

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.S DENGAN
POST LAPAROTOMI ATAS INDIKASI CA OVARIUM
DI RUANG BAITUNNISA 2
RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah

Diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk
memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan



Disusun oleh:

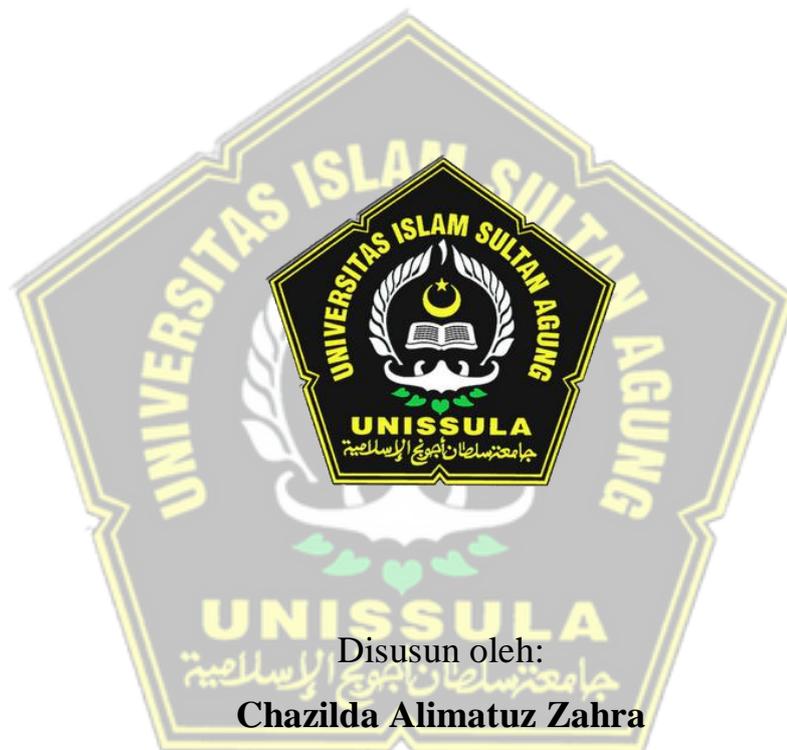
Chazilda Alimatuz Zahra

NIM. 40902000015

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG
2023**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.S DENGAN
POST LAPAROTOMI ATAS INDIKASI CA OVARIUM
DI RUANG BAITUNNISA 2
RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun oleh:

Chazilda Alimatuz Zahra

NIM. 40902000015

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

2023

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

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

Semarang, 11 September 2023



(Chazilda Alimatuz Zahra)

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah berjudul :

**Asuhan keperawatan pada Ny. S dengan Post Laparotomi atas
indikasi CA Ovarium**

Di Ruang Baitunnisa 2

Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Chazilda Alimatuz Zahra

NIM : 40902000015

Telah disetujui untuk dipertahankan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah

Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang Pada :

Hari : Senin

Tanggal : 03 April 2023

Pembimbing



Ns. Hernandia Distinarista, M. Kep

NIDN. 06-0209-85-03

HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Islam Sultan Agung Semarang pada hari Jumat tanggal 20 Januari 2023 dan telah disepakati sesuai dengan masukan Tim Penguji

Semarang, 11 September 2023

Penguji I

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

(.....)

NIDN.06-2402-7403

Penguji II

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

(.....)

NIDN.06-1804-8901

Penguji III

Ns. Hernandia Distinarista, M.Kep

(.....)

NIDN.06-0209-8503

Mengetahui

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan

Iwan Ardian, SKM., M.Kep

NIDN. 06-2208-7403

Halaman Motto

“tidaklah mungkin bagi matahari mengejar bulan dan malam pun tidak dapat mendahului siang. Masing-masing beredar pada garis edarnya.”

QS. Yasin : 40



Kata Pengantar



Alhamdulillah robbil'alamin.

Puji syukur kita panjatkan kepada Allah SWT, yang telah memberikan rahmat dan hidayah serta karunia-Nya, sehingga penulis diberikan kesempatan untuk menyelesaikan karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny.S dengan Post Laparotomi CA Ovarium Di Ruang Baitunnisa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang”. Karya Tulis Ilmiah ini merupakan salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada program studi Diploma III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini tidak lepas dari bantuan, dukungan, bimbingan dan pengarahan dari berbagai pihak. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Allah SWT yang telah memberikan nikmat sehat kekuatan serta kemudahan dalam mengerjakan dan menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Bapak Prof Dr. H. Gunarto, SH ., M.Hum selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang
3. Bapak Iwan Ardian, SKM, M.Kep, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung.
4. Bapak Ns. Muh Abdurrouf, M.Kep selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

5. Ibu Ns. Hernandia Distinarista, M.Kep selaku dosen pembimbing yang telah membimbing dan meluangkan waktu, mengarahkan, memotivasi, serta memberikan saran saran kepada penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Seluruh dosen dan staff yang selalu sabar memberikan ilmu dan pengarahan dan membimbing penulis selama kurang lebih tiga tahun ini.
7. Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang yang telah memberikan kesempatan kepada saya untuk melaksanakan praktek, sehingga saya dapat menambah ilmu dan memperoleh studi kasus Karya Tulis Ilmiah.
8. Kedua orang tuaku tercinta, Bapak Agus Susanto dan Ibu Sri Hartini serta saudara saudaraku yang telah mendukung, serta memotivasi hingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
9. Orang spesial di hidup saya yaitu Ellen Oksalia, Sepia Tresia Viona, Mentari Nilam, Mas Iq, Toji Fushiguro, Hatake Kakashi, Matsuno Chifuyu, Zhongli dan Gojou Satoru yang telah memotivasi dan mendukung saya selama ini, membantu saat sedang kesulitan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
10. Diri saya sendiri yang mau untuk menyusun Karya Tulis Ilmiah ini dari awal sampai selesai.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak kekurangan. Semoga karya tulis ilmiah ini dapat berguna bagi penulis dan pembaca dapat memberikan peningkatan pelayanan keperawatan.

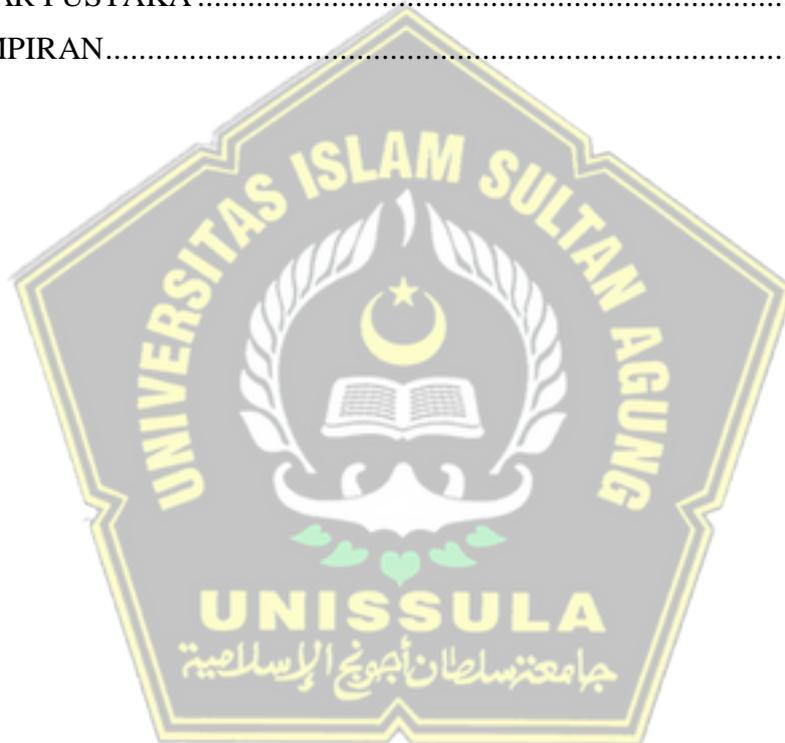
Aaaamiin.

DAFTAR ISI

Halaman Persetujuan	ii
Halaman Pengesahan	iii
Halaman Motto	iv
Kata Pengantar	v
DAFTAR ISI	vii
BAB I	1
LATAR BELAKANG	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	3
C. Tujuan	3
BAB II	5
TINJAUAN PUSTAKA	5
A. Pengertian	5
B. Etiologi	5
C. Patofisiologi	6
D. Manifestasi Klinis	7
E. Pemeriksaan Penunjang	7
F. Penatalaksanaan Medis	8
G. Komplikasi	9
H. Pathways	10
Konsep Dasar Keperawatan	11
1. Pengkajian Keperawatan	11
2. Diagnosa Keperawatan	12
3. Perencanaan Keperawatan	12
4. Implementasi	16
5. Evaluasi	16
Cara mengatasi nyeri pada pasien Post Operasi Kanker Ovarium	17
BAB III	18
LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN	18

A.	Pengkajian Keperawatan	18
1.	Data Umum.....	18
a.	Identitas Klien.....	18
b.	Riwayat Keperawatan.....	18
c.	Riwayat Kesehatan Lalu	19
d.	Riwayat Kesehatan Keluarga.....	19
e.	Riwayat Kesehatan Lingkungan	19
2.	Pola Pengkajian Fungsional (Data Fokus).....	19
a.	Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan.....	19
b.	Pola Eliminasi	20
c.	Pola Aktivitas dan Latihan	20
d.	Pola Istirahat dan Tidur	20
e.	Pola Nutrisi Metabolik	20
f.	Pola Kognitif-Perseptual Sensori.....	21
g.	Pola Persepsi Diri dan Konsep Diri	21
h.	Pola Mekanisme Koping	21
i.	Pola Seksual Reproduksi.....	22
j.	Pola Peran Berhubungan Dengan Orang Lain.....	22
k.	Pola Nilai dan Kepercayaan.....	22
3.	Pemeriksaan Fisik (Head to toe).....	22
4.	Data Penunjang	23
a.	Hasil Pemeriksaan Penunjang.....	23
I.	Diit yang diterima	25
J.	Terapi Farmakologi.....	25
5.	Data Fokus.....	25
a.	Analisa Data dan Diagnosa Keperawatan	25
b.	Diagnosa prioritas	26
c.	Intervensi, Implementasi dan Evaluasi.....	26
BAB IV		34
PEMBAHASAN.....		34
A.	Pengkajian.....	34
B.	Diagnosa Keperawatan.....	35

1. Nyeri akut berhubungan dengan angen pencedera fisik.....	36
2. Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif.....	38
3. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional.....	40
4. Diagnosa tambahan	42
BAB V.....	45
PENUTUP	45
A. Kesimpulan	45
B. Saran	46
DAFTAR PUSTAKA	47
LAMPIRAN.....	50





BAB I

LATAR BELAKANG

A. Latar Belakang

Kanker ginekologi termasuk dari bagian jenis kanker yang dialami oleh wanita, setelah kanker payudara, kanker usus besar, dan kanker paru-paru. Berdasarkan perkiraan IARC 2012, kanker serviks dan kanker ovarium adalah jenis kanker ginekologi yang paling sering terjadi di Indonesia (Putri, 2017).

Kanker Ovarium adalah jenis tumor ganas yang berasal dari ovarium dan dapat terjadi pada semua usia dengan berbagai tipe histologis yang berbeda (Purwoko, 2018). Menurut Globocan 2018, di Indonesia terdapat sekitar 13.310 kasus kanker ovarium yang terjadi setiap tahunnya, yang mewakili 4,3% dari total kasus kanker baru dan menempati peringkat ke-10 sebagai jenis kanker yang paling banyak terjadi (ICC 2022).

Dalam lingkup global, kanker ovarium menjadi penyebab kematian pertama dan keempat pada wanita di wilayah ASEAN, dengan 570.000 hingga 311.000 kematian diseluruh dunia. Sekitar 21.000 wanita menderita penyakit kanker ovarium di wilayah Indonesia setiap tahun, menjadikan negara Indonesia sebagai negara dengan insiden kanker ovarium tertinggi kedua di wilayah ASEAN. Diperkirakan angka kematian penderita knaker ovarium meningkat dengan jumlah 92.000, di Jawa Tengah sendiri insidennya terutama pada orang dewasa sekitar 75,1%, menurut data RS Islam Sultan Agung Semarang pada tahun 2022 penderita kanker ovarium berjumlah sebanyak 2% (Nafari, 2022).

Meskipun belum dapat dipastikan apa yang menjadi penyebab kanker ovarium, terdapat beberapa faktor yang diduga mempengaruhinya seperti faktor reproduksi, faktor haid, faktor lingkungan, dan faktor genetik.

Pada tahap awal kanker ovarium, tidak terlihat adanya gejala atau perubahan yang terlihat (Novitasari & Yuliana, 2022).

Keputihan yang terjadi pada tahap awal Kanker ovarium dianggap umum pada wanita. Transisi ke fase II Menjelang IV, beberapa perubahan terjadi pada tubuh akibat metastasis jaringan di luar panggul. Metastasis bisa menyebar ke hati, saluran pencernaan, dan paru-paru. Akibatnya, pasien dapat mengalami gejala seperti efusi pleura, asitesis, anemia, kelebihan asam dalam tubuh, dan hilangnya nafsu makan (anoreksia) (Novitasari & Yuliana, 2022).

Beberapa gejala dan tanda klinis yang dapat diamati pada pasien kanker ovarium sebelum operasi antara lain perut yang membesar, adanya massa di rongga perut atau panggul, masalah pencernaan (dispepsia), kesulitan buang air kecil atau besar, gangguan menstruasi, serta gejala tekanan di perut yang dapat menyebabkan sakit perut, hilang nafsu makan, mual dan muntah (Purwoko, 2018). Sedangkan pada pasien post operasi yang sering di rasakan adalah rasa nyeri pada luka operasi.

Peran perawat adalah perilaku perawat yang diharapkan orang lain dalam sistem proses seperti penyedia layanan asuhan keperawatan, pembela pada pasien, pendidik, koordinator, kolaborator dengan pasien, konsultan dan inovator. Salah satu peran perawat pada pasien pasca operasi adalah sebagai edukator. Pendidik perawat ditugaskan untuk memberikan asuhan keperawatan dan pelatihan kesehatan pasien dan keluarga untuk membentuk perilaku sehat menjaga kesehatan (Waode Titin Aprilian & Hadi, 2017).

Perawat dapat memberikan perawatan untuk mengatasi nyeri dengan terapi nyeri. Beberapa teknik manajemen nyeri yang dapat dilakukan harus melakukan observasi nyeri (PQRST) dan memberikan teknik nonfarmakologis seperti terapi pijat, relaksasi nafas dalam, guide imagery, kompres hangat, bekerja sama dalam pemberian analgesik jika pasien menganggap perlu. Menawarkan terapi nonfarmakologis dapat

meredakan nyeri tergantung lama pemakaian, Pengobatan dan tingkat keparahan penyakit (Novitasari & Yuliana, 2022).

Berdasarkan teori pada beberapa data yang ditemukan penulis tertarik untuk menulis terkait tentang “Asuhan Keperawatan Pada Ny.S dengan Kanker Ovarium di Ruang Baitunnisa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang”.

B. Rumusan Masalah

Apa peran perawat dalam pemberian asuhan keperawatan pasca post laparotomi kanker ovarium dan bagaimana pengaruhnya terhadap pemulihan pasien, serta bagaimana manajemen nyeri pasca operasi kista ovarium dilakukan?

C. Tujuan

1. Tujuan Umum Tujuan umum dari penulisan karya ilmiah ini adalah untuk memahami secara keseluruhan tentang bagaimana asuhan keperawatan diberikan kepada pasien Ny. S dengan Post Laparotomi Ovarium Di Ruang Baitunnisa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.
2. Tujuan Khusus Tujuan khusus dari karya tulis ilmiah berikut adalah :
 - a. Dapat mengetahui proses pengkajian dan analisa data pada Ny.S dengan Post Laparotomi atas indikasi CA Ovarium
 - b. Dapat menegakkan diagnosa keperawatan pada Ny.S dengan Post Laparotomi atas indikasi CA Ovarium
 - c. Dapat menentukan intervensi keperawatan yang tepat untuk Ny.S dengan Post Laparotomi atas indikasi CA Ovarium
 - d. Dapat mengimplementasikan intervensi yang telah di tentukan pada Ny.S dengan Post Laparotomi atas indikasi CA Ovarium

- e. Dapat melakukan evaluasi sebagai penilaian terhadap kondisi Ny.S dengan Post Laparotomi atas indikasi CA Ovarium



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. 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 adalah sebuah proses keganasan primer pada organ indung telur. Tumor ganas ovarium dapat terjadi sepanjang hidup seorang wanita. Sekitar 60 persen wanita perimenopause, berada dalam masa reproduksi 30 persen dan 10% terjadi pada usia yang jauh lebih pada usia muda (Karim et al., 2018).

Kanker ovarium adalah jenis tumor ganas yang sering terjadi pada ovarium dan biasanya didiagnosis pada wanita yang berusia antara 50-70 tahun. Kanker ovarium dapat menyebar ke daerah panggul dan perut serta menyebar ke seluruh sistem limfatik melalui pembuluh darah dan akhirnya dapat menyebar ke organ seperti hati dan paru-paru (Jati, 2021).

B. Etiologi

Kanker ovarium dapat disebabkan oleh gangguan produksi hormon di hipotalamus, kelenjar hipofisis atau ovarium itu sendiri. Kista ovarium terjadi ketika folikel tidak berfungsi dengan baik selama siklus menstruasi (Nurmansyah et al., 2019).

Menurut Jati (2021) beberapa faktor yang menyebabkan Kanker Ovarium :

1. Umur

2. Faktor genetik
3. Faktor reproduksi faktor hormonal
4. Faktor lingkungan
5. Penggunaan bedak tabur penyalahgunaan obat (khususnya kokain)
6. Komsumsi alcohol

C. 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 dibagian 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 (sistologi dan hispatologi) yang timbul menjadi sebuah akibat dari tindakan terapi (Nafari, 2022).

Kanker ovarium dapat disebabkan oleh beberapa faktor, di antaranya adalah peningkatan kadar gonadotropin pada masa menopause, penurunan kadar hormon estrogen dan peningkatan ovulasi cepat. Selain itu, kelainan kromosom seperti mutasi gen BRCA1 juga dapat memicu kanker ovarium dengan menghasilkan sel abnormal. Teori androgen juga menyatakan bahwa hormon androgen berperan dalam terbentuknya kanker ovarium, karena adanya reseptor androgen pada sel epitel ovarium dan androgen dapat merangsang pertumbuhan sel normal dan sel kanker ovarium. Faktor makanan juga dapat mempengaruhi dengan menumpuk zat karsinogenik pada ovarium. Selain itu, invasi virus pada sel ovarium juga dapat menyebabkan akumulasi sel abnormal pada ovarium (Fiqhi, 2021).

D. Manifestasi Klinis

Gejala yang paling sering dialami pasien adalah terdapat benjolan pada abdomen dan diikuti oleh rasa nyeri pada abdomen. Karakteristik massa yang sering ditemukan adalah massa kistik yang sebagian padat, berbentuk benjol, unilateral, dan *immobile*. Mayoritas pasien penderita ditemukan dengan nilai haemoglobin yang rendah. Mayoritas pasien tidak memiliki data nilai albumin. Pada pasien yang diukur kadar albumin kebanyakan memiliki nilai yang rendah (Aqilla et al., 2022).

Kanker ovarium tumbuh dengan cepat dan sering tidak menunjukkan gejala pada awal pertumbuhannya. Biasanya, kanker ovarium ditemukan secara tidak sengaja selama pemeriksaan rutin dan pada saat itu, penderita sudah berada dalam tahap lanjut. Manifestasi klinis yang sering muncul meliputi pembesaran perut, adanya massa di rongga perut, gangguan pencernaan, gangguan pada pola eliminasi buang air kecil dan besar, gangguan pada siklus menstruasi, serta gejala yang berkaitan dengan rongga perut seperti mual, muntah, hilang nafsu makan, dan nyeri pada perut (Nafari, 2022).

E. Pemeriksaan Penunjang

Beberapa pemeriksaan penunjang diperlukan untuk membantu menegakkan diagnosis, di antaranya adalah pemeriksaan radiografi dan penanda tumor. Selain itu, pemeriksaan histopatologi biasanya dilakukan selama pembedahan laparoskopi untuk menentukan tingkat keganasan dan jenis kanker ovarium yang diderita. Kerusakan pada ovarium seringkali ditemukan secara kebetulan saat melakukan pemeriksaan Rontgen pada perut atau panggul untuk tujuan lainnya, berikut ini merupakan pemeriksaan penunjang menurut Fiqhi (2021) :

1. Pemeriksaan Radiografi

Pemeriksaan ini dapat dimanfaatkan untuk mengevaluasi kondisi struktur dan perdarahan pada ovarium, membedakan antara massa kistik dan solid, dan juga mendeteksi keberadaan asites. Tingkat

ketepatan hasil pemeriksaan ini dalam membedakan antara massa tumor jinak dan ganas sekitar sensitivitas 86-94% dan spesifisitas 94-96%.

2. Pemeriksaan penanda tumor

Tindakan medis yang dilakukan adalah menguji kadar CA 125 dalam darah

3. Kombinasi Pemeriksaan Ultrasonografi dan Penanda Tumor

Lebih akurasi untuk pemeriksaan ini karena tidak hanya dilakukan radiologi tetapi digabungkan dengan penanda tumor

4. Pemeriksaan Histopatologi

Dapat dilakukan dengan operasi laparoscopi.

F. Penatalaksanaan Medis

Perlakuan Yang paling umum digunakan adalah kemoterapi karena dapat masuk ke dalam sel kanker Seluruh tubuh. Kemoterapi adalah salah satu caranya yang dapat menghancurkan sel kanker penggunaan obat dalam dosis besar. Kemoterapi biasanya diberikan kepada pasien carboplatin dan paclitaxel milik level 5 jadi menyebabkan efek samping nyeri, mual muntah dan rambut rontok (Jati, 2021).

Pengobatan utama untuk mengatasi kanker ovarium adalah dengan melakukan operasi. Selama operasi, pemeriksaan histopatologis juga dilakukan untuk menentukan apakah kanker tersebut ganas dan jenis kankernya serta menentukan stadium kanker. Kemoterapi adjuvant diberikan setelah operasi kepada pasien kecuali jika kanker terbatas pada ovarium atau kanker tidak dapat dioperasi (Fiqhi, 2021).

G. Komplikasi

Komplikasi kanker ovarium dapat mencakup berbagai masalah kesehatan, berikut komplikasi kanker ovarium menurut Nabelatul 2022, yaitu:

1. Asites

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

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.

Selain itu, 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.

Penting untuk diingat bahwa kanker ovarium adalah penyakit serius, dan komplikasi-komplikasi ini dapat mempengaruhi prognosis dan kualitas hidup pasien. Pengobatan yang tepat dan pemantauan teratur oleh tim medis adalah penting dalam mengelola kanker ovarium dan komplikasi yang mungkin timbul.

H. Pathways



Sumber : (Ratna, 2020; Setyawan, 2018; Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

Proses keperawatan merupakan panduan atau petunjuk bagi perawat dalam menyelesaikan masalah pasien dan dapat memberikan kepuasan pelayanan sesuai dengan kebutuhan pasien. Oleh karena itu, penting bagi perawat untuk terus mengembangkan keterampilan dan pengetahuan yang berkaitan dengan proses asuhan. Keperawatan memiliki 5 fase yaitu. pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Langkah awal yang perlu dilakukan adalah pengkajian yang melihat informasi yang nyata dan akurat tentang kondisi pasien. Perawat harus mengetahui tahapan dalam melakukan pengkajian yaitu. pengumpulan data, analisis data dan identifikasi masalah. (Sinulingga, 2019)

1. Identitas

- a. Usia: mayoritas terjadi pada perempuan dengan usia > 40 tahun.
- b. Jenis kelamin: perempuan
- c. Pekerjaan saat ini

2. Riwayat kesehatan

- a. Keluhan utama
- b. Riwayat penyakit dahulu: kaji apakah pernah mempunyai riwayat
- c. hipertensi, kanker, penyakit ginjal, DM
- d. Riwayat penyakit saat ini
- e. Riwayat kesehatan keluarga: Kaji apakah dalam keluarga memiliki riwayat penyakit yang sama menderita kanker ovarium atau yang lainnya

3. Pemeriksaan fisik

- a. Aktivitas : kelemahan, perubahan kebiasaan istirahat dan jam normal
- b. tidur malam, faktor yang mempengaruhi tidur, misalnya: nyeri, berkeringat

- c. Sirkulasi : Palpasi, perubahan tekanan darah
 - d. Eliminasi: perubahan feses (konstipasi), perubahan urin output: sering buang air kecil, perut kembung
 - e. Makanan: anoreksia, mual, muntah, perubahan kelembaban atau turgor kulit, penurunan berat badan.
 - f. Neurosensori: apakah pasien merasa pusing, apakah pasien pingsan
 - g. Nyeri: Tingkat nyeri bervariasi dari ringan hingga berat yang berhubungan dengan proses penyakit
 - h. Sistem pernapasan: sesak napas, efusi pleura
 - i. Seksualitas : ketidakmampuan untuk melakukan hubungan seksual karena proses penyakit.
 - j. Interaksi sosial: sistem pendukung yang tidak memadai, sejarah
 - k. pernikahan (kepuasan rumah tangga, dukungan).
4. Pemeriksaan tanda tanda vital

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan yang dapat ditegakkan pada pasien dengan Post Operasi Kanker Ovarium yang di ambil berdasarkan respon dari pasien setelah di lakukan pengkajian:

- a. Nyeri Akut (D.0077) berhubungan dengan agen pencedera fisik
- b. Resiko Infeksi (D.0142) berhubungan dengan prosedur infasive
- c. Ansietas (D.0080) berhubungan dengan krisis situasional

3. Perencanaan Keperawatan

- a. Nyeri Akut (D.0077) berhubungan dengan agen pencedera fisik
Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil: (L.08066)
 - 1) Keluhan nyeri menurun
 - 2) Meringis menurun

- 3) Sikap protektif menurun
- 4) Gelisah menurun
- 5) Kesulitan tidur menurun
- 6) Frekuensi nadi membaik

Intervensi : Manajemen Nyeri (I.08238)

Observasi

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- 2) Identifikasi skala nyeri
- 3) Identifikasi respon nyeri non verbal
- 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- 5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- 6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- 7) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- 8) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
- 9) Monitor efek samping penggunaan analgetik

Terapeutik

- 1) Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)
- 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
- 3) Fasilitasi istirahat dan tidur
- 4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi

- 1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- 2) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- 3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- 4) Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat

- 5) Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri

Kolaborasi

Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

- b. Resiko Infeksi (D.0142) berhubungan dengan prosedur infasive
 Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka tingkat infeksi menurun, dengan kriteria hasil:

- 1) Demam menurun
- 2) Kemerahan menurun
- 3) Nyeri menurun
- 4) Bengkak menurun
- 5) Kadar sel darah putih membaik

Intervensi : Pencegahan Infeksi (I.14539)

Observasi

Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik

Terapeutik

- 1) Batasi jumlah pengunjung
- 2) Berikan perawatan kulit pada area edema
- 3) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
- 4) Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi

Edukasi

- 1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- 2) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
- 3) Ajarkan etika batuk
- 4) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi
- 5) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
- 6) Anjurkan meningkatkan asupan cairan

Kolaborasi

Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu

c. Ansietas (D.0080) berhubungan dengan krisis situasional

Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka tingkat ansietas menurun, dengan kriteria hasil: (L.09093)

- 1) Verbalisasi kebingungan menurun
- 2) Perilaku gelisah menurun
- 3) Perilaku tegang menurun
- 4) Konsentrasi membaik

Intervensi : Reduksi Ansietas (I.09314)

Tindakan yang dilakukan pada intervensi reduksi ansietas berdasarkan

SIKI, antara lain:

Observasi

- 1) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis: kondisi, waktu,
- 2) stressor)
- 3) Identifikasi kemampuan mengambil keputusan
- 4) Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal)

Terapeutik

- 1) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan
- 2) Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan
- 3) Pahami situasi yang membuat ansietas
- 4) Dengarkan dengan penuh perhatian
- 5) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
- 6) Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan
- 7) Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan
- 8) Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan dating

Edukasi

- A. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami
- B. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis
- C. Anjurkan keluarga untuk tetap Bersama pasien, jika perlu
- D. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai
- E. kebutuhan
- F. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
- G. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan
- H. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat
- I. Latih Teknik relaksasi

Kolaborasi

Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu

4. Implementasi

Perawat harus melakukan serangkaian strategi keperawatan yang telah direncanakan dalam tahap pelaksanaan. Selain itu, perawat harus memiliki pengetahuan tentang berbagai hal seperti risiko fisik, perlindungan pasien, teknik komunikasi, dan prosedur tindakan. (Purwanto, 2013)

5. Evaluasi

Evaluasi dalam praktek keperawatan melibatkan penilaian, tahapan, dan perbaikan kondisi pasien. Perawat memeriksa penyebab berhasil atau gagalnya intervensi keperawatan. Respons pasien terhadap tindakan keperawatan juga dievaluasi, dan target yang dapat diterima dari rencana perawatan ditetapkan. (Purwanto, 2013)

Menurut Sumiarsih (2018) evaluasi dalam keperawatan untuk menggambarkan respon pasien menurut kriteria kinerja, ada 2 jenis, antara lain:

1. Penilaian formatif adalah proses pelaporan penilaian yang dilakukan pada saat tindakan dilakukan, dengan respons yang segera.
2. Evaluasi sumatif
Evaluasi sumatif dilakukan berdasarkan tujuan yang direncanakan dalam perawatan. Evaluasi ini berguna untuk menilai apakah tujuan sudah tercapai sebagian atau belum sama sekali.

Evaluasi dilakukan dengan pendekatan pada SOAP, yaitu :

S : Data subjektif

O : Data objektif, seperti hasil observasi

A : Analisis, yang merupakan kesimpulan dari data subjektif dan objektif dengan tujuan dan kriteria hasil

P : Perencanaan untuk perawatan lanjutan

Cara mengatasi nyeri pada pasien Post Operasi Kanker Ovarium

Nyeri pada setiap klien berbeda-beda sesuai dengan situasi nyeri pasca operasi klien dapat teratasi dengan manajemen nyeri yang tepat. Efek samping penggunaan obat penghilang rasa sakit jangka panjang tidak baik juga dan perawat harus memberikan intervensi independen untuk perawatan klien pasca operasi. Mengatasi rasa sakit ada beberapa faktor yang mempengaruhi rasa sakit seseorang, misalnya dapat dengan melakukan teknik relaksasi nafas dalam (Novianti Rusli et al., 2018)

BAB III

LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN

A. Pengkajian Keperawatan

1. Data Umum

a. Identitas Klien

Identifikasi dan anamnesa dilakukan pada tanggal 13 Juli 2022, penulis mendapatkan data identitas klien bernama Ny.S usia 44 tahun berjenis kelamin perempuan berprofesi sebagai pegawai toko pendidikan terakhir SMA, beragama Islam dan beralamat di Randusari RT.06/RW.02 Semarang Selatan Kota Semarang, diagnosa medis Ca Ovarium masuk tanggal 9 Juli 2023.

Dan untuk identitas penanggung jawabnya yaitu An.R usia 14 tahun jenis kelamin perempuan beragama Islam bersuku bangsa Jawa Indonesia status pekerjaannya masih menjadi pelajar SMP beralamat di Randusari RT.06 RW.02 Semarang Selatan Kota Semarang hubungan dengan klien yaitu anak klien.

b. Riwayat Keperawatan

Keluhan utama pada pasien yaitu pasien mengatakan nyeri pada bekas operasi area perut bagian bawah dan untuk alasan pasien dibawa ke rumah sakit yaitu karena terdapat benjolan pada perut bagian bawah kemudian pasien melakukan pemeriksaan Laboratorium klinik dan pemeriksaan Rontgen di RSI Sultan Agung Semarang tanggal 24 April 2022, kemudian setelah melakukan pemeriksaan diketahui bahwa terdapat kista pada bawah perut pasien, kemudian pasien langsung diminta untuk melakukan operasi pada tanggal 11 Juli 2022, lama keluhan yang dirasakan pasien kurang lebih 1 bulan yang lalu dan tidak terasa sakit dan hanya terlihat ketika bagian bawah perut mulai membesar, pasien mengatakan ketika terdapat benjolan tersebut langsung periksa ke dokter pasien merasa tidak nyaman saat melakukan aktivitas.

c. Riwayat Kesehatan Lalu

Klien mengatakan sebelumnya tidak pernah menderita penyakit lain selain penyakit saat ini klien tidak pernah mengalami kecelakaan dan sebelumnya tidak pernah dirawat di rumah sakit manapun klien tidak memiliki alergi obat atau makanan dan sudah melakukan imunisasi secara lengkap.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan anggota keluarganya saat ini tidak ada yang memiliki penyakit yang sama seperti yang diderita klien dan klien juga mengatakan bahwa di keluarganya saat ini tidak ada yang menderita sakit.

e. Riwayat Kesehatan Lingkungan

Klien mengatakan bahwa kebersihan lingkungan di sekitar rumahnya bersih dan terjaga sedangkan untuk kemungkinan terjadinya bahaya klien mengatakan bahwa tidak ada kemungkinan untuk terjadi bahaya.

2. Pola Pengkajian Fungsional (Data Fokus)

a. Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

Klien selalu menjaga kesehatannya selalu makan makanan yang bergizi dan istirahat secara cukup, klien juga mengetahui penyakit yang dideritanya dan untuk mempertahankan kesehatannya selalu melakukan perawatan diri walaupun terbatas dan juga selalu pergi ke klinik terdekat apabila sakit dan pergi ke rumah sakit untuk melakukan pemeriksaan apabila sakitnya parah, klien tidak pernah mengonsumsi alkohol/kopi/rokok, untuk penghasilan sehari-harinya klien bekerja di toko dan dirawat di RS Islam Sultan Agung Semarang menggunakan BPJS.

b. Pola Eliminasi

Saat dirawat di Rumah Sakit pasien BAB 1 kali sehari konsistensi cair warna kuning gelap dan tidak berdarah, tidak ada perubahan pada kebiasaan BAB saat sakit dan sebelum sakit, pasien tidak terpasang kolostomi. Untuk pola BAK pasien terpasang kateter, warna urine kuning tidak keruh jumlah 1.200 ml tetapi kemudian dilepas untuk frekuensi bak menjadi sering warna kuning bening dan tidak terdapat darah.

c. Pola Aktivitas dan Latihan

Klien mengatakan sebelum sakit bisa melakukan aktivitas sendiri, dan saat sakit tidak bisa beraktivitas seperti biasanya semua kegiatan dibantu oleh anaknya pasien, sebelum sakit klien tidak pernah melakukan kegiatan olahraga dan setelah sakit klien tetap tidak pernah berolahraga. Sebelum sakit klien melakukan aktivitas dengan mudah tanpa ada keterbatasan dan saat sakit klien terbatas melakukan pergerakan untuk perawatan diri sebelum sakit klien bisa melakukan perawatan diri secara mandiri tapi ketika sakit klien melakukan perawatan diri dibantu oleh anaknya dan untuk buang air besar dan buang air kecil, klien sebelum sakit dilakukan secara mandiri dan saat ini dibantu oleh anaknya, klien tidak ada keluhan sakit atau sesak nafas saat melakukan aktivitas.

d. Pola Istirahat dan Tidur

Sebelum sakit klien tidur cukup 8 jam sehari dan saat sakit klien mengatakan sehari tidur kurang dari 8 jam, klien mengalami kesulitan tidur pada saat malam hari karena merasakan nyeri.

e. Pola Nutrisi Metabolik

Sebelum sakit pola makan klien 3 kali sehari, tidak mengalami kesulitan menelan dan tidak ada mual muntah dan saat sakit klien mengatakan bahwa dirinya makan 3 kali sehari dengan porsi sesuai yang ditentukan oleh ahli gizi, tidak mengalami kesulitan menelan dan tidak mengalami mual muntah tidak ada perubahan pada pola nutrisi.

f. Pola Kognitif-Perseptual Sensori

Sebelum sakit klien mengatakan dapat mendengar dan melihat dengan jelas dan saat sakit masih bisa mendengar serta melihat dengan jelas, klien mengalami nyeri skala nyerinya bertambah saat melakukan aktivitas nyeri seperti tersayat pada bagian perut bawah pusar bekas jahitan operasi skala nyeri 4, klien mengatakan nyerinya hilang timbul.

g. Pola Persepsi Diri dan Konsep Diri

Klien berharap agar dirinya cepat sembuh, klien tidak ingin anaknya terlalu lama cuti sekolah, klien merasa gelisah cemas dan ingin segera sembuh. Klien mengatakan senang dengan anggota tubuhnya, klien juga mampu mengenali dirinya sebagai seorang ibu tapi klien merasa sedih karena anaknya harus merawat dia yang sedang sakit klien juga selalu berdoa agar dirinya selalu sehat dan bisa kembali seperti semula, klien selalu menghargai dirinya sendiri.

h. Pola Mekanisme Koping

- 1) Bagaimana klien dalam mengambil keputusan (sendiri atau dibantu)

Sebelum sakit : pasien mengatakan pasien selalu ikut andil dalam pengambilan keputusan dalam keluarga

Setelah dirawat : pasien mengatakan pengambilan keputusan selama sakit ini adalah dirinya sendiri dan meminta pendapat dari anaknya

- 2) Yang dilakukan jika menghadapi masalah

Sebelum sakit : pasien mengatakan pasien dalam memecahkan suatu masalah pasien selalu berdiskusi atau bermusyawarah dengan keluarganya.

Setelah sakit : pasien mengatakan klien dalam memecahkan suatu masalah pasien selalu berdiskusi atau bermusyawarah dengan keluarganya.

3) Upaya pasien dalam menghadapi masalahnya

Sebelum sakit : keluarga pasien mengatakan dalam menghadapi suatu masalah selalu membicarakan dan berdiskusi dengan keluarganya

Setelah sakit : keluarga pasien mengatakan dalam menghadapi suatu masalah selalu membicarakan dan berdiskusi dengan keluarganya.

i. Pola Seksual Reproduksi

Klien memahami tentang fungsi seksual, saat sakit klien tidak pernah memikirkan masalah seksual. Tidak ada gangguan dalam berhubungan saat masih bersama suaminya, klien tidak melakukan hubungan suami istri saat sakit, klien mengatakan tidak ada masalah dalam aktivitas seksual dan klien sudah melahirkan sebanyak 2x dan tidak pernah mengalami keguguran.

j. Pola Peran Berhubungan Dengan Orang Lain

Keluarga klien mengatakan klien berkomunikasi baik dengan siapapun dan saat ini masih berhubungan baik dengan keluarganya dan orang lain.

k. Pola Nilai dan Kepercayaan

Sebelum sakit klien melaksanakan shalat 5 waktu secara rutin dan saat dirawat klien mengatakan tetap melakukan kewajibannya dalam beribadah walaupun dengan kondisi terbatas.

3. Pemeriksaan Fisik (Head to toe)

Pemeriksaan fisik kondisi umum klien kesadarannya composmentis, hasil ttv antara lain suhu tubuh 36,4°C tekanan darah 120/83 mmHg, pernafasan 18x/menit dan nadi 80x/menit. Pada pemeriksaan kepala bentuk normal mesosepval, rambut tebal bersih berwarna hitam ada sedikit uban dan tidak rontok serta tidak berketombe. pada pemeriksaan mata penglihatan klien jelas, pupil isokor, konjungtiva anemis dan tidak menggunakan alat bantu penglihatan. Pada pemeriksaan hidung bersih dan tidak ada sekret, tidak ada

polip, tidak ada nafas cuping hidung dan tidak menggunakan nasal kanul. Pada pemeriksaan telinga bentuk telinga simetris, pendengaran normal, tidak menggunakan alat bantu dengar, tidak ada serumen dan tidak ada infeksi. Pada pemeriksaan mulut dan tenggorokan tidak mengalami kesulitan berbicara, gigi gigis, tidak ada nyeri, tidak ada benjolan di leher, tidak ada pembesaran tonsil dan vena jugularis.

Pada pemeriksaan thorax bagian dada, bentuk dada simetris tidak ada bekas luka ictus skordis teraba, terdengar suara pekak dan suara jantung lup-dup. pada pemeriksaan paru-paru bentuk dada simetris, didapatkan dextra sinistra, tidak ada benjolan, bunyi perkusi sonor dan bunyi auskultasi vesikuler. Pada pemeriksaan abdomen perut tampak simetris terdapat luka operasi pada perut bagian bawah dan perut terlihat tegang, bising usus normal 20 kali per menit terdengar bunyi timpani, saat diraba terasa lunak dan tidak ada nyeri tekan.

Pada pemeriksaan genetalia, genetalia bersih tidak ada luka dan infeksi, terpasang kateter tetapi sudah dilepas. Pada pemeriksaan ekstremitas atas dan bawah yaitu didapatkan panjang tangan dan panjang kaki kanan dan kiri sama panjang, kuku bersih kulit putih bersih, kulit normal tidak ada edema capillary refill kurang dari 2 detik, tidak ada infeksi pada luka tusukan infus, tangan bersih tidak ada bekas luka dan terpasang infus pada tangan sebelah kanan, kaki klien bersih tidak terdapat bekas luka dan tidak ada edema. Warna kulit sawo matang tidak ada edema, kulit normal dan terdapat luka operasi di perut.

4. Data Penunjang

a. Hasil Pemeriksaan Penunjang

1) Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Pada pemeriksaan laboratorium darah rutin 1 yang dilakukan pada tanggal 25 Mei 2022 didapatkan hemoglobin dengan hasil L 10.3 dengan nilai rujukan 11.7 - 15.5 g/dL, hematokrit L 29.7 dengan nilai rujukan 33.0 - 45.0%, leukosit 3.87 dengan nilai rujukan 3.60 -

11.00 ribu/xL, trombosit 188 dengan nilai rujukan 150 - 440 ribu/ sesuai SADT.

2) Hasil Pemeriksaan Rontgen

Thorak Besar (Non Kontras)

Ts. Yth.

X Foto Toraks

Cor : bentuk dan letak normal

Pulmo : corakan vascular tak meningkat

tak tampak gambaran infiltrate maupun gambaran coin lesion.

diafragma dan sinus konstofrenicus tak tampak kelainan.

tak tampak lesi litik, sklerotik ataupun destruksi os. Costa ataupun os Klavikula.

Kesan :

Cor tak membesar

Pulmo tak tampak kelainan

Tak tampak gambaran metastase pada pulmo, os.costa ataupun os.klavikula.

3) Pemeriksaan Patologi Anatomi (12 Juni 2022)

Lokasi Omentum

Cara pengambilan operasi

Histologi jaringan sedang

I. Sediaan dari jejunum ukuran 11x6x4 cm warna putih, kenyal

Mikroskopik menunjukkan kelompok sel-sel bentuk bulat oval agak pleomorfik dengan inti berkromatin kasar yang berstruktur kelenjar disertai timbunan massa mucin intracelluler sun ekstraselluler sesuai dengan : mucinous adenocarcinoma

II. Sediaan dari omentum ukuran 18x12x1 cm warna kuning

Mikroskopik menunjukkan kelompok sel-sel lemak dewasa yang tersusun agak padat dengan stoma yang sembab hiperemia disertai timbunan massa mucin ekstraselluler dan ekstraselluler sesuai dengan metastasis mucinous adenocarcinoma

III. Cairan \pm 10 cc warna jernih agak kekuningan

Mikroskopik menunjukkan sebaran minimal limfosit histiosit dan mesotel

I. Diit yang diterima

Bubur kacang hijau, nasi dan susu

J. Terapi Farmakologi

Terapi yang didapatkan klien antara lain Infus RL 20 Tpm, Ceftriaxone 1 x 2 gram, Ketorolac 3 x 30 miligram, dan Metoklopramid 2 x 1 melalui jalur Intravenz, dan untuk terapi per oral klien mendapatkan Mteronidazole 3 x 500 mg.

5. Data Fokus

a. Analisa Data dan Diagnosa Keperawatan

Pada tanggal 13 Juni 2022 pukul 14.00 WIB didapatkan data subyektif yaitu pasien mengatakan merasa nyeri setelah post operasinya , pasien mengatakan nyeri terasa seperti tersayat, nyerinya pada bagian perut pusat pada bekas jahitan bekas operasi dengan skala nyeri 4 nyeri hilang timbul, data objektifnya pasien tampak menahan nyeri dan pasien juga tampak gelisah didapatkan tanda-tanda vital tekanan darah 107/73 mmHg, Nadi 80 kali per menit, RR 20 kali per menit suhu 35,5°C. Dari data yang didapatkan tersebut penulis menegakkan diagnosa Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik.

Data fokus yang kedua pada tanggal 13 Juni 2022 pukul 15.30 WIB, didapatkan data subyektif yaitu pasien mengatakan nyeri pada luka post operasi, sedangkan data obyektifnya luka tampak kemerahan tetapi tidak terdapat nanah dari data yang didapatkan penulis menegakkan diagnosa Resiko Infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif.

Data fokus yang ketiga yaitu pada tanggal 13 Juni 2022 pada pukul 15.55 WIB. Didapatkan data subyektif pasien mengatakan dirinya merasa cemas dengan kondisinya yang belum boleh diizinkan pulang, sedangkan data obyektifnya pasien tampak cemas, dari data yang didapatkan penulis mendiagnosa Ansietas berhubungan dengan krisis situasional.

b. Diagnosa prioritas

- 1) Nyeri akut b.d agen pencedera fisik d.d Pasien mengatakan nyeri pada bagian luka bekas operasi
- 2) Resiko Infeksi b.d Efek Prosedur Infasif b.d Pasien mengatatakan luka bekas operasi di bawah perut tampak kemerahan
- 3) Ansietas b.d Krisis Situasional d.d Pasien mengatakan cemas dengan kondisinya karena pasien ingin segera pulang

c. Intervensi, Implementasi dan Evaluasi**1) Hari Pertama**

Pada tanggal 13 Juni 2022 disusun intervensi keperawatan berdasarkan masing-masing diagnosa yang muncul, yang pertama yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x7 jam diharapkan pasien keluhan nyerinya berkurang dengan skala nyeri 3, gelisah dapat menurun, meringis menahan nyeri dapat menurun, adapun intervensi yang ditetapkan untuk diagnosa pertama yaitu menggunakan manajemen nyeri yaitu dengan intervensi identifikasi lokasi karakteristik durasi frekuensi kualitas intensitas nyeri dan skala nyeri, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri kemudian berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri lakukan kolaborasi pemberian analgetik jika di perlukan. Implementasi dilakukan pada 13 Juni 2022, pukul 21.00 WIB memberikan penjelasan tentang mengidentifikasi lokasi dan frekuensi karakteristik dan skala nyeri, respon pasien yang di dapatkan data subyektif pasien mengatakan nyeri bertambah saat digunakan untuk melakukan aktivitas nyerinya seperti tersayat, nyeri terasa di bagian perut bawah pusar pada bekas jahitan operasi skala nyerinya 4 pasien mengatakan nyerinya hilang timbul, data objektif yang didapatkan yaitu pasien tampak menahan sakit dan pasien tampak gelisah. Mengajarkan teknik relaksasi non-farmakalogi yaitu tarik nafas dalam, didapatkan data subyektif pasien mengatakan mau

melakukan teknik distraksi dan relaksasi dan didapatkan data objektif pasien tampak antusias.

Setelah dilakukan implementasi dilanjutkan ke tahap evaluasi yaitu 14 Juni 2022 pukul 07.00 WIB di dapatkan hasil : S : P = Pasien mengatakan nyeri bertambah saat digunakan untuk beraktifitas, Q = Pasien mengatakan nyeri terasa seperti tersayat, R = Pasien mengatakan nyeri pada bagian perut bawah pusar pada bekas jahitan bekas operasi, S: skala nyeri 4, T: klien mengatakan nyeri hilang timbul, O : klien tampak lemah, TD :107/73 mm/Hg, N : 80x/menit, S : 35,5⁰ C, RR: 20x/menit, SPO² : 98%, A : tujuan belum tercapai , masalah belum teratasi, P : lanjutkan intervensi.

Diagnosa kedua yaitu Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif, tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan yaitu setelah dilakukan tindakan 3x7 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil luka kemerahannya dapat menurun dan nyeri dapat menurun adapun intervensi yang ditetapkan yaitu: pencegahan infeksi dengan intervensi monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik kemudian batasi jumlah pengunjung dan berikan perawatan kulit pada area edema, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien kemudian jelaskan tanda dan gejala infeksi serta ajarkan cara mencuci tangan dengan benar. Implementasi dilakukan pada 14 Juli 2020 pukul 05.00 WIB, memonitor tanda dan gejala infeksi didapatkan data subyektif pasien mengatakan tidak ada yang aneh dari lukanya dan data obyektif yang didapatkan pasien tampak tenang, dilanjutkan dengan ajarkan untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien didapatkan data subyektif pasien mengatakan anaknya selalu cuci tangan sebelum kontak dengan pasien, data objektif yang didapatkan pasien tampak lemas.

Setelah dilakukan implementasi dilanjutkan ke tahap evaluasi yaitu pada 14 Juni 2020 pukul 07.00 di dapatkan hasil S : pasien mengatakan luka tampak kemerahan, O : pasien tampak lemah, TD :107/73 mm/Hg, N : 80x/menit,

S : 35,5⁰ C, RR: 20x/menit, SPO² : 98%, A : tujuan belum tercapai , masalah belum teratasi, P : lanjutkan intervensi.

Diagnosa keperawatan yang ke tiga ansietas berhubungan dengan krisis situasional, tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan yaitu: setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x7 jam diharapkan kecemasan pasien menurun perilaku gelisah nya juga menurun konsentrasi pola tidurnya membaik, adapun intervensi yang ditetapkan yaitu reduksi ansietas dengan intervensi monitor tanda-tanda ansietas kemudian ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, pahami situasi yang menyebabkan ansietas kemudian gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan lalu anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien. Implementasi dilakukan pada pukul 05.45 WIB dilakukan adalah memonitor tanda dan gejala ansietas didapatkan di data subjektif pasien mengatakan cemas dengan kondisinya, data objektif yang didapatkan pasien tampak cemas, menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan didapatkan data subjektif pasien mengatakan dirinya berusaha tenang dan data objektifnya pasien tampak cemas, memahami situasi yang menyebabkan ansietas didapatkan data subjektif pasien mengatakan cemas apabila terlalu lama di rumah sakit, data objektif yang didapatkan pasien tampak cemas dan gelisah, menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan didapatkan data subjektif pasien mengatakan percaya bahwa segera diizinkan pulang oleh dokter, data objektif yang didapatkan pasien tampak gelisah, menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien didapatkan data subjektif pasien mengatakan anaknya selalu menunggu dan merawatnya dan data objektifnya anak pasien terlihat selalu menunggu pasien.

Setelah melakukan implementasi dilanjutkan ketahap evaluasi yaitu pada 14 Juni 2022 pukul 07.00 WIB di dapatkan hasil S : pasien mengatakan masih cemas dengan kondisinya, O : pasien tampak gelisah , TD: 107/73 mm/Hg N: 80x/menit S:35,5⁰ C RR:20x/menit SPO²: 98%, A : tujuan belum tercapai dan masalah belum teratasi, P : lanjutkan intervensi.

2) Hari Kedua

Pada tanggal 14 Juni 2022 disusun intervensi keperawatan berdasarkan masing-masing diagnosa yang muncul, yang pertama yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x7 jam diharapkan pasien keluhan nyerinya berkurang dengan skala nyeri 3, gelisah dapat menurun, meringis menahan nyeri dapat menurun, adapun intervensi yang ditetapkan untuk diagnosa pertama yaitu menggunakan manajemen nyeri yaitu dengan intervensi identifikasi lokasi karakteristik durasi frekuensi kualitas intensitas nyeri dan skala nyeri, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri kemudian berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri lakukan kolaborasi pemberian analgetik jika di perlukan. Implementasi dilakukan pada 14 Juni 2022, pukul 14.00 WIB memberikan penjelasan tentang mengidentifikasi lokasi dan frekuensi karakteristik dan skala nyeri, respon pasien yang di dapatkan data subyektif pasien mengatakan nyeri bertambah saat digunakan untuk melakukan aktivitas nyerinya seperti tersayat, nyeri terasa di bagian perut bawah pusar pada bekas jahitan operasi skala nyerinya 4 pasien mengatakan nyerinya hilang timbul, data objektif yang didapatkan yaitu pasien tampak menahan sakit dan pasien tampak gelisah. Mengajarkan teknik relaksasi non-farmakologi yaitu tarik nafas dalam, didapatkan data subyektif pasien mengatakan sudah bisa melakukan teknik distraksi dan relaksasi dan didapatkan data objektif pasien tampak antusias.

Setelah dilakukan implementasi dilanjutkan ke tahap evaluasi yaitu 14 Juni 2022 pukul 21.00 WIB di dapatkan hasil : S : P : pasien mengatakan nyeri bertambah saat digunakan untuk beraktifitas, Q : pasien mengatakan nyeri terasa seperti tersayat, R : pasien mengatakan nyeri pada bagian perut bawah pusar pada bekas jahitan bekas operasi, S : skala nyeri 4, T : klien mengatakan nyeri hilang timbul, O : klien tampak lemah, TD :93/67

mm/Hg, N : 98x/menit, S : 36,5⁰ C, RR: 20x/menit, SPO² : 98%, A : tujuan belum tercapai , masalah belum teratasi, P : lanjutkan intervensi.

Diagnosa kedua yaitu Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif, tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan yaitu setelah dilakukan tindakan 3x7 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil luka kemerahannya dapat menurun dan nyeri dapat menurun adapun intervensi yang ditetapkan yaitu: pencegahan infeksi dengan intervensi monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik kemudian batasi jumlah pengunjung dan berikan perawatan kulit pada area edema, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien kemudian jelaskan tanda dan gejala infeksi serta ajarkan cara mencuci tangan dengan benar. Implementasi dilakukan pada 14 Juni 2022 pukul 15.00 WIB, memonitor tanda dan gejala infeksi didapatkan data subyektif pasien mengatakan tidak ada yang aneh dari lukanya dan data obyektif yang didapatkan pasien tampak tenang, dilanjutkan dengan ajarkan untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien didapatkan data subyektif pasien mengatakan anaknya selalu cuci tangan sebelum kontak dengan pasien, data obyektif yang didapatkan pasien tampak lemas.

Setelah dilakukan implementasi dilanjutkan ke tahap evaluasi yaitu pada 14 Juni 2022 pukul 21.00 di dapatkan hasil S : pasien mengatakan kondisinya sudah membaik, O : pasien tampak lemah, TD : 93/67 mm/Hg, N : 98x/menit, S : 36,5⁰ C, RR: 20x/menit, SPO² : 98%, A : tujuan tercapai , masalah teratasi, P : hentikan intervensi.

Diagnosa keperawatan yang ke tiga ansietas berhubungan dengan krisis situasional, tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan yaitu: setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x7 jam diharapkan kecemasan pasien menurun perilaku gelisahanya juga menurun konsentrasi pola tidurnya membaik, adapun intervensi yang ditetapkan yaitu reduksi ansietas dengan intervensi monitor tanda-tanda ansietas kemudian ciptakan suasana terapeutik untuk

menumbuhkan kepercayaan, pahami situasi yang menyebabkan ansietas kemudian gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan lalu anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien. Implementasi dilakukan pada pukul 15.00 WIB dilakukan adalah memonitor tanda dan gejala ansietas didapatkan di data subjektif pasien mengatakan cemas dengan kondisinya, data objektif yang didapatkan pasien tampak cemas, menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan didapatkan data subjektif pasien mengatakan dirinya berusaha tenang dan data objektifnya pasien tampak cemas, memahami situasi yang menyebabkan ansietas didapatkan data subjektif pasien mengatakan cemas apabila terlalu lama di rumah sakit, data objektif yang didapatkan pasien tampak cemas dan gelisah, menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan didapatkan data subjektif pasien mengatakan percaya bahwa segera diizinkan pulang oleh dokter, data objektif yang didapatkan pasien tampak gelisah, menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien didapatkan data subjektif pasien mengatakan anaknya selalu menunggu dan merawatnya dan data objektifnya anak pasien terlihat selalu menunggu pasien.

Setelah melakukan implementasi dilanjutkan ketahap evaluasi yaitu pada 14 Juni 2022 pukul 07.00 WIB di dapatkan hasil S : pasien mengatakan kondisinya sudah membaik, O : pasien tampak tenang , TD: 93/67 mm/Hg N: 98x/menit S:36,5⁰ C RR: 20x/menit SPO²: 98%, A : tujuan belum tercapai masalah belum teratasi, P : lanjutkan intervensi.

3) Hari Ketiga

Intervensi untuk nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x7 jam diharapkan pasien keluhan nyerinya berkurang dengan skala nyeri 3, gelisah dapat menurun, meringis menahan nyeri dapat menurun, adapun intervensi yang ditetapkan untuk diagnosa pertama yaitu menggunakan manajemen nyeri yaitu dengan intervensi identifikasi lokasi

karakteristik durasi frekuensi kualitas intensitas nyeri dan skala nyeri, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri kemudian berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri lakukan kolaborasi pemberian analgetik jika di perlukan. Implementasi dilakukan pada 15 Juni 2022, pukul 07.00 WIB memberikan penjelasan tentang mengidentifikasi lokasi dan frekuensi karakteristik dan skala nyeri, respon pasien yang di dapatkan data subyektif pasien mengatakan nyeri sudah tidak terasa saat digunakan untuk melakukan aktivitas nyerinya seperti tersayat, nyeri terasa di bagian perut bawah pusar pada bekas jahitan operasi skala nyerinya 3 pasien mengatakan nyerinya hilang timbul, data objektif yang didapatkan yaitu pasien tampak menahan sakit dan pasien tampak gelisah. Mengajarkan teknik relaksasi non-farmakologi yaitu tarik nafas dalam, didapatkan data subjektif pasien mengatakan sudah bisa melakukan teknik distraksi dan relaksasi dan didapatkan data objektif pasien tampak antusias.

Setelah dilakukan implementasi dilanjutkan ke tahap evaluasi yaitu 15 Juni 2022 pukul 14.00 WIB di dapatkan hasil : S : P : pasien mengatakan nyeri sudah tidak terasa saat digunakan untuk beraktifitas dan nyeri sudah jarang timbul, Q : pasien mengatakan nyeri terasa seperti tersayat, R : pasien mengatakan nyeri pada bagian perut bawah pusar pada bekas jahitan bekas operasi, S : skala nyeri 3, T : klien mengatakan nyeri hilang timbul, O : klien tampak lemah, TD : 120/83 mm/Hg, N : 78x/menit, S : 37,5⁰ C, RR: 20x/menit, SPO² : 98%, A : tujuan tercapai sebagian , masalah belum teratasi, P : lanjutkan intervensi.

Diagnosa keperawatan yang ke tiga ansietas berhubungan dengan krisis situasional, tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan yaitu: setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x7 jam diharapkan kecemasan pasien menurun perilaku gelisahnya juga menurun konsentrasi pola tidurnya membaik, adapun intervensi yang ditetapkan yaitu reduksi ansietas dengan intervensi monitor tanda-tanda ansietas kemudian ciptakan suasana terapeutik untuk

menumbuhkan kepercayaan, pahami situasi yang menyebabkan ansietas kemudian gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan lalu anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien. Implementasi dilakukan pada pukul 15.00 WIB dilakukan adalah memonitor tanda dan gejala ansietas didapatkan di data subjektif pasien mengatakan cemas dengan kondisinya, data objektif yang didapatkan pasien tampak cemas, menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan didapatkan data subjektif pasien mengatakan dirinya berusaha tenang dan data objektifnya pasien tampak cemas, memahami situasi yang menyebabkan ansietas didapatkan data subjektif pasien mengatakan cemas apabila terlalu lama di rumah sakit, data objektif yang didapatkan pasien tampak cemas dan gelisah, menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan didapatkan data subjektif pasien mengatakan percaya bahwa segera diizinkan pulang oleh dokter, data objektif yang didapatkan pasien tampak gelisah, menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien didapatkan data subjektif pasien mengatakan anaknya selalu menunggu dan merawatnya dan data objektifnya anak pasien terlihat selalu menunggu pasien.

Setelah melakukan implementasi dilanjutkan ketahap evaluasi yaitu pada 14 Juni 2022 pukul 07.00 WIB di dapatkan hasil S : pasien mengatakan kondisinya sudah membaik, O : pasien tampak tenang , TD : 120/83 mm/Hg, N : 78x/menit, S : 37,5⁰ C, RR: 20x/menit, SPO² : 98%, A : tujuan tercapai sebagian , masalah belum teratasi, P : lanjutkan intervensi.

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab keempat ini, penulis akan menjelaskan hasil analisis kasus terkait pemberian asuhan keperawatan kepada Ny.S yang menderita kanker ovarium di ruang Baitunnisa 2 RS Islam Sultan Agung Semarang selama tiga kali shift dari tanggal 13 Juli 2022 hingga 15 Juli 2022. Pada bab ini, penulis akan membahas masalah dan kendala yang dihadapi selama memberikan asuhan keperawatan, termasuk dalam aspek pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Berdasarkan hasil pengkajian dan anamnesis, penulis menemukan tiga diagnosa, yaitu nyeri akut, risiko infeksi, dan ansietas. Selain itu, penulis juga akan menyarankan diagnosa yang seharusnya ada tetapi tidak ditegakkan.

A. Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah tahapan yang sangat penting dalam seluruh proses keperawatan, yang bertujuan untuk mengumpulkan data mengenai pasien. Pengkajian keperawatan merupakan landasan awal dalam pemikiran keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi tentang kondisi fisik, mental, sosial, dan lingkungan pasien untuk mengetahui masalah, kesehatan, dan kebutuhan keperawatan pasien (Sinulingga, 2019).

Sedangkan menurut Jannah (2019), pengkajian merupakan tahap awal dalam tindakan keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan data pasien. Pengkajian harus dilakukan secara teliti, lengkap, dan akurat sesuai dengan kenyataan. Ada beberapa metode pengumpulan data yang dapat digunakan dalam proses pengkajian keperawatan. Hasil pengkajian pada klien menunjukkan bahwa klien masuk ke RS Islam Sultan Agung dengan keluhan adanya benjolan di perut bagian bawah. Klien telah melakukan pemeriksaan laboratorium dan rontgen. Berdasarkan hasil pengkajian, klien memiliki riwayat P2A0. Kemudian setelah melakukan pemeriksaan diketahui bahwa terdapat kanker pada bawah perut pasien. Di

dapatkan pengkajian pada riwayat keluhan, klien merasa nyeri pada luka jahitan post operasi yang terasa nyeri saat digunakan 34 untuk bergerak dan nyeri selalu tiba-tiba muncul . Saat penulis melihat luka operasi klien, luka tampak kemerahan tapi tidak ada nanah, dan saat ditanyai mengenai bagaimana perasaan klien saat ini , klien mengeluh cemas karena takut apabila tidak bisa pulang secepatnya dan kondisinya memburuk. Data pasien mengungkapkan keluhan nyeri pada luka pasca operasi, kemerahan pada luka dan kecemasan pasien tentang kondisinya. Oleh karena itu, penulis mengidentifikasi masalah keperawatan yang muncul, yaitu nyeri akut terkait luka pasca operasi, risiko infeksi terkait dengan tampilan kemerahan pada luka, dan ansietas terkait kecemasan pasien tentang kondisinya.

Pada pengkajian yang telah dilakukan oleh penulis masih terdapat kekurangan dimana genogram masih belum lengkap yang seharusnya diberi genogram 3 generasi dimana genogram minimal tiga generasi dapat menggambarkan hubungan pasien dan keluarga serta menambahkan pengkajian psikososial, yang bertujuan untuk menjelaskan kehidupan pasien seperti pasien tinggal dengan siapa dan apa hubungannya, kemudian untuk mengetahui terkait dengan pola asuh, pola komunikasi dan pola pengambilan keputusan dari keluarga terhadap pasien dan anggota keluarga lainya (Samosir, 2021).

Penulis juga akan membahas mengenai pengkajian pada data pemeriksaan penunjang yaitu Hemoglobin (Hb) pada klien rendah. Pada data pemeriksaan penunjang didapatkan Hemoglobin (Hb) pada klien rendah. Pada pemeriksaan penunjang ini penulis akan membahas Hemoglobin (Hb) yang rendah pada klien.

B. Diagnosa Keperawatan

Dari hasil pengkajian dan analisis data, penulis menemukan beberapa masalah keperawatan yang kemudian ditegakkan sebagai diagnosa keperawatan, antara lain nyeri akut, resiko infeksi, dan ansietas.

Dalam bab ini, penulis akan membahas tiga masalah yang muncul dari data fokus, yang menjadi masalah khusus untuk Ny.S :

1. Nyeri akut berhubungan dengan angen pencedera fisik

Nyeri Akut (D.0077) adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambar dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Menurut Afifah Amalina (2022), Nyeri akut adalah jenis nyeri yang hilang setelah dilakukan perawatan dan terapi tertentu. Biasanya, nyeri akut muncul secara tiba-tiba dan disertai dengan masalah khusus yang membuat penderitanya mengambil tindakan untuk mengurangi rasa sakit tersebut. Nyeri akut biasanya bersifat sementara (kurang dari 6 bulan) dan hilang setelah faktor internal dan eksternal 35 yang menjadi penyebab rasa sakit dihilangkan. Durasi nyeri akut dapat bervariasi tergantung pada faktor penyebabnya dan bisa diprediksi.

Penulis mengangkat diagnosa nyeri akut berdasarkan hasil pengkajian klien. Klien mengeluhkan nyeri yang terasa seperti tersayat di jahitan bekas operasi di bagian perut bawah pusar dengan skala nyeri 4 dan nyeri hilang timbul. Data objektifnya menunjukkan bahwa pasien tampak menahan nyeri dan gelisah, serta tekanan darah pasien sebesar 107/73 mmHg, nadi 80 kali per menit, RR 20 kali per menit, dan suhu 35,5°C.

Nyeri pada luka pascaoperasi terjadi karena pembedahan menyebabkan kerusakan jaringan dan peradangan, yang memicu reseptor nosiseptif dan mediator inflamasi seperti sitokin, bradikinin, dan prostaglandin. Perubahan pada reseptor nociceptor selama reaksi inflamasi dapat menurunkan ambang stimulasi nociceptor dan meningkatkan sensitivitas nyeri di daerah yang rusak. Penulis menilai diagnosa nyeri akut sebagai prioritas karena mengatasi nyeri dapat

membantu menangani diagnosa keperawatan lain yang terkait (Suseno, 2017).

Penyusunan rencana asuhan keperawatan yang disusun oleh penulis pada diagnosa keperawatan nyeri akut dengan tujuan setelah dilakukan 3x7 jam diharapkan pasien keluhan nyerinya berkurang dengan skala nyeri 3, gelisah dapat menurun, meringis menahan nyeri dapat menurun (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018). Adapun intervensi yang ditetapkan untuk diagnosa pertama yaitu menggunakan manajemen nyeri dengan intervensi identifikasi lokasi karakteristik durasi frekuensi kualitas intensitas nyeri dan skala nyeri, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri kemudian berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri yaitu teknik relaksasi tarik napas dalam, jelaskan strategi meredakan nyeri lakukan kolaborasi pemberian analgetik jika di perlukan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Yumni et al., (2019), pemberian teknik relaksasi nafas dalam dapat menghilangkan rasa sakit klien setelah operasi kista ovarium. Teknik relaksasi nafas dalam yang dilakukan berefek melemaskan otot pendukung nyeri. Dan ketika sudah dilakukan teknik relaksasi nafas dalam adalah dihasilkannya hormon yang yaitu hormon adrenalin dan hormon kortison, yang merupakan neurotransmitter berfungsi menjadi penghambat transmisi rangsangan nyeri.

Berikut ini adalah langkah-langkah melakukan teknik relaksasi nafas dalam menurut Rahmawati (2019):

- a. Ciptakan lingkungan yang tenang, usahakan tetap rileks dan tenang.
- b. Tarik napas dalam-dalam melalui hidung dan isi paru-paru dengan udara menghitung 1, 2, 3 dengan cara menghembuskan udara secara perlahan melalui mulut merasakan relaksasi anggota tubuh bagian ekstermitas atas dan bawah.

- c. Anjurkan bernafas 3 kali dengan irama normal, bernapas lagi melalui hidung dan hembuskan perlahan melalui mulut.
- d. Biarkan lengan dan kaki rileks, coba lakukan dengan konsentrasi / dengan mata tertutup, pusatkan di daerah yang terasa nyeri.
- e. Instruksi untuk mengulangi prosedur sampai rasa nyeri yang dirasakan mereda.
- f. Ulangi hingga 15 kali, istirahat sejenak setiap 5 kali.
- g. Saat nyeri menjadi hebat, seseorang orang dapat bernapas dengan dangkal dan cepat.

Ketika diberikan tindakan asuhan keperawatan klien sangat kooperatif sehingga tidak ada kendala yang dialami oleh penulis saat melakukan tindakan asuhan keperawatan. Implementasi yang dilakukan oleh penulis kepada klien salah satunya adalah mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri yaitu teknik relaksasi tarik nafas dalam, klien sudah bisa menguasai dan mempraktekkan dan dirasa teknik relaksasi nafas dalam berpengaruh dalam mengurangi nyeri.

Hasil evaluasi yang didapatkan penulis setelah 3x7 jam, mendapatkan hasil klien mengatakan nyeri nya berkurang dari skala 4 menjadi skala 3 dengan terus melanjutkan intervensi yang telah di rencanakan seperti identifikasi PQRST, identifikasi faktor penyebab nyeri, ajarkan teknik non farmakologi relaksasi nafas dalam dan kolaborasi pemberian analgetik jika diperlukan.

2. Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), risiko infeksi memiliki definisi berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik. Yang dimana kondisi luka post operasi pada klien sangat berkemungkinan untuk mengalami terjadinya infeksi. Pada proses pengkajian dan analisa data, penulis mendapatkan data subjektif klien merasa nyeri pada luka nya dan didapatkan data objektif dimana luka pada klien tampak kemerahan. Penulis menegakkan diagnosa keperawatan setelah nyeri akut yaitu

diagnosa risiko infeksi sesuai dengan kondisi luka klien yang bisa berkemungkinan terjadinya infeksi .

Penulis menyusun rencana asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa risiko infeksi yaitu dengan tujuan setelah dilakukan tindakan 3x7 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil luka kemerahannya dapat menurun dan nyeri dapat menurun (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018). Adapun intervensi yang ditetapkan yaitu: pencegahan infeksi dengan intervensi monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik kemudian batasi jumlah pengunjung dan berikan perawatan kulit pada area edema, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien kemudian jelaskan tanda dan gejala infeksi serta ajarkan cara mencuci tangan dengan benar (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Implementasi yang diterapkan adalah memberikan edukasi kepada keluarga klien tentang melakukan cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien. Infeksi yang didapat di rumah sakit umumnya dapat terjadi dengan melewati tiga cara yaitu melalui udara, percikan dan kontak secara langsung dengan pasien. Hal ini dapat dicegah dengan perilaku mencuci tangan. Teknik dasar yang paling penting mencegah dan memutus rantai penularan adalah dengan mencuci tangan.

Mencuci tangan adalah cara yang efektif untuk memutuskan rantai penularan infeksi. Pencegahan pada infeksi nosokomial di rumah sakit harus dilakukan oleh seluruh bagian yang ada di rumah sakit yang bersifat mutlak untuk dilaksanakan oleh seluruh manajemen rumah sakit, baik dokter, bidan, perawat dan lain-lain (Delima & Andriani, 2018).

Mencuci tangannya dengan tepat adalah satu cara untuk mengurangi terjadinya infeksi nosokomial, sebuah langkah sederhana namun efektif dalam perlindungan pasien. Petugas kesehatan memiliki peran masing-masing dalam rantai penularan infeksi ini. Organisasi Kesehatan Dunia

(WHO) sebagai Badan utama Organisasi Kesehatan Dunia melakukan kampanye program untuk keselamatan para pasien salah satunya yaitu tentang resiko menurunkan infeksi. Mencuci tangan adalah salah satunya cara yang efektif dalam memutus rantai penularan infeksi agar risiko infeksi bisa berkurang (Syofian, 2017).

Penulis tidak mengalami kesulitan dalam melakukan implementasi terhadap klien dan keluarga klien, klien dan keluarga klien tampak kooperatif saat diberikan edukasi dan mau menerapkan untuk cuci tangan terlebih dahulu sebelum dan sesudah kontak dengan klien. Setelah dilakukan tindakan 3x7 jam, hasil evaluasi didapatkan keluarga klien sudah bisa menerapkan cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien, dan dilanjutkan intervensi dengan memberikan perawatan luka.

3. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional

Definisi ansietas (D.0080) adalah kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibatantisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Pada proses pengkajian dan analisa data didapatkan data subyektif pasien mengatakan dirinya merasa cemas dengan kondisinya yang belum boleh diizinkan pulang, sedangkan data obyektifnya klien tampak cemas, penulis menegakkan diagnosa ansietas sesuai dengan kondisi yang sedang dialami klien yaitu klien merasa cemas dengan kondisinya (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Penulis menyusun rencana asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa ansietas yaitu dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x7 jam diharapkan kecemasan pasien menurun perilaku gelisahnyajuga menurun konsentrasi polatidurnya membaik, adapun intervensi yang ditetapkan yaitu reduksi ansietas dengan intervensi monitor tanda-tanda ansietas kemudian ciptakan suasana terapeutik untuk

menumbuhkan kepercayaan, pahami situasi yang menyebabkan ansietas kemudian gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan lalu anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Implementasi yang diterapkan adalah menganjurkan keluarga untuk tetap bersama dan memberikan dukungan pada klien. Pasien pasca operasi yang merasakan kecemasan enggan untuk banyak bergerak karena takut menimbulkan rasa sakit dan khawatir akan jahitan dan takut lukanya tidak segera sembuh. Seperti keluarga sistem pendukung pasien harus memberikan dukungan sehingga dapat mengurangi kecemasan pasien (PH & Arisdiani, 2018). Menurut penelitian yang dilakukan Sukmawan (2020) di dapatkan hasil semakin tinggi nilai dukungan keluarga maka semakin rendah tingkat kecemasan pasien. Begitu juga sebaliknya, semakin rendah nilai dukungan keluarga maka semakin tinggi tingkat kecemasan pasien.

Berikut ini adalah tingkat derajat ansietas menurut Wiliyanarti (2018) :

- a. Rasa gelisah yang ringan terkait dengan tegangan dalam kehidupan sehari-hari, mengakibatkan orang menjadi lebih waspada dan meningkatkan kemampuan persepsinya. Rasa cemas ini mendorong motivasi untuk belajar dan memunculkan pertumbuhan serta kreativitas.
- b. Tingkat cemas sedang memungkinkan seseorang untuk fokus pada hal-hal penting dan mengesampingkan yang kurang penting, sehingga perhatiannya menjadi lebih terfokus, dan ia dapat melakukan tindakan yang lebih terarah.
- c. Cemas berat secara signifikan menyempitkan wilayah persepsi seseorang. Individu cenderung hanya dapat memusatkan perhatian pada hal-hal yang terperinci dan spesifik, sementara sulit mempertimbangkan hal-hal lain. Semua perilaku ditujukan untuk meredakan tegangan emosional. Orang yang mengalami cemas berat memerlukan banyak bantuan untuk dapat memindahkan perhatian mereka ke bidang lain.
- d. Tingkat kepanikan dari cemas terkait dengan reaksi terperangah, ketakutan, dan teror. Rincian menjadi terdistorsi dan tampak melebih-

lebihkan, yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk melakukan tindakan meskipun ada arahan. Kepanikan ini berhubungan dengan gangguan kestabilan kepribadian, termasuk peningkatan aktivitas motorik, penurunan kemampuan dalam berinteraksi sosial, persepsi yang bengkok, dan kehilangan kemampuan berpikir rasional.

Kesehatan pasien kanker harus diperhatikan baik oleh keluarga, keluarga menyadari bahwa kanker dan terapi pengobatannya memiliki efek fisik dan psikologis, ketika gangguan fisik memanifestasikan dirinya dalam bentuk keluhan nyeri, mual dan penyakit pada organ. Penyakit psikis dapat bermanifestasi sebagai depresi, kecemasan, kegugupan dan perasaan tidak berdaya dalam mengurangi gejala kanker dan pengobatannya. Keluarga yang mendukung kesinambungan pengobatan, aktivitas pasien dalam pengobatan dapat berjalan lancar, sehingga kesehatannya membaik dan termotivasi untuk sembuh. Sehat tanpa dukungan keluarga, kondisi penderita kanker semakin menurun. Karena kemampuan memilih, membedakan, menerima dan memutuskan apa yang baik untuk kesehatan juga melemah secara psikologis (Afiyah, 2018).

Dalam melakukan implementasi penulis tidak mengalami kendala, klien dan keluarga klien sangat kooperatif dan memperhatikan dengan baik. Setelah dilakukan tindakan pada hari pertama 21.00 klien masih merasa cemas dan ketika hari ke dua pukul 14.00 didapatkan hasil evaluasi klien dan keluarga klien sudah paham tentang pentingnya dukungan keluarga untuk mengurangi kecemasan dan kecemasan pada klien sudah menurun.

4. Diagnosa tambahan

Dalam pembahasan ini, akan dibahas mengenai diagnosis tambahan yang tidak termasuk dalam tiga diagnosis yang telah ditentukan. Fokus pembahasan akan difokuskan pada diagnosis resiko defisit nutrisi yang berhubungan dengan meningkatnya kebutuhan metabolisme. Resiko defisit nutrisi sendiri dapat diartikan sebagai beresiko mengalami kekurangan

asupan nutrisi yang dibutuhkan untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Berdasarkan data penunjang yang diperoleh dari pemeriksaan, terlihat bahwa Hemoglobin (Hb) klien menunjukkan hasil L 10,3, sedangkan nilai rujukan normal berkisar antara 11,7 hingga 15,5 g/dL. Hal ini menunjukkan bahwa nilai Hemoglobin klien rendah. Selain itu, klien juga mengalami ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yang ditandai dengan asupan nutrisi yang tidak mencukupi untuk memenuhi kebutuhan metabolisme, berat badan kurang dari ideal, bising usus yang sangat aktif, mudah kenyang setelah makan, diare, rambut rontok yang berlebihan, kelemahan otot pengunyah dan menelan, kerapuhan kapiler, ketidakmampuan untuk makan, kram perut, serta kurang minat dalam makanan (Loka et al., 2017).

Penulis mengangkat diagnosa resiko defisit nutrisi dengan pengkajian antropometri tinggi pasien 148 dan nerat badan 48, tjika di hitung dengan penilaian indeks masa tubuh ternilai obesitas. Tetapi klien mengalami kondisi dimana nilai Hb. Hemoglobin yang berkurang dalam tubuh disebut juga dengan anemia.

Hemoglobin adalah metalloprotein, protein yang mengandung zat besi yang ditemukan dalam sel darah merah yang membawa oksigen dari paru-paru ke seluruh tubuh (Fitriany & Saputri, 2018). Pengobatan pasien kista yang diduga mengidap tumor ganas akan mendapatkan kemoterapi. Pasien yang menerima kemoterapi juga sering menyebabkan anemia karena efek sitotoksiknya prekursor di sumsum tulang. Anemia disebabkan oleh kemoterapi dari itu sendiri yang frekuensinya bervariasi antara 30 hingga 90% Tingkat keparahan anemia atau tercermin dari jumlah totalnya kandungan hemoglobin dalam darah (Nilai et al., 2023).

Cara untuk meningkatkan hemoglobin dalam tubuh yaitu melengkapi asupan mikronutrien, yang penting yaitu zat besi, tetapi zat besi

yang berasal dari makanan mengandung nabati memiliki daya serap lebih rendah sehingga upaya untuk menanggapi masalah tersebut adalah diiringi makan makanan yang mengandung vitamin C. Salah satunya makanan bergizi seperti jenis kacang-kacangan misal kacang hijau yang mengandung asam folat, tiamin, protein, asam pentonat dan mineral seperti besi, kalium, magnesium, fosfor dan tembaga. Kacang hijau bisa membantu pembentukan sel darah di sumsum tulang (Huda & Febriyanti, 2010).



BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

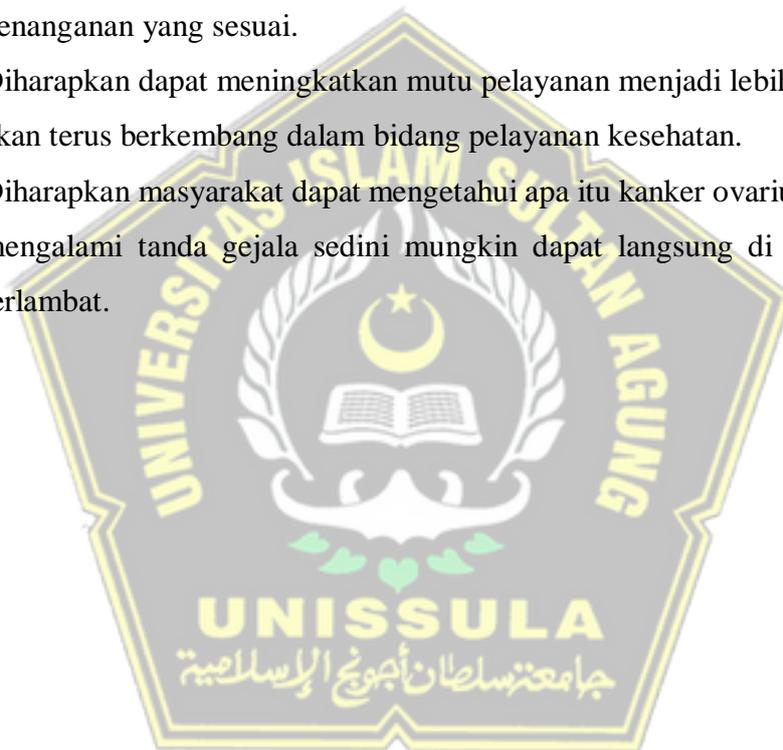
1. Kanker Ovarium merupakan kanker yang berkembang di indung telur. Rata-rata dialami oleh wanita yang sudah perimenopause, biasanya ditandai dengan muncul pembesaran massa pada rongga perut.
2. Pengkajian pada Ny. S didapatkan data setelah Ny. S melakukan operasi kanker ovarium mengeluh nyeri pada luka operasi, ketika digunakan bergerak terasa nyeri, luka tampak kemerahan sehingga dapat terjadi kemungkinan risiko infeksi dan juga merasa cemas tentang kondisinya.
3. Pada Ny. S, terdapat beberapa diagnosa keperawatan yang perlu diperhatikan. Pertama, terdapat diagnosa nyeri akut yang disebabkan oleh adanya pencedera fisik, yang ditunjukkan oleh keluhan nyeri yang diungkapkan oleh pasien dan reaksi wajah yang menunjukkan rasa sakit. Diagnosa kedua adalah risiko infeksi, yang terkait dengan tindakan invasif yang dilakukan dan ditandai dengan keluhan nyeri pada area luka serta terlihat adanya kemerahan pada luka tersebut. Selanjutnya, terdapat juga diagnosa ansietas yang terkait dengan situasi krisis yang dihadapi pasien, yang ditunjukkan dengan adanya keluhan cemas mengenai kondisinya saat ini.
4. Rencana keperawatan ditetapkan sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Fokus intervensi yang diberikan pada Ny. S dengan diagnosa prioritas nyeri akut yaitu terapi non farmakologi tarik nafas dalam.
5. Implementasi dilakukan selama 3x7 jam sesuai rencana keperawatan yang sudah direncanakan tiap dari masing-masing diagnosa.
6. Evaluasi yang dilakukan oleh penulis menunjukkan hasil bahwa diagnosa pertama tujuan tercapai sebagian, tetapi masalah belum teratasi. Pada

diagnosa kedua tujuan tercapai dan masalah teratasi. Untuk diagnosa ke tiga tujuan tercapai dan masalah teratasi.

B. Saran

Saran dari penulis diharapkan

1. Perawat hendaknya melakukan pengkajian secara lebih lengkap, agar diagnosa keperawatan dapat ditegakkan secara benar dan sesuai, karena kondisi post operasi kanker ovarium akan cepat membaik apabila dilakukan penanganan yang sesuai.
2. Diharapkan dapat meningkatkan mutu pelayanan menjadi lebih baik lagi dan akan terus berkembang dalam bidang pelayanan kesehatan.
3. Diharapkan masyarakat dapat mengetahui apa itu kanker ovarium agar ketika mengalami tanda gejala sedini mungkin dapat langsung di atasi sebelum terlambat.



DAFTAR PUSTAKA

- Afifah Amalina. (2022). Efektifitas Telemedicine Menggunakan Smarthphone Untuk Mengevaluasi Derajat Nyeri Akut Paska Operasi Sectio Caesarea Di Masa Pandemi Covid 19. *Universitas Muhammadiyah Sumatra Utara*.
- Afiah, R. K. (2018). Dukungan Keluarga Mempengaruhi Kemampuan Adaptasi (Penerapan Model Adaptasi Roy) Pada Pasien Kanker Di Yayasan Kanker Indonesia Cabang Jawa Timur. *Journal of Health Sciences*, 10(1), 96–105. <https://doi.org/10.33086/jhs.v10i1.150>
- Aqilla, S., Harsono, A. B., & Agustina, H. (2022). Gambaran Klinis dan Histopatologi Kanker Ovarium di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung Tahun 2019-2020. *Indonesian Journal of Obstetrics & Gynecology Science*, 5(1), 127–135. <https://doi.org/10.24198/obgynia/v5n1.363>
- Delima, M., & Andriani, Y. (2018). *Penerapan Cuci Tangan Five Angka Menurut Kozier (2010), mencuci tangan merupaka tindakan yang sangat penting di semua tatanan termasuk rumah*. 1(2), 8–16.
- Fiqhi, S. N. (2021). *Asuhan Keperawatan Klien Dengan Ca Ovarium Post Kemothorapy Diruang Matahari Di RSUD dr. Kanujusono Djatiwibowo Kota Balikpapan*.
- Fitriany, J., & Saputri, A. I. (2018). Anemia defisiensi besi. *AVERROUS: Jurnal Kedokteran Dan Kesehatan Malikussaleh*, 4(2), 1–14.
- Huda, N., & Febriyanti, E. (2010). *Campuran Jus Kacang Hijau Dan Jambu Biji Terhadap Peningkatam Kadar Hemoglobin (HB) Pada Pasien Kanker Yang Menjalani Kemoterapi*. June.
- Indonesia Cancer Care Comitty (ICC). (2022). *Kenal Lebih Dekat Kanker Ovarium (1)*. *Icc*.
- Jati, Y. Y. S. (2021). *Asuhan Keperawatan Kanker Ovarium Dalam Pemenuhan Kebutuhan Aman dan Nyaman*. *Jurnal Keperawatan*. <http://eprints.ukh.ac.id/id/eprint/1132/1/NAS PUB KTI yasindra-dikonversi.pdf>
- Jauhari, T. F., Mulawardhana, P., & Saraswati, W. (2015). Gambaran faktor risiko penderita kanker ovarium di RSUD Dr. Soetomo Surabaya. *JUXTA: Jurnal Ilmiah Mahasiswa Kedokteran Universitas Airlangga*, 7(1), 48–53.
- Karim, C. R., As'ad, S., Taslim, N. A., & Madjid, M. (2018). Edukasi Gizi sebagai Salah Satu Modalitas Terapi Mempengaruhi Survival Rate Pasien dengan Neoplasma Ovarium Kistik. *Indonesian Journal of Clinical Nutrition Physician*, 1(1), 10–17.
- Loka, W. P., Sumadja, W. A., & Resmi. (2017). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Kanker Ovarium Di Ruang Ginekologi Irna Kebidanan Dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 21(2), 1689–1699. <https://www.oecd.org/dac/accountable-effective-institutions/Governance Notebook 2.6 Smoke.pdf>
- Nabelatul, L. F. (2022). *Asuhan Keperawatan Pada Ny. P dengan diagnosa CA Ovarium Stadium IV Post Kemoterapi Ke-6 Dengan Acites Per magna Di Ruang E2 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya*. STIKES HANG TUAH SURABAYA.
- Nafari, L. U. (2022). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny. M Dengan Riwayat Post Operasi Ca Ovarium Di Ruang Baitunnisa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang*. Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
- Nilai, P., Dan, M. C. V, Pada, M., & Kista, P. (2023). *Perbedaan nilai mcv dan mhc pada pasien kista ovarium curiga ganas dengan dan tanpa kemoterapi di rsud ulin banjarmasin*. 207–214.

- Novianti Rusli, P., Rosanty, A., & Saranani, M. (2018). *Penerapan Manajemen Nyeri Teknik Relaksasi Napas Dalam Pada Ny. L Dengan Post Operasi Kista Ovarium Di RSUD Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara*. Poltekkes Kemenkes Kendari.
- Novitasari, D., & Yuliana, E. (2022). Asuhan Keperawatan pada Orang Dewasa dengan Ca Ovarium. *Journal of Nursing Education and Practice*, 1(3), 102–107. <https://doi.org/10.53801/jnep.v1i3.82>
- Nurmansyah, N., Djemi, D., & Setyawati, T. (2019). Sebuah Laporan Kasus: Kista Ovarium. *Jurnal Medical Profession*, 1(3), 226–229.
- PH, L., & Arisdiani, T. (2018). Hubungan Dukungan Keluarga dengan Ansietas Mobilisasi Dini Pasien Post Operasi. *Jurnal Ners Dan Kebidanan (Journal of Ners and Midwifery)*, 5(3), 207–211. <https://doi.org/10.26699/jnk.v5i3.art.p207-211>
- Purwanto, E. (2013). Implementasi Dan Evaluasi Keperawatan. *Health and Pyhysical Education*, 25.
- 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.
- Putri, R. H. (2017). Kualitas Hidup Pasien Kanker Ginekologi yang Menjalani Terapi. *Jurnal Aisyah : Jurnal Ilmu Kesehatan*, 2(1), 69–74. <https://doi.org/10.30604/jika.v2i1.34>
- Rahmawati. (2019). Penerapan Teknik Relaksasi Nafas Dalam Pada Pasien Post Operasi fraktur tibia Dengan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman Nyaman Di Rsud. *Karya Tulis Ilmiah*.
- Ratna, D. (2020). *Woc Ca Ovarium*.
- Samosir, E. F. (2021). *Penerapan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada An. A Dengan Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah Di Lingk. XVI Lorong Jaya*.
- Setyawan, M. B. (2018). *Ovarium Kanker Woc*.
- Sinulingga, S. B. (2019). *Pengkajian Keperawatan Dan Tahapannya Dalam Proses Keperawatan*.
- Sukmawan, A. V., Istiningtyas, A., & Dewi Suryandari. (2020). Kecemasan Pasien Post Operasi Tkr Di Rawat Inap Program Studi Sarjana Keperawatan. *Jurnal Keperawatan*. <http://scholar.google.co.id>
- Sumiarsih. (2018). Asuhan keperawatan pada pasien dengan ca ovarium stadium iii post kemoterapi di rsud a. w. sjahrane samarinda. *Вестник Росздравнадзора*, 4, 9–15. [http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/318/1/1_cover_\(17_files_merged\).pdf%0Ahttp://library1.nida.ac.th/termpaper6/sd/2554/19755.pdf](http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/318/1/1_cover_(17_files_merged).pdf%0Ahttp://library1.nida.ac.th/termpaper6/sd/2554/19755.pdf)
- Suseno, E. (2017). Pencegahan nyeri kronis pasca operasi. *Majalah Kedokteran Andalas*, 40(1), 40. <https://doi.org/10.22338/mka.v40.i1.p40-51.2017>
- Syofian, E. F. (2017). *Perilaku Cuci Tangan Dalam Upaya Memutus Rantai Infeksi*. 2(1), 1–9.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik (ke-1)*.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (Ke-1)*. DPP PPNI.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia (Ke-1)*. DPP PPNI.
- Waode Titin Aprilian, P., & Hadi, I. (2017). *Tinjauan Peran Perawat Sebagai Edukator Dalam Memberikan Pelayanan Keperawatan Pada Pasien Post Op Di Ruang Rawat Inap Bedah RSU*

Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara. Poltekkes Kemenkes Kendari.

Wiliyanarti, P. F., FIRDHAUSYA, I. A., ADELIA, S. P., Abdullah, N., & HASANAH, N. U. R. (2018). *Penyuluhan Kesehatan Jiwa (Ansietas)*.

Yumni, F. L., Anifah, S. F., Rizal, R., & Mahmud, E. (2019). Studi Kasus Pemberian Teknik Relaksasi Nafas Dalam Untuk Menurunkan Tingkat Nyeri Pada Ny. A Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut Pada Diagnosa Medis Post Operasi Kista Ovarium Di Ruang Sakinah. *Skripsi*, 0729118905, 57. http://repository.um-surabaya.ac.id/id/eprint/5925%0Ahttp://repository.um-surabaya.ac.id/5925/1/7_Laporan_Penelitian_Bu_Fatiya_-_Done.pdf

