

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

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk
memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan



DISUSUN OLEH:

LIA SEPTIANINGRUM

NIM. 40902000095

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

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

KARYA TULIS ILMIAH



DISUSUN OLEH:

LIA SEPTIANINGRUM

NIM. 40902000095

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

2023

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah 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, 05 Mei 2023



Lia Septianingrum

NIM : 40902000095

HALAMAN PERSETUJUAN

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah Berjudul :

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

Diperiapkan dan disusun oleh :

Nama : Lia Septianingrum

NIM : 40902000095

Telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan tim penguji Karya Tulis Ilmiah
Prodi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang pada :

Hari : Jum'at

Tanggal : 14 April 2023

Pembimbing

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

NIDN. 06-2402-7403

HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI

HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan di hadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi D-III Keperawatan FIK Unissula Semarang pada Hari Kamis Tanggal 22 Mei 2023 dan telah diperbaiki sesuai masukan Tim Penguji.

Semarang, 24 Mei 2023

Penguji 1

Ns. Hernandia Distinarista, M.Kep

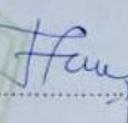
NIDN. 06-0209-8503

()

Penguji 2

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

NIDN. 06-0906-7504

()

Penguji 3

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

NIDN. 06-2402-7403

()

Mengetahui,

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan



Wan Ardian, SKM., M. Kep

NIDN. 06-2208-7403

MOTTO

1. “Maka sesungguhnya bersama kesulitan ada kemudahan. Maka apabila engkau telah selesai (dari sesuatu urusan), tetaplah bekerja keras (untuk urusan yang lain). Dan hanya kepada Tuhanmulah engkau berharap.” (QS. Al-Insyirah,6-8).
2. “Ketetapan Allah pasti datang, maka janganlah kamu meminta agar dipercepat (datang) nya.” (QS. An-Nahl: Ayat 1).
3. “Allah tidak membebani seseorang melainkan sesuai dengan kesanggupannya.” (QS. Al-Baqarah: Ayat 286).
4. “Apapun yang menjadi takdirmu, akan mencari jalannya sendiri untuk menemukanmu.”- Ali bin Abi Thalib
5. “Yakinlah, ada sesuatu yang menantimu setelah sekian banyak kesabaran (yang kau jalani), yang akan membuatmu terpana hingga akan lupa betapa pedihnya rasa sakit.” - Ali bin Abi Thalib
6. “Apabila sesuatu yang kau senangi tidak terjadi, maka senangilah apa yang terjadi.” - Ali bin Abi Thalib
7. "Jangan menjelaskan tentang dirimu kepada siapapun karena yang menyukaimu tidak butuh itu dan yang membencimu tidak percaya itu." - Ali bin Abi Thalib
8. “Jika aku memiliki kesempatan untuk meningkatkan setiap hal dari diriku, maka aku akan bekerja keras untuk mewujudkannya daripada hanya duduk diam.” – Jungkook.BTS

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT yang telah melimpahkan Rahmat, hidayah serta karunia-Nya, sehingga penulis diberikan kesempatan untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Ny. S dengan Post Laparotomi atas indikasi Ca Ovarium diruang Baitunnisa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang”

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini mendapatkan banyak bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak, yang dengan ikhlas membantu dan membimbing penulis demi terselesaikannya karya tulis ilmiah ini. Untuk itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada :

1. Prof. Dr. H. Gunarto, SH., M.Hum selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Iwan Ardian, SKM., M.Kep selaku dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Ns. Muh. Abdurrouf, M.Kep selaku Kaproi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Ns. Hj. Tutik Rahayu, M.Kep., Sp.Kep.Mat selaku dosen pembimbing yang selalu meluangkan waktunya untuk membimbing, memberikan nasehat dan berbagi ilmu yang bermanfaat dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Seluruh dosen pengajar dan staf Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang telah membimbing dan mendidik penulis selama masa pendidikan.
6. Ny. S dan keluarga yang telah bersedia meluangkan waktu dan menjadi objek dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Seluruh perawat dan staf Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang terutama ruang Baitunnisa 2 yang telah bersedia menjadi lahan praktik tempat di ambilnya studi kasus.

8. Kepada kedua orang tua, Bapak dan Ibu penulis tercinta yang telah membesarkan, merawat, mendidik, mendoakan dan memberikan pengorbanan yang tiada habisnya sampai di titik ini.
9. Kakak laki-laki penulis satu-satunya yang tiada hentinya memberikan dukungan selama penulis menempuh pendidikan ini.
10. Teman satu bimbingan Wiwin dan Mai yang sudah sama-sama berjuang dan saling berbagi ilmu.
11. Sahabat dan teman-teman penulis terutama Karisa, Natasha, Anisa, Nila, Kharisma, dan David yang selalu meluangkan waktunya untuk mendengarkan keluh kesah dan memberikan banyak motivasi dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
12. Teman-teman seperjuangan Angkatan 2020 D-III Keperawatan Fakultas Islam Sultan Agung Semarang yang saling memberikan semangat dan telah berjuang bersama selama 3 tahun.



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME.....	iii
HALAMAN PERSETUJUAN PEMBIMBING	iv
HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI	v
MOTTO.....	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR LAMPIRAN	xi
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	4
1. Tujuan Umum.....	4
2. Tujuan Khusus	4
C. Manfaat Penulisan	5
1. Profesi Keperawatan.....	5
2. Perkembangan Ilmu Keperawatan.....	5
3. Masyarakat	5
4. Penulis	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	6
A. Konsep Dasar Penyakit (Kanker Ovarium).....	6
1. Pengertian	6
2. Etiologi	6
3. Patofisiologi.....	7
4. Manifestasi klinis	9
5. Komplikasi	9
6. Pemeriksaan penunjang	10
7. Penatalaksanaan medis	10
8. Pathways.....	12
B. Konsep Asuhan Keperawatan Post Operasi Kanker Ovarium	13
1. Pengkajian Keperawatan	13

2.	Diagnosa Keperawatan	17
3.	Intervensi Keperawatan	18
4.	Implementasi Keperawatan	21
5.	Evaluasi Keperawatan	21
BAB III RESUME ASUHAN KEPERAWATAN		22
1.	PENGAJIAN KEPERAWATAN	22
2.	POLA KESEHATAN FUNGSIONAL	23
3.	PEMERIKSAAN FISIK	30
4.	PEMERIKSAAN PENUNJANG	32
5.	ANALISA DATA	33
6.	DIAGNOSA KEPERAWATAN	34
7.	INTERVENSI KEPERAWATAN	34
8.	IMPLEMENTASI KEPERAWATAN	35
9.	EVALUASI KEPERAWATAN	40
BAB IV PEMBAHASAN		44
A.	Pengkajian	44
B.	Asuhan Keperawatan	45
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)	45
2.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kecemasan (D.0054) ...	47
3.	Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive (D.0142)...	50
4.	Diagnosa tambahan	52
BAB V PENUTUP		56
A.	Kesimpulan	56
B.	Saran	57
DAFTAR PUSTAKA		58

DAFTAR LAMPIRAN

1. Lampiran askep asli
2. Lampiran lembar bimbingan
3. Lampiran berita acara
4. Lampiran hasil turniti



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kanker merupakan salah satu penyakit yang ditimbulkan karena tumbuhnya sel-sel abnormal yang menyebar dengan cepat dan tak terkendali, sehingga menyebabkan jaringan tubuh yang normal akan rusak. Kanker ovarium menjadi salah satu penyebab kematian yang paling umum dari seluruh kanker ginekologi (ISTIGHOSAH & Yunita, 2019). Kanker ovarium memiliki angka kematian tertinggi diantara kanker ginekologi lainnya dengan prognosis yang buruk karena gejala yang tidak spesifik (Hariyono Winarto & Andrew Wijaya, 2020).

Pelaporan diperoleh dari Riskesdas (2018) menunjukkan bahwa penderita kanker di Indonesia yang menjalani pengobatan menggunakan tindakan pembedahan mencapai 61,8%, dengan kemoterapi 24,9% serta dengan metode iradiasi 17,3%. Sedangkan untuk di Jawa Tengah sendiri yaitu 68,0% untuk yang menjalani pengobatan dengan pembedahan/operasi, kemoterapi 26,6% dan radiasi/penyinaran sebanyak 22,1% (*Laporan Riskesdas 2018 Nasional.Pdf*, n.d.). Tiap tahunnya, kanker ovarium bisa sampai 13.310 kasus. Angka ini merupakan 4,3% dari seluruh kasus jenis kanker baru, dan menempati urutan ke- 10 pada kasus kanker baru di seluruh Indonesia. Sedangkan, jika digolongkan ke jenis kanker yang diderita wanita, kanker ovarium menempati urutan ketiga setelah kanker payudara dan kanker serviks. Data ini diambil berdasarkan Globocan 2018 (Country-specific et al., 2021).

Secara total, 125 artikel diterbitkan selama tahun 1925-2018 masuk ke dalam studi. Kanker ovarium menjadi salah satu jenis kanker yang paling umum di kalangan wanita. Meningkatnya faktor risiko kanker telah menyebabkan kecenderungan peningkatan kejadian kanker di dunia. Pada tahun 2018, 4,4% dari seluruh kematian terkait kanker di kalangan wanita disebabkan oleh kanker ovarium. Berbagai faktor mempengaruhi kanker

ovarium yang paling utama adalah faktor genetik. Kehamilan, menyusui, dan pil KB, semuanya berperan dalam mengurangi risiko penyakit ini (Momenimovahed et al., 2022).

Di seluruh dunia, diperkirakan 6 juta wanita didiagnosa kanker setiap tahunnya, dan sekitar 3 juta orang tidak dapat tertolong karenanya. Pada tahun 2018, diperkirakan 300.000 kasus kanker muncul. Sebuah penelitian telah mengumpulkan hasil data dari 1.000 wanita di 39 negara, dan jumlah wanita yang didiagnosis menderita kanker ovarium kemungkinan akan meningkat menjadi 371.000 setiap tahun pada tahun 2035. Meskipun kanker payudara dianggap lebih umum dari kanker ovarium, namun kanker ovarium tiga kali lebih mematikan dari yang dibayangkan. Dan pada tahun 2040, jumlah kematian akibat kanker ovarium diperkirakan akan meningkat tajam. Deteksi dini tertunda karena kematian pada kanker ovarium disebabkan oleh pertumbuhan tumor, gejala yang lambat muncul, dan tes yang kurang memadai untuk mendeteksi gejala (Harsono, 2020).

Faktor penyebab kanker ovarium menurut penelitian epidemiologi menunjukkan adanya faktor genetic, lingkungan, gaya hidup (*lifestyle*) yang mungkin meningkatkan atau bahkan menurunkan risiko terjadinya kanker ovarium. Tak hanya itu, indeks massa tubuh atau berat badan lebih dari normal juga meningkatkan risiko kanker ovarium. Faktor-faktor inilah yang mungkin berpengaruh pada pola dan kecenderungan yang berbeda terhadap angka kejadian kanker ovarium di dunia. Ada dua faktor risiko yang diduga menjadi faktor yang berpengaruh terhadap terjadinya kanker ovarium yaitu faktor reproduksi dan hormonal (Pradjatmo, 2018). Kanker ovarium sangat umum terjadi pada wanita dan pada stadium awal biasanya tidak menimbulkan keluhan. Keluhan baru akan dirasakan ketika sudah memasuki stadium II hingga stadium IV dimana penderita akan mulai merasakan nyeri, anemia, asites hingga terjadi anoreksia. Nyeri yang dirasakan pada pasien kanker ovarium biasanya bersifat kronis, akut

hingga kronis dan intermiten. Kondisi ini didasarkan pada stadium kanker yang dialami (Novitasari & Yuliana, 2022).

Komplikasi yang mungkin terjadi pada kanker ovarium adalah asites, efusi pleura, cedera usus, cedera ureter, cedera vesika yang biasanya disebabkan karena pemasangan kateter dalam waktu yang lama. Selain itu, komplikasi yang muncul setelah dilakukan operasi adalah sepsis, ileus paralitik, dan terjadinya infeksi pada luka operasi. Masalah yang paling umum untuk pasien laparotomi adalah rasa sakit dari luka operasi (Purwoto et al., 2022). Timbulnya nyeri pada luka menyebabkan pasien merasa takut untuk bergerak sehingga dapat menyebabkan gangguan mobilitas fisik jika terlalu lama dibiarkan tidak bergerak, selain itu juga dapat timbul resiko infeksi pada luka. Untuk itu, diperlukan peran perawat agar tidak terjadi komplikasi (Coll & Jones, 2020). Perawatan tersebut diharapkan dapat mengurangi komplikasi pembedahan, mempercepat pemulihan dan secara maksimal mengembalikan fungsi pasien seperti sebelum operasi. Aktivitas fisik dipulihkan segera setelah operasi dengan mobilisasi dini (Yuliana et al., 2021).

Peran perawat sangat dibutuhkan dalam pemberian asuhan keperawatan secara holistic diantaranya sebagai pemberi asuhan keperawatan (*care giver*), pemberi dukungan emosional, educator, dan rehabilitator (Coll & Jones, 2020). Sebagai pemberi asuhan keperawatan, perawat membantu klien sembuh secara holistic. Sebagai pemberi dukungan emosional, perawat memberikan dukungan kepada pasien yang bertujuan untuk meningkatkan manajemen koping. Sebagai educator, perawat dapat memberikan Pendidikan Kesehatan pada pasien untuk meningkatkan pengetahuan pasien terhadap penyakitnya. Sebagai rehabilitator, perawat memfasilitasi klien dan membantu klien untuk beraktivitas seperti semula (Coll & Jones, 2020).

Kualitas caregiver diharapkan dapat ditingkatkan dalam pengembangan bidang perawatan holistik, bio-psikososial-spiritual yang dirancang untuk membantu mengurangi morbiditas pada pasien Ca

ovarium. Berdasarkan latar belakang diatas maka penulis tertarik untuk menulis Karya Ilmiah Akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. S dengan Post Laparatomi atas indikasi Ca Ovarium di ruang Baitunnisa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang”.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Untuk memberikan Asuhan Keperawatan Pada Ny. S dengan Post Laparatomy Atas Indikasi Ca Ovarium di ruang Baitunnisa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

2. Tujuan Khusus

- 1) Mampu melakukan pengkajian keperawatan pada pasien Post Laparatomy dengan penyakit Ca Ovarium di ruang Baitunnisa 2 RSI Sultan Agung Semarang
- 2) Mampu menentukan diagnosa keperawatan yang sesuai pada pasien Post Laparatomy dengan penyakit Ca Ovarium di ruang Baitunnisa 2 RSI Sultan Agung Semarang
- 3) Mampu merencanakan tindakan keperawatan berdasarkan diagnosa pasien Post Laparatomy dengan penyakit Ca Ovarium di ruang Baitunnisa 2 RSI Sultan Agung Semarang
- 4) Mampu melaksanakan implementasi keperawatan pada pasien Post Laparatomy dengan penyakit Ca Ovarium di ruang Baitunnisa 2 RSI Sultan Agung Semarang
- 5) Mampu membuat evaluasi keperawatan pada pasien Post Laparatomy dengan penyakit Ca Ovarium di ruang Baitunnisa 2 RSI Sultan Agung Semarang

C. Manfaat Penulisan

1. Profesi Keperawatan

Manfaat untuk profesi keperawatan yaitu diharapkan bisa memajukan ilmu keperawatan khususnya bidang keperawatan maternitas untuk dapat melakukan tindakan keperawatan yang sesuai pada pasien dengan Post Laparotomi Ca Ovarium.

2. Perkembangan Ilmu Keperawatan

Penulisan ini diharapkan memberikan wawasan tentang teori perawatan pasien pasca operasi kanker ovarium.

3. Masyarakat

Hasil penulisan ini dimaksudkan sebagai sumber informasi bagi masyarakat untuk lebih mengetahui dan memahami penyakit Ca Ovarium.

4. Penulis

Penulisan laporan ilmiah akhir ini diharapkan dapat meningkatkan pemahaman tentang penyiapan, pengumpulan, pengolahan, analisis dan komunikasi data, memperluas pengetahuan keperawatan dan bermanfaat bagi penulis lain, serta dapat diterapkan pada praktik berbasis bukti pada pasien kanker ovarium.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Penyakit (Kanker Ovarium)

1. Pengertian

Ovarium, atau indung telur, adalah kelenjar berbentuk almond yang berada pada kedua sisi rahim tepatnya di bawah bukaan saluran tuba. Saluran tuba yaitu sebuah saluran yang menjadi penghubung antara ovarium dan rahim, berfungsi untuk membawa sel telur ke rahim saat terjadi ovulasi. Ovarium memproduksi sel telur, hormon estrogen dan progesteron. Kanker ovarium merupakan jenis tumor ganas yang berada di indung telur (ovarium) organ reproduksi wanita dan merupakan jenis kanker ginekologi kedua yang paling umum (Diah Novita, 2021).

Kanker ovarium merupakan salah satu penyakit yang ditimbulkan karena tumbuhnya sel-sel jaringan tubuh yang abnormal pada ovarium (ISTIGHOSAH & Yunita, 2019).

2. Etiologi

Berdasarkan penelitian ada faktor yang dapat mempengaruhi perkembangan kanker ovarium. Reproduksi (jumlah kelahiran dan kehamilan, laktasi dan usia saat menopause), obat kesuburan, dan terapi pengganti hormon), gangguan ginekologi, radang panggul dan sindrom ovarium polikistik, lingkungan, dan faktor genetic (Purwoko, 2018). Hasil penelitian (Sembiring et al., 2018) didapatkan :

- 1) Dalam penelitian ini, terdapat lebih banyak faktor keluarga tanpa adanya penyakit keluarga dibandingkan dengan riwayat penyakit keluarga, yang menyebabkan besar kasus kanker ovarium.
- 2) Pada penelitian ini, faktor usia menstruasi dini lebih banyak pada usia menstruasi dini ≥ 11 tahun dibandingkan usia

menstruasi dini < 11 tahun, sebagian besar hasil menunjukkan tidak ada kanker ovarium.

- 3) Penggunaan kontrasepsi hormonal pada penelitian ini tidak lebih banyak menggunakan kontrasepsi hormonal dibandingkan dengan yang menggunakan kontrasepsi hormonal, sehingga mayoritas menderita kanker ovarium.
- 4) Faktor merokok pada penelitian ini lebih banyak bukan perokok dibandingkan yang perokok sehingga mayoritas tidak terkena kanker ovarium.

Pada penelitian epidemiologi menunjukkan adanya faktor genetic, lingkungan, gaya hidup (*lifestyle*) yang mungkin meningkatkan atau bahkan menurunkan risiko terjadinya ca ovarium. Tak hanya itu, indeks massa tubuh atau berat badan lebih dari normal juga meningkatkan risiko kanker ovarium. Faktor-faktor inilah yang mungkin berpengaruh pada pola dan kecenderungan yang berbeda terhadap angka kejadian kanker ovarium di dunia. Ada dua faktor risiko yang diduga menjadi faktor yang berpengaruh terhadap terjadinya kanker ovarium yaitu faktor reproduksi dan hormonal (Pradjatmo, 2018).

3. Patofisiologi

Penyebab pasti Ca Ovarium belum ketahu, ada faktor yang mungkin dapat mempengaruhi perkembangan kanker ovarium. Reproduksi (jumlah kelahiran dan kehamilan, laktasi dan usia saat menopause), obat kesuburan, dan terapi pengganti hormon), gangguan ginekologi, radang panggul dan sindrom ovarium polikistik, lingkungan, dan faktor genetic (Purwoko, 2018). Ada banyak teori untuk menjelaskan penyebab kanker ovarium, antara lain hipotesis ovulasi terus menerus, teori yang menjelaskan asal mula kerusakan lapisan permukaan pada ovarium yang digunakan untuk menyembuhkan luka pada saat terjadinya siklus menstruasi wanita.

Jika dalam proses penyembuhan pada lapisan permukaan tubuh terganggu, maka hal tersebut dapat memicu munculnya sel neoplastik (Nababan et al., 2021). Hipotesis androgen memainkan peran penting dalam perkembangan kanker ovarium. Berdasarkan hasil penelitian, lapisan permukaan pada ovarium mengandung reseptor androgen. Dalam percobaan laboratorium menghasilkan bahwasannya androgen dapat merangsang pertumbuhan lapisan permukaan pada ovarium normal dan sel kanker pada ovarium (Ferawati, 2022).

Meskipun saat menggunakan kontrasepsi oral tidak meningkatkan risiko ca ovarium, namun kemungkinan terjadinya ca ovarium dapat dicegah. Terapi pengganti estrogen pascamenopause selama setidaknya 10 tahun, dikaitkan dengan adanya kenaikan korban yang meninggal karna menderita Ca ovarium. Gen yang menekan tumor seperti BRCA-1 dan BRCA-2 telah terbukti memainkan peran penting dalam perkembangan tumor di banyak keluarga. Pewaris Ca ovarium autosomal dominan dengan mutasi penetran telah dibuktikan dalam keluarga dengan Ca ovarium. Jika seorang wanita menderita kanker pada ovarium sebelumnya, maka dia memiliki peluang 50% kemungkinan terkena kanker ovarium. Tumor ganas kemudian dapat menyebar ke seluruh struktur apapun di perut. Limfosit yang diarahkan ke ovarium juga termasuk salah satu saluran tempat sel-sel ganas menyebar. Semua kelenjar panggul dan perut juga dapat terlibat. Difusi awal kanker ke dalam ovarium melalui jalur intra-abdomen dan limfatik, terjadi tanpa menimbulkan gejala atau tanda-tanda yang mungkin tidak dirasakan secara keseluruhan (Laili Fauzia, 2020).

Gejala yang kemungkinan dialami oleh penderita Ca ovarium adalah rasa berat pada pelvis, polyuria, dysuria, mual, merasa cepat kenyang, bahkan sembelit. Gejala lain yang mungkin muncul seperti kelelahan, gangguan pencernaan, sakit punggung, menstruasi yang tidak teratur, terasa sakit saat berhubungan intim dan juga perut membesar (Harsono, 2020).

4. Manifestasi klinis

Gejala mungkin termasuk berat panggul, poliuria, rasa sakit dan nyeri saat buang air kecil, serta perubahan pada system pencernaan seperti kembung, mual, sakit perut, cepat kenyang, dan sembelit. Beberapa wanita juga mungkin mengalami perdarahan vagina abnormal. Gejala penyakit perut yang berlebihan bisa muncul secara tiba-tiba jika tumor berdarah, ovarium pecah atau terpuntir.

Gejala lain yang mungkin muncul seperti kelelahan, gangguan pencernaan, sakit punggung, menstruasi yang tidak teratur, terasa sakit saat berhubungan intim dan juga perut membesar (Harsono, 2020).

5. Komplikasi

Komplikasi yang mungkin terjadi yaitu :

a. Asites

Kanker ovarium dapat menyebar secara langsung ke area perut dan panggul yang saling berdekatan, sel kanker akan berkembang biak dengan cepat melalui cairan peritoneal ke dalam rongga perut dan panggul. Cairan yang berlebihan pada abdomen inilah yang menyebabkan terjadinya asites.

b. Efusi pleura

Penumpukan cairan tidak normal yang mengandung sel-sel ganas ini, kemudian akan mengalir dari perut melalui kelenjar getah bening dan masuk ke dalam pleura hingga menyebabkan terjadinya penumpukan cairan yang berlebihan (Laili Fauzia, 2020).

Komplikasi lain yang mungkin terjadi pada kanker ovarium adalah cedera usus, cedera ureter, cedera vesika yang biasanya disebabkan karena pemasangan kateter dalam waktu yang lama. Selain itu, komplikasi yang muncul setelah dilakukan operasi adalah sepsis, ileus paralitik, dan terjadinya infeksi pada luka operasi (Purwoto et al., 2022).

6. Pemeriksaan penunjang

a. Pemeriksaan laboratorium

- 1) Tes asam deoksiribonukleat (DNA) dilakukan untuk mendeteksi atau mendiagnosis apakah seseorang mengalami penyakit tertentu karena adanya penyakit keturunan atau karena faktor lain.
- 2) Penanda tumor digunakan sebagai salah satu tes awal untuk menemukan adanya pertumbuhan kanker atau tumor.

b. Pemeriksaan radiologi

- 1) USG perut digunakan untuk memeriksa organ tubuh bagian dalam perut, sehingga akan terdeteksi apakah terdapat adanya kelainan atau penyakit.
- 2) Pemeriksaan CT scan juga dapat dilakukan untuk memberikan informasi mengenai seberapa besar atau lebar kanker, dan juga dimana letak pastinya (Laili Fauzia, 2020).

7. Penatalaksanaan medis

Tindakan atau pengobatan utama untuk kanker ovarium adalah operasi. Selama operasi, pemeriksaan histopatologi juga dilakukan untuk mengetahui ada tidaknya keganasan dan jenis kanker, serta stadium kanker. Kemoterapi juga dilakukan pada pasien yang telah menjalani operasi, kecuali jika penyakitnya hanya terdapat pada ovarium, dan untuk kanker yang sudah tidak memungkinkan untuk dilakukan tindakan pembedahan.

a. Pembedahan dengan Sitoderuksi

Pembedahan ini biasa digunakan untuk mengetahui derajat stadium pada kanker. Sitoreduksi dilakukan pada pasien dengan kanker ovarium yang sudah stadium lanjut. Dengan dilakukannya operasi, harapannya pasien dengan kanker ovarium dapat memperpanjang dan menikmati waktu kelangsungan hidup mereka. Tindakan pembedahan seringkali melibatkan reseksi makroskopis organ lain yang ada didekatnya, seperti dilakukannya

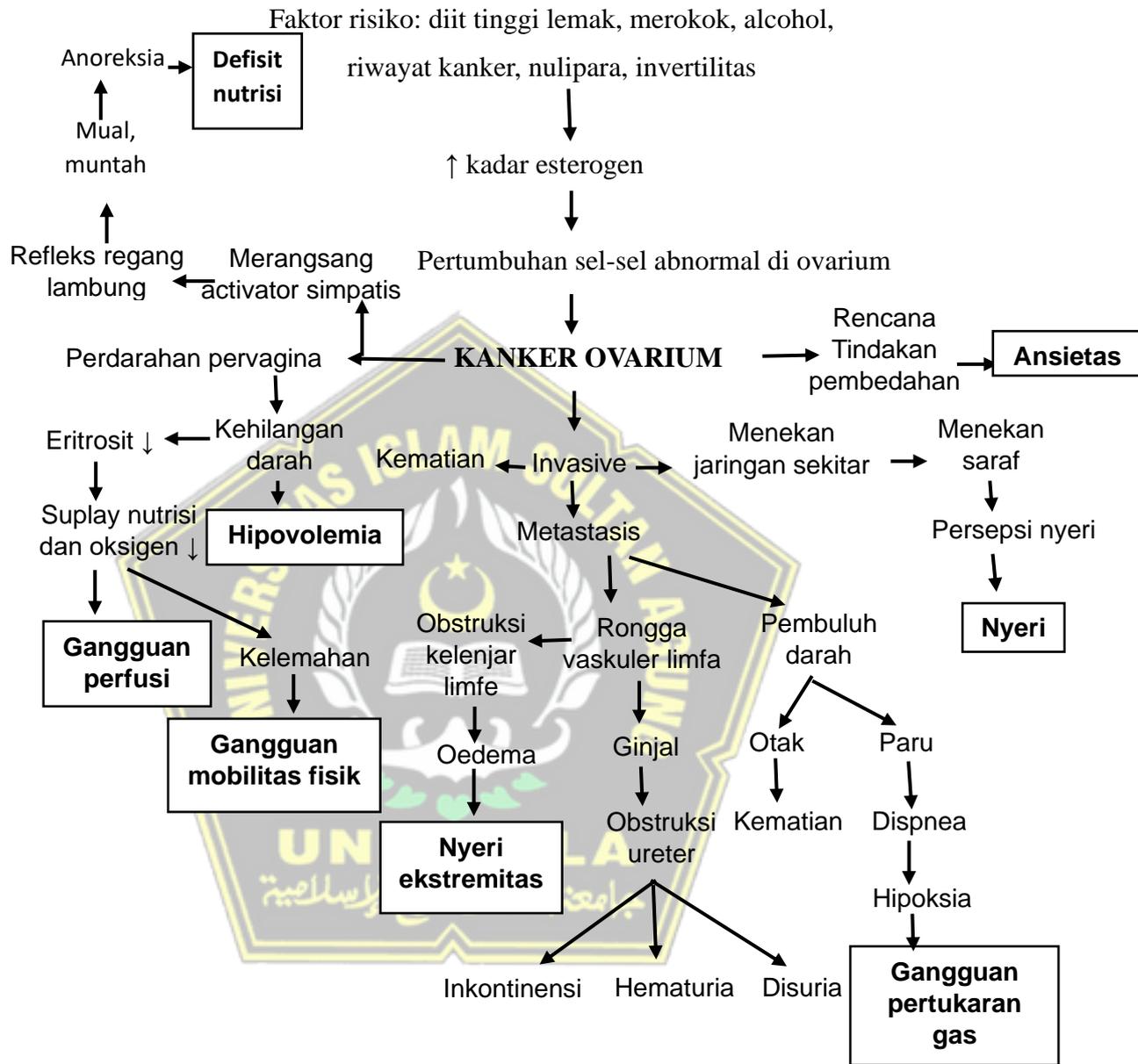
pemotongan pada sebagian organ usus (usus halus atau usus besar), rahim, massa adneksa, dan pengangkatan peritoneum.

b. Penambahan kemoterapi

Kemoterapi tambahan setelah operasi, direkomendasikan untuk pada penderita kanker ovarium yang masih stadium awal (stadium 2 dan lebih tinggi) dan pada penderita dengan gambaran histologis spesifik. Kemoterapi biasanya dilakukan setelah menjalani tindakan operasi, atau bisa juga diberikan pada penderita yang tidak memungkinkan untuk menjalani operasi. Kemoterapi tambahan ini diharapkan dapat memperpanjang kelangsungan hidup penderita ca ovarium (Syarifatunnisa, 2021).



8. Pathways



Gambar 2.1 Pathways Keperawatan Kanker Ovarium

Sumber : (Nababan et al., 2021), (Pradhatmo, 2018), (Sembiring et al., 2018)

B. Konsep Asuhan Keperawatan Post Operasi Kanker Ovarium

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah dasar pemikiran dalam menyampaikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan pasien, ini merupakan tahap awal yang harus dilakukan oleh seorang perawat sebelum melakukan tindakan keperawatan. Pada tahap ini, seorang perawat harus mengumpulkan informasi dari pasien maupun keluarga secara kompleks, baik itu dari biologis, psikologis, sosial maupun dari spiritualnya. Data yang dikumpulkan harus lengkap dan actual, karena informasi yang diberikan akan sangat membantu untuk membuat diagnosa keperawatan dan perawatan yang akan diberikan, pengkajian yang tidak akurat akan mengakibatkan kesalahan tindakan dan mengancam keselamatan pasien (Sitohang, 2019). Adapun urutan pengkajian diantaranya :

a) Data umum

1. Identitas

a. Identitas klien

Meliputi nama lengkap, usia, jenis kelamin, agama, pendidikan terakhir, pekerjaan saat ini, asal suku bangsa, tempat tinggal, diagnose medis pasien, tanggal pengkajian, tanggal waktu masuk.

b. Identitas penanggung jawab

Meliputi nama lengkap penanggung jawab, usia, jenis kelamin, agama, asal suku bangsa, pendidikan terakhir, pekerjaan saat ini, tempat tinggal, hubungan dengan pasien.

2. Keluhan utama

Meliputi keluhan utama yang dirasakan pasien saat dilakukan pengkajian, alasan dirawat inap, lamanya keluhan yang dirasakan, waktu timbulnya keluhan (bertahap atau tiba-tiba), kemudian upaya apa yang dilakukan untuk mengatasi

keluhan yang dirasakan, faktor yang memperberat keluhan tersebut apa saja.

3. Riwayat Kesehatan lalu

Pengkajian ini berupa kemungkinan penyebab terjadinya kanker ovarium dan petunjuk berapa lama kanker ovarium terjadi. Apakah sebelumnya pernah dirawat di rumah sakit.

4. Riwayat Kesehatan keluarga

Pengkajian ini dilakukan untuk mendeteksi kemungkinan adanya Riwayat penyakit keluarga yang berhubungan dengan proses kanker ovarium.

5. Riwayat Kesehatan lingkungan

Meliputi kebersihan rumah, lingkungan serta kemungkinan terjadinya bahaya disekitar lingkungan rumah.

b) Pola Kesehatan fungsional

Meliputi 11 pola kesehatan pasien sebelum sakit dan setelah dirawat yaitu:

1) Pola persepsi dan pemeliharaan Kesehatan

Menjelaskan tentang mengenai pemahaman pasien tentang kesehatan dan bagaimana mengelola kesehatannya.

2) Pola nutrisi dan metabolic

Bagaimana pola makan, adakah keadaan yang mempengaruhi pola makan/minum selama sakit, keluhan dalam makan, penurunan berat badan, dan pola minum.

3) Pola eliminasi

Pola BAB dan BAK, adakah perubahan kebiasaan.

4) Pola aktifitas dan Latihan

Kegiatan yang biasa dilakukan seperti pekerjaan, olahraga dan adakah keluhan yang dirasakan dalam melakukan aktifitas.

5) Pola istirahat dan tidur

Bagaimana kebiasaan tidur (mis. waktu tidur, lama tidur dalam sehari), adakah kesulitan tidur (mis. Mudah terbangun, sulit memulai tidur, insomnia, dll).

6) Pola kognitif-perseptual sensori

Keluhan dalam penglihatan dan pendengaran, kemampuan kognitif, dan respon terhadap nyeri dengan menggunakan pendekatan PQRST,

7) Pola persepsi diri dan konsep diri

Bagaimana harapan pasien setelah menjalani perawatan, hal apa yang dipikirkan, bagaimana perasaannya saat ini.

8) Pola mekanisme koping

Menjelaskan bagaimana pasien mengatasi suatu perubahan yang ada, kemampuan pasien untuk menghadapi stress dan system pendukung.

9) Pola seksual-reproduksi

Pemahaman pasien mengenai fungsi seksual, adakah gangguan saat melakukan hubungan seksual, riwayat menstruasi, kehamilan, dan riwayat pemeriksaan ginekologi.

10) Pola peran-berhubungan dengan orang lain

Mengetahui bagaimana hubungan pasien dengan orang-orang disekitarnya, dan apakah penyakitnya mempengaruhi hubungan tersebut.

11) Pola nilai dan kepercayaan

Bagaimana nilai keagamaan atau tingkat kepercayaan pasien terhadap suatu keyakinan, apakah mengalami kendala selama menjalani perawatan, dan bagaimana sikap yang dilakukan.

c) Pemeriksaan fisik

1) Kepala

Bagaimana bentuk, rambut: warna rambut, kebersihan kepala, adakah rontok pada rambut kepala, ketombe, dll.

2) Mata

Kemampuan dalam melihat, ukuran pupil, bagaimana reaksi mata saat diberikan cahaya, konjungtiva anemis/tidak, memakai kaca mata atau alat lain untuk melihat, ada secret atau tidak.

3) Hidung

Kebersihan hidung, adanya secret, adanya nafas cuping hidung, memakai alat bantu pernafasan.

4) Telinga

Bagaimana bentuk kedua telinga, kemampuan untuk mendengar, apakah memerlukan bantuan untuk mendengar, apa ada kotoran ditelinga, terjadi infeksi atau tidak.

5) Mulut dan tenggorokan

Apakah mengalami gangguan untuk berbicara, warna gigi, bau mulut, nyeri saat menelan atau mengunyah, kesulitan mengunyah/menelan, adakah benjolan di leher.

6) Dada

Jantung : inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi

Paru-paru : inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi

7) Abdomen : inspeksi, auskultasi, perkusi, palpasi

8) Genetalia

Kebersihan, adanya luka, tanda dan gejala infeksi pada genetalia, terpasang kateter atau tidak.

9) Ekstremitas atas dan bawah

a. Bagaimana kukunya, kulit (warna, kebersihan, turgor, edema, keutuhan)

b. Capillary refill time

c. Kemampuan berfungsi (mobilitas dan keamanan)

d. Terpasang infus (tanda-tanda infeksi)

d) Pemeriksaan penunjang

1) Pemeriksaan laboratorium

2) Pemeriksaan radiologi (Laili Fauzia, 2020)

2. Diagnosa Keperawatan

Pada masalah ini, diagnose yang mungkin muncul pada pasien post laparatomi dengan ca ovarium yaitu :

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077) yang merupakan diagnosa utama

Definisi :

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Gejala dan tanda mayor :

Subjektif

1. Mengeluh nyeri

Objektif

1. Tampak meringis
2. Bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri)
3. Gelisah
4. Frekuensi nadi meningkat
5. Sulit tidur

Gejala dan tanda minor :

Objektif

1. Tekanan darah meningkat
2. Pola napas berubah
3. Nafsu makan berubah
4. Proses berpikir terganggu
5. Menarik diri
6. Berfokus pada diri sendiri
7. Daforesis

- 2) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kecemasan (D.0054) sebagai diagnosa kedua

Definisi :

Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

Gejala dan tanda mayor :

Subjektif

1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas

Objektif

1. Kekuatan otot menurun
2. Rentan gerak (ROM) menurun

Gejala dan tanda minor :

Subjektif

1. Nyeri saat bergerak
2. Enggan melakukan pergerakan
3. Merasa cemas saat bergerak

Objektif

1. Sendi kaku
2. Gerakan tidak terkoordinasi
3. Gerakan terbatas
4. Fisik lemah

- 3) Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive (D.0142) diagnosa ketiga (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Definisi :

Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.

3. Intervensi Keperawatan

Berdasarkan diagnosa yang muncul pada masalah ini maka akan dilakukan rencana keperawatan sebagai berikut :

a. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (D.0077)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 7 jam maka diharapkan Tingkat Nyeri menurun, dengan kriteria hasil :

- 1) Keluhan nyeri menurun
- 2) Meringis menurun
- 3) Gelisah menurun
- 4) Kesulitan tidur menurun
- 5) Nafsu makan membaik

Dengan intervensi : manajemen nyeri (I. 08238)

Observasi :

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri
- 2) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

Terapeutik :

- 3) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
- 4) Fasilitasi istirahat dan tidur

Edukasi :

- 5) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- 6) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi :

- 7) Kolaborasi pemberian analgetic

b. Gangguan mobilitas fisik b.d kecemasan (D.0054)

Setelah dilakukan tindakan intervensi keperawatan selama 3 x 7 jam maka diharapkan Mobilitas Fisik meningkat, dengan kriteria hasil :

- 1) Pergerakan ekstremitas meningkat
- 2) Nyeri menurun

- 3) Kecemasan menurun
- 4) Gerakan terbatas menurun

Dengan intervensi : dukungan mobilisasi (I.05173)

Observasi :

- 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- 2) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi

Terapeutik :

- 3) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

Edukasi :

- 4) Anjurkan melakukan mobilisasi dini
- 5) Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)

c. Resiko infeksi b.d efek prosedur invasive (D.0142)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 7 jam maka diharapkan Tingkat Infeksi menurun, dengan kriteria hasil :

- 1) Nyeri menurun
- 2) Kemerahan menurun
- 3) Kadar sel darah putih membaik
- 4) Nafsu makan meningkat

Dengan intervensi : pencegahan infeksi (I.14539)

Observasi :

- 1) Monitor tanda dan gejala infeksi

Terapeutik :

- 2) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien

Edukasi :

- 3) Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- 4) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
- 5) Anjurkan meningkatkan asupan cairan (PPNI, 2018)

4. Implementasi Keperawatan

Tahap implementasi pada proses keperawatan menyesuaikan tindakan/intervensi yang telah direncanakan diawal. Dalam pelaksanaannya memiliki pengaturan yang telah ditetapkan (Beatrik Yeni Sampang, 2019). Perawat melakukan proses perawatan yang sesuai dengan intervensi dan diagnosa berdasarkan kondisi pasien.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan yaitu suatu proses yang ditetapkan untuk menentukan apakah rencana perawatan memiliki efek yang baik, serta untuk melihat apakah perawatan yang diterapkan tercapai. Pada evaluasi keberhasilan dan ketepatan dapat dinilai untuk memenuhi kebutuhan pasien. Perawat perlu mengevaluasi dirinya sendiri agar sadar diri dan meningkatkan hasil yang dicapainya. Perawat harus secara kritis mempertanyakan proses penilaian ini karena sangat penting untuk keberhasilan dukungan pasien (Fatihah, 2019).

BAB III

RESUME ASUHAN KEPERAWATAN

Pada bab ini akan digambarkan tentang resume keperawatan “Asuhan Keperawatan pada Ny. S dengan Post Laparotomi atas indikasi Ca Ovarium diruang Baitunnisa 2 RSI Sultan Agung Semarang” yang meliputi pengkajian, Analisa data, diagnose keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi hasil implementasi. Dan diperoleh gambaran kasus sebagai berikut :

1. PENGKAJIAN KEPERAWATAN

Tanggal 14 Februari 2023 pukul 09.00 WIB, diruang Baitunnisa 2 sumber data pasien dan keluarga pasien metode wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik. Didapatkan data umum identitas pasien yaitu nama Ny. S, umur 37 tahun, jenis kelamin perempuan, agama Islam, Pendidikan SD, pekerjaan swasta, suku/bangsa Indonesia, alamat Suwaduk rt/rw 06/01, Wedarijaksa, Pati. Diagnosa medis Ca Ovarium, tanggal/jam masuk 10 Februari 2023/19.00 WIB. Identitas penanggung jawab yaitu nama Tn. S, umur 43 tahun, jenis kelamin laki-laki, agama Islam, suku/bangsa Indonesia, Pendidikan terakhir SMP, pekerjaan swasta, alamat Suwaduk rt/rw 06/01, Wedarijaksa, Pati. Hubungan dengan pasien adalah suami.

Keluhan utama yang dirasakan pasien saat ini adalah pasien mengeluh nyeri pada luka operasi diperut dan terasa kencang. Status kesehatan saat ini yaitu pasien datang ke RSI Sultan Agung Semarang dengan keluhan nyeri di area perut, nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk dan hilang timbul, nyeri skala 4, nyeri berkurang saat digunakan tidur, pasien tampak meringis. Perut pasien tampak membesar dan sudah berlangsung selama kurang lebih 2 tahun. Pasien mengatakan badanya lemas dan tidak bisa berjalan.

Riwayat kesehatan lalu pasien mengatakan belum pernah mengalami penyakit seperti ini sebelumnya. Pasien mengatakan tidak pernah mengalami kecelakaan. Pasien mengatakan pernah dirawat di

Rumah Sakit Mitra Bangsa Pati sekitar 1 bulan yang lalu karena keluhan pada perutnya. Pasien mengatakan tidak ada alergi apapun, pasien mengatakan lupa dengan imunisasinya.

Riwayat obstetrik pasien sudah menikah selama 16 tahun namun belum pernah mengalami kehamilan dan belum mempunyai anak. Pasien tidak memakai alat kontrasepsi karena belum punya anak. Pasien dan suami ingin sekali mempunyai anak.

Riwayat Kesehatan keluarga susunan Kesehatan keluarga (genogram) pasien adalah anak ketiga dari lima bersaudara, pasien mengatakan ayah dan ibunya masih hidup. Pasien mengatakan dalam keluarganya tidak memiliki riwayat penyakit yang berhubungan dengan penyakitnya saat ini. Pasien menikah dengan Tn. S yang merupakan anak ketiga dari tiga bersaudara. Pasien dan suami mengatakan anggota keluarganya tidak menderita suatu penyakit yang sama dengan pasien.

Riwayat Kesehatan lingkungan pasien mengatakan rumah dan lingkungan tempat tinggal nya tampak bersih dan rapi karena selalu di sapu setiap pagi dan sore hari. Pasien mengatakan tidak terdapat kemungkinan munculnya resiko atau bahaya.

2. POLA KESEHATAN FUNGSIONAL

Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan persepsi pasien tentang kesehatan dirinya, sebelum sakit pasien mengatakan kesehatan baginya sangat penting, mampu memelihara kesehatan diri sendiri dan keluarga dengan baik, sesudah sakit pasien mengatakan kesehatan baginya sangat penting, mampu memelihara kesehatan diri sendiri dan keluarga dengan baik. Pengetahuan dan persepsi pasien tentang penyakit dan perawatannya sebelum sakit pasien mengatakan tidak mengetahui penyebab penyakitnya sekarang, sesudah sakit pasien mengatakan mengetahui penyebab penyakitnya sekarang. Upaya yang biasa dilakukan dalam mempertahankan Kesehatan (gizi atau makanan yang kuat pemeriksaan kesehatan berkala, perawatan kesersihan diri, imunisasi, dll) sebelum sakit

pasien mengatakan upaya yang dilakukan untuk mempertahankan kesehatannya harus menjaga pola makan, dan pola aktivitasnya dengan baik, pasien mengatakan lupa tentang imunisasinya, sesudah sakit pasien mengatakan upaya yang dilakukan untuk mempertahankan kesehatannya harus menjaga pola makan, dan pola aktivitasnya dengan baik, pasien mengatakan lupa tentang imunisasinya. Kemampuan pasien untuk mengontrol kesehatan (apa yang dilakukan pasien bila sakit, kemana biasa berobat bila sakit) sebelum sakit pasien mengatakan jika sakit memeriksakan kesehatannya ke dokter atau mantri terdekat, sesudah sakit pasien mengatakan memeriksakan kesehatannya ke rumah sakit. Kebiasaan hidup (konsumsi obat-obatan atau jamu, konsumsi alcohol, konsumsi rokok, konsumsi kopi, kebiasaan berolahraga) sebelum sakit pasien mengatakan memiliki kebiasaan berolahraga, tidak mengkonsumsi alcohol, tidak merokok, sesudah sakit pasien mengatakan tidak berolahraga, tidak mengkonsumsi alcohol dan tidak merokok. Factor sosioekonomi yang berhubungan dengan Kesehatan (penghasilan, asuransi atau jaminan kesehatan, keadaan lingkungan tempat tinggal) sebelum sakit pasien mengatakan tidak mempunyai masalah ekonomi dan ketika berobat menggunakan bpjs kesehatan, sesudah sakit pasien mengatakan tidak mempunyai masalah ekonomi dan ketika berobat menggunakan bpjs kesehatan.

Pola nutrisi dan metabolic untuk pola makan (frekuensi, porsi makan, jenis makanan yang biasa dimakan) sebelum sakit pasien mengatakan makan sehari 3x, nasi biasa, sayur, dan lauk 1 porsi habis dan nafsu makannya baik sebelum sakit. Saat sakit, pasien mengatakan makan sehari 3x, 1/2 porsi habis, nafsu makannya menurun dan pasien mengatakan tidak boleh makan makanan yang mengandung banyak lemak. Adakah keyakinan atau kebudayaan yang dianut yang mempengaruhi diet, sebelum sakit pasien mengatakan tidak ada, saat sakit pasien mengatakan tidak ada. Kebiasaan mengkonsumsi vitamin/obat penambah nafsu makan (jumlah yang dikonsumsi setiap hari, sudah berapa lama) sebelum sakit

pasien mengatakan tidak mengonsumsi vitamin/obat penambah nafsu makan. Sesudah sakit pasien tidak mengonsumsi vitamin/obat penambah nafsu makan. Keluhan dalam makan sebelum sakit pasien mengatakan tidak memiliki keluhan saat makan, sesudah sakit pasien mengatakan tidak ada keluhan, namun nafsu makannya menurun. Adakah keluhan anoreksia nervosa, bulimia nervosa sebelum sakit pasien mengatakan tidak ada keluhan, sesudah sakit pasien mengatakan tidak ada keluhan. Adakah keluhan mual/muntah (jika muntah berapa jumlahnya) sebelum sakit pasien mengatakan tidak mual muntah, saat sakit pasien mengatakan terkadang merasa mual. Bagaimana kemampuan mengunyah dan menelan sebelum dan sesudah sakit pasien mengatakan kemampuan mengunyah dan menelan baik. Adakah penurunan berat badan dalam 6 bulan terakhir (bagaimana BB dan TB pasien sebelum dan selama dirawat) sebelum sakit pasien mengatakan tidak ada penurunan BB, sesudah sakit pasien mengatakan ada penurunan BB dari 59 kg sebelum sakit menjadi 44 kg saat sakit sekitar 2 bulan. Pola minum (frekuensi dan jumlah cairan yang dikonsumsi, jenis minuman yang biasa diminum) sebelum sakit pasien minum 8 gelas/hari, air putih dan juga terkadang minum jus, sesudah sakit pasien minum 5-6 gelas/hari, air putih. Bila terpasang infuse berapa cairan yang masuk dalam sehari, sebelum sakit pasien tidak terpasang infus, sesudah sakit pasien terpasang inus RL 20 tpm/menit di tangan kanan. Adanya keluhan demam sebelum sakit pasien mengatakan tidak ada keluhan demam, sesudah sakit pasien mengatakan tidak ada keluhan demam.

Pola eliminasi, pola BAB (frekwensi, waktu, warna, konsistensi, penggunaan pencahar atau enema, adanya keluhan diare atau konstipasi) sebelum sakit pasien mengatakan pola BAB frekuensi 2-3 hari sekali, bau khas feses, konsistensi lembek, warna kuning, kecoklatan, tidak menggunakan obat pencahar, tidak ada keluhan diare atau konstipasi, sesudah sakit pasien mengatakan BAB sebelum menjalani operasi, konsistensi lembek, cair, warna kuning kecoklatan, bau khas feses,

menggunakan obat pencahar. Adakah perubahan dalam kebiasaan BAB (terpasang kolostomi atau ileostomy) sebelum sakit pasien mengatakan tidak terdapat perubahan dalam kebiasaan BAB, tidak terpasang kolostomi atau ileostomy. Sesudah sakit pasien mengatakan belum BAB setelah dilakukan tindakan operasi, tidak terpasang kolostomi atau ileostomy. Untuk pola BAK (Frekwensi, waktu, warna jumlah) pasien sebelum dirawat yaitu 4-6 kali dalam sehari, warna urine kuning bening, berbau khas urine, tidak merasa nyeri. Setelah menjalani tindakan operasi pasien mengatakan belum bisa mengontrol BAK karena terpasang kateter.

Pola aktivitas dan Latihan, untuk kegiatan dalam pekerjaan sebelum sakit pasien mengatakan dapat melakukan pekerjaan rumah dengan baik, sesudah sakit pasien mengatakan saat sakit tidak dapat melakukan pekerjaan rumah. Olahraga yang dilakukan (jenis dan frekuensi) sebelum sakit pasien mengatakan suka berolahraga seperti jogging dan senam, sesudah sakit pasien mengatakan tidak berolahraga. Kesulitan atau keluhan dalam aktivitas sebelum sakit pasien mampu melakukan perawatan diri secara mandiri seperti makan dan minum, mandi, berpakaian dan berdandan, berpindah, sesudah sakit untuk makan dan minum, berpakaian dan berdandan pasien dibantu sebagian, sedangkan untuk mandi dan berpindah pasien dibantu orang lain.

Pola istirahat dan tidur, untuk kebiasaan tidur (waktu tidur, lama tidur dalam sehari) sebelum sakit pasien mengatakan sehari tidur 1 kali yaitu malam hari, untuk malam hari 7-8 jam, sesudah sakit pasien mengatakan mengalami kesusahan saat tidur karena sering merasakan nyeri, tidur 1-2 jam kemudian terbangun. Kesulitan tidur (mudah terbangun, sulit memulai tidur, insomnia, dll) sebelum sakit pasien mengatakan tidak mengalami masalah kesulitan tidur, sesudah sakit pasien mengatakan mengalami masalah kesulitan tidur karena merasa nyeri pada bekas operasi, dan mudah terbangun.

Pola kognitif perseptual sensori, keluhan yang berkenaan dengan kemampuan sensasi (penglihatan, pendengaran) sebelum sakit pasien

mengatakan tidak ada masalah dengan panca inderanya yaitu penglihatan dan pendengaran. Kemampuan kognitif (kemampuan mengingat, berbicara dan memahami pesan yang diterima, pengambilan keputusan yang bersifat sementara) sebelum sakit pasien mengatakan tidak memiliki masalah dengan kemampuan kognitifnya, pasien masih mampu mengingat dan mengambil keputusan, pasien dapat menerima pesan yang di sampaikan orang lain, sesudah sakit pasien mengatakan tidak memiliki masalah dengan kemampuan kognitifnya. Pasien masih mampu mengingat dan mengambil keputusan, pasien dapat menerima pesan yang di sampaikan orang lain. Kesulitan yang dialami (sering pusing, menurunnya sensitifitas terhadap nyeri dan panas/dingin) sebelum sakit pasien mengatakan sensitive dengan nyeri dan panas/dingin, sesudah sakit pasien mengatakan masih sensitive dengan nyeri dan panas/dingin. Persepsi terhadap nyeri dengan menggunakan pendekatan P, Q, R, S, T untuk P = pasien mengatakan nyeri pada luka post op diperut saat terlalu banyak bergerak dan berkurang saat digunakan tidur, Q = pasien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk, R = pasien mengatakan nyeri di perut, S = skala nyeri 4 dari 0-10, T = pasien mengatakan nyeri hilang timbul.

Pola persepsi diri dan konsep diri, persepsi diri (hal yang dipikirkan saat ini, harapan setelah menjalani perawatan, perubahan yang dirasakan setelah sakit) pasien mengatakan ingin segera sembuh, agar dapat melakukan aktivitas seperti semula tanpa hambatan dari penyakitnya. Status emosi pasien normal. Perilaku non verbal sesuai dengan perilaku verbalnya. Konsep diri, citra diri/body image : bagaimana persepsi pasien terhadap tubuhnya, adakah pengaruh penyakit yang dialami terhadap persepsi pasien tersebut, adakah pengaruh penyakit yang dialami terhadap persepsi pasien tersebut sebelum sakit pasien mengatakan sangat bersyukur dan menyukai semua anggota tubuhnya, sesudah sakit pasien menerima dan menjalani prosedur pengobatan dengan baik. Identitas : bagaimana status dan posisi pasien sebelum dirawat, bagaimana kepuasan pasien terhadap status dan posisinya, bagaimana kepuasan

pasien sebagai laki-laki dan perempuan, sebelum sakit pasien mengatakan bersyukur karena dirinya sebagai istri sekaligus ibu rumah tangga, sesudah sakit pasien mengatakan bersyukur karena dirinya sebagai istri sekaligus ibu rumah tangga, namun pasien mengatakan terkadang merasa ada yang kurang pada dirinya karena belum juga diberikan seorang anak dalam pernikahannya. Peran : tugas/peran apa yang diemban pasien dalam keluarga/kelompok/masyarakat, bagaimana kemampuan pasien dalam melaksanakan peran tersebut, apakah selama dirawat pasien mengalami perubahan dalam peran, sebelum sakit pasien mengatakan ketika di rumah aktif bersosialisasi dengan masyarakat, sesudah sakit pasien mengatakan Ketika sakit tidak berinteraksi aktif dalam masyarakat. Ideal diri: bagaimana harapan pasien terhadap tubuh/posisi/perannya, bagaimana harapan pasien terhadap lingkungan, bagaimana harapan pasien terhadap dirinya, sebelum sakit pasien mengatakan mempunyai harapan untuk selalu sehat, sesudah sakit pasien mengatakan mempunyai harapan ingin segera sembuh dari sakit yang di alami dan segera punya anak. Harga diri : bagaimana penilaian/penghargaan orang lain terhadap dirinya, apakah pasien merasa rendah diri dengan keadaannya sebelum sakit pasien mengatakan lingkungan masyarakat di sekitar pasien saling menghormati dan rukun, sesudah sakit pasien mengatakan terkadang merasa rendah diri karena belum juga dikaruniai seorang anak.

Pola mekanisme koping bagaimana pasien dalam mengambil keputusan sebelum sakit pasien mengatakan dalam mengambil keputusan berdiskusi dengan suaminya, sesudah sakit pasien mengatakan pengambilan keputusan saat ini adalah dirinya dan suami, terutama dalam pengambilan tindakan dan pengobatan yang dilakukan pasien. Yang dilakukan jika menghadapi masalah (misal: memecahkan masalah, mencari pertolongan/berbicara dengan orang lain, makan, tidur, minum obat-obatan, marah, diam dll) sebelum sakit pasien mengatakan ketika ada masalah bercerita dengan suaminya, sesudah sakit pasien mengatakan ketika ada masalah bercerita dengan suaminya. Menurut pasien apa yang

dilakukan perawat agar pasien merasa nyaman, pasien mengatakan perawat harus mengajak komunikasi dengan pasien terkait dengan keluhan yang dirasakan.

Pola seksual-reproduksi, bagaimana pemahaman pasien tentang fungsi seksual sebelum sakit pasien mengatakan memahami dan mengerti tentang fungsi seksual, sesudah sakit pasien mengatakan memahami dan mengerti tentang fungsi seksual. Adakah gangguan hubungan seksual disebabkan oleh berbagai kondisi (fertilisasi, libido, ereksi, menstruasi, kehamilan, pemakaian alat kontrasepsi) sebelum sakit pasien mengatakan tidak memiliki gangguan seksual, menstruasi tidak teratur, sesudah sakit pasien mengatakan tidak memiliki gangguan seksual, menstruasi tidak teratur. Adakah permasalahan selama melakukan aktifitas seksual (ejakulasi dini, impotent, nyeri selama berhubungan, perdarahan, dll) terutama terkait dengan penyakit yang di deritanya, pasien mengatakan sudah menikah dan tidak ada permasalahan selama aktifitas seksual. Pengkajin pada perempuan terutama pada pasien dengan masalah tumor atau keganasan system reproduksi, riwayat menstruasi (keteraturan, keluhan selama menstruasi) pasien mengatakan menstruasi tidak teratur, riwayat kehamilan (jumlah kehamilan, jumlah kelahiran, jumlah anak) GOP0A0, Riwayat pemeriksaan ginekologi misal pap smear tidak ada.

Pola peran-berhubungan dengan orang lain, kemampuan pasien dalam berkomunikasi (relevan, jelas, mampu mengekspresikan, mampu mengerti orang lain) sebelum sakit pasien mengatakan mampu berkomunikasi dan mengekspresikan dirinya dengan baik, sesudah sakit pasien mengatakan selama sakit jarang berinteraksi dengan orang lain kecuali suami dan keluarga terdekatnya. Siapa orang terdekat dan lebih berpengaruh pada pasien, sebelum sakit pasien mengatakan orang terdekatnya adalah suami dan kedua orang tuanya, sesudah sakit pasien mengatakan orang terdekatnya adalah suami dan kedua orang tuanya. Kepada siapa pasien meminta bantuan bila mempunyai masalah, sebelum sakit pasien mengatakan saat ada masalah meminta bantuan pada suami

dan keluarga, sesudah sakit pasien mengatakan saat ada masalah meminta bantuan pada suami dan keluarga. Adakah kesulitan dalam keluarga (hubungan dengan orang tua, hubungan dengan saudara, hubungan perkawinan) sebelum sakit pasien mengatakan tidak mempunyai kesulitan dalam hubungan dengan anggota keluarganya, sesudah sakit pasien mengatakan tidak mempunyai kesulitan dalam hubungan dengan anggota keluarganya.

Pola nilai dan kepercayaan, bagaimana pasien menjalankan kegiatan agama atau kepercayaan, sebelum sakit pasien mengatakan beragama islam, dan mampu melaksanakan sholat lima waktu baik itu dirumah maupun dimushola, pasien mengatakan terkadang sholat ditempat tidur selama sakit. Masalah yang berkaitan dengan aktifitasnya tersebut selama di rawat, sebelum sakit pasien mengatakan mengikuti acara kajian di sekitar rumahnya, sesudah sakit pasien tidak mengikuti kegiatan kajian di sekitar rumahnya selama sakit. Adakah keyakinan atau kebudayaan yang di anut pasien yang bertentangan dengan kesehatan, sebelum sakit pasien mengatakan keyakinan yang di percaya tidak bertentangan dengan kesehatan, sesudah sakit pasien mengatakan keyakinan yang di percaya tidak bertentangan dengan kesehatan. Adakah pertentangan nilai/keyakinan/kebudayaan terhadap pengobatan yang di jalani, sebelum sakit pasien mengatakan tidak ada pertentangan terhadap pengobatan yang sedang di jalani, sesudah sakit pasien mengatakan tidak ada pertentangan terhadap pengobatan yang sedang di jalani.

3. PEMERIKSAAN FISIK

Setelah dilakukan pengkajian selama tiga hari di RSI Sultan Agung Semarang, maka didapatkan data pemeriksaan fisik yaitu kesadaran composmentis, penampilan lemah dan pucat, GCS : E: 4 M: 6 V : 5 = 15, data antropometri didapatkan tinggi badan 154 cm, berat badan sebelum sakit 59 kg, berat badan sesudah sakit 44 kg, vital sign S : 36,5°C, TD : 95/67 mmHg, RR:20 x/menit, N : 82 x/menit, SpO2 : 99%. Pendekatan

PQRS: P = pasien mengatakan nyeri pada luka post op di perut saat terlalu banyak bergerak dan berkurang saat digunakan tidur dan tarik nafas dalam, Q = pasien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk, R = pasien mengatakan nyeri di perut, S = skala nyeri 4 dari 0-10, T = pasien mengatakan nyeri hilang timbul.

Pada kepala bentuk mesocephal, warna rambut hitam, rambut bersih, tidak terdapat benjolan abnormal. Mata kemampuan penglihatan baik, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, tidak ada secret, tidak menggunakan alat bantu. Hidung bersih, tidak ada secret, tidak ada polip, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak menggunakan alat bantu pernapasan. Telingan bentuk simetris, pendengaran baik, tidak terdapat infeksi, tidak menggunakan alat bantu. Mulut dan tenggorokan baik, tidak ada kesulitan berbicara, tidak ada benjolan di leher, tidak sariawan, ada sedikit karang gigi, tidak mengalami kesulitan menelan/mengunyah.

Dada bagian jantung inspeksi tidak terdapat adanya pulsasi iktus kordis, bentuk simetris, tidak terdapat lesi, tidak sianosis. Palpasi tidak ada nyeri tekan dan benjolan, akral hangat. Perkusi terdengar suara redup. Auskultasi suara jantung S1 lup S2 dup, tidak ada bunyi tambahan. Dada bagian paru inspeksi simetris, tidak terdapat retraksi dada, tidak terdapat lesi, palpasi tidak ada nyeri tekan dan tidak ada suara taktil fremitus, perkusi terdengar suara redup, auskultasi suara nafas vesikuler. Abdomen inspeksi perut cembung, terdapat luka post op sekitar 15 cm, terdapat pembesaran perut. Auskultasi bising usus 18x/menit, perkusi terdengar suara timpani, palpasi terdapat nyeri tekan sekitar luka operasi.

Pada genetalia terpasang kateter. Ekstremitas atas tangan simetris, kuku bersih, tidak ada sianosis, kulit kuning langsung, turgor kulit baik, tidak terdapat edema. Ekstremitas bawah kaki simetris, kuku bersih, tidak ada sianosis, kulit kuning langsung, turgor kulit baik, tidak ada edema. Capillary refill <2 detik. Kekuatan otot ekstremitas atas dan bawah, kemampuan gerak terbatas, perlu bantuan orang lain, terpasang infus RL

20 Tpm di tangan kanan, di daerah tusukan tidak ada tanda-tanda infeksi, tidak terdapat nyeri tekan.

4. PEMERIKSAAN PENUNJANG

Hasil pemeriksaan penunjang, pemeriksaan laboratorium tanggal 13 Februari 2023 hemoglobin 11.8 g/dL, hematokrit 39.8 %, leukosit 15.85 ribu/ μ L, dan trombosit 300 ribu/ μ L. Pemeriksaan radiologi hasil rapid test negative.

Hasil CT-Scan abdomen tanggal 30 Januari 2023 CT ABDOMEN DENGAN KONTRAS, HEPAR ukuran normal, tepi regular, parenkim normal, tak tampak nodul, V.Porta dan V.Hepatika tak lebar. DUCTUS BILIARIS tak lebar. VESIKA FELLEA ukuran normal, dinding tak tebal, tak tampak batu. LIEN ukuran normal, parenkim normal, V.Lienalis tak lebar. PANCREAS ukuran normal, parenkim normal, ductus pancreaticus tak lebar. GINJAL KANAN ukuran, letak dan aksis normal, parenkim normal, PCS lebar moderat, ureter proksimal tampak lebar, tak tampak batu. GINJAL KIRI ukuran, letak dan aksis normal, parenkim normal, PCS lebar ringan, ureter proksimal tampak lebar, tak tampak batu. VESIKA URINARIA dinding tak tebal, tak tampak batu/massa. Tampak lesi densitas campuran kistik disertai bagian padat, batas tegas tepi regular di cavum abdomen – cavum pelvis sulit dipisahkan dengan uterus ukuran sekitar 17.3 x 24 x 29.9 cm post injeksi kontras tampak penyangatan heterogen. Tampak lesi hipodens batas tegas tepi regular di regio abdomen kanan bawah ukuran sekitar 4.9 x 4.7 x 5.6 cm post injeksi kontras tak tampak penyangatan. Tak tampak cairan bebas intraabdominal. Efusi pleura kiri. Tampak osteofit pada vertebra lumbalis. Kesan massa kistik disertai bagian padat di cavum abdomen-cavum pelvis sulit dipisahkan dengan uterus ukuran sekitar 17.3 x 24 x 29.9 cm cenderung dari ovarium curiga maligna. Massa kistik di regio abdomen kanan bawah ukuran sekitar 4.9 x 4.7 x 5.6 cm cenderung dari ovarium. Moderat hidronefrosis kanan dan hidroureter kanan. Mild hidronefrosis kanan dan hidroureter

kanan. Mild hidronefrosis kiri dan hydroureter kiri. Efusi pleura kiri. Spondylosis lumbalis.

Diit yang di peroleh yaitu bubur sum sum, sayur sup, susu. Therapy yang diterima Infus RL 20 tpm di tangan kanan, Cefazolin 2 gr (IV), Paracetamol tablet 500 mg 3x2 tablet (Po), Asam tranexamat 500 mg 3x1 (IV), Metoclopramid 10 mg 3x1 (IV).

5. ANALISA DATA

Setelah dilakukan pengkajian pada tanggal 14 Februari 2023 pukul 10.00 wib di ruang Baitunnisa 2 RSI Sultan Agung Semarang, maka didapatkan data yang terdiri dari data subjektif dan data objektif. Data subjektif pasien mengatakan nyeri pada luka post op diperut P atau paliatif nyeri pada luka post op di perut saat terlalu banyak bergerak dan berkurang saat digunakan tidur, Q atau kualitas nyeri seperti di tusuk-tusuk, R atau region nyeri pada luka post op di perut, S atau skala yaitu skala nyeri 4 dari 0-10, T atau time yaitu waktu yang dirasakan nyeri hilang timbul. Data objektif pasien tampak meringis dan gelisah, pasien tampak menahan sakit, dengan suhu 36,5°C, tekanan darah 95/67 mmHg, respiratory rate 20 x/menit, nadi 82 x/menit, saturasi oksigen 99%. Dengan diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077).

Analisa data diagnosa yang kedua yaitu dengan data subjektif pasien mengatakan badannya lemas, pasien mengatakan nyeri pada luka operasi diperut dan tidak dapat beraktivitas atau bergerak bebas seperti biasanya, mengeluh sulit ketika ingin bergerak karena takut jika timbul nyeri, pasien mengatakan belum dapat beraktivitas mandiri secara penuh karena merasa lemas dan takut jika nyeri pada luka operasinya muncul. Pasien mengatakan aktivitasnya seperti mandi, berpakaian, dan berpindah dibantu keluarga. Data objektifnya pasien tampak lemas dan berbaring ditempat tidur, pasien tampak kesulitan menggerakkan tubuhnya karena takut akan timbul nyeri dan tampak meringis ketika mencoba untuk bergerak atau berganti posisi tidur, pasien sulit untuk miring ke kanan atau

kiri, suhu 36,5°C, tekanan darah 95/67 mmHg, respiratory rate 20 x/menit, nadi 82 x/menit, saturasi oksigen 99%. Dengan diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kecemasan (D.0054).

Analisa ketiga yaitu didapatkan data subjektif pasien mengatakan ada luka setelah operasi ca ovarium diperut dan terasa nyeri. Data objektifnya terdapat luka post op di perut sekitar 15 cm, leukosit 15.85 ribu/ μ L, dengan suhu 36,5°C, tekanan darah 95/67 mmHg, respiratory rate 20 x/menit, nadi 82 x/menit, saturasi oksigen 99%. Dengan diagnosa risiko infeksi berhubungan dengan efek procedure invasive (D.0142).

6. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Berdasarkan hasil Analisa data dari pengkajian yang telah dilakukan pada tanggal 14 Februari 2023 pada Ny. S didapatkan diagnosa Nyeri Akut b.d Agen Pancadera Fisik d.d dengan pasien mengatakan nyeri pada luka setelah operasi diperut (D.0077), Gangguan Mobilitas Fisik b.d kecemasan d.d dengan pasien mengatakan lemas dan takut akan muncul nyeri pada luka bekas operasi saat terlalu banyak bergerak (D.0054), Risiko Infeksi b.d efek prosedur invasive d.d pasien mengeluh nyeri pada luka bekas operasi dan didapatkan hasil leukosit melebihi batas normal (D.0142).

7. INTERVENSI KEPERAWATAN

Berdasarkan diagnosa yang muncul pada kasus ini maka rencana keperawatan yang akan dilakukan pada tanggal 14 Februari 2023 jam 10.00 WIB dengan diagnosa pertama nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 7 jam maka diharapkan tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, nafsu makan membaik. Dengan intervensi manajemen nyeri (I.08238) yaitu identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi

nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, fasilitasi istirahat tidur, berikan analgetic (PPNI, 2018).

Intervensi yang kedua dengan diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kecemasan, setelah dilakukan tindakan intervensi keperawatan selama 3 x 7 jam maka diharapkan mobilitas fisik meningkat, dengan kriteria hasil pergerakan ekstremitas meningkat, nyeri menurun, kecemasan menurun, gerakan terbatas menurun, kelemahan fisik menurun. Dengan intervensi dukungan mobilisasi (I.05173) yaitu identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur), libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, anjurkan melakukan mobilisasi dini, anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) (PPNI, 2018).

Intervensi ketiga dengan diagnosa risiko infeksi berhubungan dengan efek procedure invasive, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 7 jam maka diharapkan tingkat infeksi menurun, dengan kriteria hasil nyeri menurun, kemerahan menurun, kadar sel darah putih membaik, nafsu makan meningkat. Dengan intervensi pencegahan infeksi (I.14539) yaitu monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien, jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara mencuci tangan dengan benar, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan (PPNI, 2018).

8. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Berdasarkan hasil rencana keperawatan dari tiga diagnosa yang telah ditegaskan maka dilakukan implementasi pada 14 Februari 2023 pada diagnosa pertama yaitu nyeri akut b.d agen pencedera fisik (D.0077). Pukul 10.20 dilakukan tindakan mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri dan mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. Respon subjektif pasien

mengatakan nyeri pada luka post op diperut P : nyeri pada luka post op di perut saat terlalu banyak bergerak dan berkurang saat digunakan tidur Q : nyeri seperti di tusuk-tusuk R : nyeri pada luka post op di perut S : skala nyeri 4 T : nyeri hilang timbul. Respon objektif pasien tampak meringis, gelisah dan menahan sakit saat terlalu banyak bergerak - TTV : S : 36,5°C, TD : 95/67 mmHg, RR:20 x/menit, N : 82 x/menit, SpO2 : 99%. Pukul 10.25 mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, didapatkan respon subjektif pasien mengatakan bersedia di ajarkan tehnik relaksasi nafas dalam, respon objektif pasien tampak dapat mengikuti tehnik yang di ajarkan. Pukul 10.30 memberikan analgetic (pcr tablet 500mg) dan memfasilitasi istirahat dan tidur, didapatkan data subjektif pasien mengeluh nyeri luka operasi dan kesulitan untuk tidur karena merasa nyeri. Data objektifnya pasien mengeluh nyeri dan tampak kurang tidur.

Selanjutnya melakukan implementasi pada diagnosa gangguan mobilitas fisik b.d kecemasan (D.0054), pada pukul 13.00 mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya didapatkan data subjektif pasien mengatakan nyeri pada luka operasinya di perut, data objektifnya pasien tampak meringis - TTV : S : 36,5°C, TD : 95/67 mmHg, RR:20 x/menit, N : 82 x/menit, SpO2 : 99%. Pukul 13.10 mengajarkan mobilisasi sederhana (miring kanan-kiri) dan melibatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan didapatkan data subjektif pasien bersedia diajarkan miring kanan-kiri, pasien mengatakan memerlukan bantuan saat berpindah posisi. Data objektifnya pasien dan keluarga kooperatif. Pukul 13.20 memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi dan menganjurkan melakukan mobilisasi dini, didapatkan respon subjektif pasien mengatakan nyeri pada luka operasi saat terlalu banyak bergerak namun akan melakukan apa yang dianjurkan, data objektifnya pasien masih tampak lemas dan takut untuk mencoba mobilisasi miring kanan-kiri, TTV : S : 36,5°C, TD : 95/67 mmHg, RR:20 x/menit, N : 82 x/menit, SpO2 : 99%.

Selanjutnya melakukan implementasi diagnosa yang ketiga risiko infeksi b.d efek prosedur invasive (D.0142). Pukul 13.30 mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien, memonitor tanda dan gejala infeksi didapatkan data subjektif pasien mengeluh nyeri pada luka post operasi di perut, data objektif tampak ada luka bekas operasi diperut sekitar 15 cm, TTV : S : 36,5°C, TD : 95/67 mmHg, RR:20 x/menit, N : 82 x/menit, SpO2 : 99%, Leukosit: 15.85 ribu/ μ L. Pukul 13.35 menjelaskan tanda dan gejala infeksi didapatkan data subjektif pasien bersedia jelaskan mengenai tanda dan gejala infeksi, data objektif pasien tampak mengangguakan kepala. Pukul 13.40 mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar dan menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan, didapatkan data subjektif pasien dan keluarga bersedia diajarkan cara mencuci tangan dengan benar, pasien mengatakan akan menjaga pola makan dan minumannya. Data objektif pasien tampak kooperatif dan memahami apa yang disampaikan.

Tanggal 15 Februari 2023 melakukan implementasi hari kedua pada diagnosa pertama yaitu nyeri akut b.d agen pancadera fisik (D.0077). Pukul 07.30 mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri didapatkan data subjektif pasien masih mengeluh nyeri luka operasi di bagian perut P = pasien mengatakan nyeri pada luka post op di perut saat terlalu banyak bergerak dan berkurang saat tidur Q = pasien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk R = pasien mengatakan nyeri di bagian perut S = skala nyeri 3 T = pasien mengatakan nyeri hilang timbul, data objektif pasien tampak meringis saat terlalu banyak bergerak TTV: S: 36,7°C, TD: 103/86 mmHg, N: 93x/mnt, RR: 20x/mnt, SpO2: 99%. Pukul 07.35 memberikan analgetic (pcr tablet 500mg) didapatkan data subjektif pasien mengatakan masih merasakan nyeri, data objektif pasien tampak lebih rileks setelah minum obat. Pukul 07.40 mengevaluasi teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri didapatkan data subjektif pasien mengatakan nyeri sudah sedikit berkurang

saat nafas dalam, data objektifnya pasien tampak melakukan tehnik nafas dalam dan merasa lebih rileks.

Selanjutnya melakukan implementasi pada diagnosa yang kedua yaitu gangguan mobilitas fisik b.d kecemasan (D.0054). Pukul 07.50 mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya didapatkan data subjektif pasien mengatakan badannya masih agak lemas, data objektif pasien hanya berbaring ditempat tidur TTV: S: 36,5°C, TD: 124/86 mmHg, N: 84x/mnt, RR: 20x/mnt, SpO2: 100%. Pukul 07.55 mengevaluasi mobilisasi sederhana yang dilakukan sebelumnya (miring kanan-kiri) dan melibatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan didapatkan data subjektif pasien mengatakan masih mengalami nyeri jika terlalu banyak bergerak, data objektif pasien tampak meringis saat mencoba untuk miring kanan-kiri, pasien mampu melakukan latihan gerak secara bertahap dibantu oleh suaminya namun masih merasa takut untuk mencoba sendiri.

Selanjutnya melakukan implementasi diagnosa yang ketiga risiko infeksi b.d efek prosedur invasive (D.0142). Pukul 08.20 mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien, memonitor tanda dan gejala infeksi didapatkan data subjektif pasien mengatakan masih merasakan nyeri pada luka post op diperutnya, data objektif terdapat luka operasi sekitar 15 cm S: 36,5°C, TD: 124/86 mmHg, N: 84x/mnt, RR: 20x/mnt, SpO2: 100%, leukosit: 15.85 ribu/ μ L. Pukul 08.25 mengevaluasi cara mencuci tangan dengan benar dan menyebutkan tanda, gejala infeksi didapatkan data subjektif pasien dan keluarga mengatakan masih mengingat apa yang diajarkan dan dijelaskan kemarin, data objektif pasien dan keluarga mempraktekkan cara mencuci tangan dengan benar, serta mampu menyebutkan tanda dan gejala infeksi. Pukul 08.35 menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan, data subjektif pasien mengatakan nafsu makannya berkurang, data objektif sarapan pasien belum dihabiskan.

Tanggal 16 Februari 2023 melakukan implementasi hari kedua pada diagnosa pertama yaitu nyeri akut b.d agen pancadera fisik (D.0077).

Pukul 08.00 mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri didapatkan data subjektif pasien mengatakan nyeri cukup menurun, P = pasien mengatakan nyeri pada luka post op di perut saat terlalu banyak bergerak dan berkurang saat tidur Q = pasien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk R = pasien mengatakan nyeri di bagian perut S = skala nyeri 2 T = pasien mengatakan nyeri hilang timbul, data objektif pasien tampak lebih rileks, S: 36,7°C, TD: 103/86 mmHg, N: 93x/mnt, RR: 20x/mnt, SpO₂: 99%. Pukul 08.10 mengevaluasi teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri didapatkan data subjektif pasien mengatakan nyeri sudah berkurang saat nafas dalam, data objektif pasien tampak lebih rileks. Pukul 08.15 memberikan analgetic (pcr tablet 500mg) dan memfasilitasi istirahat dan tidur sesuai jamnya didapatkan data subjektif pasien mengatakan nyeri sudah berkurang dan kesulitan untuk tidur menurun, data objektif pasien tampak lebih rileks.

Selanjutnya melakukan implementasi pada diagnosa yang kedua yaitu gangguan mobilitas fisik b.d kecemasan (D.0054). Pukul 08.30 mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya didapatkan data subjektif pasien mengatakan nyeri berkurang, data objektif pasien tampak lebih rileks dan sudah mampu miring kanan-kiri, TTV: S: 36,5°C, TD: 97/61 mmHg, N: 80x/mnt, RR: 20x/mnt, SpO₂: 99%. Pukul 08.35 mengajarkan mobilisasi sederhana (duduk ditempat tidur) dan melibatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan didapatkan data subjektif pasien mengatakan nyeri berkurang dan sudah mampu miring kanan-kiri, data objektif meringis menurun, pasien mau mencoba untuk duduk walaupun mengeluh nyeri.

Selanjutnya melakukan implementasi diagnosa yang ketiga risiko infeksi b.d efek prosedur invasive (D.0142). Pukul 09.30 mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien, memonitor tanda dan gejala infeksi didapatkan data subjektif pasien mengatakan masih merasakan nyeri pada luka post op dip perutnya saat terlalu banyak bergerak, data objektif S: 36,5°C, TD: 97/61 mmHg, N: 80x/mnt, RR: 20x/mnt, SpO₂:

99%, leukosit: 15.85 ribu/ μ L. Pukul 09.35 menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan didapatkan data subjektif pasien mengatakan nafsu makannya sudah lebih meningkat, data objektif sarapan pasien tersisa sedikit.

9. EVALUASI KEPERAWATAN

Evaluasi hari pertama tanggal 14 Februari 2023 pukul 14.00 dengan diagnosa nyeri akut b.d agen pencedera fisik (D.0077) setelah dilakukan tindakan keperawatan di dapatkan hasil data subjektif pasien mengatakan nyeri pada luka post op diperut P : nyeri pada luka post op di perut saat terlalu banyak bergerak dan berkurang saat digunakan tidur, Q : nyeri seperti di tusuk-tusuk, R : nyeri pada luka post op di perut, S : skala nyeri 4, T : nyeri hilang timbul. Data objektif pasien tampak meringis, gelisah dan menahan sakit TTV : S : 36,5°C, TD : 95/67 mmHg, RR:20 x/menit, N : 82 x/menit, SpO2 : 99%. Dari data evaluasi yang di dapatkan, maka disimpulkan bahwasanya tujuan belum tercapai, masalah belum teratasi, kemudian dari diagnosa pertama di lakukan perencanaan lanjutan Intervensi identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, berikan analgetic, fasilitasi istirahat dan tidur.

Evaluasi diagnosa kedua yaitu gangguan mobilitas fisik b.d kecemasan (D.0054), pukul 14.00 wib setelah dilakukan tindakan keperawatan di dapatkan hasil data subjektif pasien mengatakan nyeri pada luka operasi saat terlalu banyak bergerak sehingga membuatnya takut untuk mencoba berganti posisi, data objektif pasien tampak meringis saat banyak pergerakan, pasien tampak lemas TTV : S : 36,5°C, TD : 95/67 mmHg, RR:20 x/menit, N : 82 x/menit, SpO2 : 99%. Dari data evaluasi yang di dapatkan, maka disimpulkan bahwasanya tujuan belum tercapai, masalah belum teratasi, kemudian dilakukan perencanaan lanjutan Intervensi identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, ajarkan mobilisasi sederhana, memonitor kondisi umum selama melakukan

mobilisas, libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan, anjurkan melakukan mobilisasi dini.

Evaluasi diagnose ketiga yaitu risiko infeksi b.d efek prosedur invasive (D.0142), pukul 14.00 wib setelah dilakukan tindakan keperawatan di dapatkan hasil data subjektif pasien mengeluh nyeri pada luka post operasi di perut, data objektif tampak meringis, gelisah dan menahan sakit, tampak bekas operasi sekitar 15 cm, S : 36,5°C, TD : 95/67 mmHg, RR:20 x/menit, N : 82 x/menit, SpO2 : 99%, Leukosit: 15.85 ribu/ μ L. Dari data evaluasi yang di dapatkan, maka disimpulkan bahwasanya tujuan belum tercapai, masalah belum teratasi, kemudian dilakukan perencanaan lanjutan Intervensi monitor tanda dan gejala infeksi, jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara mencuci tangan dengan benar, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan.

Evaluasi hari kedua tanggal 15 Februari 2023 pukul 09.00 dengan diagnosa nyeri akut b.d agen pencedera fisik (D.0077) setelah dilakukan tindakan keperawatan di dapatkan hasil data subjektif masih merasa nyeri pada luka post op diperut P : nyeri pada luka post op di perut saat terlalu banyak bergerak dan berkurang saat digunakan tidur, Q : nyeri seperti di tusuk-tusuk, R : nyeri pada luka post op di perut, S : skala nyeri 3, T : nyeri hilang timbul. Data objektif pasien tampak meringis saat terlalu banyak bergerak TTV: S: 36,7°C, TD: 103/86 mmHg, N: 93x/mnt, RR: 20x/mnt, SpO2: 99%. Dari data evaluasi yang di dapatkan, maka disimpulkan bahwasanya tujuan belum tercapai, masalah belum teratasi, kemudian dilakukan perencanaan lanjutan Intervensi identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, evaluasi teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, berikan analgetic, fasilitasi istirahat dan tidur.

Evaluasi diagnosa kedua yaitu gangguan mobilitas fisik b.d kecemasan (D.0054), pukul 09.00 wib setelah dilakukan tindakan keperawatan di dapatkan hasil data subjektif pasien mengatakan masih

mengalami nyeri jika terlalu banyak bergerak sehingga membuatnya takut untuk mencoba berpindah posisi tidur dan mengeluh badannya masih lemas. Data objektif pasien tampak meringis saat mencoba untuk miring kanan-kiri, pasien mampu melakukan latihan gerak secara bertahap dibantu oleh suaminya namun masih merasa takut untuk mencoba sendiri, S: 36,5°C, TD: 124/86 mmHg, N: 84x/mnt, RR: 20x/mnt, SpO2: 100%. Dari data evaluasi yang di dapatkan, maka disimpulkan bahwasanya tujuan belum tercapai, masalah teratasi sebagian, kemudian dilakukan perencanaan lanjutan Intervensi identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, evaluasi mobilisasi sederhana yang diajarkan, memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisas, libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan, anjurkan melakukan mobilisasi dini.

Evaluasi diagnosa ketiga yaitu risiko infeksi b.d efek prosedur invasive (D.0142), pukul 09.00 wib setelah dilakukan tindakan keperawatan di dapatkan hasil data subjektif pasien mengatakan masih merasakan nyeri pada luka post op diperutnya, data objektif terdapat luka operasi diperut sekitar 15 cm, S: 36,5°C, TD: 124/86 mmHg, N: 84x/mnt, RR: 20x/mnt, SpO2: 100%, leukosit: 15.85 ribu/ μ L. Dari data evaluasi yang di dapatkan, maka disimpulkan bahwasanya tujuan belum tercapai, masalah belum teratasi, kemudian dilakukan perencanaan lanjutan Intervensi monitor tanda dan gejala infeksi, evaluasi untuk menyebutkan tanda, gejala infeksi dan cara mencuci tangan dengan benar, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi.

Evaluasi hari ketiga tanggal 16 Februari 2023 pukul 10.00 dengan diagnosa nyeri akut b.d agen pencedera fisik (D.0077) setelah dilakukan tindakan keperawatan di dapatkan hasil data subjektif pasien mengatakan nyeri cukup menurun P : nyeri pada luka post op di perut saat terlalu banyak bergerak dan berkurang saat digunakan tidur, Q : nyeri seperti di tusuk-tusuk, R : nyeri pada luka post op di perut, S : skala nyeri 2, T : nyeri hilang timbul. Data objektif Pasien tampak lebih rileks, TTV: S:

36,7°C, TD: 103/86 mmHg, N: 93x/mnt, RR: 20x/mnt, SpO₂: 99%. Dari data evaluasi yang di dapatkan, maka disimpulkan bahwasanya tujuan belum tercapai, masalah teratasi sebagian, kemudian dilakukan perencanaan lanjutan Intervensi evaluasi tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, fasilitasi istirahat dan tidur.

Evaluasi diagnosa kedua yaitu gangguan mobilitas fisik b.d kecemasan (D.0054), pukul 10.00 wib setelah dilakukan tindakan keperawatan di dapatkan hasil data subjektif pasien mengatakan masih mengalami nyeri jika terlalu banyak bergerak sehingga membuatnya takut untuk mencoba berpindah posisi tidur, namun pasien sudah mencoba untuk miring kanan-kiri walaupun masih dibantu suaminya. Data objektif pasien tampak lebih rileks dan sudah mampu miring kanan-kiri dan mencoba untuk duduk ditempat tidur, TTV: S: 36,5°C, TD: 97/61 mmHg, N: 80x/mnt, RR: 20x/mnt, SpO₂: 99%. Dari data evaluasi yang di dapatkan, maka disimpulkan bahwasanya tujuan belum tercapai, masalah teratasi sebagian, kemudian dilakukan perencanaan lanjutan Intervensi evaluasi mobilisasi yang telah diajarkan sebelumnya, anjurkan melakukan mobilisasi dini.

Evaluasi diagnosa ketiga yaitu risiko infeksi b.d efek prosedur invasive (D.0142), pukul 10.00 wib setelah dilakukan tindakan keperawatan di dapatkan hasil data subjektif pasien mengatakan masih merasakan nyeri pada luka post op diperutnya saat terlalu banyak bergerak, data objektif S: 36,5°C, TD: 97/61 mmHg, N: 80x/mnt, RR: 20x/mnt, SpO₂: 99%, leukosit: 15.85 ribu/ μ L, nafsu makan pasien cukup meningkat. Dari data evaluasi yang di dapatkan, maka disimpulkan bahwasanya tujuan belum tercapai, masalah teratasi sebagian, kemudian dilakukan perencanaan lanjutan Intervensi evaluasi untuk menyebutkan tanda, gejala infeksi dan cara mencuci tangan dengan benar, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi.

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab IV ini akan menguraikan hasil dari asuhan keperawatan yang diberikan kepada Ny. S dengan post laparotomi Ca Ovarium disesuaikan dengan teori yang diterima. Asuhan keperawatan Ny. S telah dikelola selama tiga hari dari tanggal 14-16 Februari 2023.

Bab ini akan membahas mengenai faktor-faktor pendukung dan hambatan-hambatan yang diperoleh penulis selama memberikan asuhan keperawatan terhadap Ny. S selaku pasien post operasi ca ovarium, serta diharapkan dapat dijadikan sebagai referensi tambahan, salah satunya tentang perawatan apa saja yang diberikan untuk menangani diagnosa keperawatan primer dengan memperhatikan susunan keperawatan yang dimulai dari tahap pengkajian, menentukan diagnosa keperawatan, merencanakan tindakan keperawatan atau intervensi, melakukan tindakan keperawatan atau implementasi dan sampai ke tahap evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian

Pada pengkajian ada beberapa hal yang perlu penulis sampaikan terkait adanya pemeriksaan fisik pada abdomen yaitu terkait dengan post laparotomi, seharusnya pada saat melakukan pemeriksaan fisik penulis mengkaji bagaimana kondisi lukanya, ada dehisensi luka atau tidak, luka sudah kering atau belum, ada tanda-tanda infeksi atau tidak. Pada pemeriksaan genitalia seharusnya dikaji adanya pembekakan, bagaimana kebersihannya, ada lesi atau tidak, karena pasien terpasang kateter. Pengkajian dilakukan pada tanggal 14 Februari 2023 didapatkan data sebagai berikut :

B. Asuhan Keperawatan

Dari hasil pengkajian penulis mengangkat tiga diagnosa yaitu :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)

Definisi nyeri akut menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) yaitu pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, yang muncul secara tiba-tiba atau lambat dengan tingkat keparahan ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Penulis menegakkan diagnosa nyeri akut karena didapatkan data pasien mengeluh nyeri pada area perut bagian bawah saat terlalu banyak bergerak dan ditekan. Untuk persepsi terhadap nyeri dengan menggunakan pendekatan PQRST yaitu P atau paliatif pasien mengatakan nyeri pada luka post op di perut saat terlalu banyak bergerak dan berkurang saat digunakan tidur, Q atau kualitas nyeri yaitu lamanya keluhan hilang timbul nyeri seperti di tusuk-tusuk, R atau region tempat nyeri berada yaitu pasien mengatakan nyeri di perut bagian bawah sebelah kiri, S atau skala nyeri yaitu 4 dari 0-10, T atau time yaitu waktu yang dirasakan nyeri hilang timbul saat bergerak. Pasien juga tampak meringis, bersikap protektif (posisi menghindari nyeri) dan sulit tidur karena nyeri yang dirasakan.

Diagnosa nyeri akut b.d agen pencedera fisik penulis tetapkan sebagai prioritas utama karena nyeri sering kali dikeluhkan oleh pasien setelah menjalani tindakan laparatomi. Ny. S mengeluh nyeri setelah menjalani operasi sehingga membuatnya tampak meringis menahan sakit dan merasa takut untuk terlalu banyak bergerak. Nyeri diakibatkan karena luka operasi akibat luka insisi saat pembedahan, sehingga sel saraf pada kulit rusak (Anwar et al., 2020). Laparatomi adalah tindakan pembedahan pada abdomen atau perut, dimana selaput perut dibuka melalui sayatan pada lapisan dinding perut untuk memeriksa organ bagian perut dan menemukan bagian organ mana yang mengalami masalah (Hutahean et al., 2019). Nyeri akut setelah

pembedahan memberikan peringatan bahwa harus dilakukan perawatan khusus untuk mencegah trauma lebih lanjut pada daerah tersebut, biasanya nyeri muncul dalam waktu yang lebih singkat dari waktu yang dibutuhkan untuk memperbaiki jaringan yang rusak (Setyanisa et al., 2021). Maka dari itu penulis menegakkan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik karena nyeri merupakan faktor utama yang dapat menyebabkan kerusakan pada seluruh jaringan tubuh sehingga apabila terdapat nyeri maka seluruh jaringan pada tubuh akan mengalami perubahan bahkan kehilangan jaringan normalnya.

Penulis menetapkan tujuan asuhan keperawatan sesuai perencanaan keperawatan untuk mengatasi nyeri akut, maka diharapkan tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, nafsu makan membaik.

Untuk mencapai tujuan dari kriteria hasil tersebut maka penulis menegakkan intervensi berupa manajemen nyeri, intervensi atau perencanaan yang ditetapkan penulis untuk mengatasi masalah nyeri akut ditandai dengan wajah meringis dan terlihat menahan rasa nyeri pada area luka. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri untuk mengetahui dibagian mana nyeri dirasakan, lamanya nyeri, saat atau kapan nyeri itu muncul, dan bagaimana rasa nyeri yang dirasakan. Identifikasi skala nyeri untuk mengetahui tingkat nyeri yang dirasakan pasien. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri untuk mengetahui hal-hal apa saja yang dapat memperberat ataupun memperingan nyeri yang dirasakan pasien. Selanjutnya ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri tanpa menggunakan obat. Fasilitasi istirahat dan tidur yaitu agar pasien dapat mengalihkan nyeri serta dapat memenuhi kebutuhan istirahat pasien dan segera stabil. Kolaborasi pemberian

analgetic untuk mengurangi atau menghilangkan rasa nyeri dengan menggunakan obat (PPNI, 2018).

Implementasi keperawatan dilakukan selama tiga hari sesuai dengan intervensi atau rencana keperawatan yang telah disusun. Semua rencana tindakan sudah penulis implementasikan ke pasien selama tiga hari itu. Pada diagnosa ini penulis tidak ada hambatan atau kendala selama melakukan implementasi, karena adanya dukungan atau bantuan dari perawat ruang dan pasien serta keluarga yang menjaganya pun kooperatif dengan penulis.

Selanjutnya penulis melakukan evaluasi dengan diagnosa nyeri akut b.d agen pecedera fisik berdasarkan hasil dari tindakan keperawatan yang sudah penulis lakukan selama tiga hari. Pada evaluasi pasien keluhan nyeri yang dirasakan sudah menurun dengan skala nyeri 2, meringis menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, nafsu makan pasien juga sudah membaik. Walaupun begitu tujuan belum sepenuhnya tercapai dan masalah nyeri juga belum sepenuhnya teratasi, karena pasien masih mengeluh nyeri saat lukanya ditekan dan saat terlalu banyak bergerak. Penulis menganjurkan pasien untuk melakukan teknik nonfarmakologi saat kembali merasakan nyeri pada daerah luka.

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kecemasan (D.0054)

Definisi gangguan mobilitas fisik menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) yaitu keterbatasan dalam gerakan tubuh satu atau lebih anggota badan secara mandiri.

Penulis menegakkan diagnosa gangguan mobilitas fisik karena pada data ditemukan pasien mengatakan badannya lemas, pasien mengatakan nyeri pada luka operasi diperut dan tidak dapat beraktivitas atau bergerak bebas seperti biasanya, mengeluh sulit ketika ingin bergerak karena takut jika timbul nyeri, pasien mengatakan belum dapat beraktivitas mandiri secara penuh karena merasa lemas dan takut jika nyeri pada luka operasinya muncul, pasien

mengatakan aktivitasnya seperti mandi, berpakaian, dan berpindah dibantu keluarga. Awalnya penulis menetapkan nyeri sebagai etiologi pada diagnosa ini, namun karena nyeri sudah penulis tetapkan sebagai diagnose keperawatan utama maka penulis mengganti etiologi yang sesuai dengan data yang penulis dapatkan dari pasien yaitu keengganan melakukan pergerakan.

Diagnosa gangguan mobilitas fisik penulis tegakkan sebagai diagnosa kedua setelah nyeri akut karena pada pasien post laparotomi beresiko mengalami masalah keperawatan seperti kelemahan dan keterbatasan atau bahkan ketidakmampuan fungsi tubuh. Kelemahan ini melibatkan sejumlah gangguan fisik seperti timbul nyeri pada luka operasi, kecemasan, hingga rentan gerak sendi menjadi terbatas (Fitriani et al., 2023). Adanya luka karena proses pembedahan menyebabkan pasien merasa cemas untuk melakukan pergerakan atau mobilisasi dini karena akan timbul nyeri yang dirasakan, sehingga pasien cenderung untuk berbaring ditempat tidur (Setyanisa et al., 2021). Hal tersebut dapat membuat pasien semakin tidak mandiri dalam proses pengembalian fungsi tubuh, sehingga untuk melakukan aktivitas sehari-hari menjadi terhambat. Oleh karena itu, mobilisasi dini sangat penting dilakukan untuk mendorong kemandirian pasien sesegera mungkin.

Penulis menetapkan tujuan asuhan keperawatan sesuai perencanaan keperawatan untuk mengatasi gangguan mobilitas fisik, maka diharapkan mobilitas fisik meningkat, dengan kriteria hasil pergerakan ekstremitas meningkat, nyeri menurun, kecemasan menurun, gerakan terbatas menurun.

Untuk mencapai tujuan dari kriteria hasil tersebut maka penulis menegakkan intervensi berupa dukungan mobilisasi, intervensi atau perencanaan yang ditetapkan penulis untuk mengatasi masalah gangguan mobilisasi ditandai dengan pasien mengeluh sulit ketika ingin bergerak karena takut jika timbul nyeri, pasien mengatakan

belum dapat beraktivitas mandiri secara penuh karena merasa lemas. Intervensi yang pertama yaitu identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya untuk mengetahui apa yang dirasakan pasien. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan untuk mengetahui kemampuan dan keterbatasan pasien sehubungan dengan latihan/gerakan yang akan dilakukan. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi untuk mengetahui kondisi pasien saat ini dan perubahan yang mungkin terjadi selama mobilisasi. Libatkan keluarga dalam meningkatkan pergerakan karena keluarga dapat secara mandiri mendukung pasien dalam melakukan latihan rentan gerak. Ajarkan mobilisasi sederhana untuk melatih kemampuan pasien dalam melakukan pergerakan dan meningkatkan status mobilitas fisik pasien (PPNI, 2018).

Implementasi keperawatan dilakukan selama tiga hari sesuai dengan intervensi atau rencana keperawatan yang telah disusun. Semua rencana tindakan sudah penulis implementasikan ke pasien selama tiga hari itu. Pada diagnosa ini penulis memiliki sedikit hambatan atau kendala selama melakukan implementasi, karena pasien yang merasa enggan untuk melakukan mobilisasi sederhana seperti miring kanan-kiri. Pasien mengatakan takut untuk memulai melakukan pergerakan karena rasa nyeri yang akan muncul lagi saat dirinya terlalu banyak bergerak. Namun karena adanya dukungan dan bantuan dari perawat ruang serta keluarga yang menjaganya pun kooperatif dengan penulis maka pasien sedikit demi sedikit mau untuk mencoba melakukan mobilisasi.

Selanjutnya penulis melakukan evaluasi dengan diagnosa gangguan mobilitas fisik b.d kecemasan berdasarkan hasil dari tindakan keperawatan yang sudah penulis lakukan selama tiga hari. Pada evaluasi pasien pergerakan ekstremitas sudah meningkat, nyeri yang dirasakan sudah menurun, kecemasan menurun sedikit, gerakan terbatas juga sudah lumayan menurun. Walaupun begitu tujuan belum sepenuhnya tercapai dan masalah nyeri juga belum sepenuhnya

teratasi, karena pasien masih mengeluh nyeri saat lukanya ditekan dan saat terlalu banyak bergerak. Pasien juga masih terlalu takut untuk mencoba untuk duduk saat dibantu oleh perawat. Maka dari itu penulis menganjurkan pasien untuk selalu mencoba melakukan mobilisasi yang telah penulis ajarkan kepada pasien dengan dibantu keluarga.

3. Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive (D.0142)

Definisi risiko infeksi menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) yaitu pada peningkatan risiko diserang oleh organisme patogen.

Penulis menegakkan diagnosa gangguan mobilitas fisik karena pada data ditemukan pasien ada luka setelah operasi ca ovarium diperut dan terasa nyeri. Pada pemeriksaan penunjang laboratorium juga didapatkan hasil leukosit 15.85 ribu/ μ L.

Diagnosa risiko infeksi ini penulis ambil karena tindakan operasi dapat mempengaruhi peningkatan terjadinya komplikasi setelah operasi seperti resiko infeksi luka operasi (ILO) dan infeksi nosokomial (Setyanisa et al., 2021). Pada hasil dari sebuah penelitian menyimpulkan bahwa insiden dan faktor risiko infeksi luka operasi (ILO) pada bedah obstetric yaitu *cesaeran section* lebih rendah dibandingkan dengan bedah ginekologi yaitu *vaginal hysterectomy*, *abdominal hysterectomy*, dan *laparotomy*. Menurut hasil penelitian lain, jumlah pasien dengan pembedahan mengalami kenaikan yang mungkin dipengaruhi karena adanya komplikasi setelah dilakukannya pembedahan seperti terjadinya infeksi luka operasi (ILO) infeksi nosocomial, maka dari itu prinsip steril dalam melaksanakan perawatan luka post op laparatomi merupakan sesuatu yang sangat amat dihindari terjadinya infeksi (Chairani et al., 2019). Maka dari itu penulis menetapkan diagnosa risiko infeksi sebagai diagnosa ketiga, karena Ny. S juga masih mengeluh nyeri.

Penulis menetapkan tujuan asuhan keperawatan sesuai perencanaan keperawatan untuk mencegah risiko infeksi, maka diharapkan tingkat

infeksi menurun, dengan kriteria hasil nyeri menurun, kemerahan menurun, kadar sel darah putih membaik, nafsu makan meningkat.

Untuk mencapai tujuan dari kriteria hasil tersebut maka penulis menegakkan intervensi berupa pencegahan infeksi, intervensi atau perencanaan yang ditetapkan penulis untuk mengatasi masalah risiko infeksi ditandai dengan pasien ada luka setelah operasi ca ovarium diperut dan terasa nyeri. Intervensi yang pertama yaitu monitor tanda dan gejala infeksi untuk mengetahui serta menilai tanda dan gejala infeksi pada luka. Jelaskan tanda dan gejala infeksi untuk memberikan pengetahuan kepada pasien mengenai tanda dan gejala infeksi. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar yaitu agar mencegah terjadinya infeksi silang baik itu antara pasien dengan perawat ataupun pasien dengan keluarga. Intervensi selanjutnya yaitu anjurkan meningkatkan asupan nutrisi untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dan mempercepat proses penyembuhan (PPNI, 2018).

Implementasi keperawatan dilakukan selama tiga hari sesuai dengan intervensi atau rencana keperawatan yang telah disusun. Semua rencana tindakan sudah penulis implementasikan ke pasien selama tiga hari itu. Pada diagnosa ini penulis tidak ada hambatan atau kendala selama melakukan implementasi, karena adanya dukungan atau bantuan dari perawat ruang dan pasien serta keluarga yang menjaganya pun kooperatif dengan penulis.

Selanjutnya penulis melakukan evaluasi dengan diagnosa risiko infeksi b.d efek prosedur invasive berdasarkan hasil dari tindakan keperawatan yang sudah penulis lakukan selama tiga hari. Pada evaluasi pasien masih mengeluh nyeri pada daerah luka, walaupun nyeri yang dirasakan pasien tidak sesakit sebelumnya. Nafsu makan pasien sudah lebih baik dari sebelumnya, meski begitu penulis tetap menganjurkan pasien untuk meningkatkan asupan nutrisinya karena makanan yang disediakan oleh rumah sakit tidak sepenuhnya

dihabiskan oleh pasien, dan juga untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pasien.

4. Diagnosa tambahan

1) Risiko defisit nutrisi (D.0032)

Risiko defisit nutrisi (D.0032) berhubungan dengan faktor psikologis (mis. stress, keengganan untuk makan). Defisit nutrisi menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) adalah berisiko menderita karena asupan makanan tidak mencukupi kebutuhan metabolisme.

Penulis menetapkan risiko deficit nutrisi sebagai diagnose tambahan karena dari data yang didapatkan pasien mengalami penurunan berat badan yang awalnya 59 kg turun menjadi 44 kg sekitar dua bulan. Pasien juga mengatakan nafsu makannya menurun dan merasa cepat kenyang walaupun hanya makan sedikit.

Ada beberapa istilah yang dikembangkan untuk menggambarkan status gizi pasien kanker akibat malnutrisi, wasting atau cachexia. Cachexia kanker disebabkan oleh faktor multifaktorial yang terbagi dalam tiga kategori utama, antara lain makanan yang tidak memadai, gangguan metabolisme, respons humoral dan inflamasi spesifik. Pertama, makanan yang tidak memadai. Ini bisa disebabkan oleh anoreksia dan penurunan nafsu makan. Anoreksia disebabkan oleh tumor-produced factor yang merangsang hipotalamus untuk menyebabkan efek anoreksia jangka panjang. Faktor lain seperti penyakit mental seperti depresi sering ditemukan pada pasien kanker. Gangguan pengecap dan penciuman, termasuk rasa manis, terjadi pada setiap sepertiga penderita kanker, dengan rasa pahit, asam, dan asin lebih jarang terganggu (Nasution, 2021). Pasien kanker ovarium menderita ketidakseimbangan nutrisi karena produksi insulin yang rendah dalam tubuh dapat menyebabkan kadar gula darah meningkat, gula darah yang tinggi dapat menurunkan nafsu makan pasien sehingga menyebabkan ketidakseimbangan nutrisi (Anggraini, 2020).

Penulis menetapkan tujuan asuhan keperawatan sesuai perencanaan keperawatan untuk mencegah risiko deficit nutrisi, maka diharapkan status nutrisi membaik, dengan kriteria hasil porsi makanan yang dihabiskan meningkat, perasaan cepat kenyang menurun, nyeri abdomen menurun, berat badan membaik, indeks massa tubuh (IMT) membaik, dan nafsu makan membaik.

Untuk mencapai tujuan dari kriteria hasil tersebut maka penulis menegakkan intervensi berupa manajemen nutrisi (I.03119), intervensi atau perencanaan yang ditetapkan penulis untuk mengatasi masalah risiko deficit nutrisi ditandai dengan pasien mengalami penurunan berat badan dari 59 kg menjadi 44 kg sekitar dua bulan, dan nafsu makannya menurun. Intervensi yang pertama yaitu identifikasi status nutrisi untuk mengetahui bagaimana kebutuhan nutrisi pasien. Monitor asupan makanan untuk menentukan nafsu makan dan asupan makanan pasien. Monitor berat badan untuk menentukan apakah pasien mengalami penurunan atau penambahan berat badan. Berikan makanan yang kaya akan serat untuk mencegah sembelit. Berikan makanan tinggi kalori dan protein yang cukup untuk memenuhi kebutuhan energi dan menambah berat badan (PPNI, 2018).

2) Harga diri rendah situasional (D.0087)

Harga diri rendah situasional (D.0087) berhubungan dengan perubahan pada citra tubuh. Defisit harga diri rendah situasional menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) adalah penilaian atau perasaan negatif tentang diri mereka sendiri atau kemampuan klien dalam menanggapi situasi yang ada.

Penulis menetapkan diagnosa harga diri rendah situasional sebagai diagnosa tambahan karena dari yang didapatkan pasien berumur 37 tahun, sudah menjalani pernikahan selama 16 tahun namun belum dikaruniai anak.

Kehadiran seorang anak dianggap sebagai tanda kesempurnaan, kebahagiaan, bahkan dianggap sebagai pembawa rezeki bagi pasangan yang telah menikah. Itulah mengapa sebagian besar orang mengharapkan seorang anak sebagai pelengkap dalam sebuah keluarga. Ketidakhadiran seorang anak pada pasangan suami istri secara tidak sengaja dapat menimbulkan perilaku pada pasangan, khususnya perempuan yang meliputi perasaan malu, cemas bahkan depresi, ketidakmampuan menerima kenyataan dan rasa gagal dalam pernikahan. Perempuan juga memiliki tingkat kecemasan yang lebih tinggi daripada laki-laki, karena mereka berisiko menundukan pasangannya atau berpoligami (L. safitri, 2022).

Belum hadirnya seorang anak dalam pernikahan memicu berbagai reaksi pada pasangan, termasuk stres, kecemasan, perasaan rendah diri, tidak menerima keadaan pernikahan, depresi dan jarang yang paling tidak puas dengan pernikahan mereka. Mereka merasa pernikahannya akan gagal karena salah satu tujuan pernikahan belum tercapai, menarik diri dari lingkungan sekitar karena munculnya kritik sosial. Harvard Medical School menemukan bahwa infertilitas menyebabkan shock, kesedihan, depresi, kemarahan dan frustrasi, serta perasaan harga diri yang rendah, percaya diri dan kontrol atas nasib sendiri, dan hubungan yang buruk dengan teman maupun keluarga. Pada perempuan yang mengalami infertilitas biasanya cenderung akan menutup diri, merasa bersalah, cemas dan merasa tertekan, hal tersebut dapat mempengaruhi penerimaan diri, bagaimana ia memandang dirinya dan menyikapi kondisi tersebut (Simarmata & Lestari, 2020).

Kesehatan adalah keadaan sejahtera dalam segala aspek, baik fisik, mental maupun sosial. Setiap perubahan status kesehatan dapat menjadi pemicu terjadinya stres yang mempengaruhi citra diri terutama kebutuhan akan harga diri. Harga diri seseorang bisa menurun karena ulasan negatif terhadap kemampuan diri sendiri. Perasaan tidak berharga, tidak berarti, dan rendah diri yang terus-menerus karena

ulasan negatif dikenal sebagai harga diri rendah. Orang dengan harga diri rendah sering menganggap diri mereka tidak kompeten, tidak dapat dicintai, tidak aman dan tidak berharga bagi orang disekitarnya (Mahdalena & Aiyub, 2017) (Ajis et al., 2022). Pengelolaan pada pasien dengan harga diri rendah situasional harus segera ditangani dengan tepat agar tidak berkelanjutan pada harga diri rendah kronik serta perilaku isolasi sosial.

Penulis menetapkan tujuan asuhan keperawatan sesuai perencanaan keperawatan untuk mencegah harga diri rendah situasional, maka diharapkan harga diri meningkat dengan kriteria hasil penilaian diri positif meningkat, perasaan memiliki kelebihan atau kemampuan positif meningkat, penerimaan penilaian positif terhadap diri sendiri meningkat, kontak mata meningkat, perasaan malu menurun,

Untuk mencapai tujuan kriteria hasil tersebut maka penulis menegakkan intervensi berupa manajemen perilaku (I.12463), intervensi atau perencanaan tindakan yang pertama yaitu identifikasi harapan untuk mengendalikan perilaku agar meningkatkan harga diri pasien, diskusikan tanggung jawab terhadap perilaku untuk melakukan segala sesuatu dengan sungguh-sungguh dan siap menanggung segala resiko dan perbuatan, bicara dengan nada rendah dan tenang untuk menciptakan komunikasi yang nyaman, beri penguatan positif terhadap keberhasilan mengendalikan perilaku untuk menguatkan harga diri pasien.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan kelolaan kasus dari asuhan keperawatan pada pasien post laparatomi dengan Ca Ovarium yang telah penulis kelola selama tiga hari di ruang Baitunnisa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang, maka dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Hasil pengkajian yang telah didapatkan dari pasien post laparatomi dengan Ca Ovarium memiliki beberapa keluhan diantaranya pasien mengeluh nyeri dengan skala nyeri 4, wajah pasien meringis menahan sakit, pasien juga mengeluh nyeri jika terlalu banyak bergerak sehingga membuatnya takut untuk mencoba berpindah posisi tidur, penurunan berat badan, dan pola tidur yang terganggu.
2. Berdasarkan pengkajian yang telah selesai dilakukan maka penulis mengangkat tiga diagnosa yakni nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077), gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kecemasan (D.0054), dan risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive (D.0142).
3. Berdasarkan data yang dikumpulkan penulis, maka perencanaan prosedur penanganan kasus pasien akan disusun dengan diagnose yang telah ditetapkan.
4. Untuk mengatasi masalah keperawatan maka penulis melaksanakan tindakan implementasi keperawatan sesuai dengan intervensi yang telah penulis susun berdasarkan teori Standar Keperawatan Indonesia dengan menyesuaikan kebutuhan pasien post laparatomi dengan Ca Ovarium, tidak ada kendala tapi pasien masih mengeluh sedikit nyeri, keluarga pasien

selalu memberikan dukungan kepada pasien agar cepat sembuh dan dapat beraktifitas seperti semula.

5. Berdasarkan data yang dikumpulkan, penulis dapat mengevaluasi Ny. S berdasarkan kriteria hasil yang telah penulis susun, masalah teratasi sebagian yaitu nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, dan risiko infeksi.

B. Saran

Dari beberapa kesimpulan tersebut penulis dapat memberikan beberapa saran, yaitu :

1. Profesi Keperawatan

Saran penulis bagi profesi keperawatan yaitu agar tetap dapat mempertahankan asuhan keperawatan yang sesuai standar prosedur keperawatan yang telah ditetapkan. Selain itu sebagai seorang perawat juga harus mampu memodifikasi intrvensi maupun implementasi dengan baik dan benar, sehingga masalah keperawatan dapat teratasi sesuai tujuan yang diinginkan.

2. Perkembangan Ilmu Keperawatan

Untuk perkembangan Ilmu Keperawatan agar dapat memberikan wawasan tentang teori perawatan pada pasien pasca laparotomi dengan kanker ovarium.

3. Masyarakat

Diharapkan untuk semua masyarakat dapat menambah pengetahuan dan wawasannya tentang kanker ovarium, agar dapat melakukan penanganan sesegera mungkin jika terjadi salah satu tanda atau gejala kanker ovarium.

4. Penulis

Diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan tentang penyusunan, pengumpulan, pengolahan data, analisis dan komunikasi, serta dapat menambah pengetahuan di bidang keperawatan dan bermanfaat bagi penulis lainnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Ajis, S., Marni, E., & Sari, S. M. (2022). Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Harga Diri Pasien Kanker Yang Menjalani Menjalani Kemoterapi. *Journal of Nursing Innovation (JNI)*, 1(1), 26–33. <https://ejournal.infermia.com/index.php/JNI/article/view/5/1>
- Anggraini, M. (2020). *Studi Dokumentasi Ketidakseimbangan Nutrisi Pada Pasien Dengan Kanker Ovarium*. 14. <https://all3dp.com/2/fused-deposition-modeling-fdm-3d-printing-simply-explained/>
- Anwar, T., Warongan, A. W., & Rayasari, F. (2020). Pengaruh Kinesio Taping Terhadap Tingkat Nyeri Pada Pasien Post Laparatomi Di Rumah Sakit Umum Dr Darajat Prawiranegara, Serang-Banten Tahun 2019. *Journal of Holistic Nursing Science*, 7(1), 71–87. <https://doi.org/10.31603/nursing.v7i1.2954>
- Beatrik Yeni Sampang. (2019). Pelaksanaan Perencanaan Terstruktur Melalui Implementasi Keperawatan. *Hubungan Berfikir Kritis Dengan Perilaku Caring Dalam Pendidikan Keperawatan Untuk Menjalankan Asuhan Keperawatan*, 1–7.
- Chairani, F., Puspitasari, I., & Asdie, R. H. (2019). Insidensi dan Faktor Risiko Infeksi Luka Operasi pada Bedah Obstetri dan Ginekologi di Rumah Sakit. *JURNAL MANAJEMEN DAN PELAYANAN FARMASI (Journal of Management and Pharmacy Practice)*, 9(4), 274. <https://doi.org/10.22146/jmpf.48024>
- Coll, A. M., & Jones, R. (2020). Role of the nurse in the assessment and management of post-operative pain. *Nursing Standard (Royal College of Nursing (Great Britain))*: 1987, 35(4), 53–58. <https://doi.org/10.7748/ns.2020.e11530>
- Country-specific, I., Method, N., & Country-specific, M. (2021). 273 523 621.

858, 2020–2021. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/360-indonesia-fact-sheets.pdf>

Diah Novita, N. H. A. (2021). *PENATALAKSAAN RADIOTERAPI KANKER OVARIUM DENGAN TEKNIK IMRT DI RUMAH SAKIT X. 11*(February), 6. <https://www.stikesicsada.ac.id/jurnal/index.php/jmakia/article/view/169/143>

Fatihah, W. M. (2019). Penerapan Evaluasi Keperawatan Terhadap Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit. *JIP: Jurnal Ilmiah PGMI*, 2(3), 28–31.

Ferawati, L. (2022). *Asuhan Keperawatan Pada Ny.M Dengan Post Laparatomi Atas Indikasi Ca Ovarium Di Rsi Sultan Agung Semarang.*

Fitriani, A., Widiyanti, W., Lismayanti, L., Firmansyah, A., & Hamdani, D. (2023). Latihan Mobilisasi Untuk Meningkatkan Proses Pemulihan Pasca Operasi Laparatomi Pada Pasien Peritonitis. *Health Care Nursing Journal*, 5(1), 529–537. <http://journal.umtas.ac.id/index.php/healthcare/article/view/2835/1432>

Hariyono Winarto, & Andrew Wijaya. (2020). Gambaran Myelosupresi pada pasien Kanker Ovarium yang Menerima Kemoterapi Carboplatin-Paclitaxel di RSUPN Cipto Mangunkusumo Tahun 2018. *Journal Of The Indonesian Medical Association*, 70(4), 59–64. <https://doi.org/10.47830/jinma-vol.70.4-2020-160>

Harsono, A. B. (2020). Kanker Ovarium : “The Silent Killer.” *Indonesian Journal of Obstetrics & Gynecology Science*, 3(1), 1–6. <https://doi.org/10.24198/obgynia.v3n1.192>

Hutahean, S., Febriana, N., & Apifah, L. (2019). Penerapan Prosedur Teknik Relaksasi Terhadap Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi Laparatomi Di Rsud Koja Jakarta Utara. *Jakhkj*, Vol. 5(No. 1), 44–48. <http://ejurnal.husadakaryajaya.ac.id/index.php/JAKHKJ/article/view/107/83>

ISTIGHOSAH, N., & Yunita, N. (2019). PERBEDAAN PENGETAHUAN WANITA USIA SUBUR (WUS) TENTANG KANKER OVARIUM SEBELUM DAN SESUDAH DIBERI PENYULUHAN (Di RT 03 RT 04

- Desa Sumengko Kecamatan Sukomoro Kabupaten Nganjuk). *Jurnal Kebidanan*, 7(1), 54–62. <https://doi.org/10.35890/jkdh.v7i1.25>
- L. safitri, S. safira. (2022). Harapan Pada Perempuan Yang Belum Memiliki Anak. *Jurnal Penelitian Psikologi*, 9 nomor 2, 248–263.
- Laili Fauzia, N. (2020). *Asuhan Keperawatan Pada Ny. P Dengan Diagnosa Medis Ca Ovarium Stadium Iv Post Kemoterapi Ke-6 Dengan Acites Per magna Di* http://repository.stikeshangtuah-sby.ac.id/174/1/2030072_NABELATUL_LAILI_FAUZIA_KIA_FINAL_ACC.pdf
- Laporan Riskesdas 2018 Nasional.pdf.* (n.d). http://repository.bkpk.kemkes.go.id/3514/1/Laporan_Riskesdas_2018_Nasional.pdf
- Mahdalena, & Aiyub. (2017). *HUBUNGAN DUKUNGAN SOSIAL DENGAN HARGA DIRI PADA PENDERITA KANKER.* 1–9. <https://jim.usk.ac.id/FKep/article/view/4332>
- Momenimovahed, Z., Tiznobaik, A., Taheri, S., & Salehiniya, H. (2022). *Ovarian cancer in the world : epidemiology and risk factors Ovarian cancer in the world : epidemiology and risk factors.* <https://doi.org/10.2147/IJWH.S197604>
- Nababan, E. H. F., Sihotang, J., Sasputra, I. N., & Damanik, E. M. B. (2021). Faktor Risiko Kanker Ovarium Jenis Epitelial Di RSUD Prof. Dr.W.Z Johannes Kota Kupang Nusa Tenggara Timur Tahun 2016-2019. *Cendana Medical Journal (CMJ)*, 9(2). <https://doi.org/10.35508/cmj.v9i2.5966>
- Nasution, H. N. (2021). Kaheksia kanker dan tatalaksana nutrisi pada penderita kanker. *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala*, 21(2), 189–196. <https://doi.org/10.24815/jks.v21i2.19165>
- 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>

PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan* (1st ed.).

Pradjatmo, H. (2018). Upaya Meningkatkan Kelangsungan Hidup (Survival) Penderita Kanker Ovarium : *Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat Dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada*.

Purwoko, M. (2018). Hubungan Tingkat Pendidikan dan Pekerjaan dengan Tingkat Pengetahuan Mengenai Kanker Ovarium pada Wanita. *Mutiara Medika: Jurnal Kedokteran Dan Kesehatan*, 18(2), 45–48. <https://doi.org/10.18196/mm.180214>

Purwoto, G., Dalimunthe, B. E., Kekalih, A., Aditianingsih, D., Mazni, Y., Wahyudi, I., & Julianti, K. (2022). Complications of ovarian cancer surgery in Dr. Cipto Mangunkusumo National Referral Hospital, Jakarta: A cross-sectional study. *Annals of Medicine and Surgery*, 77, 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2022.103581>

Sembiring, R. B., Supriati, & Hutasuhut, R. M. (2018). *Hubungan Motivasi Siswi Dalam Melakukan Vulva Hygiene Sebagai Upaya Pencegahan Terjadinya Candidiasis Genetalia Di Sma Yapim Sei Rotan Tahun 2017*. 19(1), 162–169. <https://umnaw.ac.id/wp-content/uploads/2018/11/MARET-2018.pdf#page=140>

Setyanisa, R., Wirotomo, T. S., & Rofiqoh, S. (2021). Literature Review : Pengaruh Aromaterapi Lemon Terhadap Penurunan Skala Nyeri Pasien Post Operasi Laparatomi. *Prosiding Seminar Nasional Kesehatan*, 1(November), 699–703. <https://doi.org/10.48144/prosiding.v1i.737>

Simarmata, O. Y., & Lestari, M. D. (2020). Harga Diri dan Penerimaan Diri Pasangan Menikah Tidak Memiliki Anak di Bali. *Jurnal Psikologi Udayana*, 112–121. <https://ojs.unud.ac.id/index.php/psikologi/article/view/57810/33752>

Sitohang, D. (2019). *PELAKSANAAN PROSES PENGKAJIAN KEPERAWATAN DI RUMAH SAKIT*.

Syarifatunnisa, F. (2021). KARYA TULIS ILMIAH ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN DENGAN CA OVARIUM POST KEMOTHERAPY DIRUANG MATAHARI DI RSUD dr. KANUJOSO DJATIWIWOWO KOTA BALIKPAPAN TAHUN 2021 OLEH. In *Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents* (Vol. 3, Issue 2).

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *No Title* (DPP PPNI (Ed.); 1st ed.). DPP PPNI.

Yuliana, Y., Johan, A., & Rochana, N. (2021). Pengaruh Mobilisasi Dini terhadap Penyembuhan Luka dan Peningkatan Aktivitas Pasien Postoperasi Laparatomi. *Jurnal Akademika Baiturrahim Jambi*, 10(1), 238. <https://doi.org/10.36565/jab.v10i1.355>

