

**ASUHAN KEPERAWATAN POST OP KISTA OVARIUM
PADA NY. S DI RUANG BAITUNNISA 2 RUMAH SAKIT
ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah

Diajukan Sebagai Salah Satu Persyaratan Memperoleh Gelar Ahli
Madya Keperawatan



Disusun Oleh :

SALSABILA FATHIMATUZZAHROO

NIM. 40902000078

**PRODI DIII KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG
2023**

HALAMAN JUDUL

**ASUHAN KEPERAWATAN POST OP KISTA OVARIUM
PADA NY. S DI RUANG BAITUNNISA 2 RUMAH SAKIT
ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

SALSABILA FATHIMATUZZAHROO

NIM. 40902000078

**PRODI DIII 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 dengan 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, 18 Mei 2023



Salsabila Fathimatuzzahroo

NIM. 40902000078



HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah Berjudul :

**ASUHAN KEPERAWATAN POST OP KISTA OVARIUM PADA NY. S DI
RUANG BAITUNNISA 2 RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG**

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : SALSABILA FATHIMATUZZAHROO

NIM : 40902000078

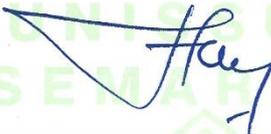
Telah disetujui untuk dipertahankan di hadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Sultan Agung Semarang pada :

Hari : Rabu

Tanggal : 24 Mei 2023

Semarang, 19 Mei 2023

Pembimbing


Ns. Hj. Sri Wahyuni, M.Kep, Sp.Kep.Mat

NIDN : 06-0906-7504

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh Pembimbing untuk dipertahankan di hadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang pada Hari Rabu, 24 Mei 2023
Semarang, 24 Mei 2023

Penguji I

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

NIDN : 06-1804-8901



Penguji II

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

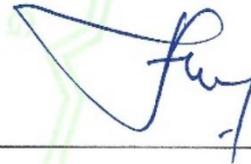
NIDN : 06-2402-7403



Penguji III

Ns. Hj. Sri Wahyuni, M.Kep., Sp.Kep.Mat

NIDN : 06-0906-7504



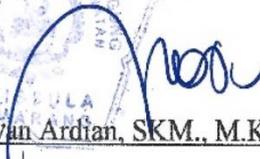
Mengetahui,

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan



Iwan Ardian, SKM., M.Kep.

NIDN. 062.208.7403



HALAMAN PERSEMBAHAN

Alhamdulillah segala puji syukur penulis ucapkan atas kehadiran Allah SWT yang telah memberikan rahmat, hidayah serta karuniaNya sehingga penulis dapat Menyusun Karya Tulis Ilmiah ini hingga terselesaikan. Sholawat serta salam selalu terlimpahkan kepada nabi Muhammad SAW yang selalu dinantikan syafaatnya.

Dalam Karya Tulis Ilmiah ini penulis mempersembahkan untuk :

1. Kepada papah saya, papah Alm. H. Heri Indrayanto. Mamah saya mamah Rumiwati. Kakak-kakak saya, Ika Ratna Martanti S.E ., Ristiawan Ganjar Prakoso S.T, serta seluruh keluarga yang selalu mendoakan, memberi support dan selalu mengingatkan ibadah agar semuanya berjalan lancar.
2. Kepada Kakak ipar saya, Himas Hardini Putri Amd.Kep, orang yang menjadi inspirasi serta menjadi panutan saya untuk menjadi seorang perawat juga.
3. Fakultas Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang tempat penulis menempuh Pendidikan.
4. Dosen pembimbing saya, Ibu Ns. Hj. Sri Wahyuni, M.,Kep.,Sp.Kep.Mat yang telah memberikan waktu, tenaga dan pikirannya untuk memberikan bimbingan hingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan.
5. Teman-temanku Wanita Soleha Intan Savitri, Indri Wulan Sari, Ida Muji Lestari yang selalu menasehati dan mensupport dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Sahabat saya sejak SMA, Julia Puspita Arum yang selalu ada untuk mendengarkan, memberi masukan setiap kali saya curhat serta yang selalu mensupport saya.

KATA PENGANTAR

Assalmualaikum Wr.Wb

Segala Puji bagi Allah SWT yang telah memberikan rahmat, hidayah serta karunia-Nya, sehingga penulis diberikan kesempatan untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini yang merupakan salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Studi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Islam Sultan Agung Semarang dengan judul “Laporan Asuhan Keperawatan Post Op Kista Ovarium Pada Ny. S Di Ruang Baitunnisa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang”

Sholawat serta salam semoga selalu terlimpahkan kepada nabi junjungan kita, Nabi Muhammad SAW, dan semoga atas izin Allah SWT penulis serta teman-teman seperjuangannya mendapat syafa'atnya. Aamiin...

Penyusun Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan berkat doa, dukungan, dorongan, motivasi, bimbingan, serta semangat dari beberapa pihak. Untuk itu penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Allah SWT yang telah memberikan nikmat kesehatan, kekuatan serta kemudahan dalam menyelesaikan tugas-tugas, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Bapak Prof. Dr. Gunarto, SH., MH. selaku rector Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Bapak Iwan Ardian, SKM., M.Kep selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Bapak Ns. Abdurrouf, M.Kep selaku Kaprodi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
5. Ibu Ns. Hj. Sri Wwahyuni, M.,Kep.,Sp.Kep.Mat selaku dosen pembimbing yang selalu memberikan waktu, tenaga dan pikirannya untuk memberikan bimbingan hingga Karya Tulis Ilmiah ini selesai.

6. Bapak dan Ibu dosen serta staff dan karyawan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang selalu membantu penulis selama melakukan aktivitas akademik.
7. Orang Tua tersayang yang selalu mendoakan, mensupport dengan ikhlas dan kasih sayang dalam merawat, mendidik serta memberikan dukungan untuk saya.
8. Semua pihak yang telah membantu saya, baik lahir maupun batin.

Penulis menyadari dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna, baik dari segi materi, maupun Teknik penulisan karena penulis masih dalam keterbatasan pengetahuan serta 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 dan pembaca yang budiman.

Wassalamualaikum Wr.WB

Semarang, 23 Maret 2023

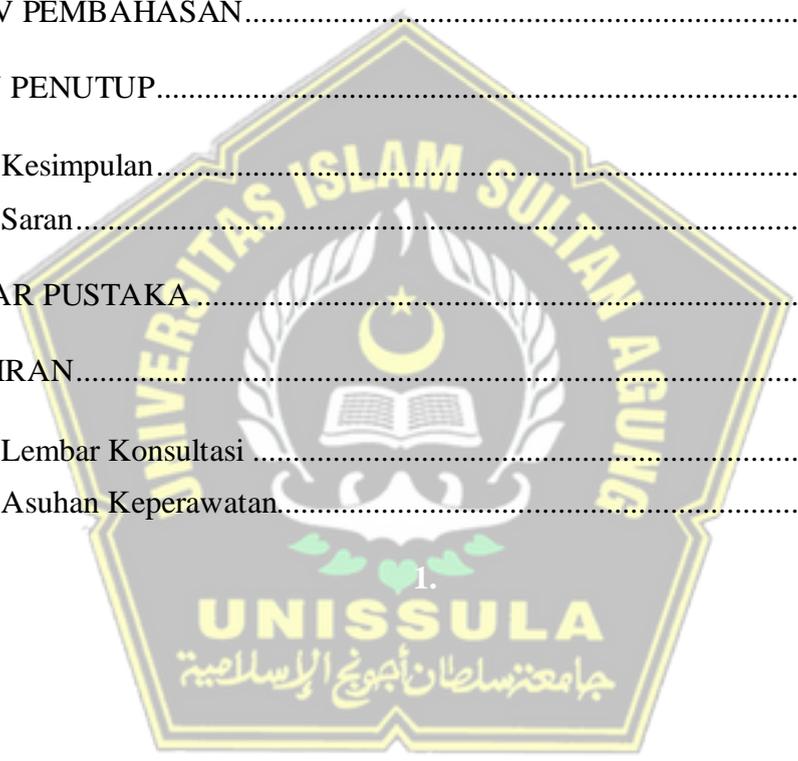


Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	ii
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISM	iii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iv
HALAMAN PENGESAHAN.....	v
MOTTO.....	vi
HALAMAN PERSEMBAHAN.....	vii
KATA PENGANTAR.....	viii
DAFTAR ISI.....	x
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	3
1. Tujuan Umum	3
2. Tujuan Khusus.....	3
C. Manfaat Penulisan	3
BAB II KAJIAN PUSTAKA.....	5
A. Konsep Dasar Kista Ovarium.....	5
1. Pengertian	5
2. Etiologi	6
3. Tanda dan Gejala	7
4. Patofisiologi.....	8
5. Penatalaksanaan	8
6. Komplikasi.....	10
7. Pemeriksaan Diagnostik	11
8. Pathway.....	13
B. Rencana Dasar Keperawatan.....	14

BAB III LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN.....	22
A. Pengkajian Keperawatan	22
B. Analisa Data	32
C. Diagnosa Keperawatan.....	32
D. Intervensi.....	32
E. Implementasi	34
F. Evaluasi	37
BAB IV PEMBAHASAN.....	40
BAB V PENUTUP.....	45
A. Kesimpulan.....	45
B. Saran.....	46
DAFTAR PUSTAKA.....	47
LAMPIRAN.....	50
A. Lembar Konsultasi	50
B. Asuhan Keperawatan.....	52



DAFTAR TABEL

Gambar 2.1 – Pathway	13
Gambar 3.1 – Genogram	23
Gambar 3.2 - Keterangan Genogram	23
Gambar 3.3 – Keterangan Hasil Lab. Klinik.....	28
Gambar 3.4 – Keterangan Hasil Foto Thorax	28
Gambar 3.5 – Keterangan Hasil Lab Klinik Lengkap.....	30



BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Dikehidupan ini kesehatan fisik dan mental memanglah penting bagi setiap orang untuk menjalankan berbagai aktivitas sehari-hari mereka. Kegiatan harian semacam bekerja kemudian berinteraksi dengan orang lain (Sinaga, Ulfah, and Dewi 2021).

Kista ovarium ialah suatu benjolan yang bisa membengkak layaknya balon yang di dalamnya ada cairannya. Benjolan kista ovarium biasanya bertumbuh di indung telur. Kista ovarium itu sendiri bisa disebut sebagai kista fungsional dikarenakan bisa bertumbuh selama wanita mengalami siklus menstruasi yang normal atau pasca sel telur dilepaskan saat ovulasi. Kista ovarium pula bisa berubah sebagai keganasan, yang disebut menjadi kanker ovarium (Widyarni 2020)

Kista Ovarium merupakan sel yang tumbuh secara abnormal yang berada di ovarium, biasanya berbentuk seperti bola atau balon yang berisi cairan, dan kista ini yang awalnya kecil lambat laun bisa menjadi besar. Kista ovarium ini ber dinding tipis dan licin. Ada juga suatu jenis kista yang ada di ovarium, kista ini adalah kista dermoid. Isi dari kista dermoid ini sangat aneh, ada yang berisi gigi, berisi rambut, ada pula yang berisi lemak. Jumlah dari kista dermoid ini bisa hanya di satu sisi, bisa juga ada di sisi kanan dan kiri. Kista ini juga di hampiri pada wanita dengan usia subur, tapi jarang terjadi di wanita berumur dibawah 20 tahun dan diatas 50 tahun. Jika terdapat kista di ovarium maka fungsi organ reproduksi juga akan terganggu seperti menurunnya kesuburan pada wanita, atau dapat juga kesulitan untuk menjalagi program kehamilan (Kista and Di 2010).

Biasanya kista ovarium akan ditemukan ketika klien melakukan pemeriksaan USG, baik USG abdominal maupun USG transvaginal dan USG transrectal. Sekitar 18% kasus kista ovarium yang bersifat jinak ditemukan pada wanita dengan postmenopause, dengan 10% sisanya

merupakan kista ovarium yang mengarah kesifat ganas. Sementara kista ovarium fungsional, biasanya terjadi pada wanita yang masih dalam usia reproduktif dan jarang terjadi pada wanita dengan postmenopause. Tidak ada pernyataan umum yang spesifik tentang persebaran umur mengenai bisa terjadinya penyakit kista ovarium (MUFIAH 2019). Menurut Data statistik yang bersumber dari WHO (*World Health Organization*) mengatakan kejadian wanita dengan kista ovarium hampir terjadi di seluruh negara maju dengan rata-rata 10 :100.000 penduduk, kecuali Jepang dengan rata-rata 6,5 : 100.000 penduduk (Sanglah, Periode, and Sampai 2020)

Menurut (Widyarni 2020) kasus kista ovarium di Indonesia yang terjadi di tahun 2015 terdapat 23.400 jiwa dengan kasus yang meninggal dunia 13.900 orang. Kasus meninggal dunia akibat kista ovarium terjadi karena karena penyakit kista ovarium ini pada awalnya bersifat *asimptomatik* dan baru akan menimbulkan keluhan ketika sudah terjadi metastasis, sehingga 60 – 70 % kelen datang saat sudah stadium lanjut. Dari data survey demografi Kesehatan Indonesia, kasus terjadinya kista ovarium di Indonesia meningkat hingga 37,2 % dan biasanya sering terjadi pada wanita subur berusia 20 – 40 tahun, atau pada usia pubertas kurang dari 20 tahun yang sedikit terjadi. Factor pemicu terjadinya kista ovarium seperti *mullipara*, kelahiran anak pertama pada usia lebih dari 35 tahun, perempuan dengan Riwayat keluarga melahirkan berusia kurang dari 25 tahun (Society 2020).

Berdasarkan hasil data pada bulan Januari – Maret 2017 di Rumah Sakit Islam Sultan Agung menunjukkan bahwa penderita kista ovarium sebanyak 16 orang (Dewinta 2020). Sementara data dari laporan yang ditunjukkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten / Kota yang didapatkan dari RS dan Puskesmas di Jawa Tengah pada tahun 2015, kasus kista ovarium di Jawa Tengah adaah 2.299 kejadian (Widyarni 2020).

Wanita dengan usia reproduktif (usia kurang dari 40 tahun), biasanya beresiko kecil mengalami tumor ovarium dengan keganasan,

dengan begitu kista ovarium bisa dikontrol dengan melakukan USG Pelvik. Ada pula yang berubah menjadi tumor ovarium ganas yang beresiko terjadinya karsinoma, biasanya ini terjadi pada perempuan yang memasuki masa *menopause*. Kista Ovarium terjadi karena adanya gangguan saat pembentukan hormone di hipotalamus, hipofise atau di ovarium. Kista ovarium dapat tumbuh karena folikel yang tidak berfungsi selama siklus menstruasi berlangsung (MUAFIAH 2019).

Peran perawat dalam menangani kasus pasien dengan Post Op Kista Ovarium diperlukan untuk memberikan asuhan keperawatan kepada pasien, yang difokuskan pada manajemen nyeri, manajemen energi dan pencegahan infeksi. Peran perawat sebagai pendidik Kesehatan atau *health educator* adalah memberikan Pendidikan Kesehatan tentang penyakit kista ovarium, cara perawatannya serta cara pencegahannya, sehingga pasien serta keluarga pasien mampu merawat pasien dengan benar dan mampu melakukan pencegahan terjadinya penyakit kista ovarium. Peran perawat sebagai konselor yaitu memberikan edukasi serta motivasi kepada pasien dengan Post OP Kista Ovarium untuk mengurangi kecemasan, stress dan persepsi buruk tentang penyakitnya kedepannya.

Berdasarkan paparan diatas penulis tertarik untuk mengangkat kasus Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Post OP Kista Ovarium di Ruang Baitunnisa 2, Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

B. A. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Melaksanakan serta memaparkan tentang kasus asuhan keperawatan pada Ny. S dengan diagnose Post Operasi Kista Ovarium di Ruang Baitunnisa 2, Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui konsep permulaan dari Penyakit Kista Ovarium
- b. Mengetahui konsep permulaan asuhan keperawatan pada klien dengan Post OP Kista Ovarium

- c. Melakukan tindakan Asuhan Keperawatan pada klien dengan Post OP Kista Ovarium mulai dari mengkaji, perumusan masalah, menentukan diagnosa keperawatan, menentukan intervensi, mengimplementasikan rencana kegiatan serta mengevaluasi hasil intervensi keperawatan.

C. Manfaat Penulisan

Karya Tulis Ilmiah yang sudah penulis rangkai ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi berbagai pihak, diantaranya “

1. Pihak Institusi Pendidikan

Digunakan sebagai acuan meningkatkan keilmuan pelajar/mahasiswa tentang asuhan keperawatan pada klien kondisi Post OP kista ovarium.

2. Pihak Profesi Keperawatan

Bermanfaat sebagai penambah pemahaman, wawasan dan sebagai objek atau informasi untuk menggunakan ilmu keperawatan khususnya pada klien kondisi Post OP kista ovarium.

3. Pihak Rumah Sakit

Bermanfaat menjadi objek edukasi, masukan serta untuk menambah mutu pelayanan keperawatan pada klien kondisi Post OP kista ovarium.

4. Bagi Pihak Masyarakat

Dapat digunakan untuk bahan masukan pengetahuan dalam mencegah serta memberikan perawatan pada pasien dengan kondisi Post OP kista ovarium.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medis Kista Ovarium

1. Pengertian

Kista Ovarium ialah suatu penyakit yang menyerang system reproduksi wanita tepatnya di ovarium dengan bentuk kantung yang berisi cairan. Banyak wanita yang terserang penyakit kista ovarium ini, tetapi banyak pula dari mereka saat terserang penyakit ini tapi tidak menimbulkan tanda dan gejala sama sekali. Oleh karena itu, masalah Kesehatan karena kista ovarium ini banyak disebut dengan penyakit *silent killer*. Bisa disebut menjadi penyakit *silent killer* karena memang penyakit ini bisa menyerang secara diam-diam (Lavinia et al. 2020).

Kista ovarium yang tumbuh besar lebih dari 3 cm, secara konsekratif ditangani dengan cara melakukan pemeriksaan ultrasound setiap bulan untuk mengetahui regresi. Sementara Kista Ovarium yang tumbuh lebih besar dari 5 cm bisa melakukan pengecekan dengan USG di setiap minggunya. Pada dasarnya penanganan kistoma pada pasien dengan kista adalah kista ovarium yang bersifat neoplastik memerlukan tindakan operasi pembedahan (laparotomi), sementara kista ovarium yang bersifat nonneoplastik tidak membutuhkan tindakan operasi. Tidak jarang kasus kejadian kista ovarium dapat mengecil dan hilang secara spontan. Dengan demikian, penderita kista ovarium dianjurkan untuk menunggu 2-3 bulan untuk melakukan pemeriksaan ginekologik berulang (Budiana 2015).

Dalam (Wirandani 2014) Kista ovarium adalah suatu penyakit dengan rongga berbentuk kantung yang isinya cairan yang terdapat pada jaringan ovarium. Kebanyakan kasus, kista ovarium bisa bertumbuh pada wanita di masa subur/ pada masa reproduksi. Sebagian besar kista ovarium terjadi karena perubahan kadar hormone pada saat masa

haid, masa produksi dan pada saat masa pelepasan sel telur oleh ovarium.

Menurut (Wirandani 2014) Kista Ovarium adalah sebuah kantung abnormal yang didalamnya terdapat cairan abnormal yang tumbuhnya tak hanya di ovarium, tetapi juga di kulit, paru-paru bahkan bisa tumbuh di otak.

2. Etiologi

Menurut (Ovarium, Ruang, and Sardjito 2019) kista ovarium biasanya di karenakan adanya masalah pembentukan hormone di hipotalamus, hipofisis serta beberapa factor, diantaranya :

1. Faktor Internal

a. Faktor Genetik

Di dalam badan manusia terdapat gen yang bisa memicu terjadinya kanker atau tumor, gen ini disebut dengan gen prontosonkogen. Gen Prontosonkogen bisa timbul pengaruh dari seringnya mengkonsumsi makanan yang tidak sehat atau bersifat karsinogen, terpapar polusi dan terpapar radiasi.

b. Gangguan Hormon

Wanita dengan masalah keseimbangan hormon esterogen bisa mencetuskan timbulnya kista.

c. Riwayat Kanker Kolon

Wanita dengan Riwayat menderita kanker kolon juga bersiko terkena kista ovarium, karena kanker kolon itu sendiri bisa bemestastaste dengan rata ke organ yang lain pada tubuh.

2. Faktor Eksternal

a. Jarang Berolahraga

Kegiatan berolahraga mempunyai peran untuk menjaga kebugaran serta kesehatan manusia. Jika jarang berolahraga maka kadar lemak ditubuh akan menumpuk, jika kadar lemak menumpuk maka dapat menyebabkan system peredaran darah menajdi tidak lancar (Ii, Medis, and Ovarium 2014).

b. Merokok dan Mengonsumsi Alkohol

Merokok dan mengonsumsi alkohol merupakan pola hidup yang tidak baik dan sehat. Pola hidup yang tidak sehat bisa menjadi faktor pemicu terjadinya beberapa masalah kesehatan / penyakit seperti kanker, gangguan reproduksi dan gangguan kesehatan lainnya.

c. Konsumsi Makanan Lemak Tinggi

Sering mengonsumsi makanan yang berlemak tinggi dapat menyumbat aliran darah jika tidak diimbangi olahraga, maka dapat terjadinya timbunan zat-zat berbahaya didalam tubuh.

d. Sosial-Ekonomi Rendah

Kehidupan sosial-ekonomi yang rendah juga merupakan faktor yang bisa menyebabkan kista, walau pun orang dengan kehidupan sosial-ekonomi yang tinggi juga bisa menyebabkan kista. Tetapi, baik sosial-ekonomi rendah maupun sosial-ekonomi tinggi apabila tidak diimbangi dengan penjagaan pola hidup yang sehat maka bisa menyebabkan terjadinya penyakit kista.

e. Stress

Stress merupakan salah satu pemicu terjadinya kista. Kebanyakan orang yang mengalami stress justru mereka menerapkan pola hidup tidak baik / sehat semacam merokok, minum alkohol, banyak makan makanan cepat saji, dll.

3. Tanda Dan Gejala

Menurut (Ii 2017) Beberapa wanita dengan kasus kista ovarium mengeluh tidak ada tanda dan gejala yang berbahaya, mereka mengatakan hanya nyeri tingkat sedang.. Tetapi terdapat kista yang bertumbuh besar dapat menimbulkan nyeri yang berkepanjangan. Untuk memastikan adanya penyakit kista ovarium ini tidak bisa dipastikan dilihat dari tanda dan gejalanya saja, karena gejalanya kemungkinan mirip dengan keadaan lain seperti kehamilan ektopik, radang panggul,

atau kanker ovarium. Meskipun demikian, tetap harus memperhatikan setiap gejala maupun perubahan pada bentuk tubuh. Berikut merupakan gejala-gejala yang biasanya terjadi pada penderita kista ovarium :

- a. Mengeluh rasa penuh dan kembung pada perut
- b. Susah buang air kecil
- c. Menstruasi yang tidak teratur
- d. Rasa sakit pada panggul yang bersifat terus atau terkadang kambuh yang menyebar ke panggul bawah dan paha
- e. Rasa ingin muntah
- f. Nyeri senggama
- g. Pergeseran payudara mirip seperti kehamilan.

4. Patofisiologi

Dalam (Ii 2014), disetiap harinya, indung telur atau ovarium akan bekerja memproduksi folikel de graff, lalu begitu oosit matur akan dilepas. Telur yang matang kemudian dibuahi, folikel menjadi ruptur dan akan menjadi korpus luteum. Korpus luteum mengecil dan akan menghilang dalam waktu 2-3 minggu dan akan terus berulang sesuai siklus haid pada seorang wanita. Namun jika terjadi gangguan pada proses siklus ini akan membentuk kista. Kista dapat terbentuk jika fungsi ovarium menjadi abnormal, yang akan menyebabkan penimbunan folikel yang terbentuk secara tidak sempurna di dalam ovarium. Folikel tidak mengalami ovulasi karena LH surge tidak terjadi menyebabkan pembentukan folikel tidak sempurna, folikel tersebut gagal mengalami pematangan dan gagal melepaskan sel telur, terbentuk secara tidak sempurna di dalam ovarium karena itu terbentuk kista ovarium.

5. Penatalaksanaan

Menurut (Ovarium, Ruang, and Sardjito 2019) penatalaksanaan pada pasien dengan kista ovarium ialah berikunya dibawah ini :

- a. Observasi

Kista Ovarium biasanya bisa tumbuh dengan normal, yaitu bisa disebutkan dengan kista fungsional. Disetiap ovulasi pada kista fungsional, sel telur akan melepaskan keluar ovarium hingga terbentuk kantung tempat telur. Kista fungsional biasanya akan mengecil sesudah 1 sampai 3 bulan, sebab itu dokter biasanya akan menyarankan pasien untuk kembali berkonsultasi setelah 3 bulan untuk memastikan kista tersebut telah hilang atau belum.

b. Terapi Hormon

Pemberian terapi pengobatan penyakit dengan gejala hormone androgen yang tinggi dapat dilakukan dengan memberikan pil KB (gabungan dari hormone estrogen dan hormone progesterone) yang dapat di tambah kan dengan obat *anti androgen progesterone cyproteronasetat*.

c. Tindakan Operasi Pembedahan

Tindakan ini perlu dilakukan dengan pertimbangan usia pasien, tanda dan gejala yang dirasakan pasien dan diameter kista. Pasien dengan kista fungsional dan masih menstruasi, oleh dokter tidak dilakukan tindakan operasi. Sedangkan apabila hasil dari pemeriksaan sonogram dengan gambaran kista nonfungsional, dan kista berdiameter besar, oleh dokter dianjurkan untuk melakukan tindakan operasi pengangkatan kista. Begitu juga dokter akan menyarankan dilakukan tindakan operasi pengangkatan kista pada wanita yang sudah menopause

Prinsip pengobatan kista dengan tindakan pembedahan yaitu:

- a) Jika kista berukuran kecil (contoh : seukuran permen) lalu tidak ditemukan ciri-ciri keganasan setelah melakukan pemeriksaan sonogram, kemudian dokter biasanya akan melakukan pembedahan yang dinamakan *laparaskopi*. Dengan dilakukan prosedur pembedahan ini alat *laparaskopi* akan di masuk kan ke dalam rongga panggul dengan cara menyayat kecil pada area

dinding perut, seperti sayatan yang segaris dengan arah rambut kemaluan.

- b) Jika ukuran kista lebih dari kecil (sedang / besar) dilakukan tindakan operasi pengangkatan kista yang dinamakan *laparotomy*. Prosedur tindakan pembedahan dengan *laparotomy* ini menggunakan bius total. Dilakukannya tindakan *laparotomy* ini bisa mengetahui keadaan kista sudah mengarah keganasan atau belum.

Selain itu, menurut (Ii 2014) ada beberapa Tindakan operasi yang dilakukan jika ukuran kista ovarium besar, yaitu :

- a) Kisterektomi, yaitu prosedur pembedahan dengan cara hanya mengangkat kista pada ovarium dengan tidak mengangkat ovarium.
- b) Ooferektomi, yaitu tindakan pembedahan pengangkatan kista ovarium yang membesar dan di curigai terdapat sel kanker pada ovarium. Selain itu jika semua organ ovarium dilakukan tindakan operasi pengangkatan maka disebut dengan tindakan *Ooferektomi Parsial*.
- c) Histerektomi, yaitu tindakan operasi dengan mengangkat Rahim dan juga mengambil satu / dua ovarium yang tergantung dengan usia pasien.
- d) Salingo – Ooferektomi, yaitu tindakan pembedahan dengan cara mengangkat ovarium dan *tuba fallopi*. Jika tindakan pembedahan hanya diberikan pada satu sisi ovarium maka dinamakan dengan tindakan *Salpingo – Ooferektomi unilateral*. Jika tindakan pembedahan dilakukan di dua sisi ovarium maka disebut dengan *Salpingo – Ooferektomi bilateral*.
- e) Histerektomi Total, yaitu tindakan pembedahan dengan cara mengangkat ovarium, *tuba fallopi* dan Rahim.

6. Komplikasi

Pada sebagian besar kasus, kista ovarium bersifat jinak dan asimtomatik sehingga tidak memerlukan penanganan lebih lanjut. Namun pada kasus-kasus tertentu, kista ovarium dapat menimbulkan komplikasi seperti torsi, ruptur, dan perdarahan (Sanglah, Periode, and Sampai 2020).

Menurut (Ii, Medis, and Ovarium 2014) Komplikasi-komplikasi yang dapat terjadi pada kasus kista ovarium adalah sebagai berikut :

- a) Pendarahan Di Dalam Kista, keadaan ini menjadi terus – menerus dan terkadang juga menjadi jarang /sedikit sehingga terjadi pembesaran pada kista ovarium dan kemudian menyebabkan kondisi *anemia* (kekurangan darah) pada penderitanya.
- b) Putaran Tangkai, biasanya berlangsung pada tumor yang mempunyai tangkai dengan ukuran 5cm / lebih. Putaran pada tangkai dapat menimbulkan gangguan sirkulasi akut dan terjadilah *nekrosis*.
- c) Robekan Dinding Kista, berlangsung pada *torsi* tangkai namun bisa juga hasil dari trauma (seperti : jatuh / hantaman di perut)
- d) Proses Keganasan maupun infeksi (kemerahan, rasa panas, perbesaran, dan rasa sakit)
- e) Indikasi pendalaman tumor *fibroid* dapat memicu keluhan konstipasi (sulit BAB)

7. Pemeriksaan Diagnostic

Pengetahuan atau kesadaran tentang onset, waktu, pencetus, dan spesifikasi perlu di observasi secara benar dan baik demi mengetahui keparahan dari kista ovarium. Tidak hanya melakukan anamnesis yang bersumber pada keluhan dan tanda-gejala fisik, Riwayat keluarga serta factor resiko amat penting untuk di observasi. Pasien dengan mempunyai Riwayat keluarga serta Riwayat pasien sendiri yang mempunyai keluhan yang sama juga perlu di observasi. Riwayat keadaan menstruasi seperti apakah adanya rasa sakit saat menstruasi, bagaimana volume darah serta lama siklus menstruasi juga perlu di

obesevasi pada pasien yang dicurigai dengan kondisi kista ovarium. Selain itu, riwayat obsterik masa lalu, serta Riwayat operasi serta pemakaian kontrasepsi juga perlu di kaji. Jika dicurigai adanya temuan kista ovarium atau ditemukannya massa, maka diperlukan juga pemeriksaan fisik lebih lanjut seperti Pengecekan tanda – tanda vital, pemeriksaan pada abdomen dan pemeriksaan lainnya yang lebih lanjut. Apabila ditemukannya dan dirasakannya massa pada saat melakukan pemeriksaan abdomen maka data yang perlu dikaji adalah letak, bentuk, ukuran, pergerakan/perpindahan serta mengkaji ada atau tidaknya sakit atau nyeri (Suryoadji et al. 2022).

Selain itu, pemeriksaan lain yang dapat dilakukan adalah :

a) USG

Pemeriksaan ultrasonografi (USG) transvaginal menjadi pilihan awal, jika pemeriksaan Ultrasonografi (USG) Transvaginal tidak bisa dilakukan maka selanjutnya dilakukan Pemeriksaan Ultrasonografi (USG) transabdominal untuk pilihan alternative.

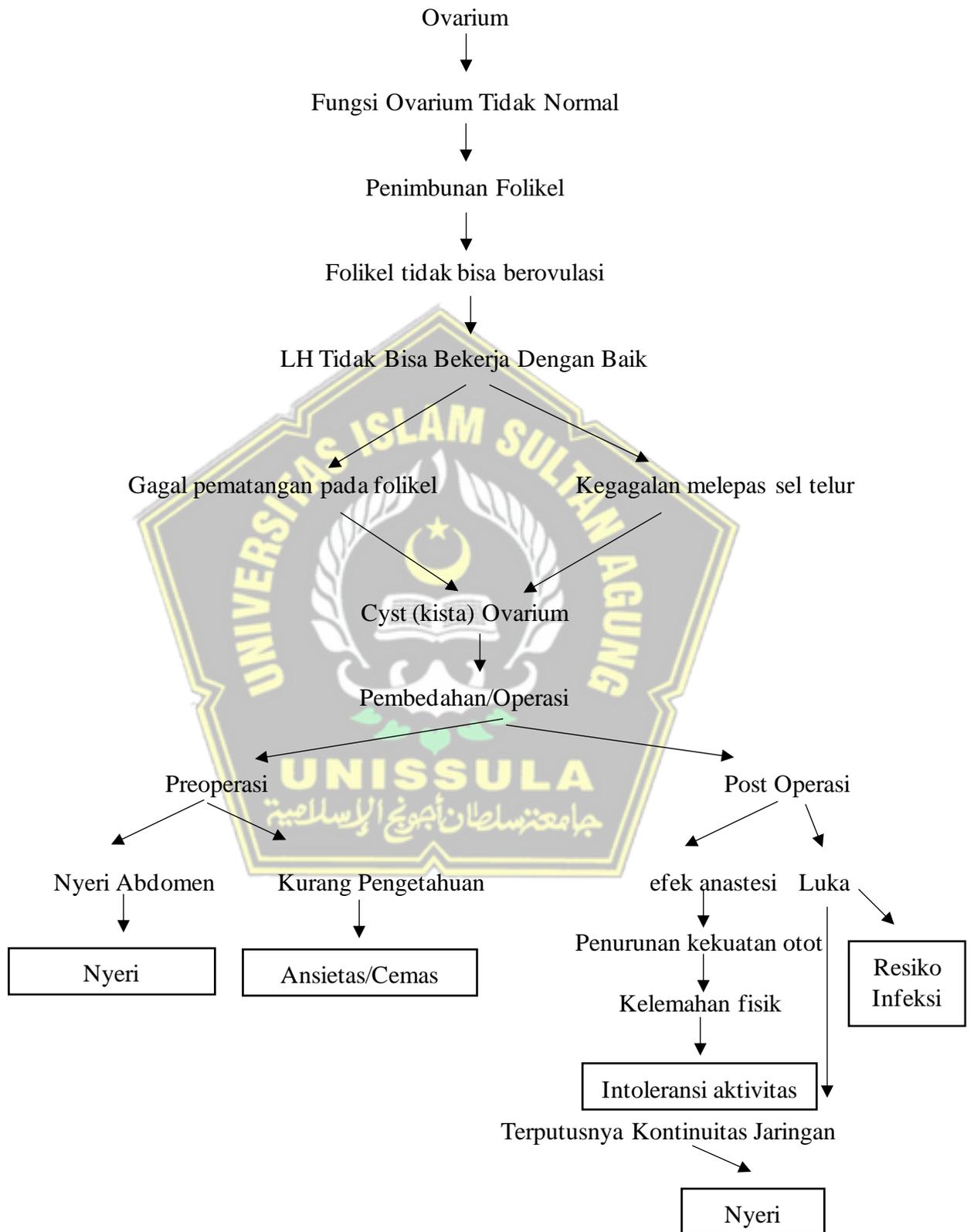
b) CT-Scan

Jika di dapatkan hasil Pemeriksaan Ultrasonografi (USG) dengan tanda keganasan, maka pemeriksaan akan dilakukan dengan cara pemeriksaan / pengecekan lainnya. Pengecekan adanya kista ovarium juga bisa dilakukan dengan cara CT-Scan dilakukan untuk memeriksa ada nya keadaan metatastis, asites / tumor primer di organ primer yang lain.

c) MRI

Pengecekan kista ovarium bisa dilakukan melalui MRI, dilakukan guna melihat kondisi / keadaan yang tepat guna menentukan diagnose (Suryoadji et al. 2022)

8. Pathway



(Gambar 2.1)

B. Rencana Dasar Keperawatan

1. Analisis Keperawatan

a. Anamnesa

1) Identisan Klien

Meliputi Nama Klien, Usia Klien, jenis Gender Klien, Tempat Tinggal Klien, Agama Klien, Pendidikan Terakhir Klien, Pekerjaan Klien, Status Perkawinan,, nomor rekam medis, Tanggal Mulai di rawat di RS dan diagnose medis.

2) Penanggung Jawab Klien

Meliputi nama penanggung jawab klien, usia penanggung jawab klien, gender penanggung jawab klien, tempat tinggal penanggung jaeab klien, pekerjaan penanggung jawab klien, status ikatan pada klien.

3) Riwayat Keperawatan

Meliputi keluhan yang di rasakan klien, Latar Belakang datang ke RS, keadaan penyebab penyakit, durasi keluhan, timbulnya keluhan, tindakan yang sudah di coba dalam upaya mengurangi rasa sakit.

4) Riwayat Kesehatan Lama

Meliputi pernah mengalami sakit apa, kecelakaan, sudah di rawat sebelumnya, imunisasi, alergi.

5) Riwayat Keluarga

Mencakup, genogram, keluarga pernah mengalami sakit apa, sakit yang sedang diderita keluarga.

6) Riwayat Kesehatan Lingkungan

Meliputi kebersihan Kesehatan lingkungan, kemungkinan terjadinya bahaya.

7) Pola Kesehatan Fungsional

pola istirahat dan tidur, pola nutrisi metabolic, pola kognitif - persepsual sensori, pola seksual reproduksi.

b. Pemeriksaan Fisik

1) Status Kesehatan

Berisi gambaran umum penampilan pasien, GCS, TB, BB dan TTV.

2) Kepala dan leher

Observasi bagaimana bentukan kepala, rambut, observasi adanya pembengkakan kelenjar tiroid, observasi adanya gangguan telinga, observasi jika adanya gangguan menelan, Observasi jika adanya pembengkakan dan nyeri tekan pada gusi, observasi jika adanya penglihatan kabur atau ganda, diplopia, sclera ikterik atau tidak.

3) Sistem intergumen

Kaji apakah ada Turgor kulit melemah, terdapat cedera atau penghitaman akibat luka, kelembaban, suhu kulit didaerah jahitan, tekstur kulit.

4) Sistem pernafasan

Observasi jika ada tanda nafas tersesak, sputum, batuk, sakit dada yang biasanya terjadi oleh pasien post op salpingoovarektomi yang gampang terkena infeksi.

5) Sistem Kardiovaskular

Kaji apakah ada perfusi jaringan melemah, nadi perifer melemah atau menurun, takikardi atau bradikardi, anemia, tekanan darah tinggi.

6) Sistem gastrointestinal.

Observasi jika adanya tanda polidipsi, mual dan muntah, diare, susah BAB, dehidrasi, perubahan berat badan, peningkatan lingkar abdomen, obesitas.

7) Sistem perkemihan

Observasi jika adanya tanda poliuria, retensi urin, inkontensia urin, rasa nyeri saat berkemih.

8) Sistem muskulokeletal

Observasi persebaran lemak, persebaran masa otot, bertambah atau berkurangnya tinggi badan, kelelahan, dan rasa sakit.

(Ii and Penyakit 2010)

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnose keperawatan merupakan hasil dari kesimpulan klinis perihal atau tentang seorang, kelompok maupun komunitas yang diakibatkan oleh persoalan Kesehatan ataupun system kehidupan yang sebenarnya dan kemungkinan yang terjadi. Diagnose Keperawatan adalah Langkah permulaan proses perancangan dari asuhan keperawatan. Asuhan Keperawatan searah dengan diagnose keperawatan karena saat proses pengumpulan data – data pengkajian keperawatan dibutuhkan demi mengangkat diagnose keperawatan yang dilihat dari kondisi penyakit pada diagnose medis. (Novieastari 2014)

Diagnose Keperawatan pertama yang bisa ditegakkan pada pasien dengan Post OP Kista Ovarium diantaranya adalah diagnose ke satu yaitu Nyeri akut b.d (berhubungan dengan) agen pecedera fisiologis (prosedur operasi) d.d (di tandai dengan) terdapat ringisan di muka pasien, pasien nampak cemas, meningkatnya , keluhan kurang istirahat/tidur. Nyeri akut masuk pada bagian psikologis dan sub bagian nyeri dan kenyamanan (Akut 2019).

Diagnosa keperawatan kedua yang bisa diangkat atas klien keadaan Post Operasi kista ovarium adalah Intoleransi aktivitas b.d (berhubungan dengan) kelemahan fisik. Selanjutnya diagnose ketiga yang bisa diangkat oleh klien keadaan Post Operasi kista ovarium adalah Defisit pengetahuan b.d (berhubungan dengan) kurangnya paparan informasi Selanjutnya diagnose keempat yang dapat diangkat atas klien keadaan dengan Post Operasi kista ovarium adalah Resiko infeksi b.d (berhubungan dengan) Prosedur invasi (Ike and Novianti 2020).

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah berupa perawat memberikan penjelasan mengenai program kegiatan pengarahannya yang terikat pada perkara kesehatan yang dialami klien, supaya klien makin memahami, senantiasa merasa tenang dan dapat respon yang baik (Napitu 2020).

a. Diagnose : Nyeri akut b.d (berhubungan dengan) agen pcedera fisik (prosedur operasi) (D .0077)

Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan, maka tingkat nyeri menurun.

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 :

1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
- b. Diagnosa : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik. (D.0060)

Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan, maka toleransi aktivitas meningkat

Kriteria Hasil : (L.05047)

1. Keluhan Lelah menurun
2. Dispnea saat aktivitas menurun
3. Dispnea setelah aktivitas menurun
4. Frekuensi nadi membaik

Intervensi : Manajemen Energi (I.05178)

Observasi :

1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan
2. Monitor kelelahan fisik dan emosional

3. Monitor pola dan jam tidur
4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas

Terapeutik :

1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan)
2. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif
3. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan
4. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan

Edukasi

1. Anjurkan tirah baring
2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap
3. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang
4. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan

Kolaborasi

1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
- c. Diagnosa : Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0111)

Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan, maka tingkat pengetahuan meningkat.

Kriteria Hasil : (L.12111)

1. Perilaku sesuai anjuran meningkat
2. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat
3. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat
4. Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat
5. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat

6. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun

7. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun

Intervensi : Edukasi Kesehatan (I.12383)

Observasi :

1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat

Terapeutik :

1. Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan
2. Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan
3. Berikan kesempatan untuk bertanya

Edukasi :

1. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan
 2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat
 3. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
- d. Diagnosa : Resiko infeksi berhubungan dengan Prosedur invasi (D.0142)

Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan, maka tingkat infeksi menurun

Kriteria Hasil : (L.14137)

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

Intervensi : Pencegahan Infeksi (I. 14539)

Observasi

1. 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

1. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu

4. Implementasi

Implementasi keperawatan ialah pelaksanaan dari intervensi keperawatan yang telah ditetapkan beserta sasaran dengan kesesuaian dan digunakan untuk mencukupi keperluan klien selain itu juga untuk menambah status kesehatan klien. Implementasi Keperawatan adalah pengaturan kegiatan antara klien, keluarga klien, dan kelompok yang memberi asuhan kesehatan guna melakukan pengawasan dan pencatatan respon klien saat pemberian pemeliharaan kesehatan. Tujuan dari implementasi keperawatan adalah untuk membantu meningkatkan status kesehatan pasien (Beatrik Yeni Sampang 2017).

5. Evaluasi

Menurut (Deswani,2009) dalam (Af'ida 2017) Evaluasi keperawatan adalah memeriksa dan mendalami reaksi atau tanggapan klien sesudah diberikannya intervensi keperawatan dan meninjau kembali asuhan keperawatan yang sudah dilakukan.

BAB III

ASUHAN KEPERAWATAN

A. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan ini dilakukan pada Hari Senin, 27 Juni 2022 Pukul 19.00 WIB. Penulis melakukan asuhan keperawatan Post Operasi Kista Ovarium pada Ny. S. Di ruang Baitunnisa 2, Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang. Diperoleh data/gambaran pengkajian kasus sebagai berikut :

1. Identitas

a. Identitas Klien

Klien bernama Ny. S dengan usia 49 Tahun, jenis kelamin perempuan, pekerjaan wiraswasta, agama islam, alamat rumah Dk. Sekerik RT 09 RW 04 Grogolan Dukuh Seti Pati. Identitas penanggung jawab Nn. S, umur 25 tahun, jenis kelamin perempuan, alamat rumah Dk. Sekerik RT 09 RW 04 Grogolan Dukuh Seti Pati, pekerjaan wiraswasta, hubungan dengan pasien sebagai anak pasien.

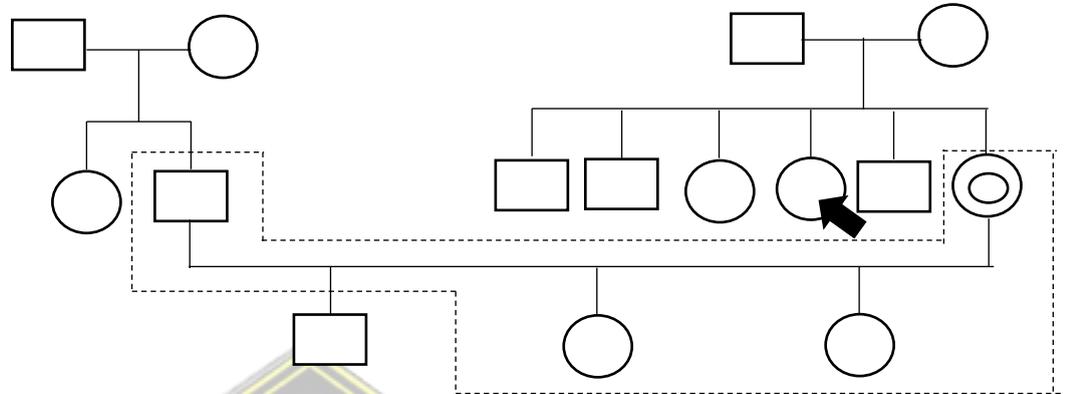
b. Keluhan Utama

Klien mengatakan habis operasi kista ovarium, dan bekas luka operasinya menimbulkan nyeri

c. Riwayat Kesehatan Lalu

Klien mengatakan dulu sekitar 4 tahun yang lalu pernah sakit kista ovarium dan di operasi. Klien tidak pernah mengalami kecelakaan. Klien tidak mempunyai alergi, baik alergi makanan maupun obat-obatan. Klien selalu melaksanakan imunisasi yang dianjurkan oleh pemerintah.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga



(Gambar 3.1 Genogram)

Keterangan :

-  = Laki-laki
-  = Perempuan
-  = Menikah
-  = Garis keturunan
-  = Ny. S
-  = Tinggal Serumah
-  = Ny. S

(Gambar 3.2 Keterangan Genogram)

Klien tinggal serumah dengan suami dan kedua anaknya. Dalam keluarga klien tidak ada yang mempunyai Riwayat penyakit yang sama seperti klien, tetapi ada kakak kandung klien yang mempunyai Riwayat penyakit Hipertensi dan Diabetes melitus.

e. Riwayat Kesehatan Lingkungan

Klien mengatakan selalu menjaga lingkungan sekitar sesuai dengan kemampuan yang pasien bisa dengan maksimal. Klien juga sudah meminimalisir kemungkinan terjadinya bahaya pada dirinya dan keluarganya.

f. Pola Kesehatan Fungsional

1) Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

Sebelum sakit klien mengatakan dirinya selalu memperhatikan pola hidup sehat dan selalu makan makanan yang bergizi. Selama sakit klien akan tetap memperhatikan kesehatannya dan tetap menjaga pola hidup sehat.

2) Pola Eliminasi

Sebelum sakit klien mengatakan untuk pola BAB lancar dan normal, frekuensi satu kali sehari, konsistensi lembek, warna kuning, tidak ada darah maupun lender. Untuk pola BAK sebelum sakit klien mengatakan normal, sehari empat sampai enam kali, urin berwarna kuning, berbau khas urin.

Sesudah dirawat klien mengatakan BAB lancar, hanya saja selama dirawat BAB dua hari sekali, konsistensi lembek, berwarna kuning, tidak ada darah maupun lender. Untuk BAK pasien menggunakan kateter, urin berwarna kecoklatan terkadang tercampur darah, produksi urine empat ratus cc per-hari.

g. Pola Aktivitas dan Latihan

Sebelum sakit klien mengatakan bisa beraktivitas normal, tidak ada gangguan saat beraktivitas seperti makan dan minum, mandi, berpakaian, berpindah. Klien mengatakan sering jalan santai setiap tiga hari sekali.

Sesudah dirawat klien mengatakan ada sedikit gangguan beraktivitas yaitu Sebagian dibantu oleh anaknya seperti mandi, berpakaian, dan berpindah.

h. Pola Istirahat dan Tidur

Sebelum sakit klien mengatakan tidurnya normal, delapan jam per-malam. Tidur malam mulai pukul 20.30 WIB – 04.30 WIB Sesudah sakit klien mengatakan tidurnya menjadi empat sampai lima jam per-malam. Tidur mulai pukul 24.00 WIB – 04.00 WIB,

dengan pola tidur sering terbangun karena tidak biasa dengan suasana rumah sekit dan rasa nyeri bekas operasi.

i. Pola Nutrisi Metabolik

Sebelum sakit klien mengatakan memiliki pola makan dan minum yang normal, yaitu makan tiga kali sehari dengan porsi habis dan minum delapan gelas per-hari, tidak ada penurunan berat badan selama enam bulan terakhir. Setelah dirawat klien mengatakan masih memiliki pola makan yang normal yaitu tiga kali sehari, tetapi pola minumnya berkurang menjadi lima sampai enam gelas sehari karena suhu ruangan yang dingin kadi tidak mudah haus, tidak ada mual dan muntah, tidak ada kesulitan menelan.

j. Pola Kognitif-Perseptual Sensori

Sebelum sakit klien mengatakan tidak ada gangguan pengelihatan dan pendengaran, mampu berinteraksi dengan orang lain dengan baik, kemampuan mengingat, berbicara, menerima pesan yang diterima dan pengambilan keputusan juga masih normal dan baik. Setelah dirawat semua masih sama dengan keadaan sebelum sakit tidak ada gangguan pengelihatan dan pendengaran, mampu berinteraksi dengan orang lain dengan baik, kemampuan mengingat, berbicara, menerima pesan yang diterima dan pengambilan keputusan juga masih normal dan baik. Persepsi Nyeri dengan menggunakan pendekatan P = nyeri di perut (bekas operasi), Q = cenus-cenus, R = jahitan bekas operasi, S = 5, T = 10 menit sekali.

k. Persepsi Diri dan Konsep Diri

Sebelum sakit klien mengatakan penyakitnya hanya penyakit biasa saat menstruasi, klien juga 25etik dan tabah dengan penyakit yang dialaminya. Setelah dirawat klien mengatakan ingin cepat sembuh dari penyakitnya dan supaya bisa segera pulang karena tidak terbiasa dengan lingkungan rumah sakit.

l. Pola Mekanisme Koping

Sebelum dirawat klien mengatakan dalam mengambil keputusan terkadang dilakukan sendiri, terkadang juga dibantu oleh pertimbangan keluarga (suami dan anak). Setelah dirawat klien mengatakan dalam mengambil keputusan selalu meminta persetujuan dari keluarga, selalu menceritakan masalah yang dihadapi dengan keluarganya.

m. Pola Seksual Reproduksi

Klien mengatakan tidak ada masalah dengan pola seksual reproduksinya., masih memiliki gairah seksual. Setelah dirawat klien tidak ada masalah dengan pola seksual reproduksinya tetapi terhalang oleh penyakitnya. Riwayat menstruasi klien mengatakan setiap bulan biasanya normal (menstruasi satu bulan sekali dalam waktu lima sampai sepuluh hari) terkadang juga tidak normal (menstruasi dua kali dalam satu bulan). Riwayat kehamilan klien mengatakan memiliki tiga orang anak.

n. Pola Peran Berhubungan Dengan Orang Lain

Pasien mengatakan sebelum dan sesudah dirawat memiliki kemampuan interaksi yang baik, baik dengan keluarga, perawat di rumah sakit maupun dokter.

o. Pola Nilai Dan Kepercayaan

Klien mengatakan sebelum dan setelah dirawat masih bisa menjalankan ibadah tanpa harus terganggu keadaan lain.

2. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum

Kesadaran komposmentis, penampilan lesu karena kurang tidur, mata sayu dan ada kantung Vital sign Suhu tubuh : 37.5 c, TD : 140/100 mmHg, RR : 26x/menit, N : 120x/menit.

b. Kepala

Bentuk mesocephal, rambut hitam, berish, tidak ada ketombe dan rontok, tidak ada bekas luka, tidak ada massa / benjolan.

c. Mata

Bentuk simetris antara mata kanan dan kiri, berish tidak ada 27etika, pupil isokor dan tidak midriasis, kontungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, fungsi pengelihatana baik, mata sayu karena kurang tidur selama di rumah sakit.

d. Hidung

Normal, bersih, tidak ada 27etika, tidak terpasang alat bantu nafas, tidak adaa bekas luka.

e. Teliga

Telinga normal, bersih, tidak ada serumen dan infeksi, tidak ada bekas luka atau massa yang abnormal, pendengaran normal.

f. Mulut dan Tenggorokan

Normal, gigi warna putih kekuningan dan lengkap, tidaka da bekas luka, tidak ada gangguan berbicara, mukosa bibir lembab.

g. Dada

Jantung, Inspeksi : bentuk dada simetris, Palpas : lectus cordis teraba, Perkusi : Terdengar sonor, Auskultasi : suara jantung normal, tidak ada suara tambahan.

Paru-pari, Inspeksi : bentuk dada simetris, palpasi : tidak ada massa atau benjolan, perkusi : terdengana suara sonor, auskultasi : vesikuler, tidak ada rongki dan mengi.

h. Abdomen

Inspeksi : ada sayatan dan jahitan bekas operasi, Auskultasi : bising usus 18x/menit, Perkusi : bunyi timpani, palpasi : ada nyeri tekan sekita bekas operasi, P : 27etika bergerak, Q : cenus-cenus, R: perut, S : 5, T : kurang lebih 10 menit sekali

i. Genetalia

Besih, terpasang kateter, tidak ada bekas luka.

j. Ekstremitas atas dan bawah

Ekstremitas atas normal, pergerakan sendi bebas tidak ada kelainan, turgor kulit normal, tidak ada luka, simetris antara kanan dan kiri.

Ekstremitas bawah normal, kaki kanan dan kiri normal, simetris.

Capillary refill <2detik, terpasang infus, tidak ada nyeri tekan di daerah tusukan infus, tidak ada tanda-tanda infeksi.

k. Kulit

Bersih, warna sawo matang, lembab, tidak ada tanda infeksi

l. Data Penunjang

1.) **Pemeriksaan Laboratorium Klinik**

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Keterangan
Klorida (Cl)	H 108.0	95 – 105	mmol/L	
IMUMOLOGI HbsAg (kuantitatif)	0.00	Non reaktif <0.05 Reaktif >=0.05	IU/ml	Metode CLIA

(Gambar 3.3 Keterangan Hasil Laboratorium Klinik)

2. **Pemeriksaan Instalasi Radiologi**

1. **Thorax Besar (Non Kontras)**

Ts. Yth.

RADIOGRAFI TORAKS

COR : Bentuk dan letak

jantung normal.

Elongatio aorta.

PULMO : Corakan bronchovaskuler tampak normal

Tak Nampak bercak maupun nodul ada kedua lapangan

Paru

Diafragma dan sinus costophrenikus kanan kiri baik.

Tak Nampak lesi litik, sklerotik maupun destruksi pada os costa, scapula dan os clavícula yang tervisualisasi

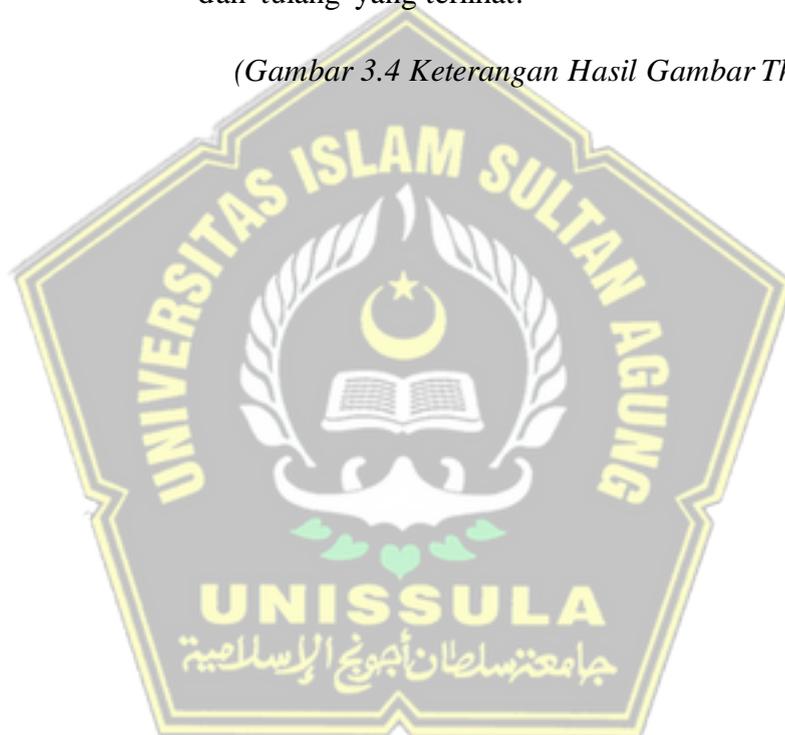
KESAN :

Cor tak membesar.

Pulmo tak tampak infiltrate.

Tak Nampak gambaran metastatis pada pulmo dan tulang yang terlihat.

(Gambar 3.4 Keterangan Hasil Gambar Thorax)



**Pemeriksaan
laboratorium Klinik**

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Keterangan
HEMATOLOGI				
Darah Rutin 1				
Hematokrit	37.5	33.0 – 45.0	%	
Leukosit	7.86	3.60 – 11.00	ribu/ μ L	
Trombosit	36.1	150 – 440	ribu/ μ L	
Golongan Darah/Rh	B/Positif			
PPT				
PT (Kontrol)	12.1	9.2 – 12.4	detik	
APTT				
APTT (Kontrol)	25.9	21.1 – 28.5	detik	
KIMIA KLINIK				
Glukosa	Darah	H 225	<2 00	mg/dl
Sewaktu				
Ureum		2	10 – 50	mg/dl
Creatinin		0.77	0.60 – 1.10	mg/dl
SGOT (AST)		1	0 – 35	U/l
SGPT (ALT)		8	0 - 35	U/l

Elektrolit **K,**
Cl)

Natrium (Na)	136.0	135 – 147	mmo/L
Kalium (K)	3.60	3.5 – 5.0	mmo/L

(Gambar 3.5 Hasil Laboratorium Klinik Lengkap)



m. Diit Yang Diperoleh

Bubur sumsum

n. Therapy

Infus RL 20 tpm, via PO : amlodipine 1x5mg, via IV : cefazoline 29gr 1x1, ceftriaxone 1x2gr, ranitidine 2x1, paracetamol 3x1gr, metronidazol 3x500mg, omeprazole 2x1

B. Analisa Data

Pada tanggal 27 Juni 2022, pukul 19.00 WIB, didapatkan data subjektif yang pertama yaitu klien mengatakan nyeri pada perut di bekas operasi. Pengkajian nyeri P : ketika bergerak, Q : cenut-cenut, R: perut, S : 5, T : kuarnng lebih 10 menit sekali. Sedangkan data objektif terlihat klien meringis kesakitan dan gelisah. Vital sign Suhu tubuh : 37.5 c, TD : 140/100 mmHg, RR : 26x/menit, N : 120x/menit. Penulis menegakkan diagnose Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik.

Kemudian data focus yang kedua didapatkan data subyektif yaitu klien mengatakan selama dirumah sakit menjadi merasa lemah. Sedangkan data Objektif ditemukan mata klien Nampak sayu, wajah lesu, Nampak gelisah. Vital sign Suhu tubuh : 37.5 c, TD : 140/100 mmHg, RR : 26x/menit, N : 120x/menit. Penulis menegakkan diagnose Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

Kemudian data focus yang ketiga didapatkan data subyektif yaitu klien mengatakan ada luka bekas jahita operasi di perut. Sedangkan data obyektif ditemukan klien terlihat tidak nyaman, terdapat jahitan luka bekas operasi di perut. Vital sign Suhu tubuh : 37.5 c, TD : 140/100 mmHg, RR : 26x/menit, N : 120x/menit. Penulis menegakkan diagnose Resiko Infeksi berhubungan dengan prosedur invasi.

C. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik.
2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan
3. Resiko Infeksi berhubungan dengan prosedur invasi.

D. Intervensi

Pada tanggal 27 Juni 2022 disusun intervensi keperawatan berdasarkan intervensi yang sudah dilakukan. Diagnosa yang pertama yaitu Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera fisik. Tujuan dan Kriteria Hasil yang telah ditetapkan yaitu setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 1 x 8 jam diharapkan mendapatkan kriteria hasil tidak terjadi pendarahan pada luka, tidak terjadi kemerahan pada kulit, tidak terjadi hematoma, tidak terjadi kenaikan suhu tubuh. Intervensi yang dilakukan pada diagnose pertama yaitu identifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi dan intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, berikan Teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. Hypnosis, terapi music, biofeedback), jelaskan strategi meredakan nyeri.

Pada diagnose kedua disusun intervensi keperawatan berdasarkan intervensi yang sudah dilakukan. Diagnosa yang kedua yaitu Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Tujuan dan Kriteria Hasil yang telah ditetapkan yaitu setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 1 x 8 jam diharapkan mendapatkan kriteria hasil keluhan sulit tidur menurun, keluhan sering terjaga menurun, keluhan tidak puas tidur menurun, keluhan pola tidur berubah menurun, keluhan istirahat tidak cukup menurun. Intervensi yang dilakukan pada diagnose kedua yaitu monitor pola dan jam tidur, monitor lokasi ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, kunjungan, suara), amjurkan melakukan aktivitas secara bertahap.

Pada diagnose kedua disusun intervensi keperawatan berdasarkan intervensi yang sudah dilakukan. Diagnosa yang ketiga yaitu Resiko Infeksi berhubungan dengan prosedur invasi. Tujuan dan Kriteria Hasil yang telah ditetapkan yaitu setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 1 x 8 jam diharapkan mendapatkan kriteria hasil kesejahteraan fisik meningkat, kesejahteraan psikologis meningkat, perawatan sesuai kebutuhan meningkat, kesulitan tidur menurun. Intervensi yang dilakukan pada diagnose ketiga yaitu monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik, jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara mencuci tangan dengan

benar, ajarkan cara memeriksa kondisi luka dan luka operasi, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi.

E. Implementasi

Pada hari pertama, Senin 27 Juni 2022 penulis melakukan beberapa intervensi untuk diagnose pertama yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Implementasi 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi dan intensitas nyeri, ditemukan data subyektif respon klien mengatakan Nyeri perut bekas operasi dan daerah selang aliran darah bekas operasi, P : nyeri perut, Q : cunut-cunut, R : jahitan bekas operasi, S : 5, T :10 menit sekali, hilang timbul dengan data obyektif respon klien nampak meringis kesakitan dan gelisah, Vital sign Suhu tubuh : 37.5 c, TD : 140/100 mmHg, RR : 26x/menit, N : 120x/menit. Implementasi 2. memberikan Teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, ditemukan data subyektif respon klien memilih terapi music islami dan data obyektif respon klien menikmati music dan Nampak rileks. Implementasi 3. Menjelaskan Strategi meredakan nyeri, ditemukan data subyektif klien mau mengikuti anjuran terapi relaksasi. Data obyektif respon klien mengangguk antusias dan melakukan Teknik nafas dalam.

Selanjutnya Intervensi diagnosa yang kedua yaitu intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Implementasi 1. Memonitor pola dan pola tidur, ditemukan data subyektif klien setelah dirawat ini jam tidurnya berkurang, data obyektif mata klien Nampak sayu. Implementasi 2. Menyediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan), ditemukan data subyektif klien memahami anjuran perawat. Data obyektif respon klien mulai mengurangi cahaya ruangan dengan mematikan Sebagian lampu. Implementasi 3. Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, ditemykan data subyektif respon klien mengatakan mau mengikuti anjuran perawat, data obyektif respon klien mulai belajar berpindah tempat.

Berikutnya intervensi diagnose yang ketiga, yaitu resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasi. Implementasi 1. Memonitor tanda dan

gejala infeksi local dan sistemik, ditemukan data subyektif klien mengatakan paham dengan yang disampaikan perawat. Data obyektif respon klien langsung memeriksa luka jahitan bekas operasi. Implementasi 2. Mengajarkan cara mencuci tangan yang benar, ditemukan data subyektif respon klien akan mengikuti anjuran perawat. Data obyektif respon klien mulai mengikuti Gerakan cuci tangan perawat. Implementasi 3. Menganjurkan cara memeriksa kondisi luka dan luka operasi, data subyektif respon klien paham dengan yang dijelaskan perawat. Data obyektif respon klien Kembali memeriksa luka bekas jahitan operasinya.

Pada hari kedua, Selasa, 28 Juni 2022 penulis melakukan beberapa intervensi untuk diagnose pertama yaitu Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Implementasi 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi dan intensitas nyeri, ditemukan data obyektif respon klien mengatakan Nyeri perut bekas operasi tetapi sudah tidak sesakit kemarin, P : nyeri perut, Q : cunut-cunut, R : jahitan bekas operasi, S : 3, T : terus menerus tapi tidak seintensif kemarin. Data obyektif respon klien ringisan klien Nampak berkurang tetapi klien masih pucat, Suhu Tubuh : 36,9 C Tekanan Darah : 128/80 mmHg, Respirasi : 24x/menit, Nadi : 108x/menit. Implementasi 2. memberikan Teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, ditemukan data subyektif respon klien mengatakan ingin teapi music islami lagi, data obyektif respon klien nampak mulai rileks mendengarkan musik. Implementasi 3. Menjelaskan strategi meredakan nyeri, ditemukan data subkeytif respon klien mengatakan ingin terapi relaksasi nafas dalam lagi. Data obyektif respon klien mulai melakukan Teknik nafas dalam.

Selanjutnya intervensi diagnose kedua yaitu intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Implementasi 1. Memonitor Lokasi dan tidak kenyamanan selama melakukan aktivitas, ditemukan data subyektif respon klien mengatakan nyeri dibekas operasi tetapi tidak sesakit kemarin, data obyektif respon gelisah klien Nampak berkurang. Implementasi 2. Menyediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus, ditemukan

data subyektif respon klien mengatakan ingin mengurangi pencahayaan lagi, data obyektif respon klien Nampak mematikan satu lampu diruangan. Implementasi 3. Menganjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang. Ditemukan data subyektif respon klien mengatakan paham dengan anjuran perawat, data obyektif respon klien Nampak mengangguk antusias.

Berikutnya intervensi diagnose ketiga yaitu resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasi. Implementasi 1. Memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik, ditemukan data subyektif respon klien mengatakan paham dengan penjelasan perawat, data obyektif respon klien mengangguk antusias dan Kembali melihat luka jahitan bekas operasi. Implementasi 2. Mengajarkan cara mencuci tangan yang benar, ditemukan data subyektif respon klien paham dengan ajaran perawat, data obyektif respon klien nampak berusaha melakukan cuci tangan yang benar. Implementasi 3. Menganjurkan cara memeriksa kondisi luka dan luka operasi, ditemukan data subyektif respon klien paham dengan penjelasan perawat, data obyektif respon klien Nampak mengangguk antusias dan kembali melihat luka bekas operasinya, data obyektif respon klien klien mengangguk antusias dan ceria, klien mempraktikkan sendiri Teknik nafas dalam

Pada hari ketiga, Rabu, 29 Juni 2022 penulis melakukan beberapa intervensi untuk diagnose pertama yaitu Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Implementasi 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi dan intensitas nyeri, ditemukan data obyektif respon klien mengatakan nyeri dibekas operasi di perut sudah mulai menghilang, P :nyeri saat gerak karena ada luka bekas operasi, Q : Seperti cunat cunat, R : di perut (bekas sayatan bekas operasi) , S : 1, T : sudah hilang, data obyektif respon klien Nampak tenang, Td : 120/80 mmHg, S : 36,4C, N : 90x/menit, RR : 20x/menit. Implementasi 2. memberikan Teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. Hypnosis, terapi music, biofeedback), ditemukan data subyektif respon klien mengatakan paham dengan

penjelasan perawat dan memilih terapi music lagi. Implementasi 3. Menjelaskan Strategi meredakan nyeri, ditemukan data subyektif respon klien mengatakan paham dan bisa melakukan Teknik nafas dalam sendiri.

Berikut intervensi diagnose kedua yaitu Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Implementasi 1. Memonitor pola dan pola tidur, ditemukan data subyektif respon klien klien mengatakan sudah bisa tidur dengan tenang, data Obyektif respon klien kantung mata klien Nampak pudar, klien Nampak ceria. Implementasi 2. Menyediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan), ditemukan data subyektif respon klien mengatakan sudah nyaman dan mulai terbiasa dengan lingkungan rumah sakit, data Obyektif respon klien nampak lebih rileks daripada hari kemarin. Implementasi 3. Mengajarkan melakukan aktivitas secara bertahap, ditemukan respon subyektif klien mengatakan sudah bisa berpindah tempat tetapi pelan-pelan, data obsyektif respon klien Nampak berjalan pelan-pelan.

Berikut diagnose ketiga yaitu resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasi. Implementasi 1. Memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik, ditemukan data obyektif respon klien mengatakan luka bekas operasinya tidak ada tanda tanda infeksi. Data obyektif respon klien nampak memperlihatkan luka bekas operasinya. Implementasi 2. Mengajarkan cara cuci tangan yang benar ditemukan data subyektif respon klien mengatakan sudah paham dengan cara cuci tangan yang benar, data obyektif respon klien Nampak memperlihatkan cara cuci tangan dengan benar. Implementasi 3. Mengajarkan cara memeriksa luka dan luka bekas operasi, ditemukan respon subyektif respon klien paham dengan penjelasan perawat. Data obyektif respon klien memperlihatkan Kembali luka bekas operasinya di perut.

F. Evaluasi

Pada tanggal 27 Juni 2022 pukul 20.45 WIB hasil evaluasi diagnose keperawatan Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik yaitu S : pasien mengatakan nyeri di perut bagian bekas operasi, P : nyeri perut, Q :

cenut-cenut, R : jahitan bekas operasi, S : 5, T : 10 menit sekali, hilang timbul, O : pasien Nampak meringis kesakitan, Suhu Tubuh : 37,5 C Tekanan Darah : 140/100 mmHg, Respirasi : 26x/menit, Nadi :120x/menit, A :Masalah belum teratasi, P : Lanjut intervensi, menjelaskan strategi meredakan nyeri (relaksasi).

Pada tanggal 27 Juni 2022 pukul 20.50 WIB hasil evaluasi diagnose keperawatan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan yaitu S : pasien mengatakan selama di rumah sakit jadi tidak nyaman, merasa lemah, O : Mata Nampak sayu, wajah pasien Nampak lesu, dan pasien Nampak gelisah., Suhu Tubuh : 37,5 C Tekanan Darah : 140/100 mmHg, Respirasi : 26x/menit, Nadi :120x/menit, A : Masalah belum teratasi, P : lanjutkan intervensi. -memonitor pola dan jam tidur,- memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas

Pada tanggal 27 Juni 2022 pukul 20.55 WIB hasil evaluasi diagnose keperawatan Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasi yaitu S: pasien mengatakan ada luka bekas operasi di perut nyeri tapi tidak ada tanda infeksi, O : pasien terlihat tidak nyaman, terdapat luka bekas operasi di perut pasien. Suhu Tubuh : 37,5 C Tekanan Darah : 140/100 mmHg, Respirasi : 26x/menit, Nadi :120x/menit, A : Masalah belum teratasi, P : lanjutkan intervensi, -memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik

Pada tanggal 28 Juni 2022 pukul 16.50 WIB hasil evaluasi diagnose nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik yaitu S : pasien mengatakan nyeri dibekas operasi di perut sudah mulai menghilang, tetapi kadang masih timbul, P :nyeri saat gerak, Q : cenut cemut, R : di perut, S : 3, T : terus menerus tapi tidak seintensif kemarin, O :pasien Nampak tenang tapi kadang meringis kesakitan, Td : 128/800 mmHg, S : 36,9 C, N : 108x/menit, RR : 24x/menit, A : masalah teratasi Sebagian, P : lanjutkan intervensi, -Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri.

Pada tanggal 28 Juni 2022 pukul 16.55 WIB hasil evaluasi diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan yaitu S : pasien

mengatakan sudah bisa beraktivitas tapi sebentar-sebentar dan pelan-pelan soalnya luka bekas operasi terkadang masih sakit, O : pasien mulai melakukan aktivitas tapi pelan-pelan, A : Masalah teratasi Sebagian, P : Lanjutkan intervensi, -memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas.

Pada tanggal 28 Juni 2022 pukul 16.55 WIB hasil evaluasi diagnose resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasi yaitu S : pasien mengatakan ada luka bekas operasi diperut terkadang nyeri tapi tidak ada tanda infeksi, O : pasien mulai tenang tapi kadang terlihat meringis dan gelisah, Td : 128/80 mmHg, S : 36,9 C, N : 108x/menit, RR : 24x/menit, A : Masalah teratasi Sebagian, P : Lanjutkan intervensi, -Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka dan luka operasi.

Pada tanggal 29 Juni 2022 pukul 09.45 WIB hasil evaluasi diagnose nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik yaitu S : pasien mengatakan nyeri dibekas operasi di perut sudah menghilang, P :nyeri saat gerak karena ada luka bekas operasi, Q : Seperti cunat cunat, R : di perut (bekas sayatan bekas operasi) , S : 1, T : sudah hilang, O :pasien Nampak tenang, Td : 120/80 mmHg, S : 36,4C, N : 90x/menit, RR : 20x/menit, A : Masalah teratasi, P : Tujuan tercapai.

Pada tanggal 29 Juni 2022 pukul 09.50 WIB hasil evaluasi diagnose intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan yaitu S : pasien mengatakan sudah bisa beraktivitas dengan normal, O : pasien Nampak beraktivitas dengan normal, tidak ada ringisan di wajah pasien, A : Masalah teratasi, P : Tujuan tercapai, pertahankan intrevensi

Pada tanggal 29 Juni 2022 pukul 09.55 WIB hasil evaluasi diagnose resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasi yaitu S : pasien mengatakan luka bekas operasinya sudah tidak ada nyeri, O : Pasien sudah sudah tenang dan rileks, ringisan di wajah pasien sudah hilang, Td : 120/80 mmHg, S : 35,4C, N : 90x/menit, RR : 20x/menit, A : Masalah teratasi, P : Tujuan tercapai, -pertahankan intervensi

BAB IV

PEMBAHASAN

Di bagian Bab IV ini akan dipaparkan pembahasan kasus yang penulis angkat mengenai “ Asuhan Keperawatan Post OP Kista Ovarium pada Ny. S di ruang Baitunnisa Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang ” yang dikelola selama tiga hari mulai dari hari Senin, 27 Juni 2022 hingga Hari Rabu, 29 Juni 2022, yang di mulai dari Pengkajian, diagnose, intervensi, implementasi dan evaluasi.

A. Pengkajian

Di bagian pengumpulan data, penulis melaksanakan perkenalan dan memberikan penjelasan dari tujuan serta maksud guna melakukan asuhan keperawatan terhadap klien sehingga klien dan keluarga klien dapat memahami dan kooperatif. Saat melakukan pengkajian penulis menyadari masih banyak data yang kurang tepat dan belum terkaji lebih dalam, diantaranya adalah : Saat pengkajian penulis tidak menuliskan hari ke berapa Ny. S pasca operasi, seharusnya penulis mencantumkan hari ke-0 post operasi kista ovarium pada Ny. S.

B. Diagnose, Intervensi, Implementasi, Evaluasi.

Selanjutnya penulis akan melakukan pembahasan pada masing-masing diagnose keperawatan yang muncul pada klien :

Klien mengatakan ada nyeri dibagian luka jahitan dibekas operasi, dengan Pengkajian nyeri P : ketika bergerak, Q : cunat-cunat, R: perut, S : 5, T : kuarng lebih 10 menit sekali. Sedangkan data objektif terlihat klien meringis kesakitan dan gelisah. Vital sign Suhu tubuh : 37.5 c, TD : 140/100 mmHg, RR : 26x/menit, N : 120x/menit, CRT <2 detik penulis mengangkan diagnose keperawatan nyeri akut b.d (berhubungan dengan) agen pecedera fisik. Klien juga menuturkan sulit tidur karena nyeri yang timbul dan tidak terbiasa dengan lingkungan rumah sakit, penulis tidak menuliskan keluhan klien, seharusnya penulis juga mengangkat keluhan klien menjadi diagnose gangguan pola tidur b.d (berhubungan dengan) kondisi pasca operasi.

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pecedera fisik

Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) yang penulis pahami Nyeri akut ialah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan oleh kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset tiba-tiba atau lambat, ringan sampai berat dan terjadi kurang dari 3 bulan.

Adapun alasan penulis mengangkat diagnose nyeri akut b.d (berhubungan dengan) agen pecedera fisik adalah sebab didapatkan data subjektif yang pertama yaitu klien mengatakan nyeri/sakit pada perut di bekas operasi. Pengkajian nyeri P : ketika bergerak, Q : cunut-cunut, R: perut, S : 5, T : kuarng lebih 10 menit sekali. Sedangkan data objektif terlihat klien meringis kesakitan dan gelisah. Vital sign Suhu tubuh : 37.5 c, TD : 140/100 mmHg, RR : 26x/menit, N : 120x/menit, CRT <2 detik.

Intervensi keperawatan yang dilakukan penulis adalah intervensi yang sudah ditetapkan untuk mencapai tujuan sert kriteria hasil klien diharapkan selama 1 x 8 jam adalah tidak terjadi pendarahan pada luka, tidak terjadi kemerahan pada kulit, tidak terjadi hematoma, tidak terjadi kenaikan suhu tubuh. Intervensi : 1. identifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi dan intensitas nyeri, 2. identifikasi skala nyeri, 3. berikan Teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. Hypnosis, terapi music, biofeedback), 4. jelaskan strategi meredakan nyeri.

Penatalaksanaan nyeri bisa di lakukan melalui pemberian obat dan pemberian non obat. Salah satu cara yang dapat di lakukan supaya mengurangi nyeri setelah operasi kista ovarium ialah dengan mempraktikkan teknik relaksasi pernapasan dalam. Pengaruh Teknik relaksasi setelah operasi kista ovarium, menunjukkan bahwa teknik relaksasi napas dalam dapan mengurangi intensitas nyeri pada pasien pasca operasi kista ovarium. (Yumni et al. 2019)

Penulis dalam melakukan implementasi keperawatan sudah sesuai dengan intervensi yang sudah ditetapkan dan ditemukannya kendala

karena ketika melakukan tindakan, klien dan keluarga klien kooperatif, aktif dan mampu mengetahui tentang strategi meredakan nyeri.

2. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan kelemahan

Seharusnya penulis mengganti diagnose **intoleransi aktivitas** berhubungan dengan kelemahan menjadi **gangguan mobilitas fisik** berhubungan dengan nyeri. Dalam buku Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) yang penulis pahami gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan Gerakan fisik dari satu atau lebih anggota badan. Adapun penulis seharusnya mengganti diagnose **intoleransi aktivitas** berhubungan dengan kelemahan menjadi **gangguan mobilitas fisik** berhubungan dengan nyeri karena didapatkan data subyektif yaitu klien mengatakan selama dirumah sakit menjadi merasa lemah. Sedangkan data Objektif ditemukan mata klien Nampak sayu, wajah lesu, Nampak gelisah. Vital sign Suhu tubuh : 37.5 c, TD : 140/100 mmHg, RR : 26x/menit, N : 120x/menit, CRT <2 detik.

Klien penulis kaji, Ny. S merupakan pasien dengan kondisi pasca operasi yang cenderung hanya bisa berbaring ditempat tidur dan sedikit sulit untuk melakukan aktivitas. Sehingga intervensi yang bisa dilakukan pada Ny. S dengan gangguan mobilitas fisik adalah dengan dukungan mobilisasi.

Intervensi yang seharusnya penulis lakukan sesuai yang sudah ditetapkan oleh Standar Intervensi Keperawatan Indonesia kepada klien adalah, Observasi: Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi. Terapeutik: Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu, Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu, Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. Edukasi: Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, Anjurkan melakukan mobilisasi dini, Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur).

Tujuan diberikannya intervensi keperawatan pada pasien kista ovarium yang terdiagnosis gangguan mobilitas fisik ialah untuk mencapai adaptasi adaptif terhadap perubahan status Kesehatan. Melakukan intervensi pada klien dengan kista ovarium sebelum pembedahan adalah memberikan informasi tentang kemungkinan mobilisasi setelah pembedahan. Selanjutnya intervensi bagi pasien dengan kista ovarium pasca operasi adalah mengajarkan Teknik mobilisasi bertahap jika diizinkan, serta memberikan perawatan sesuai dengan rencana medis. Evaluasi pada pasien kista ovarium pasca operasi bisa dilakukan secara bertahap (Susilowati, Setyowati, and Afiyanti 2018)

3. Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasi

Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) yang penulis pahami, Resiko infeksi adalah keadaan dengan resiko mengalami pengembangan terjangkit organisme patogenik.

Adapun alasan penulis mengangkat diagnosa resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasi adalah ditemukan data subyektif yaitu klien menyatakan ada luka jahitan pasca operasi di perut. Sedangkan data obyektif ditemukan klien terlihat tidak nyaman, terdapat jahitan luka bekas operasi di perut. Vital sign Suhu tubuh : 37.5 c, TD : 140/100 mmHg, RR : 26x/menit, N : 120x/menit, CRT <2 detik.

Intervensi keperawatan yang dilakukan penulis adalah intervensi yang sudah ditetapkan untuk mencapai tujuan serta kriteria hasil klien diharapkan selama 1 x 8 jam adalah kesejahteraan fisik meningkat, kesejahteraan psikologis meningkat, perawatan sesuai kebutuhan meningkat, kesulitan tidur menurun. Tindakan : monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik, jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara mencuci tangan dengan benar, ajarkan cara memeriksa kondisi luka dan luka operasi, menganjurkan untuk meningkatkan asupan nutrisi.

Luka pada proses pasca pembedahan dapat sembuh secara fisiologis yaitu dimulai dari fase inflamasi, epitelisasi, fibroplasia, dan maturasi. Kegagalan mekanis atau kegagalan penyembuhan luka di tempat pembedahan dapat menyebabkan gangguan penutupan yang mengarah ke seroma, hematoma, luka dehisensi, atau hernia. Komplikasi lain yaitu infeksi pada lokasi pembedahan dan cedera saraf. Penatalaksanaan konservatif dilakukan dengan balutan luka dengan kasa steril yang dibasahi larutan NaCl. Diperlukan lingkungan lembab pada luka yang untuk mengurangi ukuran luka, waktu penyembuhan, dan risiko infeksi (Reza and Islamy 2021)

Berdasarkan dari permasalahan yang kita ketahui, salah satu upaya pencegahan infeksi pada pasien pasca operasi adalah dengan cara mencuci tangan, karena mencuci tangan merupakan Langkah yang efektif untuk memutus mata rantai penularan infeksi. Pengurangan serta cara pengendali infeksi harus dilaksanakan penuh oleh perawat, dokter dan semua pihak yang terlibat dalam proses perawatan klien. Penggunaan dan penerapan pedoman kebersihan tangan yang benar merupakan bagian dari kewaspadaan standar serta upaya pengurangan infeksi, sehingga kepatuhan cuci tangan oleh perawat diharapkan dapat mengurangi tanda-tanda infeksi pasca operasi (Sari 2019)

Penulis tidak ada kendala dalam melakukan implementasi keperawatan, penulis sudah melakukan intervensi yang sudah ditetapkan karena saat melakukan tindakan, klien dan keluarga klien kooperatif, aktif, klien mampu mengetahui tanda dan gejala infeksi.

BAB V

PENUTUP

Asuhan Keperawatan Post OP Kista Ovarium pada Ny. S di Ruang Baitunnisa 2, Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang ini dikelola selama tiga hari yang dimulai pada Senin, 27 Juni 2022 sampai Rabu, 29 Juni 2022. Langkah terakhir dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini adalah memberikan kesimpulan dan saran yang dapat digunakan untuk bahan pertimbangan bagi pemberi Asuhan Keperawatan Post OP Kista Ovarium pada Ny. S, yaitu sebagai berikut :

A. Kesimpulan

1. Kista Ovarium

Kista Ovarium ialah salah satu penyakit yang menyerang system reproduksi perempuan berbentuk kantung berisi cairan di ovarium. Banyak wanita yang terserang penyakit kista ovarium ini, tetapi banyak wanita pula yang terserang penyakit ini tanpa gejala. (Lavinia et al. 2020)

Tujuan penulis melakukan Asuhan Keperawatan ini yaitu guna melaksanakan serta memaparkan Asuhan Keperawatan pada klien kondisi diagnose Post OP kista ovarium, selain itu untuk mengetahui konsep dasar dari penyakit kista ovarium, mengetahui konsep dasar asuhan keperawatan pada klien kondisi Post OP kista ovarium.

2. Pengkajian

Pengkajian ini dilakukan dengan Anamnesa kepada Ny. S dengan respon kooperatif, dan didapatkan data Ny. S mengatakan nyeri di luka jahitan bekas operasi, selama di Rumah Sakit dirinya menjadi lemah, dan ada luka bekas jahitan operasi di perut.

3. Diagnosa

Dari masalah keperawatan yang muncul berdasarkan keluhan yang di katakan klien dan berdasarkan data yang telah dikaji penulis didapatkan 3 diagnosa keperawatan yaitu, diagnose pertama Nyeri akut

b.d (berhubungan dengan) agen pencedera fisik, diagnose 2 Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan kelemahan, diagnose ketiga resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasi.

4. Intervensi

Rencana Keperawatan yang sudah ditetapkan dengan tujuan dan kriteria hasil dengan rencana Tindakan telah sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI).

5. Implementasi

Implementasi keperawatan dilakukan di waktu sepanjang tiga hari, yang dilaksanakan dari hari Senin, 27 Juni 2022 sampai Rabu, 29 Juni 2022 dan sudah sesuai dengan intervensi yang sudah tertulis di masing-masing diagnose.

6. Evaluasi

Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 diagnosa selama tiga hari yang dilaksanakan hari dari Senin, 27 Juni 2022 sampai Rabu, 29 Juni 2022 selama 1x8 jam didapatkan hasil evaluasi hari ketiga adalah tujuan tercapai dan masalah teratasi.

B. Saran

1. Institusi Pendidikan

Digunakan sebagai acuan meningkatkan keilmuan pelajar/mahasiswa tentang asuhan keperawatan pada klien kondisi pasca operasi kista ovarium..

2. Pihak Profesi Keperawatan

Bermanfaat untuk menambah pemahaman, wawasan serta sebagai bobjek untuk menerapkan ilmu dalam melakukan asuhan keperawatan klien kondisi pasca operasi Kista ovarium.

3. Pihak Rumah Sakit

Bermanfaat sebagai objek edukasi, masukan serta digunakan untuk menambah mutu pelayanan Kesehatan keperawatan pada klien dengan Pasca operasi kista ovarium.

Daftar Pustaka

- Af'ida, Syakina Noor. 2017. "Tinjauan Pustaka Tinjauan Pustaka." *Convention Center Di Kota Tegal*: 6–25.
[http://repository.umy.ac.id/bitstream/handle/123456789/10559/BAB II.pdf?sequence=6&isAllowed=y](http://repository.umy.ac.id/bitstream/handle/123456789/10559/BAB%20II.pdf?sequence=6&isAllowed=y).
- Akut, Nyeri. 2019. "D.0077 Nyeri Akut." : 1–11.
- Beatrik Yeni Sampang. 2017. "Latar Belakang : Metode : Hasil : Pembahasan : Tujuan :” *Hubungan Berfikir Kritis Dengan Perilaku Caring Dalam Pendidikan Keperawatan Untuk Menjalankan Asuhan Keperawatan*: 1–7.
- Budiana, dr I Nyoman Gede Sastra SPOG. 2015. "Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan Obstetri Dan Ginekologi Ke-7.” *Pkb Obstetri Dan Ginekologi Ke-7*: 129–44.
- Dewinta, Ni Made Nanda. 2020. "Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Ibu Post Operasi Kista Ovarium Dengan Nyeri Akut.” : 1–3.
- Ii, B A B. 2014. "Bab Ii Tinjauan Pustaka.” : 7–40.
- . 2017. "Bab Ii Tinjauan Pustaka.” : 6–22.
- Ii, B A B, A Teori Medis, and Pengertian Kista Ovarium. 2014. "No Title."
- Ii, B A B, and A Konsep Dasar Penyakit. 2010. "TINJAUAN TEORI.” : 4–14.
- Ike, Ade, and Susi Sri Novianti. 2020. "No Title." 4(1): 1–17.
- Kista, Menderita, and Ovarium Di. 2010. "HUBUNGAN ANTARA DUKUNGAN SUAMI DENGAN MEKANISME KOPING ISTRI YANG MENDERITA KISTA OVARIUM DI PURWOKERTO Endang Triyanto Jurusan Keperawatan FKIK Universitas Jenderal Soedirman Purwokerto." 5(1): 1–7.
- Lavinia, Clarissa et al. 2020. "Perancangan Interactive Website Sebagai Media Pengetahuan Penyakit Kista Ovarium Pada Perempuan.” *Jurnal DKV*

Adiwarna 1(16): 11.

<http://publication.petra.ac.id/index.php/dkv/article/view/10349>.

MUAFIAH, ANDI FIRDHA. 2019. "No TitleEΛENH." *Ayan* 8(5): 55.

Napitu, Januarizkah. 2020. "Pengaruh Perencanaan Keperawatan Terhadap Kepuasan Pasien." *Osf.Io/Xswpq/* 1(1).

Novieastari, Enie. 2014. "Diagnosa Keperawatan Sejahtera." *Jurnal Keperawatan Indonesia* 7(2): 77–80.

Ovarium, Kista, D I Ruang, and Irna I Rsup Sardjito. 2019. "GAMBARAN DISFUNGSI SEKSUAL PADA PASIEN DENGAN Oleh : SUKMA LAILLI YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA AKADEMI KEPERAWATAN 'YKY' YOGYAKARTA."

Reza, Rezita Rahma, and Nurul Islamy. 2021. "Burst Abdomen Paska Operasi Laparotomi Kista Ovarium 2 Bulan Lalu (Di RS Luar) Case Report : Burst Abdomen Post Operative Laparotomy Ovarian Cyst 2 Months Ago at External Hospital." *Majority* 10(2): 16–21.

Sanglah, Pusat, Denpasar Periode, and Januari Sampai. 2020. "Karakteristik Penderita Kista Ovarium Di Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar Periode 1 Januari Sampai 30 Juni 2018 1." 9(3): 82–86.

Sari, Ike Prafita. 2019. "Efektitas Kepatuhan Perawat Dengan Kejadian Infeksi Post OP Di Ruang Mawar RSI Nashrul Ummah Lamongan." *Medica Majapahit* 11(1): 29–35.

Sinaga, Dersi Royana, Mariah Ulfah, and Fety Kumala Dewi. 2021. "Studi Fenomologi Kualitas Hidup Pada Pasien Kista Ovarium Di RS . Emanuel Purwareja Klampok."

Society, American Cancer. 2020. "BAB I." (2015): 1–5.

Suryoadji, Kemal Akbar et al. 2022. "DIAGNOSIS DAN TATALAKSANA PADA KISTA OVARIUM : A LITERATURE REVIEW." 14(1): 38–48.

- Susilowati, Yuanita Ani, Setyowati, and Yati Afiyanti. 2018. "Penerapan Teori Adaptasi Roy Pada Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Kista Ovarium." *Ejournal Stikesborromeus*: 39–47.
- Widyarni, Ari. 2020. "Faktor Resiko Kejadian Kista Ovarium Di Poliklinik Kandungan Dan Kebidanan Rumah Sakit Islam Banjarmasin." *Dinamika Kesehatan: Jurnal Kebidanan Dan Keperawatan* 11(1): 28–36.
- Wirandani, Dika sensia. 2014. "Asuhan Kebidanan Gangguan Reproduksi (Kista Ovarium)."
- Yumni, F L, S Fulatul Anifah, R Rizal, and E Mahmud. 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.

