2022 jam 13.00

a. Data

Data subyektif : klien mengatakan bersedia diidentifikasi pola tidurnya

Data obyektif : klien terlihat rileks

b. Rencana keperawatan : mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur

2. Implementasi hari kedua pada Selasa, tanggal 11 Januari 2022 jam 11.00

a. Data

Data subyektif : klien bersedia di modifikasi lingkungan tidur dengan cara menyingkirkan keperluan barang yang ada disekitarnya dank lien sudah menghindari makanan atau minuman yang bisa mengganggu tidur

Data obyektif : klien sudah memodifikasi lingkungan tidur dan tidur klien sudah tidak terganggu dengan makanan atau minuman yang mengganggu tidurnya.

b. Rencana keperawatan : memodifikasi lingkungan dan menganjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur

3. Implementasi hari ketiga pada Rabu, tanggal 12 Januari 2022 jam 15.00

a. Data

Data subyektif : klien bersedia melakukan relaksasi dengan tarik nafas dalam

Data obyektif : klien belum terlihat rileks

- b. Rencana keperawatan : dengan mengajarkan relaksasi otot autogenik
- c. Diagnosa ketiga resiko infeksi b.d trauma jaringan
 1. Implementasi hari pertama pada Senin, tanggal 10 Januari 2022 jam 17.00
 - a. Data
Data subyektif : klien mengatakan sakit saat BAB juga bergerak luka dibagian jahitan terasa sakit
Data obyektif : nyeri perut bawah area luka terasa sakit.
Tanda vital sign tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 85x/menit, suhu 37,8°C, respiratory rate 22x/menit.
 - b. Rencana keperawatan : dengan memonitor tanda dan gejala infeksi lokal
 2. Implementasi hari kedua pada Selasa, tanggal 11 Januari 2022 jam 10.00
 - a. Data
Data subyektif : klien bersedia diajarkan mencuci tangan dengan benar
Data obyektif : klien kolaboratif. Tanda vital sign tekanan darah 110/75 mmHg, nadi 80x/menit, suhu 37°C, respiratory rate 22x/menit.
 - b. Rencana keperawatan : dengan mempertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi dan mengajarkan cara cuci tangan yang benar
 3. Implementasi hari ketiga pada Rabu, tanggal 12 Januari 2022 jam 14.00
 - a) Data
Data subyektif : klien bersedia meningkatkan asupan nutrisi dan bersedia meningkatkan cairan

Data obyektif : klien mengkonsumsi makanan yang diberikan oleh rumah sakit yaitu 4 sehat 5 sempurna dan klien kolaboratif IWL pasien yaitu 900cc/24 jam. Tanda vital sign tekanan darah 150/75 mmHg, nadi 85x/menit, suhu 37°C, respiratory rate 22x/menit.

- b) Rencana keperawatan : menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan asupan makanan

VIII. Evaluasi

Pada bab evaluasi berdasarkan tindakan keperawatan yang telah dilakukan maka didapatkan hasil sebagai berikut :

Evaluasi keperawatan dilakukan dengan metode SOAP yaitu :

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

1. Catatan perkembangan hari pertama pada 10 Januari 2022, Subyektif : klien mengatakan ia merasa nyeri pada area pinggul dan perutnya jika ditekan, Obyektif : Tekanan darah : 110/80 mmHg, Nadi : 85x/menit, Suhu : 36 derajat celsius, RR : 22x/menit, Asessment : masalah belum teratasi dan tujuan belum tercapai, Paliatif : lanjutkan intervensi keperawatan
2. Catatan perkembangan hari kedua pada 11 Januari 2022, Subyektif : klien mengatakan ia merasa nyeri pada area pinggul dan perutnya jika bergerak sedikit, Obyektif klien terlihat menahan nyeri sedikit, Tekanan darah 120/80 mmHg, Nadi 85x/menit, Suhu: 36 derajat celsius, Respiratory rate 22x/menit, Asessment Masalah teratasi sebagian dan tujuan tercapai sebagian Paliatif Pertahankan kondisi dan lanjutkan intervensi selanjutnya
3. Catatan perkembangan hari ketiga pada 12 Januari 2022, Subyektif klien mengatakan rasa nyeri sudah berkurang, Obyektif klien terlihat membaik dan terlihat nyaman, Tekanan darah 120/80 mmHg, Nadi 85x/menit, Suhu 36 derajat

celcius, Respiratory rate 22x/menit, Asessment masalah teratasi sebagian dan tujuan tercapai sebagian, Paliatif pertahankan kondisi dan lanjutkan intervensi selanjutnya

- b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur
 1. Catatan perkembangan hari pertama pada 10 Januari 2022, Subyektif klien mengatakan tidurnya terganggu, Obyektif klien belum rileks, Asessment tujuan tercapai sebagian, masalah teratasi sebagian, Paliatif ulangi intervensi 1,2,3 pertahankan kondisi
 2. Catatan perkembangan hari kedua pada 11 Januari 2022 , Subyektif klien mengatakan sedikit bisa tidur, Obyektif klien cukup rileks, Asessment tujuan tercapai sebagian, masalah teratasi sebagian, Paliatif ulangi intervensi 1, 4 pertahankan kondisi
 3. Catatan perkembangan hari ketiga pada 12 Januari 2022, Subyektif klien mengatakan sudah bisa tidur, Obyektif klien sudah rileks, Asessment tujuan tercapai, masalah teratasi, Paliatif pertahankan kondisi
- c. Resiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan
 1. Catatan perkembangan hari pertama pada 10 Januari 2022, Subyektif klien mengatakan masih merasakan sakit, Obyektif luka masih basah, tidak ada kemerahan, vulva kotor, suhu 37,5, Asessment tujuan belum tercapai dan masalah belum teratasi, Paliatif ulangi intervensi 1 dan 2
 2. Catatan perkembangan hari kedua pada 11 Januari 2022, Subyektif klien mengatakan merasakan sakit saat BAB, Obyektif tidak ada pembengkakan dan tidak ada kemerahan, Asessment tujuan tercapai dan masalah teratasi sebagian, Paliatif ulangi intervensi 1 dan 2
 3. Catatan perkembangan hari ketiga pada 12 Januari 2022, Subyektif klien mengatakan merasakan sakit saat BAB

berkurang tapi masih merasakan sakit, Obyektif tidak ada pembengkakan dan tidak ada kemerahan, luka belum mongering, Asessment tujuan tercapai dan masalah teratasi sebagian, Paliatif ulangi intervensi 1 dan 2.



BAB IV

PEMBAHASAN

A. PENGKAJIAN

Pada bab empat ini sebelum dilakukan pembahasan lebih lanjut ada beberapa hal yang perlu penulis sampaikan terkait adanya pemeriksaan fisik pada abdomen yaitu terkait pemeriksaan fisik pada laparotomi, seharusnya pada saat melakukan pemeriksaan fisik kemarin penulis seharusnya mengkaji pemeriksaan diantaranya adalah mengkaji apakah ada luka dehisensi tidak, bagaimana kondisi luka, luka sudah kering atau belum, apakah ada nyeri pada area luka, apakah ada infeksi.

Pada pemeriksaan genetalia seharusnya dikaji, pada genetalia ada pembengkakan atau tidak, kondisi genetalia bersih atau tidak, apakah terdapat lesi dan ekstermitas atas dan bawah seharusnya dikaji, warnanya apa, dan kuku warnanya apa.

Diagnose pertama dengan Nyeri akut yang telah dilaksanakan sesuai dengan teori yang didapat. Asuhan keperawatan Ny.M, dikelola selama 3 hari dari tanggal 10 januari 2020 sampai 13 januari 2022.

Berdasarkan pengkajian penulis mendapatkan hasil pengkajian pada 13 Januari 2022 didapatkan data sebagai berikut:

B. ASUHAN KEPERAWATAN

Dari hasil pengkajian penulis mengangkat 3 diagnosa yaitu sebagai berikut :

1. Diagnose yang pertama muncul adalah Nyeri akut b.d agen pencedera fisik merupakan diagnose pertama , Penyebab terjadinya nyeri akut adalah karena setelah pembedahan operasi sehingga dapat menimbulkan nyeri pada area jahitan luka yang dioperasi. Diagnose nyeri akut b.d agen pencedera fisik muncul pada kasus dengan masalah keperawatan nyeri akut karena ditemukan data pasca pembedahan laparotomi yaitu, klien mengeluh nyeri pada area perut bagian bawah jika ditekan dan pada saat bergerak. P atau paliatif nyeri pada area perineum saat bergerak dan saat

ditekan, Q atau kualitas yaitu lamanya keluhan hilang timbul nyeri seperti ditusuk-tusuk, R atau region tempat nyeri berada di daerah perut bagian bawah sebelah kiri, S atau skala nyeri yaitu tiga, selanjutnya adalah T atau time waktu dirasakan pada saat bergerak.

Dari hasil pengkajian dapat ditemukan data nyeri akut karena terdapat 3 ciri-ciri dari nyeri akut pada hasil pengkajian sesuai Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia nomor (D.0077) Tanda dan gejala nyeri akut meliputi keluhan nyeri, tampak meringis, perilaku protektif (misalnya, waspada, postur menghindari nyeri), gelisah, peningkatan denyut nadi, gangguan tidur, peningkatan tekanan darah, pola pernapasan berubah, perubahan nafsu makan, gangguan proses berpikir, penarikan diri dari diri sendiri, berfokus pada diri sendiri.

Penulis memilih nyeri akut sebagai prioritas masalah pertama karena klien merasakan dan mengeluh nyeri setelah operasi terdapat luka jahitan bekas operasi dan yang paling sakit dirasakan adalah nyeri pada bagian luka jahitan. Klien juga terlihat meringis, apabila nyeri akut tidak ditangani bisa menyebabkan aman nyaman terganggu, pola tidur juga terganggu dan dapat juga menyebabkan dehisensi luka, sehingga harus ditangani dengan penanganan yang baik (Murwaningsih & Waluyo, 2021).

Penulis menetapkan tujuan asuhan keperawatan sesuai intervensi yaitu untuk mengatasi nyeri akut, diharapkan nyeri berkurang dengan tujuan dan kriteria hasil setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x7 keluhan nyeri menurun, meringis menurun, pola napas membaik, tekanan darah membaik dan nafsu makan membaik (PPNI, 2018).

Diagnosa nyeri akut b.d agen pencedera fisik penulis tetapkan intervensi yaitu Manajemen nyeri, intervensi atau perencanaan yang ditetapkan penulis untuk mengatasi masalah nyeri akut ditandai dengan wajah meringis, terlihat menahan rasa nyeri pada area luka. Dilakukan tindakan mengidentifikasi lokasi nyeri untuk mengetahui bagian mana yang merasakan nyeri, selanjutnya dilakukan tindakan identifikasi faktor nyeri adalah untuk mengetahui faktor yang memperberat dan

memperingan nyeri, memberikan teknik nonfarmakologis berguna untuk mengurangi rasa nyeri tanpa menggunakan obat, memfasilitasi istirahat dan tidur yaitu agar klien dapat beristirahat dengan baik agar segera stabil dan dapat beristirahat dengan cukup (SIKI, Manajemen Nyeri, I.08238).

Diagnose nyeri akut b.d agen pencedera fisik penulis melakukan implementasi sesuai dengan intervensi atau rencana keperawatan yang telah penulis susun, implementasi keperawatan dilakukan selama 3 hari. Dari lima rencana tindakan implementasi penulis sudah melakukannya, semua rencana tindakan implementasi sudah dilakukan oleh penulis karena terdapatnya fasilitas di ruangan sudah ada. Dukungannya perawat ruangan saling membantu penulis dalam melakukan tindakan implementasi keperawatan, tidak ada hambatan dan klien kooperatif.

Selanjutnya penulis melakukan evaluasi dengan diagnose nyeri akut b.d agen pencedera fisik, berdasarkan hasil tindakan keperawatan yang sudah dilakukan selama 3 hari dengan diagnose nyeri akut maka masalah teratasi sebagian dengan data subyektif : klien mengatakan nyeri sudah berkurang, obyektif : klien terlihat nyaman dan sedikit membaik, Assesment : masalah teratasi sebagian, Planning : pertahankan kondisi dan lanjutkan intervensi dengan

cara menjaga kebersihan tubuh, mencuci tangan , menjaga asupan makanan, mengkonsumsi makanan yang sehat yaitu 4 sehat 5 sempurna, dan mengontrol luka jahitan ke dokter yang sudah dijadwalkan.

2. Penulis mengangkat diagnose yang kedua yaitu gangguan pola tidur b.d kurang kontrol saat tidur. Penyebab terjadinya gangguan pola tidur adalah klien merasakan nyeri dengan luka jahitannya, merasakan nyeri, cemas dan khawatir sehingga klien sulit mengontrol waktu tidur.

Diagnose gangguan pola tidur b.d kurang kontrol saat tidur muncul pada kasus dengan masalah keperawatan gangguan pola tidur karena ditemukan data klien mengatakan sulit tidur, karena merasakan nyeri setelah operasi, klien terlihat cemas dengan kondisi lukanya.

Dari hasil pengkajian dapat ditemukan data gangguan pola tidur karena terdapat 4 ciri-ciri dari gangguan pola tidur pada hasil pengkajian sesuai Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia nomor (D.0055). Saat dilakukan pengkajian pada klien Ny.M didapatkan data subjektif klien mengatakan mengeluh sulit tidur, mengeluh pola tidur berubah, mengeluh istirahat tidak cukup, dan mengeluh kemampuan beraktivitas menurun. Klien hanya tidur 1-4 jam setiap harinya dan sering terbangun di malam hari.

Penulis memilih prioritas masalah yang kedua adalah gangguan pola tidur, dikarenakan klien mengatakan sulit untuk tidur karena merasakan nyeri pada area abdomen yang terdapat jahitan luka, gangguan pola tidur jika tidak ditangani dapat menyebabkan peningkatan kesehatan menurun, pemulihan saat sakit bisa semakin lama, penyembuhan terhambat dan juga bisa memperburuk kondisi pada pasien sendiri. Sehingga harus ditangani dengan tepat (Dian Anggraini, 2021).

Penulis menetapkan tujuan asuhan keperawatan sesuai intervensi yaitu untuk mengatasi gangguan pola tidur, diharapkan gangguan tidur berkurang dengan tujuan dan kriteria hasil dengan kriteria hasil setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x7 jam, diharapkan gangguan pola tidur dapat membaik dengan kriteria hasil gangguan pola tidur dapat membaik (PPNI, 2018).

Diagnose gangguan pola tidur b.d kurang kontrol penulis menetapkan intervensi yaitu dukungan tidur adalah memfasilitasi siklus tidur dan terjaga yang teratur, rencana keperawatan untuk gangguan pola tidur adalah yaitu identifikasi pola aktivitas dan tidur, modifikasi lingkungan, anjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur, ajarkan relaksasi otot autogenic menurut (SIKI, Dukungan Tidur, I.09625).

Diagnose gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur penulis melakukan implementasi sesuai dengan intervensi atau rencana keperawatan yang telah penulis susun, implementasi keperawatan

dilakukan selama 3 hari. Dari 4 empat rencana tindakan intervensi penulis hanya satu yang belum bisa melakukan tindakan intervensi yaitu mengajarkan relaksasi otot autogenic. Hambatannya adalah karena pasien kurang kooperatif, masih merasakan nyeri dan cemas dengan kondisinya saat ini. Untuk solusinya yaitu harus mencoba diajarkan teknik relaksasi otot secara bertahap dan agar rileks, sehingga gangguan saat tidur dapat sedikit berkurang.

Selanjutnya penulis melakukan evaluasi yaitu dengan diagnose gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur, setelah dilakukan intervensi dan implementasi penulis melakukan evaluasi keperawatan pada diagnose gangguan pola tidur yaitu Berdasarkan hasil tindakan keperawatan yang sudah dilakukan selama 3 hari dengan diagnose gangguan pola tidur maka masalah teratasi, dengan data subyektif : klien mengatakan sudah bisa tidur gangguan pola tidur berkurang, obyektif : klien sudah rileks, Assesment : masalah teratasi dan tujuan tercapai, Planning : pertahankan kondisi dan hentikan intervensi.

Dari hasil kasus pengelolaan 3 hari seharusnya ada pertimbangan untuk mengangkat diagnose resiko infeksi b.d trauma jaringan.

Resiko infeksi bisa diakibatkan oleh bakteri yang terkontaminasi ditubuh kita, tanda dan gejalanya yaitu diantara lain kemerahan atau bengkak pada area luka jahitan, demam, nanah dan berbau busuk (Lestari et al., 2021).

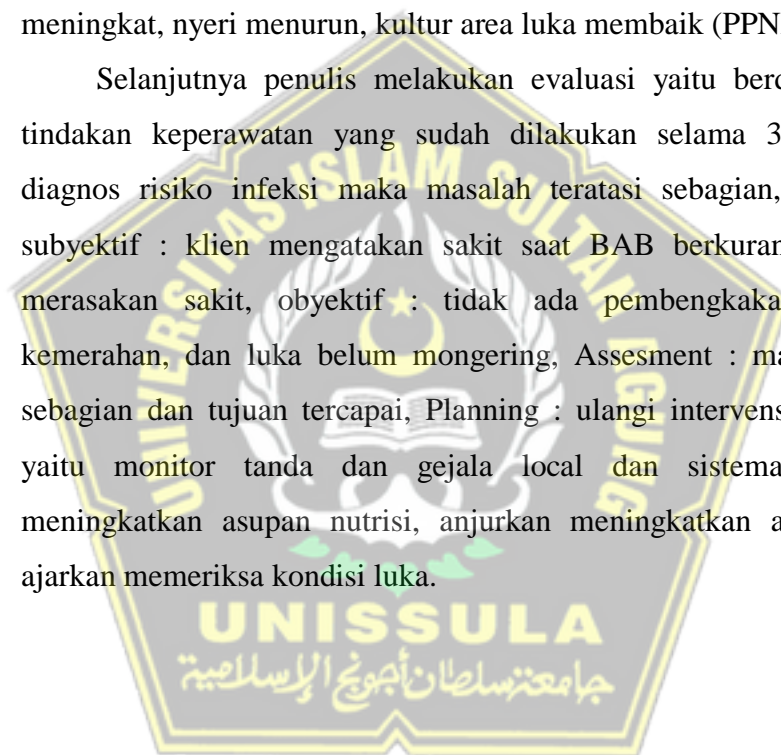
Dari tanda dan gejala secara teori yang dipaparkan diatas diagnose ini dari hasil analisis sudah selayaknya untuk dimunculkan karena agar tidak terjadi infeksi yang secara nyata, yaitu dilakukan intervensi yaitu memonitor tanda dan gejala lokal dan sistematis, jelaskan pada pasien tanda dan gejala infeksi, dan ajarkan pasien memeriksa kondisi luka (SIKI, 2018)

Penyebab terjadinya resiko infeksi adalah daya tahan tubuh lemah, pernah mengalami infeksi pada kulit, tidak menjaga kebersihan tubuh, tindakan invasi, dan kondisi penggunaan terapi steroid.

Diagnosa resiko infeksi b.d trauma jaringan muncul pada kasus dengan masalah keperawatan resiko infeksi, karena ditemukan data klien mengatakan takut terjadi sesuatu dengan luka jahit dibagian perutnya dan klien terlihat cemas.

Penulis melakukan rencana asuhan keperawatan sesuai intervensi yaitu untuk mengatasi resiko infeksi yaitu setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x7 jam, diharapkan resiko infeksi dapat teratasi dengan kriteria hasil kebersihan tangan meningkat, kebersihan badan meningkat, nyeri menurun, kultur area luka membaik (PPNI, 2018).

Selanjutnya penulis melakukan evaluasi yaitu berdasarkan hasil tindakan keperawatan yang sudah dilakukan selama 3 hari dengan diagnosa resiko infeksi maka masalah teratasi sebagian, dengan data subyektif : klien mengatakan sakit saat BAB berkurang tapi masih merasakan sakit, obyektif : tidak ada pembengkakan, tidak ada kemerahan, dan luka belum mengering, Assesment : masalah teratasi sebagian dan tujuan tercapai, Planning : ulangi intervensi 1,2,4 dan 5 yaitu monitor tanda dan gejala local dan sistematik, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi, anjurkan meningkatkan asupan cairan, ajarkan memeriksa kondisi luka.



BAB V

PENUTUP

A. Simpulan

Berdasarkan hasil studi kasus penerapan asuhan keperawatan dalam pasien yang terdiagnosis Kanker Ovarium Di Ruang Baitunisa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang, penulis dapat menarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Hasil pengkajian yang dihasilkan dari pasien yang didiagnosis Ca Ovarium post sc memiliki beberapa keluhan, antara lain klien terlihat menahan nyeri skala nyeri adalah 5, wajah meringis, cemas, pola tidur terganggu, penurunan berat badan.
2. Berdasarkan pengkajian yang dilakukan penulis terhadap Ny.M ada 3 diagnosa yakni nyeri akut, gangguan pola tidur dan risiko infeksi
3. Dari data yang sudah dikumpulkan penulis, maka perencanaan intervensi asuhan pada kasus pasien akan disesuaikan dengan masalah keperawatan yang dilakukan berdasarkan kriteria,tanda gejala, dan kondisi pasien
4. Untuk mengatasi masalah keperawatan penulis melaksanakan tindakan implementasi keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan yang telah disusun penulis berdasarkan teori Standar Keperawatan Indonesia dengan menyesuaikan kebutuhan pasien ca ovarium post sc, tidak ada kendala tetapi klien masih terlihat sedikit nyeri, keluarga klien selalu memberikan dukungan kepada klien agar cepat sembuh.
5. Berdasarkan data yang dikumpulkan, penulis dapat mengevaluasi Ny.M berdasarkan kriteria hasil penulis susun, masalah teratasi sebagian yaitu nyeri akut, masalah teratasi yaitu dengan gangguan pola tidur, masalah risiko infeksi tidak menjadi aktual.

B. Saran

Dari beberapa kesimpulan di atas penulis dapat memberikan beberapa saran yaitu:

1. Bagi institusi pendidikan

Hasil karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat memberikan pengetahuan dan keterampilan mahasiswa dalam menyusun asuhan keperawatan dengan pasien nyeri akut dengan diagnose medis kanker ovarium post sc.

2. Bagi profesi perawat

Saran penulis bagi perawat adalah agar perawat tetap mempertahankan asuhan keperawatan yang telah sesuai dengan standar prosedur yang diterapkan. Perawat juga harus mampu memodifikasi intervensi maupun implementasi dengan baik sehingga masalah keperawatan dapat teratasi sesuai yang diinginkan.

3. Bagi lahan praktik

Saran penulis bagi lahan praktik agar menambahkan skill dan pengalaman bagaimana cara mengatasi klien dengan nyeri akut post sc dengan diagnose medis kanker ovarium.

4. Bagi masyarakat

Diharapkan dapat dijadikan untuk menambah pengetahuan dan wawasan tentang Kanker Ovarium. Agar dapat melakukan penanganan segera jika terjadi tanda dan gejala Kanker Ovarium.

DAFTAR PUSTAKA

- Adhistry. (2019). *The Effect Of Complementer Therapy: Seft Therapy On Stress And: Seminar Nasional Keperawatan*.
- Ariani, S. (2015). *Stop Kanker*. Yogyakarta: Istana Media.
- Hariyono Winarto, &. A. (2020). *Gambaran Myelosupresi Pada Pasien Kanker Ovarium Yang Menerima Kemoterapi Carboplatin-Paclitaxel Di RSUPN Cipto Mangunkusumo* .
- ISTIGHOSAH, N. &. (2019). *Perbedaan Pengetahuan Wanita Usia Subur (Wus) Tentang Kanker Ovarium Sebelum Dan Sesudah Diberi Penyuluhan (Di Rt 03 Rw 04 Desa Sumengko Kecamatan Sukomoro Kabupaten Nganjuk)*. *Jurnal Kebidanan*.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI.(Suwondo Et Al., 2017) (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia.Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Perawat Nasional Indonesia*
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta Selatan. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Rasjidi Imam. (2013). *Deteksi Dini Dan Pencegahan Kanker Pada Wanita*. Jakarta: CV Sagung Seto.
- Reeder, Dkk. (2013). *Keperawatan Maternitas (Vol. Edisi 18)*. Jakarta.
- Dr.Yelvi Levani.(2019).*Diagnosis Kanker Ovarium*
- Astuti, Meni Fuzi Tanjung, SST, M. (2022). *Kajian Kista Ovarium*. Pascal Books. Penerbitpascalbooks@Gmail.Com
- Beatrik Yeni Sampang Ukur Lingga. (2019). Jurnal 6. In *Pelaksanaan Perencanaan Terstruktur Melalui Implementasi Keperawatan (Vol. 2, Issue 1, Pp. 1–16)*.
- Boeyoeng Ego A. P. Dalimunthe. (2021). *Komplikasi Operasi Pada Kanker Ovarium Di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo = Complications Of*

Surgery On Ovarian Cancer At Dr. Cipto Mangunkusumo. Program Studi Obstetri Dan Ginekologi.

- Destri Nauli Hutagalung. (2019). *Tahapan Pengkajian Dalam Asuhan Keperawatan*.
- Devi, A. K. B. (2017). *Anatomi Fisiologi Dan Biokimia Keperawatan*. Pustaka Baru Press., 2017.
- Diah Novita, N. H. A. (2021). *Penatalaksanaan Radioterapi Kanker Ovarium Dengan Teknik Imrt Di Rumah Sakit*. 11(2), 6.
- Dian Anggraini, A. S. (2021). *Jurnal Keperawatan Komprehensif*. 7.
- Farrell, T., & Kruger, R. (2019). Abdominal Pain. *Australian Family Physician*, 17(6), 467.
- Hutasuhut, R. M. (2022). *Hubungan Konsumsi Junk Food Dan Media Informasi Terhadap Menarche Dini Pada Remaja Putri*. [Http://Ojs.Stikesmukla.Ac.Id/Index.Php/Motor/Issue/View/31](http://Ojs.Stikesmukla.Ac.Id/Index.Php/Motor/Issue/View/31).
- Hyuna Sung , Jacques Ferlay , Rebecca L Siegel , Mathieu Laversanne , Isabelle Soerjomataram , Ahmedin Jemal, F. B. (2021). *Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates Of Incidence And Mortality Worldwide For 36 Cancers In 185 Countries*. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>.
- Indriyani, P., & Faradisi, F. (2021). *Prosiding Seminar Nasional Kesehatan Lembaga Penelitian Dan Pengabdian Masyarakat Universitas Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan Literature Review : Pengaruh Mobilisasi Dini Terhadap Peningkatan Peristaltik Usus Pasien Post Pembedahan Laparatomi Prosiding*. 2220–2224.
- Lestari, P., Haniah, S., & Utami, T. (2021). Asuhan Keperawatan Pada Ny . S Dengan Masalah Risiko Infeksi Post- Operasi Sectio Caesarea Di Ruang Bougenvile RSUD Dr . R . Goeteng. *Asuhan Keperawatan Pada Ny . S Dengan Masalah Risiko Infeksi Post- Operasi Sectio Caesarea Di Ruang Bougenvile RSUD Dr . R . Goeteng*, 462–470.
- Lihawa, L., & Zainuddin, R. (2022). Tingkat Kecemasan Pasien Kanker Yang Menjalani Kemoterapi Di Masa Pandemi Covid-19: Literature Review. *Jurnal Akademika Baiturrahim Jambi*, 11(1), 96. <https://doi.org/10.36565/Jab.V11i1.457>

- Murwaningsih, E., & Waluyo, A. (2021). *Manajemen Perawatan Luka Akut*. 3, 6.
- Nababan, E. H. F., Sihotang, J., Sasputra, I. N., & Damanik, E. M. B. (2021). Faktor Risiko Kanker Ovarium Jenis Epitelial Di Rsud Prof. Dr.W.Z Johannes Kota Kupang Nusa Tenggara Timur Tahun 2016-2019. *Cendana Medical Journal (Cmj)*, 9(2). <https://doi.org/10.35508/Cmj.V9i2.5966>
- Nuraini Aini, M. U. (2020). *The Influence Of Internal And Eksternal Factors On Fertility Age Women Action In Early Detection Of Servix Cancer Through IV A Test Examination*. 8 No 1. <https://doi.org/10.36858/Jkds.V8i1.166>
- Obstetri, D., Kedokteran, F., Masyarakat, K., Keperawatan, D., & Gadjah, U. (2021). *Hubungan Antara Ekspresi Heat Shock Protein-70 (HSP70) Dengan Skor Risk Of Ovarian Cancer Relapse (ROVAR) Pada Pasien Kanker Ovarium Epitelial Yang Dilakukan Operasi Dan Dilanjutkan Dengan Kemoterapi*. 8. <https://doi.org/10.22146/Jkr.69698>
- Parsaoran, R., Simamora, A., Hanriko, R., Dewi, R., & Sari, P. (2017). *Hubungan Usia , Jumlah Paritas , Dan Usia Menarche Terhadap Derajat Histopatologi Kanker Ovarium Di RSUD Dr . H . Abdul Moeloek The Relationship Of Age , Parity , And Age At Menarche To The Grading Of Ovarian Cancer Histopathology At RSUD Dr . H . Abdul M.* 7(14), 7–13.
- PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia:Definisi Dan Kriteria Hasil Keperawatan, Edisi 1*.
- Purwoko, M. (2018). Hubungan Tingkat Pendidikan Dan Pekerjaan Dengan Tingkat Pengetahuan Mengenai Kanker Ovarium Pada Wanita. *Mutiara Medika: Jurnal Kedokteran Dan Kesehatan*, 18(2), 45–48. <https://doi.org/10.18196/Mm.180214>
- Ririn, M., & Wulandari, S. (N.D.). *Ovarium Anxiety And Quality Of Life In Patient With Ovarian Cancer*. 2, 1–7.
- Setyawan, F. M. Dan S. T. (2020). Asuhan Keperawatan Pasien Dispepsia Dalam Pemenuhan Kebutuhan Aman Dan Nyaman. *Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Kusuma Husada Surakarta*.
- Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia* (1st Ed.). (2016). Dpp Ppni.
- Sukamto, N. R., Yahya, Y. F., Handayani, D., Liberty, I. A., Studi, P., Dokter, P.,

- Kedokteran, F., Sriwijaya, U., Parasitologi, B., Kedokteran, F., & Sriwijaya, U. (2018). *Patologis Pada Mahasiswi Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya Saraswati Observasional Analitik Berbasis Komunitas Dengan Desain Cross Sectional Yang September 2018 . Sampel Pada Penelitian Studi Perilaku Analisis Yang*.
- Susilowati, Y. A., Setyowati, & Afiyanti, Y. (2018). Penerapan Teori Adaptasi Roy Pada Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Kista Ovarium. *Ejournal Stikesborromeus*, 39–47.
- Suwondo, B. S., Meliala, L., & Sudadi. (2017). *Buku Ajar Nyeri 2017* (B. S. Suwondo, L. Meliala, & Sudadi (Eds.)). Perkumpulan Nyeri Indonesia. <https://anyflip.com/pzsjf/bjmg/basic/>
- Syarifatunnisa, F. (2021). *Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Klien Dengan Ca Ovarium Post Kemothorapy Diruang Matahari Di Rsud Dr. Kanujoso Djatiwibowo Kota Balikpapan Tahun 2021*. 6.
- Yuliana, Y., Johan, A., & Rochana, N. (2021). Pengaruh Mobilisasi Dini Terhadap Penyembuhan Luka Dan Peningkatan Aktivitas Pasien Postoperasi Laparatomi. *Jurnal Akademika Baiturrahim Jambi*, 10(1), 238. <https://doi.org/10.36565/jab.v10i1.355>

