

**IMPLEMENTASI TERAPI AKUPRESUR TITIK LI4 DAN SP6 GUNA
MENURUNKAN INTENSITAS NYERI PADA PASIEN POST OPERASI
KISTA OVARIUM DI RUANG BAITUNNISA 2 RUMAH SAKIT ISLAM
SULTAN AGUNG SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah

Diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk
memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan



Disusun Oleh :

Cheryl Maitsa Rizqiva

NIM. 40902200014

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

2025

**IMPLEMENTASI TERAPI AKUPRESUR TITIK LI4 DAN SP6 GUNA
MENURUNKAN INTENSITAS NYERI PADA PASIEN POST OPERASI
KISTA OVARIUM DI RUANG BAITUNNISA 2 RUMAH SAKIT ISLAM
SULTAN AGUNG SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

Cheryl Maitsa Rizqiva

NIM. 40902200014

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

2025

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

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



HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan tim penguji

Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan

Unissulla pada :

Hari : Jum'at

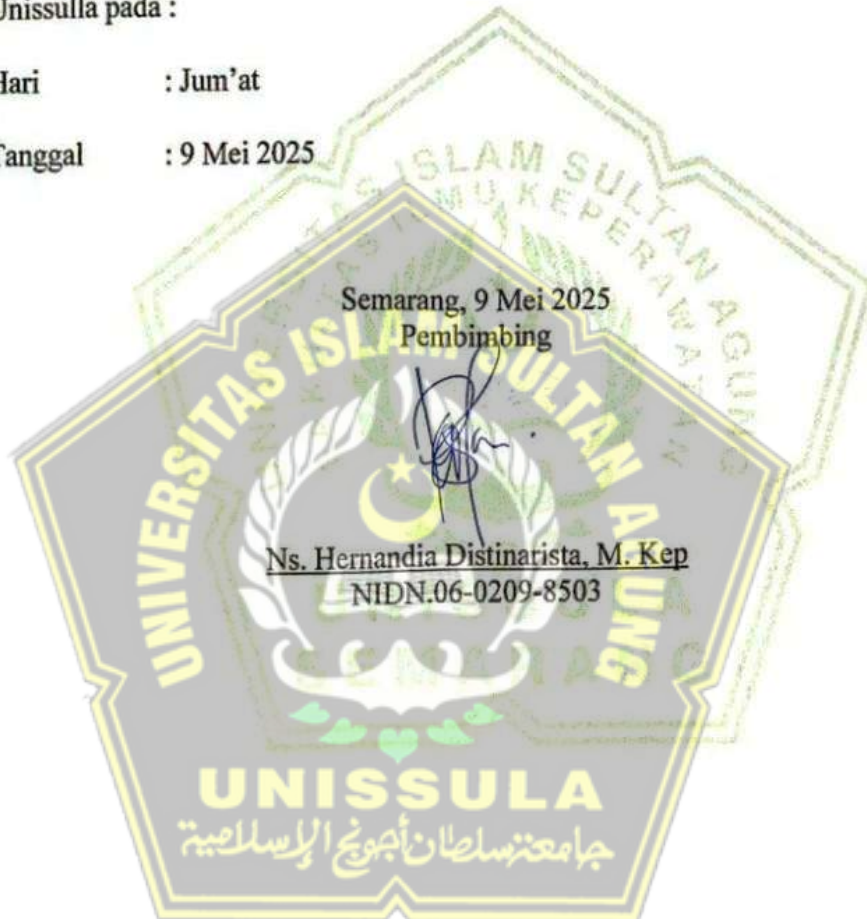
Tanggal : 9 Mei 2025

Semarang, 9 Mei 2025

Pembimbing

Ns. Hernandia Distinarista, M. Kep

NIDN.06-0209-8503



HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula pada hari Jum'at, 16 Mei 2025 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 16 Mei 2025



MOTTO

لَنَهْدِيَنَّهُمْ سُبُلَنَا وَإِنَّ اللَّهَ لَمَعَ الْمُحْسِنِينَ وَالَّذِينَ جَاهَدُوا فِينَا

"Dan orang-orang yang berjihad untuk mencari keridhaan Kami, benar-benar Kami akan tunjukkan kepada mereka jalan-jalan Kami."

Al-Ankabut (29:69)

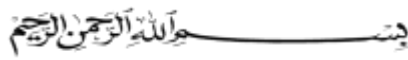
تَنَازَعُوا فَتَفْشَلُوا وَتَذْهَبَ رِيحُكُمْ وَأَطِيعُوا اللَّهَ وَرَسُولَهُ وَلَا

"Dan taatilah Allah dan Rasul-Nya, dan janganlah kamu berbantah-bantahan, yang menyebabkan kamu menjadi gentar dan kehilangan kekuatan."

Al-Anfal (8:46)



KATA PENGANTAR



Assalamualaikum Wr. Wb

Alhamdulillahilalamin, segala puji bagi Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan ridha-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul "Implementasi Terapi Akupresur Titik LI4 dan SP6 Guna Menurunkan Intensitas Nyeri pada Pasien Pasca Operasi Kista Ovarium di Ruang Baitunnisa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang". Proses penulisan Karya Tulis Ilmiah ini tidak lepas dari berbagai tantangan dan kesulitan. Namun, berkat dukungan, bimbingan, saran, serta kerja sama dari berbagai pihak, penulis akhirnya mampu menyelesaikannya dengan baik. Oleh karena itu, pada kesempatan ini, penulis ingin menyampaikan rasa terima kasih yang sebesar-besarnya kepada yang terhormat:

1. Allah SWT yang telah memberikan kesehatan dan kekuatan sehingga saya dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
2. Prof. Dr. H. Gunarto, SH.,MH Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Dr. Iwan Ardian, SKM., M.Kep. Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Ns. Indra Tri Astuti, M.Kep, Sp. Kep.An. Kaprodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
5. Ns. Hernandia Distinarista, M.Kep. selaku pembimbing Karya Tulis Ilmiah saya yang senantiasa bijaksana dan sabar dalam memberikan

bimbingan, semangat, motivasi, nasehat, kepercayaan, dan waktunya selama penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.

6. Ns. Apriliani Yulianti W, M.Kep., Sp.Kep.Mat. selaku Penguji I yang telah berkenan untuk menguji, dan memberikan pengarahan untuk membantu menyempurnakan Karya Tulis Ilmiah saya.
7. Dr. Ns. Hj. Dwi Heppy Rochmawati, M.Kep., Sp.Kep.J., S.Kep. selaku dosen wali yang telah memberikan motivasi untuk penulis menjadi mahasiswi yang baik.
8. Kepada seluruh dosen pengajar dan staf Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang telah membantu penulis selama melakukan aktivitas akademik.
9. Kepala ruang dan seluruh perawat di Ruang Baitunnisa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang yang telah mengizinkan saya untuk mengambil dan melakukan Asuhan Keperawatan guna menunjang pengkajian Karya Tulis Ilmiah di ruang tersebut.
10. Keluarga hebat saya, Ayah Wiwik Wibowo, Mama Indah Setiawati, kedua adik saya Diandra Fahreza A, dan Irfaza Pradipta M, yang saya sangat cintai dan saya sayangi terimakasih untuk dukungan, nasehat, waktu, biaya, dan semua yang telah dicurahkan pada saya dengan segenap kasih sayang memberikan doa, ilmu, dan bantuan moral dan material.
11. Teman satu pembimbing yang selalu memberikan semangat, dukungan dan motivasi dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah Ini.
12. Teruntuk Anis Widya O, Fadhilah Salsabila H, Ikhtiar Eka S, dan rekan-rekan DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam

Sultan Agung angkatan 2022 yang selalu kebersamai, saling menguatkan, memberikan motivasi, dan dukungan dalam proses penyusunan Karya Tulis Ilmiah Ini.

13. Sahabat-sahabat saya dan semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu terimakasih atas bantuan dan dukungannya yang telah diberikan.

14. Dan yang terakhir, untuk diriku sendiri, Cheryl Maitsa Rizqiva, terimakasih atas usaha keras dan perjuangan yang telah di lalui hingga saat ini. Luar biasa bisa terus bertahan dan melangkah meski menghadapi berbagai kesulitan dan tak pernah memilih untuk menyerah. Terimakasih diriku sudah mampu berproses sejauh ini. Perjalanan ini masih panjang, semoga selalu diberi kekuatan dan mampu menebarkan hal-hal positif serta memberikan manfaat bagi orang-orang di sekitar.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih memiliki banyak kekurangan. Oleh karena itu, kritik dan saran yang konstruktif dari semua pihak sangat dibutuhkan demi penyempurnaannya. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi penulis dan pembaca, serta dapat berkontribusi dalam meningkatkan pelayanan keperawatan di masa yang akan datang. Terima kasih.

Wassalamualaikum Wr. Wb

Semarang, 9 Mei 2025
Penulis,

Cheryl Maitsa Rizqiva

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
MEI 2025**

ABSTRAK

Cheryl Maitsa Rizqiva

Implementasi Teknik Akupresur Titik LI4 dan SP6 Guna Menurunkan Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi Kista Ovarium

Latar Belakang : Kista ovarium adalah pembengkakan berisi cairan yang muncul di ovarium. Ini merupakan pertumbuhan sel yang tidak normal atau berlebihan, yang dapat membentuk kista. Ketika seseorang di diagnosis dengan kista ovarium, hal ini dapat menyulitkan mereka untuk hamil. Salah satu metode pengobatan yang umum dilakukan adalah melalui pembedahan, salah satunya Ooferektomi. Namun, jenis operasi ini sering kali menyebabkan nyeri yang cukup parah pascaoperasi. Untuk mengurangi intensitas nyeri tersebut, pemberian terapi Akupresur pada titik LI4 dan SP6, dapat dilakukan sebagai tindakan nonfarmakologi untuk meningkatkan kenyamanan pasien. **Tujuan :** Untuk mengurangi rasa nyeri pasca operasi. **Metode :** dalam penyusunan Karya Ilmiah ini, menggunakan pendekatan studi kasus deskriptif. **Hasil :** Berdasarkan hasil wawancara, observasi, dan tindakan langsung terhadap pasien, ditemukan bahwa metode yang diterapkan dapat mengurangi nyeri setelah pascaoperasi. Penurunan nyeri ini disebabkan oleh implementasi terapi akupresur pada titik LI4 dan SP6, yang terbukti efektif dalam memberikan relaksasi fisik bagi pasien pasca operasi. **Kesimpulan :** Penerapan terapi akupresur dapat mengurangi intensitas nyeri pada pasien setelah operasi pembedahan kista ovarium. Oleh karena itu, untuk penelitian selanjutnya, disarankan agar dilakukan pengembangan dengan penambahan durasi pemberian terapi akupresur serta tangan guna lebih efektif dalam mengurangi nyeri pada pasien pasca laparatomi kista ovarium.

Kata Kunci : Kista ovarium, Akupresur, Ooferektomi

**DIII NURSING STUDY PROGRAM
FACULTY OF NURSING SCIENCE
SULTAN AGUNG ISLAMIC UNIVERSITY
MAY 2025**

ABSTRACT

Cheryl Maitsa Rizqiva

Application of Acupressure Techniques on LI4 and SP6 Points to Reduce Pain Intensity in Patients After Ovarian Cyst Surgery

Background : An ovarian cyst is a fluid-filled swelling that appears on the ovary. It is an abnormal or excessive growth of cells, which can form a cyst. When someone is diagnosed with an ovarian cyst, it can make it difficult for them to conceive. One of the common treatment methods is surgery, such as oophorectomy. However, this type of surgery often causes severe postoperative pain. To reduce the intensity of the pain, acupressure therapy at points LI4 and SP6 can be done as a non-pharmacological measure to improve patient comfort.

Objective : To reduce postoperative pain. **Method :** in the preparation of this Scientific Work, using a descriptive case study approach. **Results :** Based on the results of interviews, observations, and direct actions on patients, it was found that the methods applied could reduce postoperative pain. This decrease in pain is due to the implementation of acupressure therapy at points LI4 and SP6, which proved effective in providing physical relaxation for postoperative patients. **Conclusion :** The application of acupressure therapy can reduce pain intensity in patients after ovarian cyst surgery. Therefore, for further research, it is recommended that development be carried out by increasing the duration of acupressure therapy and hands to be more effective in reducing pain in patients after ovarian cyst laparotomy.

Keywords : Ovarian Cyst, Acupressure, Ooferectomy

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
MOTTO	v
KATA PENGANTAR	vi
ABSTRAK.....	ix
ABSTRACT.....	x
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR TABEL.....	xv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Rumusan Masalah	7
C. Tujuan Studi kasus	8
D. Manfaat Studi kasus	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	11
A. Konsep Dasar Penyakit	11
1. Definisi.....	11
2. Etiologi.....	13
3. Patofisiologi	15
4. Manifestasi klinis	16
5. Penatalaksanaan	18
6. Pemeriksaan penunjang.....	21
7. Komplikasi	24
8. Pathways	26
B. Konsep Dasar Keperawatan	27
1. Pengkajian.....	27

2. Diagnosa.....	31
3. Intervensi.....	32
4. Implementasi	39
5. Evaluasi	40
C. <i>Evidence Based Practice In Nursing</i> (Terapi Akupresur)	41
1. Definisi Teknik Akupresur.....	42
2. Indikasi dan Kontra-Indikasi Akupresure	43
3. Manfaat	44
4. Tujuan	46
5. Prosedur.....	48
BAB III METODE PENULISAN.....	51
A. Rancangan Studi kasus.....	51
B. Subyek Studi kasus.....	51
C. Fokus Studi.....	51
D. Definisi Operasional Fokus Studi	52
E. Instrumen Studi kasus	53
F. Metode Pengumpulan Data	54
G. Lokasi & Waktu Studi kasus.....	58
H. Analisis Data dan Penyajian Data	58
I. Etika Studi kasus	58
1. Lembar Persetujuan Responden.....	59
2. Tanpa Nama	59
3. Kerahasiaan	59
4. Self Determination	59
5. Perlindungan dari Ketidaknyamanan	59
BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	61
A. Hasil Studi Kasus	61
1. Pengkajian Keperawatan.....	61
2. Identitas	61
3. Analisa Data	88
4. Diagnosa Keperawatan.....	90

5. Intervensi Keperawatan.....	91
6. Implementasi Keperawatan.....	94
7. Evaluasi Keperawatan.....	105
B. Pembahasan.....	111
1. Pengkajian.....	111
2. Diagnosa, Intervensi, Implementasi, dan Evaluasi	113
C. Keterbatasan.....	124
BAB V PENUTUP.....	125
A. Kesimpulan.....	125
1. Pengkajian.....	125
2. Diagnosa.....	125
3. Intervensi.....	126
4. Implementasi.....	126
5. Evaluasi.....	126
B. Saran.....	127
1. Bagi Institusi Pendidikan	127
2. Bagi Rumah Sakit	127
3. Bagi Masyarakat.....	127
DAFTAR PUSTAKA	128
LAMPIRAN.....	138

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kista Ovarium	12
Gambar 2.2 Pathways Keperawatan Kista Ovarium	26
Gambar 2.3 Titik Akupresur Sanyijiao (SP6).....	45
Gambar 2.4 Titik Akupresur Hegu (LI4).....	46
Gambar 2.5 Titik Akupresur Sanyijiao (SP6).....	49
Gambar 2.6 Titik Akupresur Hegu (LI4).....	49
Gambar 3.1 Skala Intensitas Nyeri.....	54
Gambar 4.1 Genogram Klien 1	64
Gambar 4.2 Genogram Klien 2	65



DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Hasil Pemeriksaan Laboratorium Klien I	83
Tabel 4.2 Hasil Pemeriksaan Laboratorium Klien I	84
Tabel 4.3 Hasil Pemeriksaan Laboratorium Klien I	84
Tabel 4.4 Hasil Pemeriksaan Laboratorium Klien II	86
Tabel 4.5 Hasil Pemeriksaan Laboratorium Klien II	87
Tabel 4.6 Hasil Pemeriksaan Laboratorium Klien II	87



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1: Surat persetujuan untuk pelaksanaan survei penelitian

Lampiran 2: Surat izin pengambilan kasus

Lampiran 3: Informed Consent

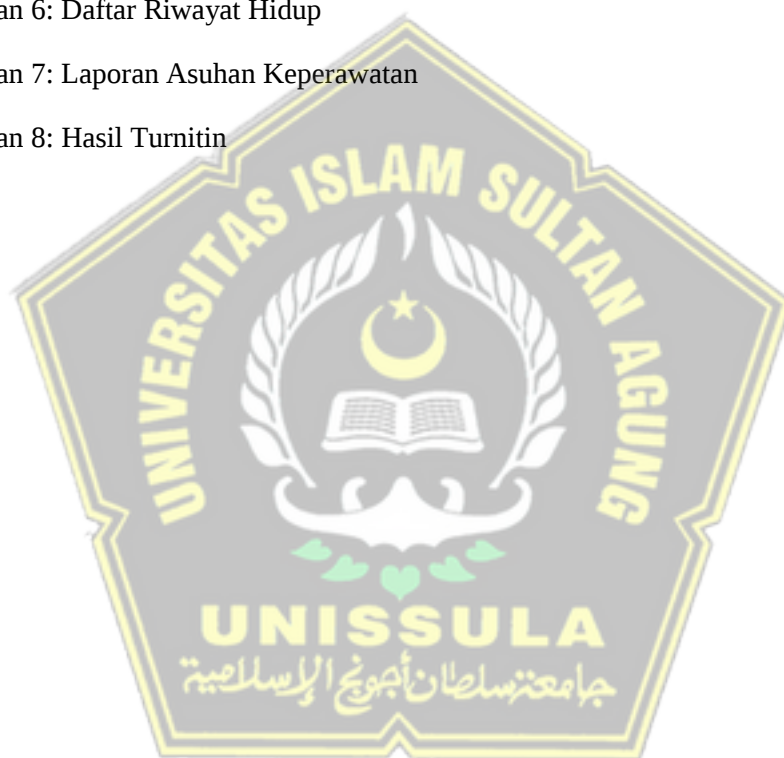
Lampiran 4: SOP Terapi Akupresur

Lampiran 5: Lembar konsultasi bimbingan KTI

Lampiran 6: Daftar Riwayat Hidup

Lampiran 7: Laporan Asuhan Keperawatan

Lampiran 8: Hasil Turnitin



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Banyak masalah kesehatan yang dihadapi wanita saat ini, salah satunya adalah masalah kesehatan reproduksi. Menurut (WHO, 2020) kesehatan reproduksi adalah keadaan sejahtera fisik, mental, dan sosial secara utuh. Tidak hanya bebas dari penyakit atau kecacatan, dalam segala hal yang berkaitan dengan sistem reproduksi serta fungsi dan prosesnya.

Kista adalah kantung berisi cairan. Perubahan kadar hormon selama siklus menstruasi, pelepasan sel telur, dan produksi sel telur menyebabkan kista ovarium, yang merupakan tumor jinak yang sering dijumpai pada wanita usia reproduksi. Massa berisi cairan yang tumbuh dan berkembang pada ovarium merupakan morfologi dari kista ovarium (Herawati et al., 2020).

Kista ovarium disebabkan oleh kelainan (hormonal) pada hipofisis, otak, dan ovarium. Pilihan gaya hidup yang tidak sehat termasuk makan makanan tinggi lemak dan rendah serat, tidak berolahraga, mengonsumsi bahan tambahan makanan, merokok, minum alkohol, dan menggunakan obat-obatan dapat menempatkan seseorang pada risiko yang lebih tinggi terkena kista ovarium. Stres kronis, paparan racun, dan agen infeksi berpotensi menjadi penyebabnya (Sulistiyah & Keswara, 2023).

Masih belum jelas seberapa sering kista ovarium benar-benar terjadi. Alasannya adalah karena sejumlah besar orang tidak memiliki gejala, sehingga diagnosis menjadi sulit. Menurut sebuah penelitian, sekitar 4%

wanita berusia 65 tahun ke atas yang berobat ke rumah sakit memiliki kista ovarium. Menurut penelitian lain, kista ovarium memengaruhi sekitar 2,5% wanita pasca menopause. Menurut sebuah survei USG transvaginal terhadap 33.739 wanita premenopause dan pascamenopause, 46,7% di antaranya memiliki kista ovarium (Mobeen, Sadia & Radu, Apostol 2023).

Ovarium wanita premenopause menghasilkan sejumlah besar folikel setiap bulannya, dengan satu folikel yang dominan menjadi matang dan berovulasi. Kista ovarium adalah kantung berisi cairan yang dapat berkembang pada salah satu atau kedua ovarium akibat ovulasi. 20% wanita akan memiliki setidaknya satu massa panggul selama masa hidupnya, sehingga kista ovarium atau massa adneksa sering terjadi. Lebih dari tiga puluh bentuk massa ovarium yang berbeda telah diklasifikasikan ke dalam subkategori yang berbeda, dan terapi massa ini tergantung pada ciri-ciri lesi, usia pasien, dan faktor risiko kanker. Mayoritas kista ovarium pada wanita usia reproduksi bersifat jinak dan berfungsi dengan baik, yang berarti pembedahan tidak diperlukan. Namun demikian, masalah-masalah seperti ketidaknyamanan panggul, kista yang pecah, kehilangan darah, dan torsi ovarium dapat diakibatkan oleh kista ovarium dan memerlukan perhatian medis segera (Mobeen, Sadia & Radu, Apostol 2023).

Kista ovarium sering ditemukan melalui pemeriksaan ultrasonografi abdomen, transvaginal, dan transrektal, menurut data studi yang diterbitkan dalam Jurnal Medscape di Amerika Serikat. Sekitar 18% wanita pascamenopause memiliki kista ovarium. 10% dari kista yang ditemukan

bersifat ganas, sedangkan mayoritas bersifat jinak. (Faris A, Munir M, dan Puspita A, 2021).

Menurut WHO (2020), prevalensi kista ovarium di Nepal mencapai sekitar 90,5%, sementara di Kathmandu, AS, angka tersebut hanya sekitar 25%, yang mencerminkan total 21. 980 kasus pada tahun 2014. Di Indonesia, pada tahun 2019, tercatat sebanyak 23. 400 orang menderita kista ovarium, dengan 13. 900 di antaranya meninggal dunia. Angka ini mewakili sekitar 7% dari total populasi perempuan, dan sekitar 85% dari kasus tersebut bersifat jinak (Anon, 2023).

Pada tahun 2015, terdapat 23.400 kasus kista ovarium di Indonesia, yang mengakibatkan 13.900 kematian, menurut Widyarni (2020). Kemudian pada Asia Tenggara di mana Indonesia termasuk di antara negara Asia kasus kista ovarium mencapai hingga 6,6 % sedangkan kanker endometrium yakni hingga 4,8% dari 670.587 kasus kanker wanita. Khusus kejadian di Indonesia, Kemenkes (2015) melaporkan bahwa ada 23.400 orang dengan kista serta sejumlah 13.900 meninggal (Darmayanti & Nashori, 2021). Data statistik dari Survei Demografi Kesehatan Indonesia, prevalensi kista ovarium telah meningkat menjadi 37,2% di Indonesia. Terdapat 2.299 kasus kista ovarium di Jawa Tengah pada tahun 2015, berdasarkan data dari laporan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang dikumpulkan dari rumah sakit dan fasilitas kesehatan di Jawa Tengah (Widyarni, 2020).

Berdasarkan hasil data pada bulan Januari – Maret 2017 di Rumah Sakit Islam Sultan Agung menunjukkan bahwa penderita kista ovarium

sebanyak 16 orang (Dewinta 2020). Karena penyakit kista ovarium pada awalnya tidak menunjukkan gejala dan baru menunjukkan gejala setelah terjadi metastasis, 60-70% pasien datang dengan penyakit stadium lanjut, itulah sebabnya kematian terkait kista ovarium terjadi.

Kista ini biasanya terlihat pada wanita subur yang berusia antara 20 dan 40 tahun atau yang telah mencapai pubertas sebelum usia 20 tahun. Mulliparitas, memiliki anak pertama di atas usia 35 tahun, dan wanita dengan riwayat keluarga yang melahirkan sebelum usia 25 tahun merupakan faktor risiko kista ovarium (Society, 2020)

Kista ovarium jika tidak ditindaklanjuti dengan pembedahan akan mengakibatkan lilitan ataupun torsi yang bisa mengakibatkan infeksi, pendarahan, nyeri, hingga kematian. Perdarahan vagina termasuk sebagai tanda ataupun gejala dari kanker ovarium, khususnya untuk pascamenopause. Gejala lainnya berupa rasa nyeri ataupun tekanan pada perut bawah maupun panggul, rasa penuh pada perut, nyeri punggung, gangguan makan, rasa kenyang, perubahan rutinitas mandi (misal sembelit ataupun sering kencing) (Khoiria et al., 2020).

Kista ovarium bisa mengakibatkan dampak diantaranya pada fungsi reproduksi wanita berupa kesuburannya terganggu hingga kesulitan hamil. Akibat selanjutnya secara psikologis yaitu hambatan untuk memiliki keturunan hal ini menimbulkan stress pada wanita penderita kista ovarium karena tekanan dari keluarganya (Cahyono, 2022). Manifestasi klinis kista ovarium mencakup beberapa gejala, seperti nyeri pada perut bagian bawah,

nyeri saat menstruasi, ketidakaturan siklus menstruasi, serta rasa nyeri saat berhubungan seksual atau saat buang air besar maupun kecil. Dalam konteks perawatan, pasien dengan kista ovarium sering menghadapi berbagai masalah, antara lain ansietas, nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, dan risiko infeksi (Laelati, 2020).

Penanganan medis kista ovarium umumnya dilakukan melalui tindakan pembedahan, seperti ooforektomi, yaitu pengangkatan ovarium. Pembedahan ini dianggap sebagai modalitas pengobatan yang paling efektif dan sering direkomendasikan untuk pasien dengan kista ovarium. Namun, prosedur pembedahan juga dapat menimbulkan beberapa masalah, salah satunya adalah rasa nyeri pasca operasi. Rasa nyeri yang biasanya dialami bersifat akut (Puspitasari dan Ekacahyaningtyas, 2020). Penanganan yang dilakukan bisa berupa intervensi farmakologis maupun non-farmakologis (Mayasari, 2020). Intervensi farmakologis terbukti sangat efektif dalam mengatasi rasa nyeri. Salah satu jenis obat yang digunakan untuk meredakan nyeri adalah analgetik. Analgetik adalah obat yang dapat mengurangi atau menghilangkan rasa nyeri tanpa menyebabkan penurunan kesadaran. Obat ini bekerja dengan mempengaruhi sistem saraf pusat sehingga impuls nyeri tidak dapat mencapai otak (Octasari dan Inawati, 2021). Menurut penelitian yang dilakukan oleh Octasari dan Inawati (2021), pemberian analgetik kepada pasien pasca operasi sebaiknya disesuaikan dengan tingkat nyeri yang dirasakan. Khususnya, analgetik yang kuat sangat diperlukan untuk mengatasi nyeri sedang hingga berat yang dialami oleh pasien. Di sisi lain, Febiantri dan

Machmudah (2021) menekankan pentingnya terapi non-farmakologis untuk mempercepat dan memaksimalkan penurunan nyeri pasca operasi, sebagai tambahan untuk pengobatan medis. Terapi non-farmakologi merupakan bagian dari pendekatan terapi komplementer yang semakin populer di dunia kesehatan saat ini (Bening et al., 2022). Beberapa contoh manajemen nyeri non-farmakologis yang bisa diterapkan oleh perawat antara lain adalah teknik pernapasan dalam, penggunaan aromaterapi, serta terapi komplementer seperti akupresur (Sudjarwo dan Solikhah, 2023). Selain itu, penerapan terapi komplementer juga dapat meningkatkan produksi hormon serotonin, yang berperan dalam meredakan rasa nyeri dan memberikan efek positif pada suasana hati, sehingga membantu seseorang menjadi lebih rileks (Larasati, dan Noni, 2022). Menawarkan terapi nonfarmakologis dapat meredakan nyeri tergantung lama pemakaian, Pengobatan dan tingkat keparahan penyakit (Novitasari & Yuliana, 2022). Salah satu penatalaksanaan nonfarmakologi pada pasien post operasi adalah pemerian terapi akupresur pada titik LI4 dan SP6 guna mengurangi intensitas nyeri.

Studi lain mengamati bahwa elektroakupunktur pada titik LI4 dan SP6 dengan frekuensi tertentu dapat meningkatkan kadar β -endorfin dalam darah, yang berperan sebagai analgesik alami tubuh, sehingga membantu mengurangi nyeri pasca operasi. Akupresur pada titik LI4 dan SP6 terbukti efektif sebagai metode nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri pasca operasi. Metode ini tidak hanya mengurangi intensitas nyeri tetapi juga

mempercepat mobilisasi pasien dan meningkatkan kenyamanan pasca operasi. (Santoso, Budi. 2024)

Seorang perawat memiliki peran yang sangat penting dalam memenuhi kebutuhan pasien yang mengalami masalah pada organ reproduksi wanita, khususnya setelah operasi kista ovarium. Perawat harus memberikan asuhan keperawatan yang baik dan sesuai dengan standar. Salah satu intervensi yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah keperawatan nyeri akut, sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) 2018, adalah dengan mengajarkan pasien teknik terapi akupresur. Dalam penatalaksanaan manajemen nyeri non-farmakologis, perawat dapat menerapkan terapi komplementer seperti akupresur untuk membantu meredakan rasa nyeri pasien (Sudjarwo dan Solikhah, 2023).

Berdasarkan teori pada beberapa data yang ditemukan penulis tertarik untuk menulis terkait tentang “Implementasi Teknik Akupresur Titik LI4 dan SP6 Guna Menurunkan Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi Kista Ovarium Di Ruang Baitunnisa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang”.

B. Rumusan Masalah

Kista ovarium adalah pertumbuhan jaringan dalam ovarium tidak normal yang mirip dengan kantong yang mengandung air di sekitar ovarium. Penatalaksanaan medis pada pasien dengan kista ovarium, salah satunya melalui tindakan pembedahan. Prosedur pembedahan pada lapisan dinding abdomen untuk mengambil organ yang bermasalah dan menyebabkan nyeri

yang sangat parah setelahnya. Peran perawat pada pasien dengan indikasi kista ovarium yaitu memberikan implementasi perawatan kepada pasien dengan fokus pada penanganan nyeri. Sehingga diambil rumusan masalah “Bagaimanakah Implementasi Terapi Akupresur Pada Titik LI 4 Dan SP6 Guna Mengurangi Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi Kista Ovarium”?

C. Tujuan Studi kasus

1. Tujuan Umum

Diperolehnya pengalaman untuk memahami dan memaparkan implementasi asuhan keperawatan teknik akupresure titik LI 4 dan SP 6 pada pasien dengan post operasi kista ovarium di Ruang Baitunnisa 2 RSI Sultan Agung Semarang

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui proses pengakajian asuhan keperawatan pada pasien dengan post operasi kista.
- b. Menegakkan diagnosa keperawatan pada pasien dengan post operasi kista ovarium.
- c. Merencanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan post operasi kista ovarium.
- d. Melaksanakan Tindakan keperawatan Teknik Akupresure pada pasien dengan post operasi kista ovarium.
- e. Melakukan evaluasi Tindakan keperawatan pada pasien dengan post operasi kista ovarium.

D. Manfaat Studi kasus

Karya Tulis Ilmian ini disusun oleh penulis diharapkan memberikan manfaat untuk berbagai pihak, diantaranya :

1. Institusi pendidikan

Dapat sebagai acuan pengembangan kurikulum dan peningkatan mutu pembelajaran, Karya Tulis Ilmiah ini dapat mengidentifikasi kebutuhan dan tantangan pendidikan yang relevan. Kajian teori post operasi kista ovarium dapat memberikan wawasan yang lebih luas.

2. Rumah sakit

Menjadi evaluasi sekaligus masukan pengembangan mutu efektifitas tindakan keperawatan dalam pelaksanaan praktik pelayanan keperawatan pada pasien kista ovarium.

3. Masyarakat

Meningkatkan pengetahuan dan wawasan, sebagai informasi yang akurat bagi masyarakat. Masyarakat dapat memperoleh pengetahuan yang akurat dan komprehensif mengenai kista ovarium.

4. Pasien dan Keluarga

Pasien dapat mempelajari cara mengurangi intensitas nyeri post operasi, serta memahami langkah-langkah untuk meringankan rasa nyeri yang mungkin timbul. Sementara itu, bagi keluarga, informasi ini juga akan menambah wawasan tentang bagaimana cara merawat anggota keluarga yang sedang menjalani pemulihan pasca operasi.

5. Penulis

Mengembangkan kemampuan berpikir kritis, analitis, ketrampilan menulis penyusunan Karya Tulis Ilmiah, berkamuikasi, seta meningkatkan pengetahuan dan wawasan penulis mengenai kista ovarium.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Penyakit

1. Definisi

Kista ovarium adalah pertumbuhan sel berlebih atau abnormal pada ovarium yang membentuk kista. Kista ovarium secara fungsional adalah kista yang dapat bertahan dari siklus menstruasi sebagai respons terhadap aksi hormonal. Kista ovarium merupakan gejala khas wanita yang ditandai dengan adanya akumulasi cairan yang terbungkus membran ovarium (Darmayanti & Nashori, 2021). Kista ovarium termasuk dalam jenis dari tumor jinak ginekologi yang kerap menyerang wanita di masa reproduksinya. Pada wanita usia subur maupun usia reproduksi juga banyak terjadi kista (Widyarni, 2020).

Banyak wanita yang terserang penyakit kista ovarium ini, tetapi banyak dari mereka saat terserang penyakit ini tetapi tidak menimbulkan tanda dan gejala sama sekali. Oleh karena itu, masalah Kesehatan karena kista ovarium ini banyak disebut dengan penyakit silent killer. Bisa disebut menjadi penyakit silent killer karena memang penyakit ini bisa menyerang secara diam-diam (Lavinia et al. 2020).

Kista juga dapat dikatakan adanya pertumbuhan sel-sel pada ovarium yang bersifat jinak.. Namun, kista tersebut juga dapat berkembang menjadi ganas.. Kista ovarium neoplastik yang mengarah ke keganasan disebut sebagai kanker ovarium. Keganasan itu merupakan hal

yang sangat dikhawatirkan pasien dengan kista ovarium karena kanker ovarium ganas dapat menyebabkan kematian (Savitri et al., 2020).

Kista ovarium dibagi menjadi dua, yakni kista nonneoplastik yang umumnya mempunyai sifat jinak serta akan hilang ataupun menyusut dengan sendirinya sesudah 2-3 bulan, sedangkan kista neoplastik yaitu kista yang sifatnya ganas dan normalnya memerlukan tindakan operasi. Keganasan kista ovarium kerap ditemui di usia sebelum menstruasi serta usia > 45 tahun (Widyarni, 2020).

Kista ovarium bisa terjadi karena gangguan pembentukan (hormonal) berasal dari ovarium, kelenjar pituitari, serta hipotalamus. Kemudian dikarenakan pola tidak sehat dalam hidup, misalnya mengonsumsi makanan rendah serat serta tinggi lemak, terdapatnya bahan makanan tambahan, merokok, kurang mobilitas, minum alkohol, serta obat-obatan (Sulistiyah & Keswara, 2023).



Gambar 2.1 Kista Ovarium
Melaka Fertility Centre, 2020

2. Etiologi

Menurut Puspita et al. (2021) penyebab terjadinya kista ovarium seperti terjadinya gangguan pembentukan hormon pada hipotalamus, hipofise, atau ovarium itu sendiri. Kista ovarium timbul dari folikel yang tidak berfungsi selama siklus menstruasi. Faktor resiko terjadinya kista ovarium adalah riwayat kista ovarium sebelum, siklus menstruasi yang tidak teratur, menstruasi dini, meningkatnya distribusi lemak tubuh bagian atas, tingkat kesuburan, dan hipotiroid.

a. Faktor Presipitasi

1) Ketidakseimbangan hormon, kista dapat berkembang pada wanita yang memiliki masalah dengan keseimbangan hormon esterogen mereka.

2) Merokok dan mengonsumsi alkohol

Merokok dan mengonsumsi minuman beralkohol adalah pola hidup yang tidak sehat. Kedua kebiasaan ini dapat berkontribusi pada sejumlah masalah kesehatan, termasuk kanker dan gangguan reproduksi (Keswara, 2020).

3) Konsumsi makanan tinggi lemak

Konsumsi makanan berlemak berlebihan dapat menghambat aliran darah. Peningkatan kadar lemak dalam tubuh yang tidak terkelola dengan baik berpotensi memengaruhi risiko munculnya kanker, terutama jika tidak diimbangi dengan aktivitas fisik yang cukup. Oleh karena itu, Indeks Massa

Tubuh (IMT) menjadi penting untuk memantau apakah kita mengalami kelebihan berat badan atau tidak (Fatimah et al. 2023).

b. Faktor Presdiposisi

1) Faktor genetic

Terdapat gen dalam tubuh manusia yang dapat menyebabkan tumor atau kanker. Gen ini, yang juga dikenal sebagai gen proontocogen, dapat berkembang sebagai akibat dari paparan radiasi, paparan polusi, dan konsumsi makanan yang mengandung karsinogen secara teratur.

2) Jarang berolahraga

Kesehatan dan kebugaran manusia dapat dijaga melalui olahraga. Di dalam tubuh terdapat lemak, jika tidak berolahraga, lemak tersebut akan menumpuk dan dapat menyebabkan masalah pada peredaran darah.

3) Sosial-ekonomi rendah

Kista dapat disebabkan oleh perbedaan status sosial ekonomi rendah atau tinggi. Oleh karena itu, keduanya harus seimbang dalam pola hidup yang sehat, jika tidak, kista dapat berkembang.

4) Riwayat kanker kolon

Riwayat menderita kanker kolon pada wanita dapat menyebar ke organ lain pada tubuh, wanita yang memiliki riwayat kanker kolon beresiko terjerangit kista ovarium.

3. Patofisiologi

Ovarium yang normal akan mengembangkan sejumlah kista kecil yang dikenal sebagai folikel Graff setiap harinya. Oosit yang matang akan dilepaskan di tengah-tengah siklus oleh folikel dominan yang memiliki diameter lebih besar dari 2,8 cm. Korpus luteum, yang berkembang dari folikel yang pecah, memiliki kista pusat dan berukuran 1,5-2 cm saat tumbuh sempurna. Korpus luteum akan mengalami fibrosis dan atrofi secara bertahap jika oosit tidak dibuahi. Korpus luteum pertama-tama akan tumbuh dan kemudian berkontraksi secara progresif selama kehamilan jika pembuahan benar-benar terjadi (Sasmita, 2020 dalam Styowati & Prastia LD, 2022).

Kista fungsional adalah kista ovarium yang berkembang secara alami selama ovulasi dan selalu jinak. Kista folikel dan kista luteal, yang sering dikenal sebagai kista luteinisasi, adalah dua jenis kista. Kista ini dapat dirangsang oleh gonadotropin, termasuk FSH dan HCG. Stimulasi gonadotropin atau kepekaan yang berlebihan terhadap gonadotropin dapat menyebabkan terbentuknya beberapa kista fungsional. HCG menginduksi keadaan hiperreaktif lutein pada neoplasia trofoblastik gestasional (koriokasinoma dan mola hidatidosa), terkadang pada kehamilan multipel

dengan diabetes. Sindrom hiperstimulasi ovarium dapat terjadi pada pasien yang menerima pengobatan infertilitas, induksi ovulasi, gonadotropin (FSH dan LH), atau, pada beberapa kasus, klomifen sitrat. Hal ini terutama terjadi jika HCG diberikan secara bersamaan. (Sasmita, 2020 dalam Styowati & Prastia LD, 2022).

Ovarium memiliki peran penting sebagai penghasil estrogen dan progesteron yang normal. Ketika ada kegagalan dalam pembentukan salah satu hormon tersebut, fungsi ovarium dapat terganggu. Jika tubuh wanita tidak memproduksi hormon hipofisis dalam jumlah yang tepat, ovarium juga tidak akan berfungsi dengan baik. Akibat dari fungsi ovarium yang tidak normal adalah terjadinya penumpukan folikel yang tidak sempurna di dalam ovarium. Folikel yang mengalami kegagalan tidak akan dapat matang dengan baik dan tidak bisa melepaskan sel telur. Kondisi ini dapat berujung pada pembentukan kista ovarium dan masalah infertilitas pada seorang wanita (Prawira, 2019).

4. Manifestasi klinis

Menurut Rahmawati (2021) kista ovarium memiliki manifestasi klinis yang diantaranya :

- a. Nyeri ketika berhubungan intim ataupun saat badan bergerak
mendapati nyeri pada rongga panggul
- b. Nyeri Rongga panggul yang menetap dan biasanya diiringi gatal
- c. Perdarahan saat menstruasi yang tidak biasa, seperti durasi yang lebih singkat atau lebih lama, darah yang tidak keluar sesuai

dengan siklus yang biasa, hingga ketidakaturan dalam siklus menstruasi itu sendiri.

- d. Munculnya rasa nyeri setelah siklus menstruasi berakhir.
- e. Mual muntah
- f. Merasakan tekanan di bagian bawah perut disertai dengan pembesaran perut.
- g. Nyeri pada perut secara tiba – tiba.
- h. Nyeri saat BAK dan BAB disertai konstipasi.

Gejala lain kista ovarium menurut Nasa et al., (2020). Diantaranya:

- a. Mengalami ketidaknyamanan saat berhubungan seksual, terutama saat melakukan penetrasi yang dalam.
- b. Konstipasi
- c. Beberapa pasien mungkin mengalami tenesmus.
- d. Perut terasa penuh dan kembung.
- e. Gangguan pencernaan, mulas, cepat kenyang.
- f. Miksi karena tekanan pada kandung kemih.
- g. Hirsutisme, infertilitas, oligomenore, obesitas, dan jerawat
- h. Ketidakteraturan siklus menstruasi dan perdarahan vagina yang tidak normal dapat terjadi, di mana interval menstruasi bisa menjadi lebih panjang, seringkali disertai dengan menorrhagia.
- i. Kista teka-lutein umumnya bersifat bilateral dan dapat menimbulkan nyeri panggul di kedua sisi.

5. Penatalaksanaan

Penanganan kista ovarium bergantung pada gejala yang muncul dan jenis kista yang dialami. Untuk kista berukuran ≤ 4 cm, umumnya dapat ditangani dengan terapi hormonal. Namun, jika kista berukuran ≥ 4 cm, diperlukan pemeriksaan lanjutan seperti laparotomi. Oleh karena itu, penanganan kista ovarium harus disesuaikan dengan kondisi masing-masing pasien (Styowati dan Prastia LD, 2022) :

a. Tanpa Tindakan

Penanganan kista fungsional dapat dilakukan pada jenis kista yang biasanya dapat hilang dengan sendirinya dalam waktu 1 hingga 2 siklus haid. Namun, jika kista tersebut tampak persisten, tindakan eksisi perlu dilakukan untuk memastikan tidak ada kemungkinan adanya malignansi atau keganasan.

b. Terapi hormonal

Penanganan ini dilakukan pada kista dengan diameter ≤ 4 cm, namun sejauh ini belum menunjukkan manfaat yang jelas.

c. Prepare analgetic

Penanganan ini bertujuan untuk mengurangi gejala nyeri yang muncul akibat kista fungsional selama kehamilan. Kista ini biasanya akan menghilang dengan sendirinya pada trimester ketiga, sehingga tidak diperlukan tindakan aktif, seperti pembedahan.

d. Pengangkatan mola hidatidosa, pengobatan kariokarsinoma, serta penghentian terapi HCG atau klomifen sitrat.

- e. Laparatomi eksplorasi yang disertai kistektomi ovarium atau ooforektomi dilakukan untuk mengatasi kista ovarium yang persisten, terutama jika terdapat kecurigaan adanya keganasan atau jika kista tersebut berukuran ≥ 4 cm.

Penanganan kista ovarium umumnya dilakukan melalui tindakan pembedahan, seperti ooforektomi, yaitu pengangkatan ovarium. Pembedahan ini dianggap sebagai modalitas pengobatan yang paling efektif dan sering direkomendasikan untuk pasien dengan kista ovarium. Namun, prosedur pembedahan juga dapat menimbulkan beberapa masalah, salah satunya adalah rasa nyeri pasca operasi. Rasa nyeri yang biasanya dialami bersifat akut (Puspitasari dan Ekacahyaningtyas, 2020). Menurut Rahmawati (2021), penanganan kista ovarium meliputi berbagai langkah yang perlu diperhatikan, antara lain :

- a. Laparoskopi

Prosedur ini melibatkan sayatan kecil atau laparoskopi untuk memasukkan alat seperti selang, yang dilengkapi dengan pisau bedah dan kamera. Operasi ini dilakukan dengan memantau organ dalam serta mengangkat kista tanpa perlu membedah abdomen secara besar.

- b. Kontrasepsi Oral

Kontrasepsi oral hormonal dapat digunakan untuk menekan aktivitas kista dan menghilangkannya. Namun, umumnya metode

ini hanya diterapkan pada kista yang berukuran kecil, yaitu di bawah 4 cm.

c. Laparotomi

Operasi ini dilakukan dengan sayatan besar untuk mengangkat kista yang terletak di area abdomen.

d. Kistektomi

Proses pengangkatan kista di ovarium dilakukan tanpa perlu mengangkat seluruh ovarium, melainkan hanya kista itu sendiri yang diambil.

e. Oofektomi

Operasi pengangkatan ovarium dilakukan karena adanya tumor ovarium yang besar atau jika dicurigai terdapat kanker ovarium. Selain itu, dalam prosedur histektomi, yang merupakan operasi pengangkatan rahim, juga dapat dilakukan pengambilan satu atau dua ovarium, tergantung pada usia pasien. Jika semua ovarium diangkat, prosedur tersebut disebut oofektomi parsial.

f. Salpingo-Oofektomi

Operasi yang dilakukan untuk mengangkat ovarium beserta tuba fallopiya disebut salpingo-oofektomi. Jika prosedur ini dilakukan hanya pada satu sisi ovarium, maka istilah yang digunakan adalah salpingo-oofektomi unilateral. Sementara itu, jika operasi dilakukan pada kedua sisi ovarium, maka disebut salpingo-oofektomi bilateral.

g. Histerektomi total

Prosedur yang dilakukan untuk mengangkat ovarium, rahim, dan tuba falopi.

Adapun penatalaksanaan nonfarmakologi pada post operasi kista ovarium. Berbagai intervensi dapat dilakukan untuk mengurangi nyeri dan kecemasan pada pasien post operasi, baik secara farmakologi maupun non-farmakologi seperti : terapi music, akupunktur, aromaterapi, dan lain sebagainya (Tola, Chow, & Liang, 2021). Manajemen nyeri non-farmakologis yang dapat dilakukan perawat adalah pemberian terapi nafas dalam, pemberian aromaterapi, atau dengan terapi komplementer seperti akupresur (Sudjarwo, Eddi & Solikhah, Fitriana Kurniasari, 2023)

6. Pemeriksaan penunjang

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

dicurigai adanya temuan kista ovarium atau ditemukannya massa, maka diperlukan juga pemeriksaan fisik lebih lanjut seperti Pengecekan tanda-tanda vital, pemeriksaan pada abdomen dan pemeriksaan lainnya yang lebih lanjut. Apabila ditemukannya dan dirasakannya massa pada saat melakukan pemeriksaan abdomen maka data yang perlu dikaji adalah letak, bentuk, ukuran, pergerakan/perpindahan serta mengkaji ada atau tidaknya sakit atau nyeri (Suryoadji et al. 2022). Rahmawati (2021) menjelaskan bahwa ada beberapa pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan terhadap pasien dengan kista ovarium, di antaranya :

a. USG (Ultrasonografi)

USG merupakan pemeriksaan yang menggunakan gelombang suara untuk memberikan gambaran organ-organ di dalam tubuh. Melalui prosedur ini, kita dapat mengamati letak, bentuk, dan batasan tumor, baik yang berasal dari kandung kemih, ovarium, maupun uterus. Selain itu, USG juga membantu menentukan apakah tumor tersebut bersifat solid atau kistik serta menunjukkan apakah terdapat area yang padat atau berisi cairan.

b. Laparoskopi

Pemeriksaan laparoskopi memiliki peran penting dalam menentukan karakteristik tumor serta untuk mengetahui asal-usul tumor, apakah berasal dari ovarium atau tidak.

c. Foto rontgen

Pemeriksaan foto rontgen digunakan untuk menegaskan adanya hidrotoraks. Selain itu, pada kista dermoid, kadangkala dapat terlihat gigi yang terdapat di dalam tumor tersebut.

d. Pap smear

Tindakan ini dilakukan untuk menentukan apakah adanya diplopia seluler dapat menunjukkan keberadaan kista atau kanker. Pap smear adalah pemeriksaan mikroskopis terhadap sel-sel yang diambil dari mulut rahim atau serviks.

e. Pemeriksaan CA-125

Bertujuan untuk memeriksa apakah tumor tersebut bersifat ganas atau tidak.

f. MRI

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

g. Pemeriksaan Radiografi

Pemeriksaan ini dapat dimanfaatkan untuk mengevaluasi kondisi struktur dan perdarahan pada ovarium, membedakan antara massa kistik dan solid, dan juga mendeteksi keberadaan asites. Tingkat ketepatan hasil pemeriksaan ini dalam membedakan antara massa tumor jinak dan ganas sekitar sensitivitas 86%-94% dan spesifisitas 94%-96% (Fiqhi, 2021)

7. Komplikasi

Dalam banyak kasus, kista ovarium umumnya bersifat jinak dan tidak menimbulkan gejala, sehingga biasanya tidak memerlukan penanganan lanjutan. Namun, ada kalanya kista ovarium dapat menyebabkan komplikasi seperti torsi, ruptur, dan perdarahan (Sanglah, Periode, dan Sampai 2020). Menurut Manuaba dalam penelitian yang diungkapkan oleh Rahmawati (2021), komplikasi yang dapat muncul akibat kista ovarium antara lain :

a. Perdarahan intra tumor

Perdarahan yang terjadi di dalam kista berlangsung secara bertahap, yang kemudian dapat menyebabkan kista tersebut membesar dan menimbulkan gejala klinis berupa nyeri perut. Selain itu, ada kemungkinan kista dapat pecah, namun tidak ada patokan yang jelas mengenai seberapa besar ukuran kista yang berisiko untuk pecah.

b. Infeksi pada tumor

Kista dapat mengalami infeksi jika ada sumber kuman patogen di sekitarnya, yang dapat menyebabkan gejala seperti nyeri perut, demam, dan mengganggu aktivitas sehari-hari.

c. Perputaran tungkai (torsi kista)

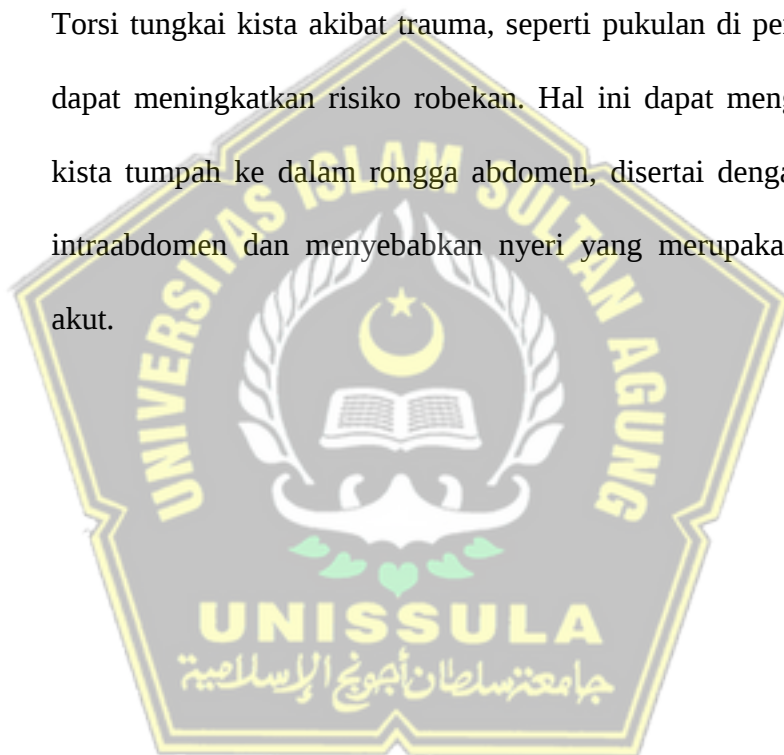
Torsi biasanya bersifat unilateral dan terkait dengan kista yang tidak melekat. Gejala yang muncul termasuk nyeri hebat dan mendadak pada kuadran abdomen bawah, serta kemungkinan timbulnya mual dan muntah.

d. Keganasana kista

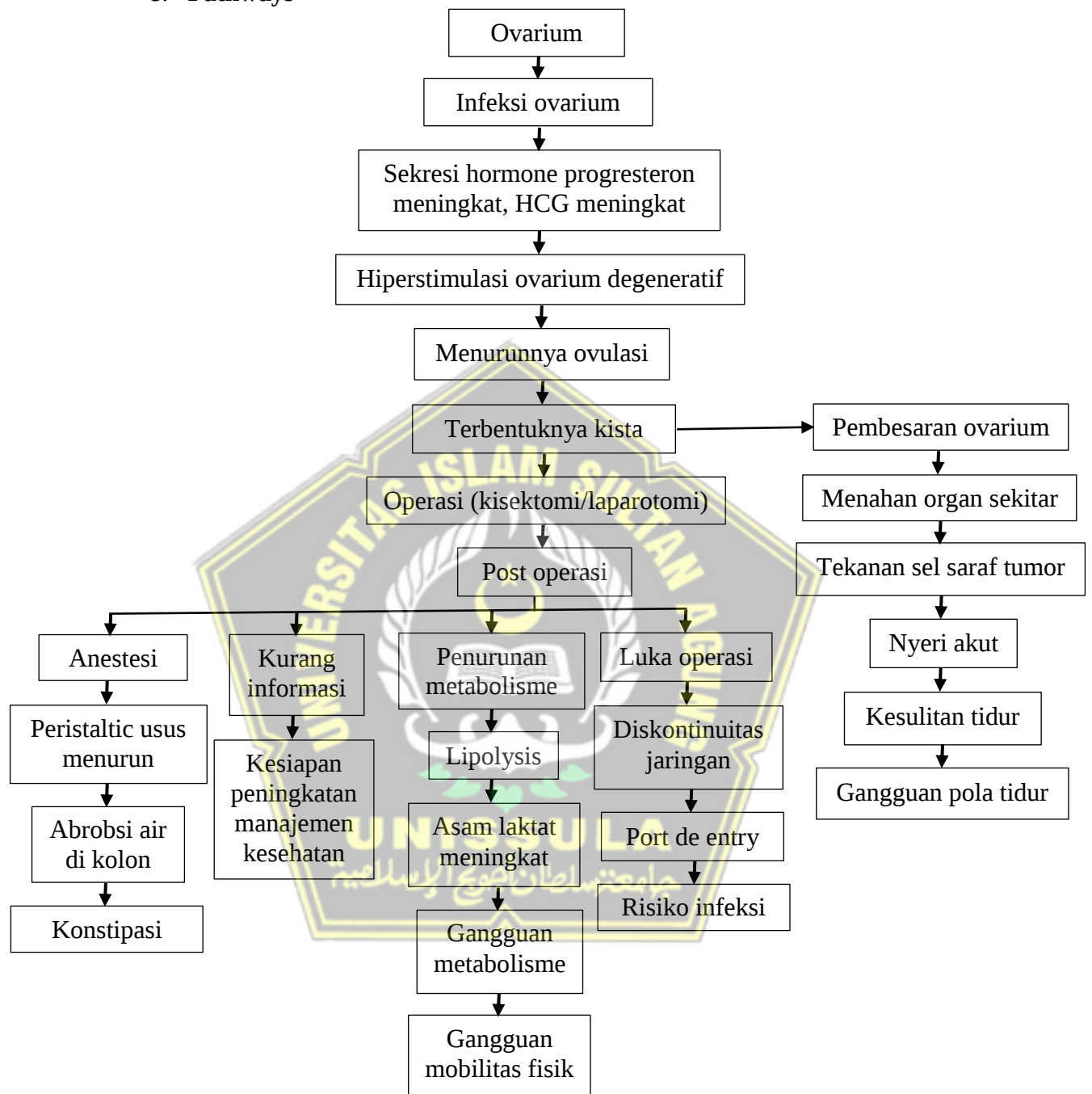
Ditemukan kista pada usia sebelum menstruasi atau pada usia di atas 45 tahun, ada kemungkinan terjadinya keganasan, terutama pada jenis kista seperti kista dermoid, adenoma ovarium musinosum, dan adenoma ovarium serosum.

e. Robekan dinding kista

Torsi tungkai kista akibat trauma, seperti pukulan di perut atau jatuh, dapat meningkatkan risiko robekan. Hal ini dapat mengakibatkan isi kista tumpah ke dalam rongga abdomen, disertai dengan perdarahan intraabdomen dan menyebabkan nyeri yang merupakan tanda-tanda akut.



8. Pathways



Gambar 2.2 Pathways Keperawatan Kista Ovarium
 (Styowati & Prastia, 2022); (Puspitasari & Ekacahyaningtyas, 2020);
 (Nurmansyah et al., 2020); (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan hal pertama yang harus dilakukan. Pengkajian merupakan proses keperawatan untuk mengumpulkan data pasien baik data subjektif dan data objektif yang didapatkan dari pasien itu sendiri, keluarga, atau masyarakat yang bertujuan untuk mendapatkan permasalahan pasien. Pengkajian bisa didapatkan dari data yang disampaikan oleh pasien dan yang dilihat oleh perawat pada saat pemeriksaan. Teknik yang dilakukan dalam melakukan pengkajian yaitu dengan cara observasi dan wawancara (Rukmawati, Sefrina., et al, 2023).

Keperawatan terdiri dari lima fase, yaitu pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Fase pertama yang harus dilakukan adalah pengkajian, yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi yang nyata dan akurat mengenai kondisi pasien. Dalam melaksanakan pengkajian, perawat perlu memahami langkah-langkah yang harus diambil, yaitu pengumpulan data, analisis data, dan identifikasi masalah. (Sinulingga, 2020)

a. Anamnesa

Menurut Rahmawati (2021), anamnesa pasien terdiri dari :

1) Identitas Pasien

Data yang diperlukan meliputi nama, usia, jenis kelamin, agama, pendidikan terakhir, pekerjaan, alamat, suku bangsa, diagnosis medis, serta tanggal dan waktu saat masuk rumah sakit.

2) Keluhan Utama

Terdapat rasa nyeri di area perut, disertai dengan nyeri saat ditekan, serta ketidaknyamanan yang dirasakan pada luka jahitan pasca operasi.

3) Riwayat Kesehatan Sekarang

Alasan seseorang dirawat di rumah sakit dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti faktor pencetus yang ada, durasi keluhan yang dialami, serta bagaimana keluhan tersebut muncul apakah secara bertahap atau mendadak. Selain itu, penting juga untuk mencatat upaya yang telah dilakukan untuk mengatasi masalah tersebut, serta faktor-faktor yang dapat memperburuk kondisi.

4) Riwayat Kesehatan dahulu

Apakah pernah mengalami penyakit yang berkaitan dengan kondisi kesehatan saat ini? Apakah pernah mengalami kecelakaan yang memengaruhi kondisi tersebut? Sebelumnya, apakah pernah menjalani perawatan atau operasi? Apakah memiliki alergi terhadap obat-obatan atau makanan tertentu? Selain itu, bagaimana sejarah imunisasi?

5) Riwayat Obstetrik Masa Lalu

Jumlah kehamilan yang pernah dialami (G), jumlah kelahiran (P), dan jumlah keguguran (A) sangat penting untuk dicatat. Apakah ada gangguan selama kehamilan? Bagaimana proses persalinannya? Dan apakah terdapat masalah pada bayi?

6) Keluarga Berencana

Jenis kontrasepsi yang digunakan, apakah terdapat masalah selama pemakaiannya, serta jumlah anak yang direncanakan.

7) Riwayat Kesehatan Keluarga

Berdasarkan genogram keluarga, biasanya terlihat adanya pola kemunculan penyakit yang serupa atau bahkan identik, termasuk penyakit keturunan seperti hipertensi dan diabetes mellitus.

8) Riwayat Kesehatan Lingkungan

Mencakup kebersihan rumah beserta lingkungan sekitarnya serta potensi bahaya yang dapat timbul.

9) Riwayat Biopsikososial

Kista ovarium dapat muncul akibat berbagai faktor biologis, seperti gangguan dalam pembentukan hormon. Selain itu, faktor psikososial seperti stres juga berkontribusi, serta faktor sosial yang berkaitan dengan lingkungan, termasuk kebiasaan dan pola hidup yang dijalani.

b. Pemeriksaan fisik

Menurut Lubis (2020) pemeriksaan fisik meliputi :

1) Keadaan Umum Pasien

Dilakukan penilaian terhadap tingkat kesadaran pasien.

2) Tanda Vital

Monitoring tanda-tanda vital meliputi tekanan darah (TD), suhu tubuh (S), nadi (N), dan laju pernapasan (RR).

3) Rambut dan Kebersihan Kepala

Pemeriksaan dilakukan terhadap kebersihan rambut dan kepala, termasuk mengecek apakah rambut terlihat kotor, berbau, serta adanya lesi, memar, dan bentuk kepala.

4) Mata

Pemeriksaan mata mencakup kondisi konjungtiva, sklera, dan pupil.

5) Gigi dan Mulut

Evaluasi dilakukan terhadap struktur gigi, kondisi gusi, mukosa bibir, serta warna lidah, termasuk kemungkinan adanya tonsilitis.

6) Leher

Melakukan pemeriksaan untuk mendeteksi adanya pembengkakan pada kelenjar.

7) Dada/Thorak

Menilai pernapasan pasien melalui pengamatan pola pernapasan, baik dari dada maupun perut, serta mencatat setiap perubahan yang terjadi.

8) Kardiovaskuler

Lakukan pemeriksaan terhadap perubahan tekanan darah serta aritmia jantung.

9) Pencernaan/Abdomen

Periksa sayatan, memar, serta gejala ketidaknyamanan seperti mual, muntah, atau diare, dan bising usus.

10) Genitalia

Pantau kebersihan dan keluhan lainnya.

11) Ekstremitas

Perhatikan adanya pembengkakan, fraktur, kemerahan, dan kondisi lainnya

2. Diagnosa

Diagnosa keperawatan menurut SDKI (2017) dapat dipahami sebagai kesimpulan klinis yang diambil oleh perawat mengenai respons individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang sedang berlangsung, baik yang aktual maupun yang bersifat potensial. Kesimpulan ini menjadi landasan penting dalam pemilihan intervensi keperawatan, guna mencapai hasil yang diharapkan.

Diagnosa keperawatan adalah sebuah penilaian klinis yang menilai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang sedang dialaminya, baik yang bersifat aktual maupun potensial. Tujuan dari diagnosis keperawatan adalah untuk mengidentifikasi respons individu, keluarga, dan komunitas terhadap kondisi yang berkaitan dengan kesehatan (Sasmita, 2020 dalam Styowati dan Prastia, 2022) :

Diagnosa keperawatan Post Operasi :

- 1) Nyeri Akut (D.0077)
- 2) Resiko Infeksi (D.0142)
- 3) Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)
- 4) Gangguan Pola Tidur (D.0055)

5) Kesiapan Peningkatan Manajemen Kesehatan (D.0112)

6) Konstipasi (D.0049)

3. Intervensi

Intervensi keperawatan, menurut SIKI (2018), merupakan serangkaian tindakan atau aktivitas yang dilakukan perawat baik secara mandiri maupun dalam kerja sama dengan tim kesehatan. Tujuan dari intervensi ini adalah untuk mengatasi diagnosa keperawatan dan mencapai hasil yang diharapkan, sesuai dengan Standar Luaran Keperawatan Indonesia.

Menurut Hadinata, Dian & Jahid, (2022) Intervensi keperawatan mencakup semua tindakan yang dilakukan oleh perawat berdasarkan pengetahuan dan penilaian klinis, bertujuan untuk mencapai hasil yang diharapkan. Salah satu langkah penting dalam proses keperawatan adalah perencanaan keperawatan, yang juga dikenal sebagai Rencana Asuhan Keperawatan (Nursing Care Plan), disingkat Renpra atau Rencana Perawatan. Langkah ini merupakan langkah ketiga dalam proses keperawatan. Perencanaan keperawatan merupakan suatu proses yang dilakukan untuk menyusun rencana sebelum memberikan asuhan keperawatan, dengan tujuan mengatasi kemungkinan masalah yang dapat dialami pasien (Zalvi, 2020).

Intervensi keperawatan Post-Operasi :

1) Nyeri akut (D.0077)

Tujuan dan kriteria hasil menurut SLKI (2018) :

Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3×8 jam diharapkan

Tingkat Nyeri (L.08066) menurun. Dengan kriteria hasil :

- a) Keluhan nyeri menurun
- b) Meringis menurun
- c) Sikap protektif menurun
- d) Gelisah menurun
- e) Frekuensi nadi membaik

Intervensi menurut SIKI (2018) : Teknik Akupresur (I.06209)

Observasi :

- a) Periksa kontra indikasi
- b) Periksa tingkat kenyamanan psikologis dengan sentuhan
- c) Periksa tempat sensitive untuk dilakukan penekanan dengan jari
- d) Identifikasi hasil yang ingin dicapai

Terapeutik :

- a) Tentukan titik akupuntur, sesuai dengan hasil yang dicapai
- b) Perhatikan isyarat verbal dan non verbal untuk menentukan lokasi yang diinginkan
- c) Rangsang titik akupresur dengan jari atau dengan ibu jari dengan kekuatan tekanan yang memandai

Edukasi :

- a) Anjurkan untuk rileks

Kolaborasi :

- a) Kolaborasi dengan terapis bersertifikasi, jika perlu

2) Resiko infeksi (D.0142)

Tujuan dan kriteria hasil menurut SLKI (2018) : Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3×8 jam diharapkan Tingkat Infeksi (L.14137) menurun. Dengan kriteria hasil :

- a) Kemerahan menurun
- b) Nyeri menurun
- c) Kadar sel darah putih membaik

Intervensi menurut SIKI (2018) : Pencegahan Infeksi (I.14539)

Observasi :

- a) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik

Terapeutik :

- a) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien

Edukasi : جامعته سلطان أبوبوع الإسلامية

- a) Jelaskan tanda dan gejala infeksi

Kolaborasi :

- a) Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu

3) Gangguan mobilitas fisik (D.0054)

Tujuan dan kriteria hasil menurut SLKI (2018) : Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3×8 jam diharapkan Mobilitas Fisik (L.05042) meningkat. Dengan kriteria hasil :

- a) Pergerakan ekstremitas meningkat
- b) Kekuatan otot meningkat
- c) Rentang gerak (ROM) meningkat

Intervensi menurut SIKI (2018) : Dukungan Mobilisasi (I.05173)

Observasi :

- a) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- b) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan

Terapeutik :

- a) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu

Edukasi :

- a) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
- b) Anjurkan melakukan mobilisasi dini

4) Gangguan Pola Tidur (D.0055)

Tujuan dan kriteria hasil menurut SLKI (2018) : Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3×8 jam diharapkan Pola Tidur (L.05045) membaik. Dengan kriteria hasil :

- a) Keluhan sulit tidur menurun
- b) Keluhan sering terjaga menurun
- c) Keluhan tidak puas tidur menurun
- d) Keluhan pola tidur berubah menurun
- e) Keluhan istirahat tidak cukup menurun

Intervensi menurut SIKI (2018) : Dukungan Tidur (I.05174)

Observasi :

- a) Identifikasi pola aktivitas dan tidur
- b) Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis)
- c) Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur
(mis: kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur)

Terapeutik :

- a) Modifikasi lingkungan.
- b) Batasi waktu tidur siang, jika perlu
- c) Tetapkan jadwal tidur rutin
- d) Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan

Edukasi :

- a) menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit
- b) Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur
- c) Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur

5) Kesiapan Peningkatan Manajemen Kesehatan (D.0112)

Tujuan dan kriteria hasil menurut SLKI (2018) : Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3×8 jam diharapkan Manajemen Kesehatan (L.12104) meningkat. Dengan kriteria hasil :

- a) Melakukan Tindakan untuk mengurangi faktor risiko meningkat

- b) Penerapan program perawatan meningkat
- c) Aktivitas hidup sehari-hari efektif memenuhi tujuan Kesehatan meningkat
- d) Kesulitan verbalisasi dalam menjalani program perawatan/pengobatan menurun

Intervensi menurut SIKI (2018) : Bimbingan Antisipatif (I.12359)

Observasi :

- a) Identifikasi metode penyelesaian masalah yang biasa digunakan
- b) Identifikasi kemungkinan perkembangan atau krisis situasional yang akan terjadi serta dampaknya pada individu dan keluarga

Terapeutik :

- a) Fasilitasi memutuskan bagaimana masalah akan terselesaikan
- b) Fasilitasi memutuskan siapa yang akan dilibatkan dalam menyelesaikan masalah
- c) Gunakan contoh kasus untuk meningkatkan keterampilan menyelesaikan masalah
- d) Fasilitasi mengidentifikasi sumber daya yang tersedia
- e) Fasilitasi menyesuaikan diri dengan perubahan peran
- f) Memberikan referensi baik cetak maupun elektronik

Edukasi :

- a) Menjelaskan perkembangan dan perilaku normal
- b) Informasikan harapan yang realistis terkait perilaku pasien

- c) Latih Teknik koping yang dibutuhkan untuk mengatasi perkembangan atau krisis situasional

Kolaborasi :

- a) Rujuk ke Lembaga pelayanan masyarakat, jika perlu

6) Konstipasi (D.0049)

Tujuan dan kriteria hasil menurut SLKI (2018) : Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3×8 jam diharapkan Eliminasi Fekal (L.04033) membaik. Dengan kriteria hasil :

- a) Kontrol pengeluaran feses meningkat
- b) Keluhan defekasi lama dan sulit menurun
- c) Mengejan saat defekasi menurun
- d) Konsistensi feses membaik
- e) Frekuensi BAB membaik
- f) Peristaltik usus membaik

Intervensi menurut SIKI (2018) : Bimbingan Antisipatif (I.12359)

Observasi :

- a) Identifikasi masalah usus dan penggunaan obat pencabar
- b) Identifikasi pengobatan yang berefek pada kondisi gastrointestinal
- c) Monitor buang air besar (mis: warna, frekuensi, konsistensi, volume)
- d) Monitor tanda dan gejala diare, konstipasi, atau impaksi

Terapeutik :

- a) Berikan air hangat setelah makan
- b) Jadwalkan waktu defekasi Bersama pasien
- c) Sediakan makanan tinggi serat

Edukasi :

- a) Jelaskan jenis makanan yang membantu meningkatkan keteraturan peristaltik usus
- b) Anjurkan mencatat warna, frekuensi, konsistensi, volume feses
- c) Anjurkan meningkatkan aktivitas fisik, sesuai toleransi
- d) Anjurkan mengonsumsi makanan yang mengandung tinggi serat

Kolaborasi :

- a) Kolaborasi pemberian obat supositoria anal, jika perlu

4. Implementasi

Implementasi merupakan proses pengelolaan dan realisasi dari rencana keperawatan yang sebelumnya disusun oleh perawat dalam tahap perencanaan. Oleh karena itu, terdapat hubungan yang sangat erat antara perencanaan dan implementasi. Agar kebutuhan pasien dapat terpenuhi dengan optimal—meliputi aspek peningkatan, pencegahan, pemeliharaan, dan pemulihan kesehatan—pelaksanaan rencana tindakan yang telah ditetapkan harus jelas tujuannya (Nasution, 2020).

Menurut Hadinata, Dian & Jahid, (2022) Implementasi adalah pelaksanaan rencana intervensi yang bertujuan untuk mencapai hasil yang

spesifik. Proses ini dimulai setelah rencana intervensi selesai disusun dan berfokus pada perintah keperawatan yang dirancang untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Dalam tahap ini, implementasi menjadi pengelolaan dan realisasi dari rencana keperawatan yang telah disusun sebelumnya. Untuk memastikan kesuksesan implementasi keperawatan sesuai dengan rencana yang ada, perawat perlu memiliki keahlian kognitif, kemampuan membangun hubungan interpersonal, serta keterampilan dalam melaksanakan tindakan keperawatan.

Saat perawat memberikan bantuan kepada pasien dengan masalah kesehatan, mereka melakukan langkah-langkah yang dikenal sebagai perawatan implementasi. Perawatan implementasi adalah serangkaian intervensi yang dirancang untuk memberikan asuhan keperawatan, dengan tujuan untuk memantau dan mencatat respons pasien selama proses pemberian perawatan. Kesehatan yang baik memiliki peranan penting dalam mencapai kriteria hasil yang diharapkan (Siregar, Keperawatan, dan Implementasi, 2020).

5. Evaluasi

Menurut Hadinata, Dian & Jahid, (2022) Evaluasi merupakan suatu proses penilaian yang dilakukan dengan membandingkan perubahan keadaan pasien—atau hasil yang diamati—dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan dalam tahap perencanaan. Proses ini mencakup penilaian, pengukuran tahap, dan upaya perbaikan. Dalam tahap evaluasi, perawat akan mengevaluasi reaksi klien terhadap intervensi yang sudah

dilaksanakan dan menentukan sejauh mana sasaran dari rencana keperawatan telah tercapai.

Evaluasi terdiri dari dua jenis, yaitu evaluasi sumatif dan evaluasi formatif. Evaluasi sumatif mengukur respon jangka panjang terhadap tujuan yang ditetapkan, sehingga dapat dinilai bagaimana kemajuan yang dicapai menuju hasil yang diharapkan. Di sisi lain, evaluasi formatif, yang sering disebut sebagai evaluasi proses, dilakukan segera setelah intervensi keperawatan diterapkan.

Dalam pelaksanaan evaluasi, digunakan format SOAP, yang terdiri dari empat komponen :

- a. S (Subjective), yaitu pernyataan atau keluhan dari pasien
- b. O (Objective), yaitu data yang diperoleh dari pengamatan oleh perawat atau keluarga
- c. A (Assessment), yaitu kesimpulan yang didasarkan pada data subjektif dan objektif
- d. P (Planning), yang merujuk pada rencana tindakan yang akan diambil berdasarkan analisis yang telah dilakukan. (Dewinta, 2020).

C. *Evidence Based Practice In Nursing (Terapi Akupresur)*

Salah satu diagnosa keperawatan pada pasien post operasi kista ovarium adalah nyeri. Dalam SDKI (2017) terdapat diagnosa nyeri akut, nyeri kronis, dan nyeri melahirkan. Diagnosa keperawatan ada pasien post operasi kista ovarium adalah nyeri akut. Menurut SIKI (2018) salah satu intervensi

dari nyeri akut adalah manajemen nyeri. Dalam intervensi manajemen nyeri bagian terapeutik terdapat terapi akupresur.

1. Definisi Teknik Akupresur

Akupresur merupakan salah satu metode pengobatan tradisional yang dilakukan dengan cara menekan titik-titik akupunktur menggunakan jari atau benda tumpul pada permukaan tubuh. Teknik ini bertujuan untuk mendukung upaya promotif, preventif, dan rehabilitative (Santoso, Budi. 2024)

Akupresur dan akupunktur tanpa jarum adalah dua bentuk terapi kesehatan yang menggunakan teknik pemijatan atau penekanan jari pada permukaan kulit. Metode ini bertujuan untuk mengurangi ketegangan, meningkatkan sirkulasi darah, serta merangsang kekuatan energi tubuh agar dapat menyembuhkan atau meningkatkan kesehatan secara efektif (Anisa, dkk, 2022).

Akupresur memiliki kemampuan dalam meningkatkan daya tahan tubuh. Teori endorfin, yang merupakan hormon pengurang rasa sakit, serta teori kekebalan tubuh menjelaskan bahwa penekanan pada permukaan tubuh atau pemberian stimulasi ringan melalui akupresur dapat memicu pelepasan zat-zat yang mampu menghilangkan rasa nyeri. Selain itu, akupresur juga dapat menghalangi sensasi rasa sakit yang dikirim melalui saraf menuju otak, sehingga berkontribusi pada peningkatan daya tahan tubuh terhadap berbagai penyakit (Hanum, 2021).

Salah satu metode pengobatan tradisional yang murah, mudah, dan dapat dilakukan di rumah adalah akupresur. Teknik ini melibatkan pemijatan pada titik tertentu di permukaan tubuh yang sesuai dengan prinsip-prinsip ilmu akupunktur. Pemijatan dapat dilakukan dengan menggunakan ujung jari, siku, atau alat tumpul yang tidak akan melukai permukaan tubuh penderita. Dengan cara ini, kita dapat memberikan pertolongan yang efektif dan aman (Santoso, Budi. 2024)

Studi lain mengamati bahwa elektroakupunktur pada titik LI4 dan SP6 dengan frekuensi tertentu dapat meningkatkan kadar β -endorfin dalam darah, yang berperan sebagai analgesik alami tubuh, sehingga membantu mengurangi nyeri pasca operasi Akupresur pada titik LI4 dan SP6 terbukti efektif sebagai metode nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri pasca operasi, khususnya setelah operasi caesar. Metode ini tidak hanya mengurangi intensitas nyeri tetapi juga mempercepat mobilisasi pasien dan meningkatkan kenyamanan pasca operasi. (Santoso, Budi. 2024)

2. Indikasi dan Kontra-Indikasi Akupresure

Menurut Kementerian Kesehatan RI pada keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1933/2024 terdapat beberapa indikasi dan kontra-indikasi untuk dilakukan Akupresur, diantaranya :

a. Indikasi

(1) Nyeri Kepala dan Migrain

(2) Nyeri Punggung dan Leher

- (3) Mual dan Muntah
- (4) Mual dan Muntah
- (5) Insomnia
- (6) Nyeri pasca operasi dan melahirkan

b. Kontra-indikasi

- (1) Kehamilan
- (2) Kondisi terlalu kenyang atau terlalu lapar
- (3) Emosi yang labil
- (4) Tubuh sangat lemah
- (5) Kelainan pembekuan darah /Hemofili
- (6) Kondisi gawat darurat
- (7) Sedang makan obat pengencer darah
- (8) Kanker
- (9) Penyakit akibat hubungan seksual
- (10) Penyakit infeksi
- (11) Ada luka bakar, borok atau luka parut

3. Manfaat

Akupresur bermanfaat untuk meningkatkan daya tahan tubuh, mencegah penyakit, menyembuhkan, dan rehabilitasi. Akupresur juga dapat membantu mengurangi nyeri dan gejala berbagai penyakit, seperti mengurangi nyeri bahu dan menurunkan denyut jantung pada pasien stroke. Akupresur juga dapat digunakan untuk mengatasi nyeri yang bersifat umum, seperti nyeri saat menstruasi, dan distress menstrual.

Akupresur selalu terbukti mengatasi nyeri yang terkaitdengan gastritis (Setyowati, 2020).

Terdapat dua manfaat akupresur dapat mengurangi stres selama intervensi : titik LI4 (Hegu) dan titik SP 6 (Sanyinjiao) Sel saraf sensorik di area akupunktur dirangsang pada titik ini, dan rangsangan tersebut mengirimkan pesan ke otak tengah, sumsum tulang belakang, dan kompleks hipotalamus-hipofisis. Area-area ini kemudian terus mendistribusikan endorfin, yang dapat menimbulkan sensasi menenangkan, mempengaruhi variasi tekanan darah (Suryawan et al., 2022)



Gambar 2.3 Titik Akupresur Sanyijiao (SP6)
(Asnawi, 2020)



Gambar 2.4 Titik Akupresur Hegu (LI4)
(Asnawi, 2020)

4. Tujuan

a. Mengurangi intensitas nyeri

Penelitian menunjukkan bahwa akupresur memiliki efektivitas dalam mengurangi intensitas nyeri pada ibu bersalin selama fase aktif persalinan. Dalam studi yang dilakukan oleh Afdila et al. (2021), terungkap bahwa sebagian besar ibu mengalami penurunan tingkat nyeri dari kategori berat menjadi ringan setelah menjalani terapi akupresur. Sementara itu, menurut Sari dan Usman (2020) penerapan akupresur pada titik LI 4 (Hegu) dan ST 36 secara bilateral selama tiga hari berturut-turut terbukti efektif dalam mengurangi intensitas nyeri haid pada remaja. Selain itu, Kerti dan Nuriyanto (2024) menemukan bahwa akupresur dapat secara signifikan menurunkan skor nyeri kepala pada lansia dengan hipertensi, jika dibandingkan dengan terapi farmakologis.

b. Menurunkan Tekanan Darah

Suparjo et al. (2023) melaporkan bahwa akupresur terbukti efektif dalam menurunkan tekanan darah sistolik dan diastolik pada pasien dengan hipertensi.

c. Menurunkan Kadar Gula Darah

Pasien dengan Diabetes Mellitus Tipe II, berdasarkan penelitian Harefa dan Gulo (2023), menunjukkan bahwa akupresur dapat secara signifikan menurunkan kadar glukosa darah pada penderita diabetes mellitus tipe 2.

d. Meningkatkan Kualitas Tidur

Pasien dengan penyakit kardiovaskular, dalam tinjauan sistematis yang dilakukan oleh Hasdi et al. (2022), ditemukan bahwa akupresur terbukti efektif dalam meningkatkan kualitas tidur pada pasien yang mengalami kondisi ini.

e. Meningkatkan Kualitas Hidup Pasien Hemodialisis

Diyanto et al. (2023) dalam sebuah meta-analisis menemukan bahwa akupresur memiliki potensi untuk meningkatkan kualitas hidup pasien yang menjalani hemodialisis, dengan cara mengurangi rasa nyeri, depresi, dan kecemasan yang mereka alami.

f. Mengurangi Enuresis pada Anak Prasekolah

Elvira (2020) menemukan bahwa terapi akupresur dapat secara efektif mengurangi frekuensi enuresis, atau mengompol, pada anak-anak usia prasekolah.

5. Prosedur

a. Tahap Persiapan

1. Pastikan pasien berada dalam posisi yang nyaman, baik itu duduk maupun berbaring.
2. Sebelum memulai prosedur, cuci tangan terlebih dahulu untuk menjaga kebersihan.
3. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan, seperti matras, minyak zaitun, tisu basah dan kering, serta sphygmomanometer dan stetoskop.
4. Posisikan pasien dengan nyaman dalam keadaan duduk, dengan kedua kaki lurus ke depan.
5. Lakukan penilaian terhadap keluhan pasien dan ukur tanda-tanda vital (TTV) mereka.
6. Jangan lupa untuk membersihkan bagian tubuh pasien yang akan diakupresur sebelum melanjutkan.

b. Identifikasi Titik Hegu (LI4) dan Sanyinjiao (SP6)

- (1) Titik Sanyinjiao atau SP6 berada sekitar 3 cun (setara dengan lebar empat jari) di atas maleolus medial, yaitu tulang pergelangan kaki bagian dalam, dan terletak di belakang tepi medial tibia.



Gambar 2.5 Titik Akupresur Sanyijiao (SP6)
(Asnawi, 2020)

- (2) Titik Hegu atau LI4 terletak di area antara ibu jari dan jari telunjuk, tepatnya di tengah antara tulang metakarpal pertama dan kedua.



Gambar 2.6 Titik Akupresur Hegu (LI4)
(Asnawi, 2020)

c. Teknik Penekanan

- (1) Tuangkan minyak zaitun secukupnya ke telapak tangan.
- (2) Gunakan ibu jari untuk memberikan tekanan secara vertikal pada titik SP6.

- (3) Pastikan tekanannya dalam kekuatan sedang, hingga pasien merasakan kenyamanan tanpa rasa sakit.
- (4) Tahan tekanan tersebut selama 3-5 detik, lalu lepaskan. Ulangi proses ini sebanyak 30 kali dalam satu sesi.
- (5) Selanjutnya, gunakan ibu jari untuk memberikan tekanan pada titik LI4.
- (6) Lakukan penekanan yang sama, dengan kekuatan sedang hingga pasien merasakan kenyamanan tanpa rasa sakit.
- (7) Tahan tekanan selama 3 detik, kemudian lepaskan. Ulangi penekanan ini sebanyak 30 kali dalam satu sesi.

d. Durasi dan Frekuensi

- (1) Terapi akupresur pada titik SP6 dilakukan sekali setiap hari dalam 2 hari selama kurang lebih 20 menit. Setiap satu sesi sehari kurang lebih 10 menit (Sudjarwo dan Solikhah, 2023).
- (2) Terapi akupresur pada titik LI4 dilakukan sekali setiap hari dalam 2 hari selama kurang lebih 20 menit. Setiap satu sesi sehari kurang lebih 10 menit (Sudjarwo dan Solikhah, 2023).

e. Evaluasi

- (1) Setelah proses selesai, lakukan pengamatan terhadap respons pasien terhadap terapi.
- (2) Periksa tekanan darah setelah akupresur berhasil dilakukan.
- (3) Catat setiap perubahan atau efek samping yang dialami oleh pasien.

BAB III

METODE PENULISAN

A. Rancangan Studi kasus

Karya tulis ilmiah ini mengadopsi desain studi kasus deskriptif yang mendalam. Istilah "desain studi kasus deskriptif mendalam" mengacu pada jenis penelitian yang menguraikan sebuah kasus secara komprehensif dan akurat, dilengkapi dengan analisis naratif serta deskripsi prosedural yang rinci.

Rancangan penulisan yang digunakan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini berjudul " Implementasi Terapi Akupresur di Titik LI4 dan SP6 untuk Mengurangi Intensitas Nyeri pada Pasien Pasca Operasi Kista Ovarium."

B. Subyek Studi kasus

Penulis mengambil studi kasus dengan fokus pada dua pasien dewasa, yaitu Nn. N yang berusia 15 tahun dan Ny. J yang berusia 25 tahun, keduanya berjenis kelamin perempuan. Yang mengalami kondisi pasca operasi kista ovarium.

C. Fokus Studi

Penulis mengangkat fokus penelitian ini pada "Implementasi Terapi Akupresur di Titik LI4 dan SP6 untuk Mengurangi Intensitas Nyeri pada Pasien Pasca Operasi Kista Ovarium."

D. Definisi Operasional Fokus Studi

1. Prosedur pembedahan dapat menimbulkan beberapa masalah, salah satunya adalah rasa nyeri pasca operasi. Rasa nyeri yang biasanya dialami bersifat akut (Puspitasari dan Ekacahyaningtyas, 2020).
2. Nyeri merupakan sensasi tidak nyaman yang timbul akibat cedera pada jaringan, baik yang nyata maupun yang mungkin terjadi. Pengalaman nyeri ini bersifat subjektif, artinya tidak dapat dibagikan atau dirasakan oleh orang lain secara langsung. Setiap individu merasakan nyeri dengan cara yang berbeda, dan hanya mereka sendiri yang bisa mengungkapkan pengalaman tersebut, karena respons serta persepsi mereka terhadap rasa sakit sangatlah unik. Nyeri akut, di sisi lain, didefinisikan sebagai rasa sakit yang muncul hanya selama fase penyembuhan, dan biasanya akan hilang dengan cepat, dalam waktu kurang dari enam bulan. (Nurhanifah dan Sari, 2022)
3. Manajemen nyeri merupakan salah satu pendekatan penting dalam terapi untuk mengurangi rasa sakit. Dengan pengelolaan nyeri yang tepat, kita dapat meningkatkan mobilitas sejak dini dan sekaligus mengurangi risiko terjadinya komplikasi (Silpia et al, 2021).
4. Akupresur memiliki kemampuan dalam meningkatkan daya tahan tubuh. Teori endorfin, yang merupakan hormon pengurang rasa sakit, serta teori kekebalan tubuh menjelaskan bahwa penekanan pada permukaan tubuh atau pemberian stimulasi ringan melalui akupresur dapat memicu pelepasan zat-zat yang mampu menghilangkan rasa nyeri. Selain itu,

akupresur juga dapat menghalangi sensasi rasa sakit yang dikirim melalui saraf menuju otak, sehingga berkontribusi pada peningkatan daya tahan tubuh terhadap berbagai penyakit (Hanum, 2021).

E. Instrumen Studi kasus

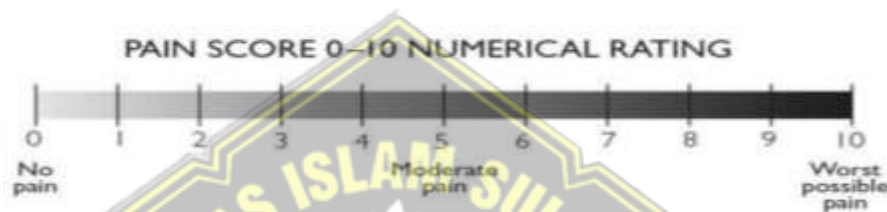
Dalam kasus ini, instrumen yang digunakan adalah format pengkajian Asuhan Keperawatan Maternitas yang dikembangkan oleh Dorothea Orem.

Dalam pengkajian nyeri, terdapat beberapa aspek penting yang perlu diperhatikan, yang biasa disingkat sebagai :

1. Paliatif (P): Menyelidiki penyebab yang membuat nyeri yang dialami klien semakin parah.
2. Kualitas (Q): Menggambarkan sifat atau karakteristik nyeri yang dirasakan oleh klien, seperti sensasi panas, terbakar, tertusuk, atau berdenyut.
3. Region (R): Menentukan lokasi atau area di mana klien merasakan nyeri.
4. Skala nyeri (S): Mengukur tingkat nyeri yang dialami klien dengan menggunakan Numeric Rating Scale (NRS)
5. Waktu (T): Menentukan kapan nyeri tersebut muncul, apakah bersifat hilang-timbul atau terus-menerus, serta durasi kemunculannya. Misalnya, nyeri dapat muncul saat klien akan bergerak (Pinzon, 2016).

Skala Intensitas Nyeri NRS (Numeric Rating Scale) adalah salah satu alat yang digunakan untuk menilai intensitas nyeri. Tingkat nyeri yang dialami seseorang dapat diwakili oleh skala ini. Setiap individu merasakan nyeri

dengan tingkat intensitas yang berbeda-beda. Pada skala ini, nyeri dinyatakan dengan angka, di mana 0 menunjukkan tidak ada rasa nyeri sama sekali. Ketika nyeri berada pada kisaran 1-3, artinya nyeri tersebut tergolong ringan dan penderita masih mampu berkomunikasi secara efektif. Sementara itu, pada skala nyeri 4-6, serta 7-9, nyeri dikategorikan sebagai tingkat nyeri sedang hingga parah, dan angka 10 mewakili nyeri yang sangat berat (Gerald, 2022).



Gambar 3.1 Skala Intensitas Nyeri

F. Metode Pengumpulan Data

Pengumpulan data yang dilakukan oleh penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini dilakukan dengan cara sebagai berikut.

1. Prosedur Administratif

- a. Menyusun surat permohonan untuk melakukan studi kasus dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang ditujukan kepada pihak Diklat Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.
- b. Setelah memperoleh izin dari pihak Diklat Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang, penulis kemudian menghubungi penanggung jawab ruang Baitunnisa 2 di rumah sakit tersebut untuk mengajukan studi kasus yang akan dilaksanakan selama enam hari.

- c. Setelah memperoleh izin dari pihak yang bertanggung jawab atas ruang Baitunnisa 2 di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang, penulis memilih pasien berdasarkan karakteristik responden. Pasien yang dipilih adalah dua orang perempuan dewasa berusia 16 tahun dan 25 tahun, yang baru saja menjalani operasi kista ovarium.

2. Prosedur Teknis

a. Tahap Persiapan

Sebelum memulai studi kasus, penulis memastikan bahwa semua peralatan yang diperlukan telah siap dan bahwa intervensi yang akan digunakan dalam pengambilan data sudah lengkap.

b. Tahap Pelaksanaan

- 1) Penulis menjelaskan terlebih dahulu tujuan dari studi kasus ini dan meminta izin dari pasien serta keluarga untuk menjadikan pasien sebagai subjek responden. Selama tiga hari, penulis akan menerapkan asuhan keperawatan kepada responden. Pasien dan keluarganya memiliki hak untuk menyetujui atau menolak partisipasi mereka sebagai responden dengan mengisi formulir yang telah disiapkan oleh penulis, yaitu lembar persetujuan yang diinformasikan (informed consent).
- 2) Jika pasien dan keluarganya setuju untuk menjadi responden, penulis dapat melakukan proses pengumpulan data melalui metode wawancara dan observasi langsung terhadap mereka.

- 3) Selanjutnya, penulis akan mengatur kontrak mengenai waktu, tempat, dan persetujuan untuk melaksanakan Asuhan Keperawatan kepada responden.
- 4) Penulis melakukan pemeriksaan terhadap intensitas nyeri yang dirasakan oleh pasien sebelum menerapkan terapi akupresur.
- 5) Implementasi terapi akupresur diterapkan kepada responden sesuai dengan prosedur yang ditentukan, dengan tujuan mengurangi nyeri pada pasien pasca operasi kista ovarium.
 - a) Tahap Pra-Interaksi
 - (1) Memeriksa program terapi yang akan dilaksanakan dan mencuci tangan.
 - (2) Mengidentifikasi pasien dengan tepat.
 - (3) Menyiapkan dan mendekatkan alat ke area pasien.
 - b) Tahap Orientasi
 - (1) Mengucapkan salam dan menyapa pasien sambil memperkenalkan diri.
 - (2) Membangun kontrak mengenai tindakan yang akan dilakukan.
 - (3) Menjelaskan tujuan dan prosedur dari tindakan yang akan dilaksanakan.
 - (4) Menanyakan kesiapan pasien dan meminta kerja sama untuk proses terapi.

c) Tahap Kerja

- (1) Menjaga privasi pasien.
- (2) Mengajak pasien untuk membaca basmallah.
- (3) Mengatur posisi pasien agar nyaman mungkin sesuai dengan kondisinya.
- (4) Memberikan edukasi yang relevan kepada pasien.

d) Tahap Terminasi

- (1) Melakukan evaluasi dan menyampaikan hasil pengkajian yang telah dilakukan.
- (2) Menyampaikan rencana tindak lanjut kepada pasien.
- (3) Merapikan pasien dan lingkungan sekitarnya.
- (4) Mengajak pasien untuk membaca hamdalah.
- (5) Berpamitan dengan pasien dan menjelaskan rencana kunjungan berikutnya.
- (6) Membersihkan dan merapikan alat-alat yang digunakan.
- (7) Mencuci tangan untuk menjaga kebersihan.
- (8) Mencatat semua informasi di lembar catatan keperawatan.
- (9) Melakukan implementasi terapi akupresur titik LI 4 dan SP6 dilakukan sekali setiap hari dalam 2 hari selama 20 menit pada setiap titik akupresur (Sudjarwo dan Solikhah, 2023)

G. Lokasi & Waktu Studi kasus

Studi kasus ini dilaksanakan pada tanggal 10 – 15 Februari 2025 di ruang Baitunnisa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

H. Analisis Data dan Penyajian Data

Dalam menegakkan diagnosa keperawatan penulis berdasarkan hasil dari pengkajian yang di rangkum dalam analisa data, berdasarkan hasil anamnesa, pemeriksaan fisik *head to toe* dan pemeriksaan penunjang. Sehingga penulis menegakkan diagnosa Nyeri aku berdasarkan sumber terkait disajikan oleh penulis dalam bentuk dokumentasi asuhan keperawatan meliputi pengkajian diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi.

Data yang digunakan dalam studi kasus ini bersumber dari narasi dan ungkapan verbal subjek. Peneliti melakukan observasi dan analisis dokumentasi untuk membandingkan data mengenai kista ovarium dengan teori yang ada saat ini. Tujuannya adalah untuk memberikan intervensi yang sesuai dengan kebutuhan pasien.

I. Etika Studi kasus

Masalah studi dalam keperawatan sangatlah penting, terutama karena studi kasus berhubungan langsung dengan manusia. Oleh karena itu, aspek etika dalam studi kasus harus diperhatikan secara serius, mengingat setiap individu memiliki hak asasi. Berikut ini adalah beberapa poin penting yang berkaitan dengan etika dalam studi kasus:

1. Lembar Persetujuan Responden

Sebelum melakukan studi kasus, penulis memberikan informed consent kepada responden. Jika responden bersedia berpartisipasi, mereka harus menandatangani lembar persetujuan. Namun, jika responden menolak, penulis tidak akan memaksa dan akan tetap menghormati hak-hak mereka.

2. Tanpa Nama

Untuk menjaga kerahasiaan, penulis tidak mencantumkan nama responden secara langsung. Sebagai gantinya, identitas responden akan ditulis dengan inisial untuk melindungi privasi mereka.

3. Kerahasiaan

Penulis berkomitmen untuk menjaga kerahasiaan hasil studi kasus, termasuk informasi dan isu-isu lainnya. Semua data hasil studi ini akan disimpan secara aman, dan akan dimusnahkan setelah seluruh proses studi selesai.

4. Self Determination

Responden diberikan kebebasan untuk memutuskan apakah mereka ingin berpartisipasi dalam kegiatan studi kasus yang dilakukan oleh penulis atau tidak.

5. Perlindungan dari Ketidaknyamanan

Responden berhak merasa nyaman selama proses studi. Penulis menekankan bahwa jika responden merasa tidak aman atau tidak nyaman saat memberikan informasi, terutama jika hal tersebut menyebabkan gejala

psikologis, mereka dapat dinyatakan untuk memilih apakah ingin menghentikan partisipasi atau tetap berlanjut sebagai responden.

Dengan memperhatikan aspek-aspek etika ini, diharapkan studi kasus dapat dilakukan dengan bertanggung jawab dan menghormati hak-hak individu.



BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Pengkajian Keperawatan

Klien 1

Pengkajian keperawatan ini dilaksanakan pada hari Selasa, 11 Februari 2025, pukul 07. 30 WIB. Penulis melakukan implementasi keperawatan pasca operasi kista ovarium pada Nn. N di ruang Baitunnisa 2, Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang. Berikut adalah data pengkajian kasus yang berhasil diperoleh

Klien 2

Pengkajian keperawatan ini dilaksanakan pada hari Rabu, 12 Februari 2025, pukul 07. 30 WIB. Penulis melakukan implementasi keperawatan pasca operasi kista ovarium pada Ny. J di ruang Baitunnisa 2, Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang. Berikut adalah data pengkajian kasus yang berhasil diperoleh

2. Identitas

a. Identitas Klien

Klien 1

Klien bernama Nn. N dengan usia 16 tahun, jenis kelamin perempuan, agama Islam, pendidikan terakhir tamat SLTP, suku bangsa Indonesia, pekerjaan siswa, alamat Betahwalang, Bonang, Kab. Demak. Klien masuk dengan diagnosa medis kista ovarium, klien masuk pada

tanggal 9 Februari 2025 pada pukul 10.25 WIB. Penanggungjawab klien, Tn. S yang usia 55 tahun, jenis kelamin laki-laki, agama Islam, suku bangsa Indonesia, pendidikan terakhir SLTA, pekerjaan karyawan swasta, alamat Betahwalang, Bonang, Kab. Demak, hubungan dengan pasien yaitu ayah kandung.

Klien 2

Klien bernama Ny. J dengan usia 25 tahun, jenis kelamin perempuan, agama Islam, pendidikan terakhir SLTA, suku bangsa Indonesia, pekerjaan ibu rumah tangga, alamat Kidangan, Ds. Jepon, Blora. Klien masuk dengan diagnosa medis kista ovarium, klien masuk pada tanggal 10 Februari 2025 pada pukul 09.00 WIB. Penanggungjawab klien, Tn. G usia 27 tahun, jenis kelamin laki-laki, agama Islam, suku bangsa Indonesia, pendidikan terakhir SLTA, pekerjaan karyawan swasta, alamat Kidangan, Ds. Jepon, Blora, hubungan dengan pasien yaitu suami.

b. Keluhan Utama

Klien 1

Klien mengatakan bahwa setelah menjalani operasi kista ovarium, ia merasakan nyeri terasa nyut-nyutan akibat bekas pembedahan dan merasa tidak nyaman.

Klien 2

Klien mengatakan mengalami nyeri di bagian bawah perut setelah menjalani operasi kista ovarium. Nyeri yang dirasakan terasa seperti

tersayat-sayat, dan klien mengaku merasa sangat tidak nyaman.

c. Riwayat Kesehatan Lalu

Klien 1

Klien mengatakan merasakan nyeri pada bagian perut bawah selama kurang lebih 1 bulan terakhir dan di bawa untuk diperiksa di klinik terdekat. Setelah melalui pemeriksaan dan dilakukan USG Abdomen, klien di diagnosa kista ovarium, dan dokter menyarankan untuk dirujuk ke RSI Sultan Agung Semarang.

Klien 2

Klien mengatakan kurang lebih 5 bulan terakhir merasakan nyeri pada perut bawah sebelah kiri dan perutnya membesar seperti orang yang sedang hamil, setelah mengalami nyeri dan perutnya semakin membesar klien dibawa periksa ke klinik. Setelah diperiksa dokter klinik menyarankan untuk dirujuk ke RSI Sultan Agung Semarang untuk pemeriksaan lebih lanjut.

d. Riwayat Obstetric Masa Lalu

Klien 1

G0P0A0, klien mengatakan belum menikah, belum pernah hamil, melahirkan seorang anak, dan tidak pernah melakukan aborsi.

Klien 2

G0P1A0, klien mengatakan memiliki satu orang anak, selama hamil klien mengalami mual dan muntah pada trisemester pertama dan kaki bengkak pada trisemester ketiga, proses persalinan spontan, lama

persalinan kurang lebih 16 jam, tempat persalinan di RSUD Blora, klien mengatakan tidak ada masalah saat persalinan anak pertamanya, klien mengatakan tidak ada masalah nifas/laktasi, klien mengatakan anak pertamanya sehat dan normal.

e. Keluarga Berencana

Klien 1

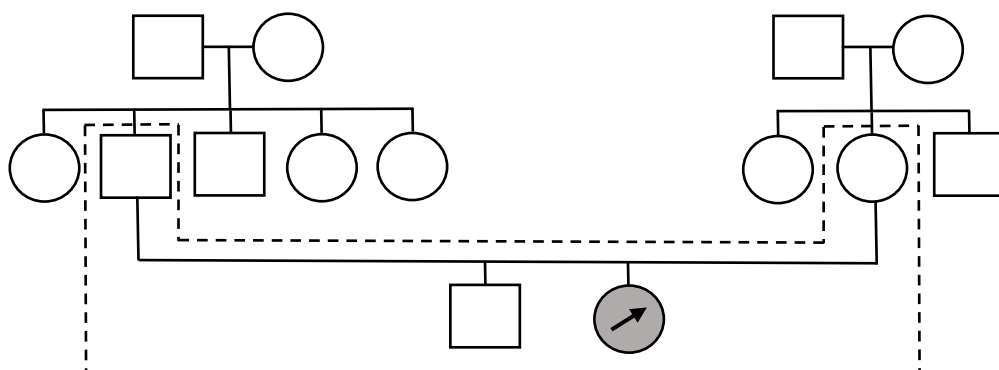
Klien mengatakan jika belum menikah dan tidak menggunakan atau mengonsumsi jenis kontrasepsi apapun. Belum memiliki rencana jumlah anak saat berkeluarga.

Klien 2

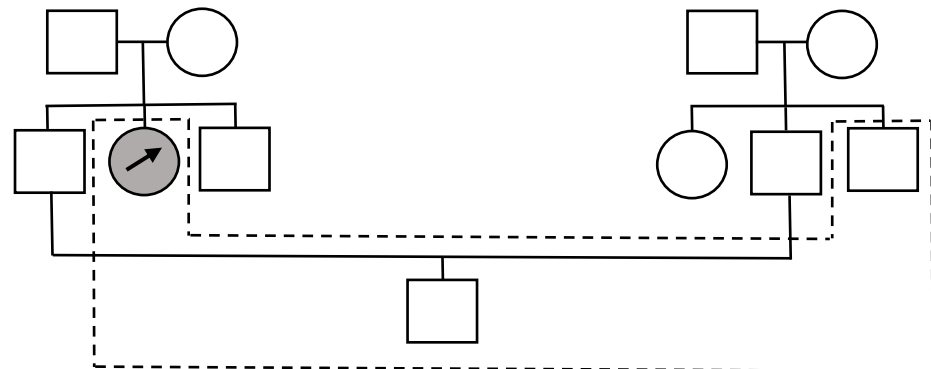
Klien mengatakan sebelumnya pernah mengonsumsi pil KB sebagai alat kontrasepsi, selama memakai pil KB klien menyatakan tidak ada masalah dengan alat kontrasepsi tersebut. Klien ingin tetap mengonsumsi pil KB untuk alat kontrasepsinya, jumlah anak yang klien inginkan dua orang anak.

f. Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien 1



Gambar 4.1 Genogram Klien 1

Klien 2**Gambar 4.2 Genogram Klien 2**

Keterangan :

**g. Penyakit yang pernah dialami anggota keluarga****Klien 1**

Klien mengatakan keluarganya tidak ada yang memiliki riwayat penyakit yang sama seperti dirinya, tidak ada penyakit keturunan dan saat ini keluarganya tidak ada yang sakit dan dalam keadaan sehat.

Klien 2

Klien mengatakan keluarganya tidak ada yang memiliki riwayat penyakit yang sama seperti dirinya, tidak ada penyakit keturunan dan saat ini keluarganya tidak ada yang sakit dan dalam keadaan sehat.

h. Riwayat Kesehatan Lingkungan

Klien 1

Klien mengatakan kebersihan lingkungan rumahnya selalu terjaga, setiap harinya klien selalu membantu ibunya membersihkan rumah dan halaman. Klien menyatakan lingkungan rumahnya aman tidak memungkinkan terjadinya bahaya.

Klien 2

Klien mengatakan rumah dan lingkungannya selalu dibersihkan setiap pagi dan sore hari, klien selalu menjaga kebersihan dan kenyamanan rumahnya. Klien mengatakan tidak ada kemungkinan terjadinya bahaya pada rumah dan lingkungan sekitar rumah klien.

i. Pola Kesehatan Fungsional

1) Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

Klien 1

Sebelum sakit klien mengatakan jika kesehatan penting bagi dirinya klien mengatakan tidak berpikir bahwa akan menderita kista ovarium dan tidak paham mengenai kista ovarium, klien menjaga kesehatannya dengan memperhatikan gizi makanan. Namun, klien jarang berolahraga. Jika sakit klien biasanya membeli obat di apotek, jika sudah berhari-hari baru ke klinik, klien tidak mengonsumsi obat atau jamu. Klien memiliki BPJS dan memanfaatkan fasilitas kesehatan dengan baik. Setelah sakit klien mengatakan yakin akan sembuh dari sakitnya dan ikhlas

menjalani pengobatan agar lekas pulih, klien mengatakan kurang paham mengenai kista ovarium dan perawatannya klien tidak pernah mengonsumsi jamu, alkohol, atau rokok. Klien memiliki dan memanfaatkan jaminan kesehatan BPJS.

Klien 2

Sebelum sakit klien mengatakan kesehatan sangatlah penting klien tidak mengerti mengenai kista ovarium dan tidak berpikir akan menderita kista, klien menjaga kesehatannya dengan menjaga asupan makanannya. Setelah sakit klien mengatakan menjadi lebih memperhatikan kesehatannya klien menjadi tahu dan paham mengetahui penyakit yang dideritanya untuk mempertahankan kesehatannya klien akan melakukan perawatan diri walaupun terbatas dan rutin kontrol ke depannya. Klien tidak mengonsumsi alkohol, kopi, dan rokok. Klien bekerja sebagai karyawan di perusahaan swasta dan dirawat di RSI Sultan Agung dengan BPJS.

2) Pola Nutrisi dan Metabolik

Klien 1

Sebelum sakit klien makan 3 kali sehari nasi, sayur, dan lauk, tidak ada pantangan makanan ataupun alergi. Makanan kesukaannya klien adalah ayam. Tidak ada masalah pada pola makan. Klien tidak mengonsumsi vitamin atau obat penambah nafsu makan. Klien minum kurang lebih 8 gelas per hari, minum air putih. Sesudah sakit klien makan 3 kali sehari setengah porsi habis isian

nasi, sayur, dan lauk. Klien tidak menghabiskan makanannya karena perutnya nyeri makanan favorit lain adalah ayam. Tidak ada pantangan atau alergi makanan tidak ada keyakinan lain yang dianut mempengaruhi diet untuk kesehatannya, klien tidak mengkonsumsi vitamin atau penambah nafsu makan tidak ada keluhan saat makan lain mengatakan sehari minum kurang lebih 5 aqua gelas atau kurang lebih 1000 cc, minum air putih. Klien terpasang infus RL 20 TPM per 500 ml.

Klien 2

Sebelum sakit klien makan 3 kali sehari 1 porsi habis isian nasi, sayur, dan lauk. Tidak ada pantangan makanan apapun, tidak ada masalah pola makan, klien tidak mengkonsumsi suplemen nafsu makan. Klien minum kurang lebih 8 gelas perhari, minum air putih. Setelah sakit klien makan 3 kali sehari 1 porsi habis isian nasi, sayur, lauk, dan buah. Tidak ada alergi ataupun pantangan makanan, klien mengatakan tidak ada keyakinan yang dianut klien untuk mempengaruhi diet untuk kesehatannya, klien tidak mengkonsumsi suplemen nafsu makan. Klien minum kurang lebih 6 gelas air mineral dalam sehari atau kurang lebih 1000 cc. Klien terpasang infus RL 20 TPM per 500 ml.

3) Pola Eliminasi

Klien 1

sebelum sakit klien mengatakan BAB satu kali sehari setiap pagi, warna kecoklatan, konsistensi padat, bau khas feses, tidak ada keluhan BAB dan BAK. Klien mengatakan sebelum sebelum sakit buang air kecil empat sampai enam kali sehari warna kuning, bening, tidak keruh. Setelah sakit klien mengatakan belum BAB sejak masuk dirawat, tidak ada keluhan sembelit ataupun diare, tidak terpasang kolostomi, klien terpasang kateter, jumlah urine dalam sehari kurang lebih 1200 cc, warna kuning bening dan tidak keruh.

Klien 2

Sebelum sakit klien mengatakan biasanya BAB setiap pagi hari, warna kecoklatan, konsistensi padat, dan bau khas feses, tidak ada keluhan BAB dan BAK. Buang air kecil kurang lebih empat sampai enam kali sehari, warna kuning bening dan tidak keruh. Setelah sakit klien mengatakan terakhir BAB saat sebelum operasi, warna kecoklatan, konsistensi padat dan bau khas feses, tidak ada keluhan BAB, tidak terpasang kolostomi, klien terpasang kateter, jumlah urine dalam sehari kurang lebih 1000 cc, warna kuning bening dan tidak keruh.

4) Pola Aktivitas dan Latihan

Klien 1

Sebelum sakit klien mengatakan kegiatan sehari-harinya bersekolah, klien jarang berolahraga, klien mengatakan sebelum sakit tidak mengalami kesulitan atau keluhan dalam beraktivitas, dapat melakukan aktivitasnya secara mandiri. Sesudah sakit klien mengatakan kegiatan sehari-harinya hanya berbaring di bed, untuk BAB dan BAK, perawatan diri dan pergerakan pasien memerlukan bantuan orang lain, klien kesulitan dan takut menggerakkan tubuh karena luka post operasi, tidak ada keluhan sesak nafas dan mudah lelah.

Klien 2

Sebelum sakit klien mengatakan kegiatan sehari-harinya adalah bekerja dan mengasuh anaknya, klien jarang berolahraga, klien mengatakan sebelum sakit tidak mengalami kesulitan atau keluhan dalam beraktivitas. Klien dapat melakukan aktivitasnya secara mandiri. Setelah sakit klien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh suaminya, setiap hari klien hanya bisa berbaring di bed, BAB dan BAK, perawatan diri, pergerakan klien memerlukan bantuan orang lain, klien takut bergerak karena luka post operasi pada perutnya. Tidak ada keluhan sesak nafas pada saat klien melakukan aktivitas.

5) Pola Istirahat dan Tidur

Klien 1

Sebelum sakit klien mengatakan tidur cukup kurang lebih 8 jam tidur pukul 21.00 dan bangun pukul 05.00, klien tidak tidur siang, klien tidak mengalami kesulitan tidur dan tidak ada gangguan tidur. Klien mengatakan selama sakit tidurnya kurang dari 7 jam sehari tidur pukul 21.00 namun sering terbangun saat malam karena perawat memberikan obat dan terkadang terasa nyeri pada luka post operasi klien. Klien saat malam kesulitan untuk tidur.

Klien 2

Sebelum sakit klien mengatakan klien tidur cukup kurang lebih 8 jam sehari, tidur pukul 21.00 dan bangun pukul 05.00, klien tidak tidur siang, klien tidak mengalami kesulitan tidur dan tidak ada gangguan tidur. Setelah sakit klien mengatakan tidurnya kurang dari 8 jam karena merasakan nyeri ketika malam hari, klien tidak dapat tidur nyenyak lain mengalami kesulitan tidur.

6) Pola Kognitif-Perseptual Sensori

Klien 1

Sebelum sakit penglihatan dan pendengaran klien tidak ada masalah, klien dapat memahami pesan yang diterima, tidak ada gangguan pada kemampuan kognitif, klien tidak mengalami nyeri sering pusing ataupun sensitivitas pada panas atau dingin. Setelah sakit klien mengatakan tidak mempunyai keluhan pada

pendengaran dan penglihatan, kemampuan mengingat dan bicara, klien baik dapat memahami pesan yang disampaikan oleh perawat, klien merasa nyeri pada perut pada luka post operasi P = paliatif, jika klien bergerak terasa nyeri, Q = nyeri berdenyut, hilang timbul, R = bagian perut, tidak ada penyebaran, S = skala nyeri 5, T = pada saat malam hari, ketika klien mencoba bergerak, hilang timbul.

Klien 2

Sebelum sakit klien dapat mendengar dan melihat dengan jelas dan baik, klien dapat memahami pesan yang diterima, tidak ada gangguan pada kemampuan kognitif. Setelah sakit klien mengatakan tidak ada keluhan pada pendengaran dan penglihatan, kemampuan mengingat dan bicara baik, dapat memahami pesan yang diberikan oleh perawat dengan baik. P = paliatif, jika klien bergerak atau melakukan aktivitas, Q = nyeri tersayat, hilang timbul, R = perut luka post operasi, S = skala nyeri 5, T = hilang timbul.

7) Pola Persepsi dan Konsep Diri

Klien 1

Klien mengatakan setelah menjalani operasi dan perawatan di rumah sakit klien berharap dapat segera sembuh dan pulang. Klien berharap setelah sembuh tidak lagi merasa sakit dan dapat beraktifitas seperti biasa, klien merasa lega karena operasinya

berjalan dengan lancar dan penyakitnya telah diangkat melalui pembedahan, klien mampu menerima apapun yang terjadi pada dirinya, tidak ada pengaruh pada persepsi tubuh klien. Klien adalah seorang anak bungsu dari dua bersaudara, klien menyatakan bangga terlahir menjadi seorang perempuan, klien mengatakan dirinya masih bersekolah di Sekolah Menengah Atas, sebelum sakit klien dapat berkegiatan dan bersekolah dengan normal namun selama sakit kegiatannya menjadi tidak maksimal dan harus izin bersekolah, klien berharap dapat segera sembuh dan setelah ini dapat menjaga kesehatannya dengan menerapkan pola hidup sehat. Serta menjaga lingkungannya, klien mengatakan sedikit minder karena sakitnya. Namun, klien berhubungan baik dan hidup rukun dengan orang-orang di lingkungan sekitar.

Klien 2

Klien mengatakan berharap agar dirinya cepat sembuh, klien tidak ingin terlalu lama izin bekerja dan meninggalkan anaknya di rumah terlalu lama. Klien merasa gelisah cemas dan ingin segera pulang ke rumah dan sembuh. Klien mengatakan senang dengan anggota tubuhnya, klien bersyukur terlahir menjadi perempuan, klien mampu mengenali dirinya sebagai seorang ibu tetapi klien sedih karena selama ia sakit anaknya harus dititipkan ke orang tuanya. Klien selalu berdoa agar dirinya selalu sehat dan bisa kembali seperti semula klien selalu menghargai dirinya sendiri.

8) Pola Mekanisme Koping

Klien 1

Dalam mengambil keputusan klien mengatakan selalu dibantu oleh kedua orang tuanya, terutama ayahnya. Apabila mengalami suatu masalah klien membicarakan pada orang tuanya atau kakaknya untuk menemukan jalan keluar. Upaya yang dilakukan klien untuk menghadapi masalah saat ini adalah bersabar dan terus berdoa berbaik sangka terhadap Allah Swt. agar pengobatannya dapat berjalan dengan baik dan lancar. Menurut klien perawat berkomunikasi mengenai kondisi keluhan dan memperlakukan klien selayaknya keluarga membuat dirinya merasa nyaman.

Klien 2

Klien mengatakan selalu ikut andil dalam pengambilan keputusan dalam keluarga selama sakit, klien mengambil keputusan adalah dirinya sendiri atau dibantu oleh suaminya. klien selalu memecahkan suatu masalah dengan berdiskusi dengan keluarganya, dalam menghadapi masalah klien mengatakan akan selalu berdiskusi dahulu dengan keluarga.

9) Pola Seksual-Reproduksi

Klien 1

Klien mengatakan paham mengenai fungsi seksual, klien tidak menggunakan alat kontrasepsi KB kondom atau pil. Klien belum menikah, klien mengatakan menstruasinya teratur, namun perutnya

terasa nyeri saat haid. Klien belum pernah hamil, belum pernah melahirkan dan tidak pernah aborsi.

Klien 2

Klien mengatakan memahami mengenai fungsi seksual, saat sakit klien tidak pernah memikirkan masalah seksual, tidak ada gangguan hubungan, klien tidak melakukan hubungan suami istri ketika sakit, klien mengatakan tidak ada masalah dalam aktivitas seksual dan kalian sudah melahirkan sebanyak 1 kali. Klien tidak pernah mengalami keguguran.

10) Pola Peran-Hubungan

Klien 1

Klien mampu berkomunikasi dengan baik relevan jelas dan mampu mengekspresikan dirinya. Klien mengatakan orang terdekatnya adalah kedua orang tuanya dan sahabatnya di sekolah. Ketika memiliki masalah klien biasanya curhat pada sahabatnya atau orang tua dan mengatakan tidak ada kesulitan dalam berhubungan dengan orang tua ataupun keluarga.

Klien 2

Klien mampu berhubungan dan berkomunikasi dengan orang lain baik dan jelas, mampu mengekspresikan dirinya dengan baik serta mampu mengerti orang lain. Orang terdekat yang klien miliki dan berpengaruh terhadap dirinya adalah suaminya.

11) Pola Nilai dan Kepercayaan

Klien 1

Klien merupakan seorang Muslimah, klien mengatakan selalu menjalankan kewajibannya sebagai seorang muslim, yaitu salat lima waktu. Selama sakit tetap melaksanakan kewajibannya untuk beribadah walaupun dengan kondisi terbatas.

Klien 2

Klien adalah seorang Muslimah, klien melaksanakan kewajibannya sebagai seorang muslim yaitu salat lima waktu. Selama sakit klien sedikit kesulitan untuk beribadah namun tetap melaksanakan walaupun dalam kondisi terbatas.

j. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

Klien 1

Kesadaran komposmentis, penampilan lemah, dan mata sayu. Vital sign Suhu tubuh: 36,3°C, TD: 112/72 mmHg. RR: 20x/menit, N: 82x/menit.

Klien 2

Kesadaran komposmentis, penampilan lemah,. Vital sign Suhu tubuh: 36°C, TD: 120/108 mmHg. RR: 20x/menit, N: 80x/menit.

2) Kepala

Klien 1

Bentuk kepala normal, mesocephal, rambut tebal, lurus, berwarna

hitam, rambut dan kulit kepala bersih, tidak ada ketombe, tidak ada rontok.

Klien 2

Bentuk kepala normal, mesocephal, rambut tipis, Ikal, warna rambut hitam, rambut, dan kulit kepala bersih, tidak ada ketombe, sedikit rontok.

3) Mata

Klien 1

Tidak ada gangguan penglihatan, pupil isokor, reaksi terhadap cahaya baik, konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik, dan tidak memakai alat bantu penglihatan.

Klien 2

Tidak ada gangguan penglihatan, pupil isokor, reaksi terhadap cahaya baik, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, tidak memakai alat bantu penglihatan.

4) Hidung

Klien 1

Tampak bersih, tidak ada secret, tidak ada polip hidung, tidak ada nafas cuping hidung, tidak memakai nasal kanul, dan tidak epistaksis.

Klien 2

Tampak bersih, tidak ada secret, tidak ada polip hidung, tidak ada nafas cuping hidung, dan tidak memakai nasal kanul dan tidak

epistaksis.

5) Telinga

Klien 1

Bentuk simetris kanan dan kiri, tidak ada gangguan pendengaran, tidak ada serumen, tidak ada tanda-tanda infeksi, dan tidak ada tinnitus.

Klien 2

Bentuk simetris kanan dan kiri, tidak ada gangguan pendengaran, tidak ada serumen, tidak ada tanda-tanda infeksi, tidak ada tinnitus.

6) Mulut dan Tenggorokan

Klien 1

Tidak ada gangguan bicara dan menelan, gigi bersih dan lengkap warna gigi putih kekuningan, tidak ada bau mulut, tidak ada nyeri, tidak ada benjolan di leher, tidak ada pembesaran tonsil dan vena jugularis.

Klien 2

Tidak ada gangguan bicara dan menelan, gigi bersih, warna gigi kekuningan, tidak ada bau mulut, tidak ada nyeri, tidak ada benjolan di leher, tidak ada pembesaran tonsil dan vena jugularis.

7) Dada

Klien 1

Jantung, inspeksi : dada simetris tidak ada bekas luka, palpasi : tidak ada nyeri tekan ictus cordis teraba, perkusi : suara pekak,

auskultasi : lupdup suara jantung regular. Paru-paru, inspeksi : pengembangan dada simetris saat respirasi, palpasi : tidak ada benjolan tidak ada nyeri tekan, perkusi : suara sonor, auskultasi : vesikuler seluruh lapang paru.

Klien 2

Jantung, inspeksi : dada simetris tidak ada bekas luka, palpasi : tidak ada nyeri tekan, ictus cordis teraba, perkusi : suara pekak, auskultasi : lupdup, suara jantung regular. Paru-paru inspeksi : pengembangan dada simetris, palpasi : tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan, perkusi : suara sonor, auskultasi : vesikuler seluruh lapang paru.

8) Abdomen

Klien 1

Inspeksi : perut tampak simetris, tampak luka post operasi, bentuk luka vertikal, perut tampak tegang, auskultasi : bising usus normal 20 kali per menit, perkusi : bunyi timpani, palpasi : terdapat nyeri tekan pada sekitar luka post operasi.

Klien 2

Inspeksi : perut tanpa menegang, perut simetris, tampak luka vertikal post operasi, balutan luka tampak rembes, auskultasi : bising usus normal 20 kali permenit, perkusi : bunyi timpani, palpasi : terdapat nyeri tekan di sekitar luka post operasi.

9) Genetalia

Klien 1

Genetalia bersih, tidak ada luka, tidak ada infeksi, terpasang kateter, area kateter bersih, dan tidak ada tanda-tanda infeksi, tidak ada hemoroid.

Klien 2

Genetalia bersih, tidak ada luka, tidak ada tanda-tanda infeksi, terpasang kateter, area kateter bersih, dan tidak ada tanda-tanda infeksi, tidak ada hemoroid.

10) Ekstremitas Atas dan Bawah

Klien 1

Ekstremitas atas dan bawah kuku bersih, kulit sawo matang, tampak bersih, CRT ≤ 2 detik, terpasang infus pada tangan kiri, tidak ada tanda-tanda infeksi pada daerah pemasangan infus, tidak ada nyeri tekan berlebih pada area tusukan infus kekuatan otot baik.

Klien 2

Ekstremitas atas dan bawah bersih kuku bersih, tidak sianosis, kulit sawo matang, tidak ada edema, CRT ≤ 2 detik, terpasang infus pada tangan kanan, tidak ada infeksi pada daerah pemasangan infus, tidak ada nyeri tekan berlebih pada area tusukan infus kekuatan otot.

11) Kulit

Klien 1

Kulit bersih, warna sawo matang, kulit lembab, turgor kulit baik, tidak ada edema, terdapat luka vertikal pada perut, luka tampak bersih, luka masih basah, ukuran luka kurang lebih 10 cm, tidak ada tanda-tanda infeksi.

Klien 2

Kulit bersih, warna kulit sawo matang, kulit kering, turgor kulit baik, tidak ada edema, terdapat luka vertikal pada perut, luka tanpa rembes, luka masih basah, ukuran luka kurang lebih 10 cm, klien mengatakan terasa gatal di sekitar luka.

k. Data Penunjang

Klien 1

1) Pemeriksaan Radiologi

Tanggal hasil : 07/01/2025

Pemeriksaan 1 : USG Abdomen

Hasil Pemeriksaan :

Hepar : Ukuran tak membesar, struktur parenkim homogen, densitas normal

Dinding regular, tak tampak kista/nodul

Vena hepatica tak melebar dan vena porta tak melebar,

Ductus biliar Intra dan ekstra tak melebar

GB : Tak tampak batu

Lien : Tak membesar

Para aorta tak tampak pembesaran kelenjar para aorta,

Ren dx : Ukuran normal, PCS tak melebar, Batu (-), kista (-),
parenkim korteks tak meningkat, ureter dx tak melebar

Ren sn : Ukuran normal, PCS tak melebar, Batu (-), kista (-),
korteks tak meningkat, ureter sn tak melebar

Vu : Tak tampak batu, dinding regular, tak menebal,

Tak tampak cairan bebas intra abdomen

Tampak massa kistik bersepta menempel uterus ukuran 993×7,86 cm
di cavum pelvis

K E S A N :

Massa kistik bersepta menempel uterus ukuran 993×7,86 cm di cavum
pelvis

-Massa ovarium

2) Pemeriksaan Radiologi

Tanggal hasil : 09/02/2025

Pemeriksaan 2 : THORAX (Dewasa) (Non Kontras)

Hasil Pemeriksaan :

Ts. Yth

RADIOGRAFI TORAKS PA

Cor : Bentuk dan letak normal

Pulmo : Corakan vaskuler tak meningkat

Tak tampak gambaran infiltrate

Diaphragma dan sinus kostofrenikus tak tampak kelainan

K E S A N :

Cor tak membesar

Pulmo tak tampak kelainan

3) Pemeriksaan Laboratorium Klinik

Tanggal hasil : 09/02/2025

Tabel 4.1 Hasil Pemeriksaan Laboratorium Klien I

Pemeriksaan	Hasil	Flag	Nilai Rujukan	Satuan	Keterangan
HEMATOLOGI					
Hemoglobin	11.8	N	11.7-15.5	g/dL	
Hematokrit	35.4	N	33.0-45.0	%	
Leukosit	6.09	N	4.50-13.00	ribu/ μ L	
Trombosit	315	N	154-386	ribu/ μ L	
PT	10.6	N	9.3-11.4	detik	
PT (Kontrol)	11.2	N	9.3-12.7	detik	
APTT	25.8	N	21.8-28.4	detik	
APTT (Kontrol)	28.0	N	21.0-28.4	detik	
KIMIA KLINIK					
Glukosa Darah Sewaktu	103	N	<200	mg/dL	
Ureum	21	N	10-50	mg/dL	
Creatinin	0.84	N	0.60-1.10	mg/dL	
Natrium (Na)	138.0	N	135-147	mmol/L	
Kalium (K)	3.90	N	3.5-5.0	mmol/L	
Klorida (Cl)	99.0	N	95-105	mmol/L	
IMUNOLOGI					
HBsAg (Kuantitatif)	>250	H	Non reaktif <0.05 Reaktif $\geq$ 0.05 METODE CLIA	IU/mL	

Tanggal hasil : 09/02/2025

Tabel 4.2 Hasil Pemeriksaan Laboratorium Klien I

Pemeriksaan	Hasil	Flag	Nilai Rujukan	Satuan	Keterangan
KIMIA KLINIK					
SGOT (AST)	18	N	0-35	U/L	
SGPT (ALT)	23	N	0-35	U/L	

Tanggal hasil : 12/02/2025

Tabel 4.3 Hasil Pemeriksaan Laboratorium Klien I

Pemeriksaan	Hasil	Flag	Nilai Rujukan	Satuan	Keterangan
HEMATOLOGI					
Hemoglobin	11.6	L	11.7-15.5	g/dL	
Hematokrit	34.7	N	33.0-45.0	%	
Leukosit	11.94	N	4.50-13.00	ribu/ μ L	
Trombosit	288	N	154-386	ribu/ μ L	

4) Pemeriksaan Laboratorium Patologi Anatomi

Pemeriksaan 1

Tanggal hasil : 11/02/2025

Hasil Pemeriksaan :

Lokasi : Ovarium dextra

Cara pengambilan : Operasi (Frozen Sectio)

1. Frozen Sectio

Makroskopis : Sediaan ukuran 9×6×5 cm, multilobular
denga isi cairan kuning jernih serous, dinding dalam halus

Mikroskopis :

Frozen Sectio : Jinak

Sisa FS Menunjukkan :

Jaringan dinding kista dilapisi epitel kulumer selapis inti bulat,
oval berkroamtin halus, disertai area perdarahan, bersebukan

limfosit dan histiosit serta hemosiderofag.

Tak tampak tanda ganas

Kesimpulan : Kista Endometriosis

2. Histologi Jaringan Sedang

Makroskopis : Sediaan ukuran 9×6×5 cm, multilobular dengan isi cairan kuning jernih serous, dinding dalam halus.

Mikroskopis :

Frozen Section : Jinak

Sisa FS Menunjukkan :

Jaringan dinding kista dilapisi epitel kolumer selapis inti bulat, oval berkromatin halus, disertai area perdarahan, bersebaran limfosit dan histiosit serta hemosiderofag

Tak tampak tanda ganas

Kesimpulan : Kista Endometriosis

Klien 2

1) Pemeriksaan Radiologi

Tanggal hasil : 10/02/2025

Pemeriksaan 1 : THORAX (Dewasa) (Non Kontras)

Hasil Pemeriksaan :

Ts. Yth

RADIOGRAFI TORAKS

Cor : Bentuk dan letak jantung normal

Pulmo : Corakan bronchovaskuler tampak normal

Tak tampak bercak maupun nodul pada kedua lapangan paru

Diagfragma dan sinus costophrenicus kanan kiri baik

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

K E S A N :

Cor tak membesar

Pulmo tak tampak infiltrate

Tak tampak gambaran metastasis pada pulmo dan tulang yang terlihat

2) Pemeriksaan Laboratorium Klinik

Tanggal hasil : 10/02/2025

Tabel 4.4 Hasil Pemeriksaan Laboratorium Klien II

Pemeriksaan	Hasil	Flag	Nilai Rujukan	Satuan	Keterangan
HEMATOLOGI					
Hemoglobin	11.5	L	11.7-15.5	g/Dl	
Hematokrit	35.8	N	33.0-45.0	%	
Leukosit	4.90	N	3.60-11.00	ribu/ μ L	
Trombosit	310	N	150-440	ribu/ μ L	
PT	10.4	N	9.3-11.4	detik	
PT (Kontrol)	10.5	N	9.3-12.7	detik	
APTT	25.1	N	21.8-28.4	detik	
APTT (Kontrol)	26.6	N	21.0-28.4	detik	
KIMIA KLINIK					
Glukosa Darah Sewaktu	94	N	<200	mg/Dl	
Ureum	13	N	10-50	mg/Dl	
Creatinin	0.78	N	0.60-1.10	mg/Dl	
SGOT (AST)	15	N	0-35	U/L	
SGPT (ALT)	4	N	0-35	U/L	
Natrium (Na)	139.0	N	135-147	mmol/L	
Kalium (K)	3.30	L	3.5-5.0	mmol/L	
Klorida (Cl)	97.0	N	95-105	mmol/L	
IMUNOLOGI					
HBsAg (Kuantitatif)	>250	H	Non reaktif <0.05 Reaktif $\geq$ 0.05 METODE CLIA	IU/mL	

Tanggal hasil : 13/02/2025

Tabel 4.5 Hasil Pemeriksaan Laboratorium Klien II

Pemeriksaan	Hasil	Flag	Nilai Rujukan	Satuan	Keterangan
HEMATOLOGI					
Hemoglobin	8.1	L	11.7-15.5	g/Dl	
Hematokrit	24.9	L	33.0-45.0	%	
Leukosit	7.25	N	3.60-11.00	ribu/ μ L	
Trombosit	279	N	150-440	ribu/ μ L	

Tanggal hasil : 14/02/2025

Tabel 4.6 Hasil Pemeriksaan Laboratorium Klien II

Pemeriksaan	Hasil	Flag	Nilai Rujukan	Satuan	Keterangan
HEMATOLOGI					
Hemoglobin	7.9	L	11.7-15.5	g/Dl	
Hematokrit	23.1	L	33.0-45.0	%	
Leukosit	3.76	N	3.60-11.00	ribu/ μ L	
Trombosit	197	N	150-440	ribu/ μ L	

l. Diit yang diperoleh

Klien 1

Diit lunak, nasi tim

Klien 2

Bubur sumsum

m. Terapi medis

Klien 1

- 1) UDCA : 2×1
- 2) Curcuma : 2×1
- 3) Ceftriaxone 2gr : 1×1
- 4) Dexketoprofen : 2×1
- 5) Ranitidin 50mg : 2×1
- 6) Ondancetron 4mg:1×1

- 7) Metoclopramid : 2×1
- 8) Paracetamol Tab : 3×1
- 9) Infus RL : 20 Tpm/500ml

Klien 2

- 1) KSR : 3×1
- 2) Curcuma : 3×1
- 3) Flex Enema : 1×1
- 4) Cefozo : 1×1
- 5) Ranitidin 50mg : 2×1
- 6) Ceftriaxon : 1×1
- 7) Ondancetron 4mg : 2×1
- 8) Paracetamol Tab : 3×1 gr
- 9) Codein : 3×1
- 10) Infus RL : 20 Tpm/500ml

3. Analisa Data

Klien 1

Pada tanggal 11 Februari 2025 pukul 07.30 didapatkan data subjektif yang pertama yaitu klien mengeluh nyeri pada perut bekas operasi. pengkajian P : terasa nyeri saat bergerak Q : nyeri berdenyut R : bagian perut, luka post operasi, tidak ada penyebaran S : skala nyeri 5 T : saat bergerak, hilang timbul. sedangkan data objektif terlihat klien tampak meringis menahan nyeri klien tampak protektif pada luka post operasi nya untuk menghindari nyeri klien tampak gelisah mata klien tampak sayu. TD

: 112/72 N : 82×/menit S : 36.6°C RR : 20×/menit. penulis menegakkan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Data kedua didapatkan dari data subjektif klien mengeluh nyeri klien mengatakan takut bergerak karena terasa nyeri klien mengatakan takut saat bergerak. sedangkan data objektif didapatkan gerakan fisik klien tampak terbatas fisik klien tampak lemah TD : 112/72 N : 82×/menit S : 36.6°C RR : 20×/menit. penulis menegakkan diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

Data ketiga didapatkan data subjektif klien mengatakan kesulitan tidur sejak dirawat klien mengeluh Saat malam tidak bisa tidur klien mengatakan pola tidurnya berubah. sedangkan data objektif klien tampak lemah mata klien tampak sayu. TD : 112/72 N : 82×/menit S : 36.6°C RR : 20×/menit. penulis menegakkan diagnosa gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur

Klien 2

Pada tanggal 12 Februari 2025 pukul 07.30 didapatkan data subjektif yang pertama yaitu klien mengeluh nyeri. pengkajian P : terasa nyeri saat bergerak Q : nyeri tersayat R : bagian perut, luka post operasi, tidak ada penyebaran S : skala nyeri 5 T : saat bergerak, hilang timbul. sedangkan data objektif klien tampak bersikap protektif dan klien tampak gelisah. TD : 120/108 N : 80×/menit S : 36°C RR : 20×/menit. penulis menegakkan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Data kedua didapatkan dari data subjektif klien mengeluh nyeri dan klien mengatakan ragu bergerak karena nyeri. sedangkan data objektif gerakan fisik klien tampak terbatas klien tampak lemah. TD : 120/108 N : 80×/menit S : 36°C RR : 20×/menit. penulis menegakkan diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

Data ketiga didapatkan data subjektif klien mengatakan luka operasinya masih basah dan rembes, klien mengatakan di area luka post operasi terasa gatal. sedangkan data objektif tampak luka klien masih basah, tampak balutan luka rembes kecoklatan, leukosit 4.90 ribu/ μ L TD : 120/108 N : 80×/menit S : 36°C RR : 20×/menit. penulis menegakkan diagnosa resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif

4. Diagnosa Keperawatan

Klien 1

- a. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (D.0077)
- b. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Nyeri (D.0054)
- c. Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan Kurang Kontrol Tidur (D.0055)

Klien 2

- a. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (D.0077)
- b. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Nyeri (D.0054)
- c. Risiko Infeksi berhubungan dengan Efek Prosedur Invasif (D.0142)

5. Intervensi Keperawatan

Klien 1

Pada tanggal 11 Februari 2025 dibuat intervensi keperawatan berdasarkan intervensi yang sudah dilakukan diagnosa yang pertama nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. tujuan dan kriteria hasil setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×8 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun meringis menurun sikap protektif menurun gelisah menurun frekuensi nadi membaik. intervensi yang dilakukan pada diagnosa pertama yaitu terapi akupresur. periksa kontraindikasi, periksa tingkat kenyamanan psikologis dengan sentuhan, periksa tempat sensitif untuk dilakukan penekanan dengan jari, identifikasi hasil yang ingin dicapai, tentukan titik akupresur sesuai dengan hasil yang di ingin dicapai, perhatikan isyarat verbal dan nonverbal untuk menentukan lokasi yang diinginkan, rangsang titik akupresur dengan jari atau ibu jari dengan kekuatan yang memandai, anjurkan untuk rileks, kolaborasi dengan terapia yang tersertifikasi, jika perlu.

Diagnosa kedua dibuat intervensi keperawatan berdasarkan intervensi yang sudah dilakukan. gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri. tujuan dan kriteria hasil setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil pergerakan ekstremitas meningkat nyeri menurun cemas menurun gerakan terbatas menurun kelemahan fisik menurun.

intervensi yang dilakukan pada diagnosa kedua yaitu identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lain identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi anjurkan melakukan mobilisasi dini.

Diagnosa ketiga dibuat intervensi keperawatan berdasarkan intervensi yang sudah dilakukan. gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur tujuan dan kriteria hasil setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil keluhan sulit tidak menurun keluhan sering terjaga menurun keluhan tidak puas tidur menurun keluhan pola tidur berubah menurun keluhan istirahat tidak cukup menurun. intervensi yang dilakukan pada diagnosa ketiga yaitu identifikasi pola aktivitas dan tidur identifikasi faktor penghambat tidur modifikasi lingkungan. Jelaskan pentingnya tidur cukup sama sakit.

Klien 2

Pada tanggal 11 Februari 2025 dibuat intervensi keperawatan berdasarkan intervensi yang sudah dilakukan diagnosa yang pertama nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. tujuan dan kriteria hasil setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun meringis menurun sikap protektif menurun gelisah menurun frekuensi nadi membaik. intervensi yang dilakukan pada diagnosa pertama yaitu terapi akupresur. periksa kontraindikasi, periksa tingkat kenyamanan psikologis

dengan sentuhan, periksa tempat sensitif untuk dilakukan penekanan dengan jari, identifikasi hasil yang ingin dicapai, tentukan titik akupresur sesuai dengan hasil yang di ingin dicapai, perhatikan isyarat verbal dan nonverbal untuk menentukan lokasi yang diinginkan, rangsang titik akupresur dengan jari atau ibu jari dengan kekuatan yang memandai, anjurkan untuk rileks, kolaborasi dengan terapia yang tersertifikasi, jika perlu.

Diagnosa kedua dibuat intervensi keperawatan berdasarkan intervensi yang sudah dilakukan. gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri. tujuan dan kriteria hasil setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×8 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil pergerakan ekstremitas meningkat nyeri menurun cemas menurun gerakan terbatas menurun kelemahan fisik menurun. intervensi yang dilakukan pada diagnosa kedua yaitu identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lain identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi anjurkan melakukan mobilisasi dini.

Diagnosa ketiga dibuat intervensi keperawatan berdasarkan intervensi yang sudah dilakukan. resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif tujuan dan kriteria hasil setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×8 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil kebersihan tangan meningkat kebersihan badan meningkat nyeri menurun. intervensi yang dilakukan pada diagnosa ketiga yaitu

monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara mencuci tangan dengan benar, kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu.

6. Implementasi Keperawatan

Klien 1

Pada hari pertama 11 Februari 2025 penulis melakukan implementasi untuk diagnosa yang pertama yaitu Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Implementasi 1. Memeriksa kontraindikasi untuk dilakukan terapi akupresur didapatkan data subjektif klien mengatakan tidak memiliki penyakit infeksi, sudah sarapan, tidak mengalami pembekuan darah dan tidak sedang hamil. data objektif klien tampak meringis, klien tampak dalam dampak tidak dalam kondisi gawat darurat, emosi klien tampak stabil. Tanda-tanda vital TD : 112/78 N : 80×/menit S : 36.3°C RR : 20×/menit. Implementasi 2. Menentukan titik akupresur titik hegu (LI4) dan titik Sanyinjiao (SP6). Data subjektif klien mengeluh nyeri. Data objektif titik hegu tampak dan terasa di area antara ibu jari dan jari telunjuk di tengah antara tulang metakarpal, Titik sanyinjiao berada di sekitar 4 jari di atas maleolus medial. Implementasi 3. Memeriksa tingkat kenyamanan psikologis dengan sentuhan. Data subjektif klien mengatakan merasa cukup nyaman dengan sentuhannya. Data objektif klien tampak merasa nyaman. Implementasi 4. Memeriksa tempat sensitif untuk dilakukan penekanan dengan jari. Data subjektif klien mengatakan tidak

ada masalah untuk dilakukan penekanan dengan jari. Data objektif tak tampak ekspresi kesakitan atau kurang nyaman ketika melakukan pemeriksaan. Implementasi 5. Memperhatikan isyarat verbal dan nonverbal untuk menentukan lokasi yang diinginkan. Data subjektif klien mengatakan merasakan nyaman pada titik yang ditentukan. Data objektif klien tampak merasa nyaman. Implementasi 6. Menganjurkan klien untuk rileks. Data subjektif klien mengatakan paham. Data objektif klien tampak mulai rileks mengikuti anjuran. Implementasi 7. Merangsang titik hegu dan titik sanyijiau dengan ibu jari dengan kekuatan yang memadai. Data subjektif klien mengatakan tekanannya pas dan nyaman. Data objektif klien tampak rileks dan tak tampak ekspresi meringis pada klien.

Diagnosa kedua yaitu Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan nyeri. Implementasi 1. Mengidentifikasi adanya nyeri. Data subjektif klien mengeluh nyeri. P = nyeri ketika bergerak, Q = nyeri berdenyut, hilang timbul, R = perut luka post operasi, S = skala nyeri 5, T = saat malam hari dan ketika klien mencoba bergerak, hilang timbul. Data objektif klien tampak lemah dan klien tampak ekspresi mringis. Tanda-tanda vital TD : 112/78 N : 80×/menit S : 36.3°C RR : 20×/menit. Implementasi 2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan. Data subjektif klien mengatakan cemas untuk bergerak. Data objektif klien tanpa membatasi pergerakan fisik. Implementasi 3. Memfasilitasi mobilisasi dengan alat bantu menaikkan pagar tempat tidur. Data subjektif klien mengatakan bersedia untuk difasilitasi mobilisasi. Data objektif klien

tampak mencoba miring kanan kiri dengan bantuan pagar tempat tidur. Implementasi 4. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi. Data subjektif klien mengatakan mengerti. Data objektif klien tampak paham setelah dijelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi. Implementasi 5. Mengajarkan untuk melakukan mobilisasi Dini miring kanan kiri dan latihan setengah duduk. Data subjektif klien mengatakan paham. Data objektif klien tampak paham dan mencoba miring kanan kiri secara mandiri.

Implementasi diagnosa ketiga yaitu Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur. Implementasi 1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur. Data subjektif lain mengatakan saat malam kesulitan tidur. Data objektif mata klien tampak Sayu dan klien tampak lemah. Implementasi 2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur. Data subjektif klien mengatakan saat malam terbangun saat perawat memberikan obat dan luka operasinya terasa nyeri. Data objektif klien tampak lesu. Implementasi 3. Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit. Data subjektif klien mengatakan mengerti. Data objektif klien tampak paham setelah dijelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit. Implementasi 4. Memodifikasi lingkungan menutup tirai meninggikan pagar tempat tidur, menata selimut dan memposisikan bantal dengan nyaman. Data subjektif klien mengatakan nyaman dengan lingkungan kamarnya, klien mengatakan ingin mencoba tidur siang. Data objektif klien tampak nyaman dengan posisi ruangan yang sudah modifikasi.

Pada hari kedua Rabu 12 Februari 2025 penulis melakukan intervensi untuk diagnosa Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri. Implementasi 1. Mengidentifikasi adanya nyeri. Data subjektif P = nyeri ketika bergerak, Q = berdenyut, hilang timbul, R = perut luka post operasi, S skala nyeri 4, T = saat malam hari dan ketika mencoba bergerak, hilang timbul. Data objektif klien tampak bersikap protektif dan lemah. Tanda-tanda vital TD : 117/82 N : 78 ×/menit S : 36.°C RR : 20×/menit. Implementasi 2. Memfasilitasi mobilisasi dengan alat bantu dengan menaikkan pagar tempat tidur. Data subjektif klien mengatakan terbantu dengan pagar tempat tidur untuk belajar miring-miring. Data objektif klien tampak sudah bisa miring kanan kiri dan posisi setengah duduk.

Implementasi diagnosa Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Implementasi 1. Menentukan titik akupresur titik hegu dan titik Sanyijiao. Data subjektif klien mengatakan merasa tekanan yang pas pada titik tersebut. Data objektif titik hegu tampak pada area di antara ibu jari dan jari telunjuk dan titik Sanyijiao berada di sekitar 4 jari di atas maleolus medial. Implementasi 2. Memeriksa tingkat kenyamanan psikologis dengan sentuhan. Data subjektif klien mengatakan merasa nyaman. Data objektif klien tampak rileks dan nyaman. Implementasi 3. Memeriksa tempat sensitif untuk dilakukan penekanan dengan jari. Data subjektif klien mengatakan merasa nyaman dan tidak masalah untuk dilakukan penekanan. Data objektif tak tampak rasa kurang nyaman dari klien. Implementasi 4. Memperhatikan isyarat verbal dan nonverbal untuk

menentukan lokasi yang diinginkan. Data subjektif klien mengatakan merasa nyaman. Data objektif klien tampak rileks. Implementasi 5. Mengidentifikasi hasil yang ingin dicapai. Data subjektif klien mengatakan ingin rileks dan mengurangi rasa nyeri post operasi. Data objektif klien tampak kooperatif. Implementasi 6. Merangsang titik hegu dan titik sanyijiao dengan ibu jari dengan kekuatan yang memandai. Data subjektif klien mengatakan nyaman dengan penekanannya. Data objektif klien tampak rileks dan kooperatif

Implementasi diagnosa Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur. Implementasi 1. Mengidentifikasi pola latihan dan tidur. Data subjektif klien mengatakan semalam sudah bisa tidur nyenyak karena tempat tidurnya sudah dimodifikasi. Data objektif mata klien sudah tidak tanpa sayu.

Pada hari ketiga Kamis, 13 Februari 2025 penulis melakukan intervensi untuk diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri. Implementasi 1. Mengidentifikasi adanya nyeri. Data subjektif P = nyeri ketika bergerak, Q = nyeri berdenyut hilang timbul, R = perut, luka post operasi, S = skala nyeri 3, T = saat beraktivitas. Data objektif klien tampak sudah dapat melakukan pergerakan dan tak tampak ekspresi mringis. Tanda-tanda vital TD : 115/75 N : 72 x/menit S : 36.°C RR : 20x/menit. Implementasi 2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan. Data subjektif klien mengatakan sudah bisa duduk di samping tempat tidur. Data objektif klien dapat melakukan pergerakan secara

mandiri.

Implementasi diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Implementasi 1. Menentukan titik akupresur titik hegu dan titik-titik Sanyijiao. Data subjektif klien mengatakan sudah nyaman dan sudah pas pada titik tersebut. Data objektif titik Hegu tampak pada area di antara ibu jari dan jari telunjuk dan titik Sanyijiao berada di sekitar 4 jari di atas maleolus medial. Implementasi 2. Memeriksa tingkat kenyamanan psikologis dengan sentuhan. Data subjektif klien mengatakan merasa nyaman dengan sentuhannya. Data objektif klien tanpa rileks. Implementasi 3. Memeriksa tempat sensitif untuk dilakukan penekanan dengan jari. Data subjektif klien mengatakan tidak ada masalah untuk dilakukan penekanan. Data objektif klien tampak kooperatif. Implementasi 4. Mengidentifikasi hasil yang diinginkan. Data subjektif klien mengatakan ingin mengurangi rasa nyerinya dan merasa rileks. Data objektif klien tampak tenang dan rileks. Implementasi 5. Memperhatikan isyarat verbal dan nonverbal untuk menentukan lokasi yang diinginkan. Data subjektif klien mengatakan merasa nyaman dan nyeri nya berkurang. Data objektif klien tampak nyaman dan tidak ada ekspresi mringis. Implementasi 6. Merangsang titik hegu dan titik sanyijiao dengan ibu jari dengan kekuatan yang memandai. Data subjektif klien mengatakan nyaman dan tekanannya pas. Data objektif klien tampak kooperatif.

Implementasi diagnosa Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur. Implementasi 1. Mengidentifikasi pola latihan dan

tidur. Data subjektif klien mengatakan semalam tidurnya sudah mulai nyenyak. Data objektif klien tampak bugar dan tak tampak sayu.

Klien 2

Pada hari pertama 12 Februari 2025 penulis melakukan implementasi untuk diagnosa yang pertama yaitu Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Implementasi 1. Memeriksa kontra indikasi. Data subjektif klien mengatakan tidak sedang hamil dan tidak ada penyakit infeksi. Data objektif klien tampak tidak dalam kondisi gawat darurat. Tanda vital TD : 120/85 N : 82×/menit S : 36°C RR : 20×/menit. Implementasi 2. Menentukan titik hegu dan titik sanyijiao. Data subjektif klien mengatakan nyaman. Data objektif titik hegu tampak di antara ibu jari dan jari telunjuk dan titik sanyijiao tampak di 4 jari di atas maleolus medial. Implementasi 3. Mengidentifikasi hasil yang ingin dicapai. Data subjektif klien mengatakan berharap nyeri pasca operasi bisa sedikit berkurang. Data objektif klien tampak meringis. Implementasi 4. Memeriksa tingkat kenyamanan psikologis dengan sentuhan. Data subjektif klien mengatakan cukup nyaman. Data objektif klien tampak tenang. Implementasi 5. Memeriksa tempat sensitif untuk dilakukan penekanan dengan jari. Data subjektif klien mengatakan tidak ada masalah untuk dilakukan dengan penekanan. Data objektif klien tampak nyaman. Implementasi 6. Memperhatikan isyarat verbal dan nonverbal untuk menentukan lokasi yang diinginkan. Data subjektif klien mengatakan nyaman pada titik yang ditentukan. Data objektif klien tampak tenang.

Implementasi 7. Menganjurkan untuk rileks. Data subjektif klien mengatakan mengerti. Data objektif klien tampak mencoba rileks.

Implementasi 8. Merangsang titik hegu dan titik sanyijiao dengan ibu jari dengan kekuatan yang memandai. Data subjektif klien mengatakan tekanannya sudah pas. Data objektif klien tampak kooperatif.

Implementasi kedua dengan diagnosa Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri. Implementasi 1. Mengidentifikasi adanya nyeri. Data subjektif klien mengeluh nyeri, P = saat beraktivitas, Q = nyeri tersayat, R = perut luka post operasi, S = skala nyeri 5, T = hilang timbul. Data objektif klien tampak lemah. Tanda vital TD : 120/85 N : 82×/menit S : 36°C RR : 20×/menit. Implementasi 2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan. Data subjektif klien mengatakan cemas untuk bergerak. Data objektif pasien tampak membatasi pergerakan fisik.

Implementasi 3. Memfasilitasi mobilisasi dengan alat bantu, menaikkan pagar tempat tidur. Data subjektif klien mengatakan bersedia difasilitasi mobilisasi. Data objektif klien tampak mencoba miring kanan kiri dengan bantuan pagar tempat tidur. Implementasi 4. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi. Data subjektif klien mengatakan mengerti. Data objektif klien tampak paham dan mengerti. Implementasi 5. Menganjurkan untuk melakukan mobilisasi dini. Data subjektif klien mengatakan paham. Data objektif klien tampak paham dan mencoba mobilisasi secara mandiri.

Implementasi ketiga diagnosa keperawatan Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif. Implementasi 1. Monitor tanda

dan gejala infeksi. Data subjektif klien mengatakan luka post operasi nya masih basah dan rembes. Data objektif luka tampak dibalut dan rembes darah sedikit. Tanda vital TD : 120/85 N : 82×/menit S : 36°C RR : 20×/menit. Implementasi 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien. Data objektif mencuci tangan 6 langkah. Implementasi 3. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi. Data subjektif klien mengatakan paham. Data objektif klien tampak menerima informasi dengan baik. Implementasi 4. Mengajarkan cara cuci tangan dengan benar. Data subjektif klien mengatakan bersedia diajarkan cuci tangan dengan benar. Data objektif klien tampak dapat melakukan cuci tangan dengan benar.

Pada hari kedua 13 Februari 2025 penulis melakukan implementasi untuk diagnosa yang pertama yaitu Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Implementasi 1. Menentukan titik hegu dan titik sanyijiao. Data subjektif klien mengatakan nyaman. Data objektif titik hegu tampak di antara ibu jari dan jari telunjuk dan titik sanyijiao tampak di 4 jari di atas maleolus medial. Tanda vital TD : 118/78 N : 72×/menit S : 36.3°C RR : 20×/menit Implementasi 2. Memeriksa tingkat kenyamanan psikologis dengan sentuhan. Data subjektif klien mengatakan cukup nyaman. Data objektif klien tanpa rileks. Implementasi 3. Memeriksa tempat sensitif untuk dilakukan penekanan dengan jari. Data subjektif klien mengatakan tidak ada masalah untuk dilakukan penekanan. Data objektif klien tampak nyaman. Implementasi 4. Memperhatikan isyarat verbal dan nonverbal. Data subjektif lain mengatakan nyaman pada titik

yang ditentukan. Data objektif klien tampak rileks dan kooperatif. Implementasi 5. Merangsang titik hegu dan titik sanyijiao dengan ibu jari dengan kekuatan yang memadai. Data subjektif klien mengatakan tekanannya pas. Data objektif klien tampak kooperatif.

Implementasi kedua diagnosa keperawatan Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri implementasi 1. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan. Data subjektif klien mengatakan sudah bisa miring-miring secara mandiri. Data objektif klien tampak belajar miring kanan dan kiri. Tanda vital TD : 118/78 N : 72×/menit S : 36.3°C RR : 20×/menit Implementasi 2. Memfasilitasi mobilisasi dengan menaikkan pagar tempat tidur. Data subjektif klien mengatakan terbantu dengan adanya pagar tempat tidur. Data objektif klien nampak mencoba mobilisasi secara mandiri.

Implementasi ketiga diagnosa Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif. Implementasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi. Data subjektif klien mengatakan luka post operasi nya sudah tidak rembes. Data objektif luka post operasi tampak baik. Tanda vital TD : 118/78 N : 72×/menit S : 36.3°C RR : 20×/menit. Implementasi 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien. Data objektif tampak mencuci tangan 6 langkah.

Pada hari ketiga 14 Februari 2025 penulis melakukan implementasi pada diagnosa pertama yaitu Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera. Implementasi 1. Menentukan titik hegu dan titik sanyijiao.

Data subjektif klien mengatakan nyaman. Data objektif titik hegu berada di antara ibu jari dan jari telunjuk dan titik sanyijiao tampak 4 jari di atas maleolus medial. Tanda vital TD : 120/75 N : 82×/menit S : 36°C RR : 20×/menit. Implementasi 2. Memeriksa tingkat kenyamanan psikologis dengan sentuhan. Data subjektif klien mengatakan nyaman. Data objektif klien tampak rileks. Implementasi 3. Memeriksa tempat sensitif untuk dilakukan penekanan dengan jari. Data subjektif klien mengatakan tidak ada masalah untuk dilakukan penekanan. Data objektif klien tampak nyaman. Implementasi 4. Memperhatikan isyarat verbal dan nonverbal. Data subjektif klien mengatakan nyaman pada titik yang ditentukan. Data objektif klien tampak rileks. Implementasi 5. Merangsang titik hegu dan titik sanyijiao dengan ibu jari dengan kekuatan yang memandai. Data subjektif klien mengatakan tekanannya pas. Data objektif klien tampak kooperatif.

Implementasi kedua diagnosa keperawatan Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri. Implementasi 1. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan aktivitas. Data subjektif lain mengatakan sudah bisa miring kanan kiri dan duduk secara mandiri. Data objektif klien tampak bisa duduk dan pergerakannya tidak terbatas. Tanda vital TD : 120/75 N : 82×/menit S : 36°C RR : 20×/menit.

Implementasi ketiga diagnosa Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif. Implementasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi. Data subjektif klien mengatakan lukanya masih basah, sudah tidak rembes

dan tidak terasa gatal. Data objektif luka post operasi tampak baik, tak tampak rembes pada luka. Tanda vital TD : 120/75 N : 82×/menit S : 36°C RR : 20×/menit.

7. Evaluasi Keperawatan

Klien 1

Pada tanggal 11 Februari 2025 pukul 13.45 hasil evaluasi diagnosa keperawatan Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. S : klien mengeluh nyeri, klien mengatakan nyerinya sedikit berkurang setelah melakukan akupresur P = saat bergerak, Q = nyeri berdenyut, R = perut luka post operasi, S = skala nyeri 4, T = hilang timbul. O : tampak ekspresi meringis dan gelisah pada pasien, tanda vital TD : 112/78 N : 80×/menit S : 36.3°C RR : 20×/menit. A : masalah belum teratasi.. P : lanjutkan intervensi. Periksa tingkat kenyamanan psikologis dengan sentuhan, periksa tempat sensitif untuk dilakukan penekanan dengan jari, tentukan titik akupresur, perhatikan isyarat verbal dan nonverbal, rangsang titik akupresur dengan ibu jari dengan kekuatan yang memandai.

Pada tanggal 11 Februari 2025 pukul 13.52 hasil evaluasi diagnosa keperawatan Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri. S = klien mengeluh nyeri, klien mengatakan takut bergerak karena nyeri, O = klien tampak bersikap protektif klien tampak cemas dan membatasi pergerakan. Tanda vital TD : 112/78 N : 80×/menit S : 36.3°C RR : 20×/menit. A = masalah belum teratasi, P = lanjutkan intervensi, identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, fasilitasi aktivitas

mobilisasi dengan alat bantu.

Pada tanggal 11 Februari 2025 pukul 14.00 gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur. S = pasien mengeluh sulit tidur pada saat malam hari, klien mengatakan kurang tidur tidak puas waktu tidurnya, O = klien tampak lemah lesu, mata klien tampak sayu, Tanda vital TD : 112/78 N : 80×/menit S : 36.3°C RR : 20×/menit, A = masalah belum teratasi, P = lanjutkan intervensi, identifikasi pola aktivitas dan tidur.

Pada tanggal 12 Februari 2025 pukul 13.45 hasil evaluasi diagnosa keperawatan Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. S : klien mengatakan nyerinya sudah berkurang setelah terapi akupresur P = saat beraktivitas, Q = nyeri berdenyut, R = perut luka post operasi, S = skala nyeri 3, T = hilang timbul. O : tampak tak ada ekspresi meringis, sikap protektif pada klien menurun, tanda vital TD : 117/82 N : 78×/menit S : 36.°C RR : 20×/menit. A : masalah teratasi sebagian.. P : lanjutkan intervensi. Periksa tingkat kenyamanan psikologis dengan sentuhan, periksa tempat sensitif untuk dilakukan penekanan dengan jari, tentukan titik akupresur, perhatikan isyarat verbal dan nonverbal, rangsang titik akupresur dengan ibu jari dengan kekuatan yang memandai.

Pada tanggal 12 Februari 2025 pukul 13.52 hasil evaluasi diagnosa keperawatan Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri. S = klien mengatakan sudah bisa miring kanan kiri dan posisi setengah duduk, O = klien tampak dapat miring kanan kiri dan duduk tanpa dibantu

oranglain, tanda vital TD : 117/82 N : 78×/menit S : 36.°C RR : 20×/menit. A = masalah teratasi sebagian, P = lanjutkan intervensi, identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu.

Pada tanggal 12 Februari 2025 pukul 14.00 gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur. S = klien mengatakan semalam sudah bisa tidur nyenyak, O = mata klien tak tampak sayu, klien tampak lebih bugar, tanda vital TD : 117/82 N : 78×/menit S : 36.°C RR : 20×/menit, A = masalah teratasi sebagian, P = lanjutkan intervensi, identifikasi pola aktivitas dan tidur.

Pada tanggal 13 Februari 2025 pukul 13.45 hasil evaluasi diagnosa keperawatan Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. S : klien mengatakan sudah tidak begitu merasakan nyeri, P = saat beraktivitas, Q = nyeri berdenyut, R = perut luka post operasi, S = skala nyeri 2, T = hilang timbul. O : tak tampak ekspresi meringis, tanda vital TD : 115/75 N : 72×/menit S : 36°C RR : 20×/menit. A : masalah teratasi.. P : hentikan intervensi.

Pada tanggal 13 Februari 2025 pukul 13.52 hasil evaluasi diagnosa keperawatan Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri. S = klien mengeluh nyeri, klien mengatakan takut bergerak karena nyeri, O = klien tampak bersikap protektif klien tampak cemas dan membatasi pergerakan. tanda vital TD : 115/75 N : 72×/menit S : 36°C RR : 20×/menit. A = masalah teratasi, P = lanjutkan intervensi.

Pada tanggal 13 Februari 2025 pukul 14.00 gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur. S = pasien mengeluh sulit tidur pada saat malam hari, klien mengatakan kurang tidur tidak puas waktu tidurnya, O = klien tampak lemah lesu, mata klien tampak sayu, tanda vital TD : 115/75 N : 72×/menit S : 36°C RR : 20×/menit, A = masalah teratasi, P = lanjutkan intervensi.

Klien 2

Pada tanggal 12 Februari 2025 pukul 13.30 hasil evaluasi diagnosa keperawatan Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. S : klien mengeluh nyeri, klien mengatakan nyerinya masih sama setelah setelah terapi akupresur, P = saat beraktivitas, Q = nyeri tersayat, R = perut luka post operasi, S = skala nyeri 5, T = hilang timbul. O : tampak ekspresi meringis, klien tampak gelisah, tanda vital TD : 120/85 N : 82×/menit S : 36°C RR : 20×/menit. A : masalah belum teratasi. P : lanjutkan intervensi. Periksa tingkat kenyamanan psikologis dengan sentuhan, periksa tempat sensitif untuk dilakukan penekanan dengan jari, tentukan titik akupresur, perhatikan isyarat verbal dan nonverbal, rangsang titik akupresur dengan ibu jari dengan kekuatan yang memandai.

Pada tanggal 12 Februari 2025 pukul 13.45 hasil evaluasi diagnosa keperawatan Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri. S = klien mengeluh nyeri, klien mengatakan membatasi gerakannya karena takut nyeri, O = klien tampak cemas dan bersikap protektif, tanda vital TD: 120/85 N : 82×/menit S : 36.°C RR : 20×/menit. A = masalah belum

teratasi, P = lanjutkan intervensi, identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu.

Pada tanggal 12 Februari 2025 pukul 14.00 Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif. S = klien mengatakan luka post operasinya masih basah dan sekitarnya terasa gatal, O = terdapat balutan pada luka post operasi, tampak ada darah rembes pada balutan, luka tampak masih basah, tanda vital TD : 120/85 N : 82×/menit S : 36.°C RR : 20×/menit, A = masalah belum teratasi, P = lanjutkan intervensi, monitor tanda dan gejala infeksi, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien, dan jelaskan tanda dan gejala infeksi.

Pada tanggal 13 Februari 2025 pukul 13.30 hasil evaluasi diagnosa keperawatan Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. S : klien mengatakan nyerinya masih terasa namun sedikit berkurang setelah terapi akupresur, P = saat beraktivitas, Q = nyeri tersayat, R = perut luka post operasi, S = skala nyeri 4, T = hilang timbul. O : klien tampak bersikap protektif, tanda vital TD : 118/78 N : 72×/menit S : 36.3°C RR : 20×/menit. A : masalah belum teratasi, P : lanjutkan intervensi. Periksa tingkat kenyamanan psikologis dengan sentuhan, periksa tempat sensitif untuk dilakukan penekanan dengan jari, tentukan titik akupresur, perhatikan isyarat verbal dan nonverbal, rangsang titik akupresur dengan ibu jari dengan kekuatan yang memandai.

Pada tanggal 13 Februari 2025 pukul 13.45 hasil evaluasi diagnosa keperawatan Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri. S =

klien mengatakan baru berani untuk mencoba miring kanan dan kiri, O = klien tampak lemah, sikap protektif klien tampak menurun, tanda vital TD : 118/78 N : 72×/menit S : 36.3°C RR : 20×/menit. A = masalah teratasi sebagian, P = lanjutkan intervensi, identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu.

Pada tanggal 13 Februari 2025 pukul 14.00 Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif, S = klien mengatakan luka post operasinya sudah tidak ada rembesan, O = luka tampak baik dan tampak masih basah, tanda vital TD : 118/78 N : 72×/menit S : 36.3°C RR : 20×/menit, A = masalah teratasi sebagian, P = lanjutkan intervensi, monitor tanda dan gejala infeksi, cucitangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien.

Pada tanggal 14 Februari 2025 pukul 13.30 hasil evaluasi diagnosa keperawatan Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. S : klien mengatakan nyerinya sudah lumayan berkurang setelah terapi akupresur, P = saat beraktivitas, Q = nyeri tersayat, R = perut luka post operasi, S = skala nyeri 3, T = hilang timbul. O = klien tampak kooperatif, tampak tak ada ekspresi meringis, tanda vital TD : 120/75, N : 82×/menit S : 36°C RR : 20×/menit. A : masalah teratasi, P : hentikan intervensi.

Pada tanggal 14 Februari 2025 pukul 13.45 hasil evaluasi diagnosa keperawatan Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri. S = klien mengatakan sudah bisa bermobilisasi secara mandiri tanpa dibantu, O = klien tampak sudah bisa bermobilisasi secara mandiri, tanda vital TD :

120/75, N : 82×/menit S : 36°C RR : 20×/menit. A = masalah teratasi, P = hentikan intervensi.

Pada tanggal 14 Februari 2025 pukul 14.00 Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif. S = klien mengatakan luka post operasinya sudah tidak rembes dan tidak terasa gatal. O = luka tampak baik, luka tidak rembes, tidak ada kemerahan dan gatal, tanda vital TD : 120/75, N : 82×/menit S : 36°C RR : 20×/menit, A = masalah teratasi, P = hentikan intervensi.

B. Pembahasan

Kasus yang dibahas oleh penulis akan dibahas dalam Bab IV tentang "Implementasi Terapi Akupresur Titik LI4 dan SP6 Guna Menurunkan Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi Kista Ovarium" yang dikelola selama tiga hari, yang di mulai dengan pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan dilakukan dengan mempertimbangkan kebutuhan pasien. Dalam proses studi keperawatan, pengumpulan data yang meliputi observasi, komunikasi, wawancara, dan pemeriksaan fisik menjadi komponen yang sangat penting (Banjarmasin, 2020).

Menurut Anggit dan Astuti (2020), pengkajian keperawatan adalah proses yang mencakup pengumpulan data secara menyeluruh mengenai kondisi pasien, baik dari aspek fisik, mental, sosial, maupun spiritual. Pada

tahap ini, terdapat tiga kegiatan utama, yaitu pengumpulan data, analisis data, dan penentuan masalah.

Kista ovarium dapat mengalami perubahan menjadi ganas, yang dikenal sebagai kanker. Pada penderita kista ovarium, dapat terjadi lilitan yang menyebabkan berbagai masalah, seperti rasa sakit, perdarahan, infeksi, bahkan dapat mengancam jiwa. Salah satu gejala yang perlu diwaspadai adalah pendarahan dari vagina, yang bisa jadi pertanda adanya kanker ovarium. Beberapa faktor dapat mempengaruhi munculnya kista ovarium, dengan usia sebagai salah satu faktor risiko utama untuk keganasan ovarium. Wanita yang menjalani kehamilan pertama sebelum usia 35 tahun, terutama yang berusia di bawah 25 tahun, memiliki risiko lebih tinggi. Namun, sebagian besar kista ovarium bersifat jinak dan mudah diobati. Risiko kista ovarium berubah menjadi kanker adalah sekitar 1:1000 pada individu di bawah 40 tahun, menandakan bahwa kemungkinan kista ovarium berkembang menjadi kanker sangat kecil. Namun, risiko ini meningkat pada mereka yang berusia di atas 40 tahun, di mana kista dapat berpotensi menjadi ganas atau berubah menjadi kanker ovarium (Kesehatan et al, 2020).

Dalam pengkajian yang dilakukan, penulis menyadari terdapat kekurangan, yaitu tidak mencantumkan informasi mengenai hari pasca operasi Nn. N dan Ny. J. Sebaiknya, penulis mencantumkan hari ke-0 pasca operasi dengan indikasi kista ovarium.

2. Diagnosa, Intervensi, Implementasi, dan Evaluasi

Menurut hasil pengkajian, bahwa ada tiga masalah keperawatan pada setiap klien yang dikelola yang selanjutnya ditegakkan sebagai diagnosa keperawatan. pada klien 1 Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, dan Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur. klien 2 Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, dan Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif.

a. Nyeri Akut Berhubungan Dengan Agen Pencedera Fisik

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), nyeri akut (D. 0077) merupakan suatu pengalaman emosional atau sensorik yang diakibatkan oleh kerusakan jaringan, baik secara fisik maupun fungsional. Nyeri ini bisa muncul dengan cepat atau bertahap, serta bervariasi dalam intensitas, mulai dari ringan hingga berat, dan biasanya berlangsung tidak kurang dari tiga bulan. Namun, nyeri akut dapat mereda setelah tindakan medis tertentu dilakukan. Jika tidak segera ditangani, nyeri ini dapat mengganggu kegiatan sehari-hari klien, yang dapat terlihat dari ekspresi wajah mereka, seperti meringis, gelisah, atau mengerutkan dahi. Durasi nyeri akut ini sangat bergantung pada faktor penyebabnya (Patients et al, 2022).

Kista ovarium dapat berubah ganas atau disebut kanker. Bagi penderita kista ovarium, lilitan dapat menyebabkan rasa sakit,

perdarahan, infeksi, dan bahkan kematian. Salah satu gejala yang mungkin menunjukkan kanker ovarium adalah pendarahan di vagina. Beberapa faktor penyebab timbulnya kista ovarium, seperti usia sebagai faktor utama risiko keganasan ovarium. Wanita yang memiliki kehamilan pertama mereka sebelum usia 35 tahun dan di bawah 25 tahun Kista ovarium biasanya jinak dan dapat diobati dengan mudah. Risiko keganasan kista ovarium pada orang di bawah 40 tahun adalah 1:1000, yang berarti bahwa kista ini sangat jarang berkembang menjadi kista atau kanker ganas. Sebaliknya, risiko lebih tinggi untuk individu berusia di atas empat puluh tahun untuk terkena kista karena kista ini mungkin berkembang menjadi kanker atau kista ganas (Kesehatan et al, 2020).

Penulis mengangkat diagnosa nyeri akut berhubungan dengan penera fisik berdasarkan hasil pengkajian pada kedua klien. Klien 1 mengatakan nyeri pada perut bekas operasi. Pengkajian P : terasa nyeri saat bergerak Q : nyeri berdenyut R : bagian perut, luka post operasi, tidak ada penyebaran S : skala nyeri 5 T : saat bergerak, hilang timbul. sedangkan data objektif terlihat klien tampak meringis menahan nyeri klien tampak protektif pada luka post operasi nya untuk menghindari nyeri klien tampak gelisah mata klien tampak sayu. TD : 112/72 N : 82x/menit S : 36.6°C RR : 20x/menit.. Klien 2 mengeluh nyeri. pengkajian P : terasa nyeri saat bergerak Q : nyeri tersayat R : bagian perut, luka post operasi, tidak ada penyebaran S : skala nyeri 5 T : saat

bergerak, hilang timbul. sedangkan data objektif klien tampak bersikap protektif dan klien tampak gelisah. TD : 120/108 N : 80×/menit S : 36°C RR : 20×/menit.

Penulis menjadikan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik sebagai prioritas utama masalah keperawatan. Tindakan pembedahan dapat menimbulkan nyeri. Beberapa masalah yang muncul pasca pembedahan diantaranya rusaknya integritas kulit, intoleransi aktivitas, perdarahan, dan risiko infeksi. Nyeri disebabkan karena diskontinuitas jaringan akibat kerusakan sel saraf kulit akibat insisi pembedahan. Penulis menilai diagnosa nyeri akut sebagai prioritas utama dalam kasus ini (Anon, 2023).

Penyusunan intervensi yang dilakukan oleh penulis bertujuan untuk mengatasi diagnosa nyeri akut dengan menetapkan kriteria hasil yang jelas. Setelah melaksanakan tindakan keperawatan selama 3×8 jam, diharapkan muncul perbaikan yang terlihat dalam kriteria hasil, seperti penurunan keluhan nyeri, berkurangnya meringis, berkurangnya rasa gelisah, serta perbaikan dalam frekuensi nadi. Pada diagnosa pertama, intervensi dilakukan dengan cara mengidentifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, dan intensitas nyeri, serta menilai skala nyeri sesuai dengan pedoman dari Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2018).

Ada dua metode dalam mengobati nyeri pasca operasi : terapi farmakologi dan nonfarmakologi. Memberikan Implementasi Terapi Akupresur Titik LI4 dan SP6 Guna Menurunkan Intensitas Nyeri Pada

Pasien Post Operasi Kista Ovarium. Berdasarkan beberapa penelitian, akupresur dengan frekuensi tertentu dapat meningkatkan kadar β -endorfin dalam darah, yang berperan sebagai analgesik alami tubuh, sehingga membantu mengurangi nyeri pasca operasi. Akupresur pada titik LI4 dan SP6 terbukti efektif sebagai metode nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri pasca operasi. Metode ini tidak hanya mengurangi intensitas nyeri tetapi juga mempercepat mobilisasi pasien dan meningkatkan kenyamanan pasca operasi. (Santoso, Budi. 2024). Penanganan rasa nyeri pada pasien yang telah menjalani operasi dengan pemberian terapi akupresur sekali setiap hari dalam 2 hari selama 20 menit setelah operasi dapat dijadikan sebagai salah satu tindakan keperawatan non-farmakologis untuk mempercepat penurunan tingkat nyeri dan sebagai terapi komplementer keperawatan. (Sudjarwo, Eddi dan Solikhah, Fitriana Kurniasari., 2023).

Selama pelaksanaan asuhan keperawatan, klien menunjukkan sikap yang sangat kooperatif, sehingga penulis tidak menghadapi kendala berarti. Salah satu langkah implementasi yang dilakukan oleh penulis adalah mengajarkan teknik non-farmakologis, yakni penerapan terapi akupresur pada titik LI4 dan SP6, yang bertujuan untuk mengurangi intensitas nyeri pada pasien pasca operasi kista ovarium. Evaluasi yang didapatkan penulis setelah 3×8 jam, mendapatkan hasil pada klien 1 mengatakan bahwa rasa nyeri telah turun dari skala 5

menjadi skala 2 dan pada klien 2 mengatakan bahwa rasa nyeri telah turun dari skala 5 menjadi skala 3 dengan terus melanjutkan intervensi yang telah direncanakan.

b. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Nyeri

Nyeri adalah respons sensorik yang tidak menyenangkan, dirasakan dengan cara yang unik, dan diekspresikan berbeda oleh setiap individu. Pengalaman nyeri dapat memengaruhi kondisi fisik dan psikologis seseorang (Suastini dan Pawestri, 2021). North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) menjelaskan bahwa imobilisasi, atau gangguan mobilitas fisik, adalah suatu kondisi di mana seseorang mengalami atau berisiko mengalami keterbatasan dalam gerak fisik (Airiska et al., 2020). Gangguan mobilitas fisik, menurut PPNI (2016), didefinisikan sebagai keterbatasan dalam kemampuan untuk menggerakkan fisik, baik pada satu ekstremitas maupun lebih, secara mandiri. Dalam konteks diagnosis keperawatan, gangguan ini dianggap tepat, dan salah satu penyebab utama yang dapat diidentifikasi adalah adanya rasa nyeri yang dialami oleh pasien. Diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri ditegakkan karena pada saat pengkajian dengan kedua klien ditemukan data sebagai berikut : klien 1, data subjektif mengeluh nyeri klien mengatakan takut bergerak karena terasa nyeri klien mengatakan takut saat bergerak. sedangkan data objektif didapatkan gerakan fisik klien tampak terbatas fisik klien tampak lemah TD : 112/72 N :

82×/menit S : 36.6°C RR : 20×/menit. Klien 2, data subjektif klien mengeluh nyeri dan klien mengatakan ragu bergerak karena nyeri. sedangkan data objektif gerakan fisik klien tampak terbatas klien tampak lemah. TD : 120/108 N : 80×/menit S : 36°C RR : 20×/menit. Diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri ditegakkan dalam diagnosa kedua karena pasien setelah operasi sering dihadapkan dengan permasalahan yaitu membatasi pergerakannya karena takut merasakan nyeri, yang mengakibatkan gerak menjadi terbatas. Nyeri pascaoperasi dapat menyebabkan pasien mengalami imobilitas, yang merupakan kontraindikasi dan dapat memengaruhi kondisi keseluruhan pasien. Faktor fisik, emosional, serta psikologis, termasuk karakter, pengalaman masa lalu, dan konteks sosial-kultural, berperan penting dalam memunculkan dan menentukan tingkat keparahan nyeri pasca bedah yang dialami pasien (Rustianawati et al. , 2020).

Pada diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri penulis menetapkan intervensi dalam diagnosa ini yaitu dukungan mobilisasi, Intervensi dukungan mobilisasi yaitu observasi : Identifikasi toleransi fisik melalui pergerakan, monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, Terapeutik : Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu. Edukasi : Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, anjurkan melakukan mobilisasi dini. Mobilisasi dini setelah operasi dapat dilakukan secara bertahap. Pada enam jam pertama,

pasien disarankan untuk beristirahat di tempat tidur. Mobilisasi dini bertujuan untuk meningkatkan aliran darah, mengurangi rasa nyeri, dan mempercepat proses penyembuhan luka. Terapi latihan serta mobilisasi merupakan metode yang efektif untuk mengembalikan fungsi fisik seluruh anggota tubuh, bukan hanya pada bagian yang cedera.

Beberapa bentuk mobilisasi dini yang dapat dilakukan meliputi menggerakkan lengan dan tangan, menggerakkan jari-jari kaki, memutar pergelangan kaki, mengangkat tumit, serta menekuk dan menggeser kaki. Untuk mencegah terjadinya trombosis dan tromboemboli, pasien dianjurkan untuk mulai miring ke kanan dan ke kiri setelah 6 sampai 10 jam pasca operasi. Pasien diharapkan untuk mulai belajar duduk setelah 24 jam dan berlatih berjalan perlahan setelah mampu duduk (Rustianawati et al., 2020).

Penulis menyusun intervensi keperawatan agar setelah dilakukan tindakan 3×8 jam untuk mengatasi gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri pada intervensi dukungan mobilisasi poin terapeutik dan edukasi yang diambil penulis yaitu fasilitasi aktivitas dan mobilisasi dan menganjurkan melakukan mobilisasi dini. Pada implementasi ini penulis menganjurkan pasien untuk miring kanan dan kiri setelah 6 jam pasca operasi, selanjutnya penulis menganjurkan pasien untuk latihan duduk setelah 24 jam pasca operasi. Dalam melakukan implementasi pasien bersedia melakukan yang dianjurkan

dan pasien melakukan mobilisasi dini dengan baik. Dalam melakukan implementasi asuhan keperawatan penulis tidak mengalami kesulitan karena pasien sangat kooperatif dan dapat diajak bekerja sama. Pasien mengikuti semua intervensi yang diberikan.

Evaluasi keperawatan ditandai dengan mobilisasi dini klien meningkat ditandai dengan pasien sudah bisa miring kanan kiri, dan duduk secara mandiri tanpa dibantu. Setelah dilakukan evaluasi maka bisa disimpulkan bahwa tujuan tercapai, masalah teratasi dan hentikan intervensi.

c. Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan Hambatan lingkungan

Gangguan pola tidur, menurut PPNI (2016), adalah masalah yang mempengaruhi kualitas dan kuantitas tidur seseorang akibat pengaruh faktor eksternal. Tidur sendiri merupakan salah satu kebutuhan dasar setiap individu yang berperan penting dalam mengembalikan keseimbangan fungsi tubuh, mengatur suhu tubuh, serta sebagai sumber cadangan energi yang diperlukan untuk beraktivitas (Rositadinyati et al., 2020).

Diagnosa ketiga pada klien 1 Gangguan pola tidur ditegakkan oleh penulis karena pada saat melakukan wawancara pada klien 1 ditemukan data subjektif klien mengatakan kesulitan tidur sejak dirawat klien mengeluh Saat malam tidak bisa tidur klien mengatakan pola tidurnya berubah. sedangkan data objektif klien tampak lemah

mata klien tampak sayu. TD : 112/72 N : 82×/menit S : 36.6°C RR : 20×/menit.

Intervensi keperawatan yang diberikan penulis yaitu dukungan tidur, Observasi : Identifikasi pola aktivitas dan tidur, identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik atau psikologis). Terapeutik : Modifikasi lingkungan, fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur. Edukasi : Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit. Penulis memberikan intervensi keperawatan bertujuan setelah dilakukan tindakan 3×8 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil keluhan sering terjaga menurun, keluhan pola tidur berubah menurun, keluhan istirahat tidak cukup menurun, kemampuan beraktivitas cukup meningkat.

Penulis telah melaksanakan implementasi keperawatan sesuai dengan rencana dukungan tidur yang telah disusun. Salah satu intervensi yang diterapkan pada aspek terapeutik adalah modifikasi lingkungan. Pasien merasa tidak nyaman dengan lingkungan yang baru dan berbeda, disebabkan oleh suhu yang sejuk, pencahayaan yang kurang memadai, kebisingan di sekitar, serta tindakan-tindakan yang dilakukan terhadapnya (Astuti, 2022). Menurut Merdekawati et al. (2020), untuk memberikan posisi tidur yang nyaman dan aman, penting untuk bertanya terlebih dahulu kepada pasien. Jika posisi tidurnya kurang nyaman, bisa dilakukan penyesuaian dengan menaikkan atau menurunkan tempat tidur pasien.

Selama tiga hari terakhir, penulis telah melaksanakan implementasi dengan memodifikasi lingkungan, di mana pasien cenderung tidur terlentang atau sering tidur miring ke kanan atau kiri. Penulis tidak mengalami kesulitan dalam proses implementasi ini, karena pasien menunjukkan sikap yang sangat kooperatif dan bersedia untuk bekerja sama.

Evaluasi keperawatan ditandai dengan pasien mengatakan pola tidur membaik setelah melakukan modifikasi lingkungan dengan mencari posisi yang nyaman ketika tidur. Setelah dilakukan evaluasi maka bisa disimpulkan bahwa tujuan tercapai, masalah teratasi dan hentikan intervensi.

d. Risiko Infeksi Berhubungan Dengan Efek Prosedur Invasi

Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI, 2017), risiko infeksi didefinisikan sebagai kondisi yang meningkatkan kemungkinan terpapar patogen. Penulis menemukan alasan mengapa diagnosis risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasi menjadi diagnosis keperawatan ketiga pada klien 2. Data subyektif, klien mengatakan luka operasinya masih basah dan rembes, klien mengatakan di area luka post operasi terasa gatal. sedangkan data objektif tampak luka klien masih basah, tampak balutan luka rembes kecoklatan, leukosit $4.90 \text{ ribu}/\mu\text{L}$ TD : 120/108 N : $80\times/\text{menit}$ S : 36°C RR : $20\times/\text{menit}$. Intervensi keperawatan yang dilakukan penulis adalah intervensi yang telah dilakukan sebelumnya untuk mencapai

tujuanserta kriteria hasil diharapkan selama 3×8 jam diharapkan tingkat infeksi berkurang sesuai dengan kriteria hasil: tidak ada kemerahan, bengkak, atau drainase purulen. Intervensi yang dilakukan pada diagnosa ketiga yaitu, monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, mengajarkan cara mencuci tangan yang benar, mengajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi dan menganjurkan untuk meningkatkan asupan nutrisi. Pada prosedur operasi, dokter akan memotong kulit dengan pisau bedah, menimbulkan luka operasi yang dapat terinfeksi jika tidak dicegah. Berdasarkan beberapa penelitian, penggunaan antibiotik, kejadian akan meningkat jika pasien tinggal di rumah sakit selama tiga hari atau lebih sebelum operasi risiko infeksi.

Lama masa rawat inap sebelum operasi dapat meningkatkan risiko kontaminasi bakteri dan melemahkan daya tahan tubuh pasien, sehingga memperbesar kemungkinan terjadinya infeksi pada luka operasi. Beberapa faktor yang berkontribusi terhadap risiko infeksi antara lain usia lanjut, tindakan bedah abdomen darurat, obesitas, diabetes, penyakit jantung, dan kanker (Chairani et al., 2020).

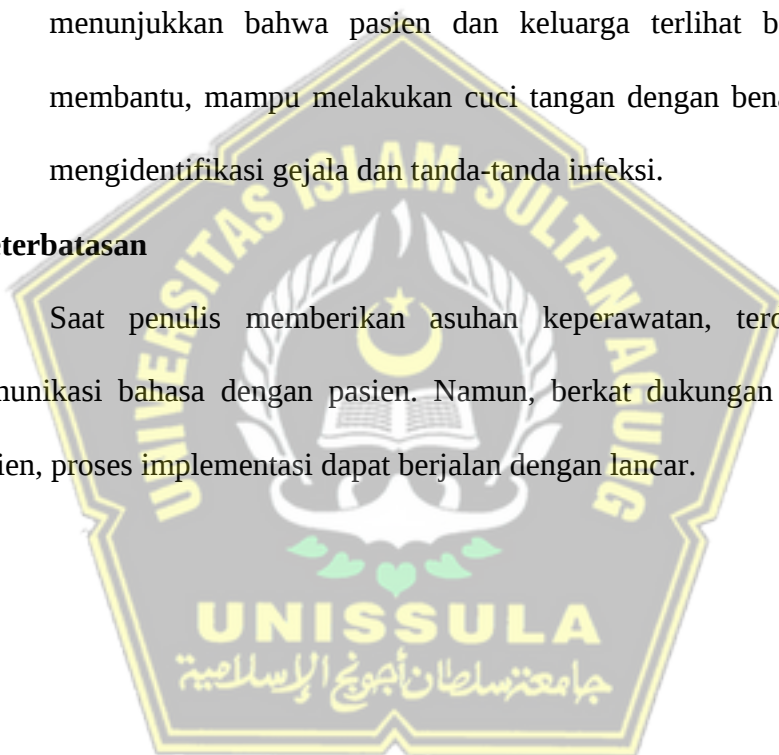
Pengendalian infeksi merupakan aspek fundamental dalam manajemen luka, mengingat infeksi dapat menghambat proses penyembuhan. Salah satu tindakan pencegahan infeksi yang utama adalah mencuci tangan, yang efektif dalam menghilangkan mikroorganisme penyebab infeksi. Dalam konteks ini, peran dokter

dan perawat sangatlah vital dan harus menjadi prioritas utama dalam perawatan luka pasien. Dengan menerapkan urutan kebersihan tangan yang tepat, risiko infeksi pasca operasi dapat diminimalkan dan dikurangi secara signifikan (Anon, 2021).

Penulis tidak ada kendala dalam melakukan implementasi keperawatan. Setelah dilakukan tindakan 3×8 jam, hasil evaluasi menunjukkan bahwa pasien dan keluarga terlihat bersedia untuk membantu, mampu melakukan cuci tangan dengan benar, serta dapat mengidentifikasi gejala dan tanda-tanda infeksi.

C. Keterbatasan

Saat penulis memberikan asuhan keperawatan, terdapat kendala komunikasi bahasa dengan pasien. Namun, berkat dukungan dari keluarga pasien, proses implementasi dapat berjalan dengan lancar.



BAB V

PENUTUP

Implementasi Terapi Akupresur Titik LI4 dan SP6 Guna Menurunkan Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi Kista Ovarium dikelola selama masa studi kasus yang dimulai pada Senin, 10 Februari 2025 sampai Sabtu, 15 Februari 2025. Bab terakhir dalam penyusunan Karya ilmiah ini mencakup simpulan dan saran

A. Kesimpulan

1. Pengkajian

Pada pengkajian Nn. N dan Ny. J setelah operasi kista ovarium, Nn. N melaporkan nyeri berdenyut di luka operasi dengan skala nyeri 5. Ia merasa nyeri saat bergerak dan menunjukkan gelisah, gerakan terbatas, wajah lesu, dan kesulitan tidur. Tanda vitalnya adalah TD: 112/72, N: 82×/menit, S: 36.6°C, dan RR: 20×/menit. Ny. J juga mengalami nyeri di luka operasi dengan skala yang sama dan merasakan gatal. Ia tampak gelisah dan tidak nyaman, dengan tanda vital TD: 120/108, N: 80×/menit, S: 36°C, dan RR: 20×/menit.

2. Diagnosa

Penulis membuat tiga diagnosa berdasarkan keluhan dari dua klien. Untuk klien 1, diagnosa pertama adalah nyeri akut karena agen pencedera fisik, yang kedua adalah gangguan mobilitas fisik terkait nyeri, dan yang ketiga adalah gangguan pola tidur disebabkan kurangnya kontrol tidur. Untuk klien 2, diagnosa yang muncul sama yaitu nyeri akut

terkait agen pencedera fisik, kemudian gangguan mobilitas fisik karena nyeri, dan yang terakhir adalah risiko infeksi yang disebabkan oleh efek prosedur invasif.

3. Intervensi

Standar Intervensi Keperawatan Indonesia menentukan rencana keperawatan, yang mencakup intervensi yang diberikan pada Nn. N dan Ny. J. Pada klien 1 dengan diagnosa pertama yaitu Manajemen nyeri dan Pemberian Terapi Akupresur Titik LI4 dan SP6 Guna Menurunkan Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi Kista Ovarium. Diagnosa kedua yaitu Dukungan Mobilisasi. Diagnosa ketiga yaitu Dukungan Tidur. Sedangkan pada klien 2 diagnosa pertama yaitu Manajemen nyeri dan Pemberian Terapi Akupresur Titik LI4 dan SP6 Guna Menurunkan Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi Kista Ovarium. Diagnosa kedua yaitu Dukungan Mobilisasi. Diagnosa ketiga yaitu Pencegahan Infeksi.

4. Implementasi

Implementasi dilakukan selama 3×8 jam sesuai rencana keperawatan yang sudah ditetapkan, mulai sejak hari pertama studi kasus Senin, 10 Februari 2025 sampai 15 Februari 2025.

5. Evaluasi

Setelah diberikan asuhan keperawatan selama tiga hari yang dilakukan sejak hari pertama studi kasus pada hari Senin, 10 Februari 2025 sampai 15 Februari 2025 pada Nn. N dan Ny. J selama 3×8 jam

didapatkan hasil evaluasi hari ketiga adalah tujuan tercapai dan masalah teratasi.

B. Saran

1. Bagi Institusi Pendidikan

Karya ilmiah ini dapat dijadikan sebagai acuan untuk menilai sejauh mana mahasiswa memberikan asuhan keperawatan kepada pasien yang telah menjalani operasi dengan indikasi kista ovarium. Untuk Karya Tulis Ilmiah selanjutnya, yang berfokus Implementasi Terapi Akupresur Titik LI4 dan SP6 Guna Menurunkan Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi Kista Ovarium, diharapkan akan lebih komprehensif dalam melakukan pengkajian dan asuhan keperawatan.

2. Bagi Rumah Sakit

Hasil dari Karya Ilmiah ini diharapkan dapat menjadi tambahan referensi yang berguna dalam upaya peningkatan pelayanan asuhan keperawatan maternitas, khususnya bagi pasien yang memiliki indikasi kista ovarium.

3. Bagi Masyarakat

Ini diharapkan dapat memberikan tambahan informasi dan pengetahuan mengenai asuhan keperawatan untuk pasien dengan indikasi kista ovarium. Dengan demikian, proses keperawatan dapat dilanjutkan secara berkesinambungan dan mandiri oleh pasien serta keluarga mereka.

DAFTAR PUSTAKA

- Anggit, Rahayu, and Pudji Astuti. (2017). *Pengertian Pengkajian Dalam Asuhan Keperawatan*.
- Anon. (2020). *Efektifitas Hand Massage Terhadap Skala Nyeri Pada Pasien Post Operasi Laparatomi Jl . Jamal Jamil Pondok Kopi Siteba Padang*, 5(1):96–105.
- Anon. (2021). *Tradisional Literature Review : Kepatuhan Mencuci Tangan Perawat Dengan Kejadian Infeksi Nosokomial*, 2(3):1837–44.
- Anon. (2023). *Dengan Post Laparatomi Neoplasm Ovarium Kistik Universitas Sriwijaya , Sumatera Selatan , Indonesia*. 3(November):131–36.
- Anon. (2020). *Pengkajian Dalam Proses Keperawatan Anamnesa Dan Pemeriksaan Fisik Abstrak Latar Belakang*.
- Fatimah, St, K. Shofiyah Latief, Febie Irsandy Syahrudin, Mona Nulanda, and Shulhana Mokhtar. (2023). *Faktor Risiko Penderita Kanker Ovarium Di Rumah Sakit Ibnu Sina. Kanker Ovarium Ditemukan Dan Juga Semakin Kecil Usia Harapan Hidup Dari Wanita Yang Terkena . Berdasarkan Penelitian (Kamajaya et Al, 2021)*, 04(01):46–56.
- Ilmu, Magister, Keperawatan Universitas, and Muhammadiyah Banjarmasin. (2020). *Pengaruh Pelatihan Pengkajian Komprehensif Terhadap Pengetahuan Dan Keterampilan Perawat Mengkaji Kebutuhan Klien Di Puskesmas*, 5:79–89.
- Kau, Mayangsari, Deysi Adam, and Lisa Djafar. (2023). *Determinants Of Ovarian Cyst Occurrence In Women Of Childbearing Age In Rsia Sitti Khadidjah Gorontalo*. Kesehatan,
- Dinamika, Jurnal Kebidanan, Keperawatan Vol, Faktor Resiko, Kejadian Kista, Ovarium Di, Poliklinik Kandungan, Kebidanan Rumah, and Sakit Islam*. (2020). Cross Sectional, 11(1):28–36.
- Keswara, Nila W. (2020). *Faktor Penunjang Terjadinya Kista Ovarium Di Klinik Daun Sendok Kabupaten Pasuruan*, 4. doi: 10.30595/pshms.v4i.550.
- Koerniawan, Dheni, Novita Elisabeth Daeli, Univeristas Katolik, and Musi Charitas. (2020). No Title, 3:739–51
- Pasca, Mobilisasi Bertahap. (2023). *Digital Repository Universitas Jember*.
- Patients, Dyspepsia, I. N. Rsud, Jend Ahmad, Yani Metro, and Kata Kunci. (2022). *Penerapan Guided Imagery PENDAHULUAN Nyeri Adalah Suatu*

Pengalaman Sensorik Dan Emosional Yang Tidak Menyenangkan Akibat Dari Kerusakan Jaringan Yang Bersifat Subjektif, 2(September):375–82.

Pinzon, Rizaldy Taslim. (2016). *Pengkajian Nyeri*.

Puspita, Anggun, Muh Ardi Munir, Abd Faris, Medical Profession Program, and Departement Infection. (2021). *Case Report : Treatment of Ovarian Cysts with Total Hysterectomy and Bilateral Salpingooferection*, 3(2):149–53.

Setyowati, Anita, Dina Indrati, and Dyah Sulistyowati. (2023). *The Effectiveness of the Combination of Nature Sound and Foot Massage against Pain Post-Appendectomy Patients*, (18).

Silpia, Wiwin, Nurhayati Nurhayati, and Henni Febriawati. (2021). *The Effectiveness Of Hand Massage Therapy In Reducing Pain Intensity Among Patients With Post-Laparotomy Surgery*, 4(1):212–18.

Siregar, Rizka Safitri, Abstrak Keperawatan, and Pendahuluan Implementasi. (2020). *Implementasi Keperawatan Sebagai Wujud Dari Perencanaan Keperawatan Guna Meningkatkan Status Kesehatan Klien*.

Suryoadji, Kemal Akbar, Alifaturrasyid Syafaatullah Ridwan, Ahmad Fauzi, Fitriyadi Kusuma, Studi Kedokteran, Fakultas Kedokteran, Universitas Indonesia, Onkologi Ginekologi, Fakultas Kedokteran, and Universitas Indonesia. (2022). *Diagnosis Dan Tatalaksana Pada Kista Ovarium : A Literature Review*, 14(1):38–48.

Astuti, D. P. (2022). *Faktor Lingkungan yang Berkorelasi dengan Kualitas Tidur Pasien*

Kritis di Ruang ICU. *Jurnal Ilmu Keperawatan Medikal Bedah*, 5(8.5.2017), 2003–2005.

Cahyono, A. D. (2022). *Stres dan Dampak Psikologis pada Wanita Single. Seminar Nasional Kesehatan Masyarakat*, 3(1), 58–77.

Darmayanti, D., & Nashori, F. (2021). *Efektivitas Rational Emotive Behaviour Therapy untuk Menurunkan*. *Proyeksi*, Vol. 16 (1) 2021, 1-14, 16(1), 1–13.

Dervis, B. (2018). *Tinjauan Teori Kista Ovarium. Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699.

Herawati, A., Kusumawati, L., & Hidayat, A. (2020). *Hubungan Siklus Menstruasi Dengan Angka Kista Ovarium Pada Pasien RSUD “X” Banjarmasin. Dinamika Kesehatan Jurnal Kebidanan Dan Keperawatan*, 10(1), 48–53. <https://doi.org/10.33859/dksm.v10i1.405>

Jumariah, T., & Mulyadi, B. (2017). *Peran Perawat dalam Pelaksanaan Perawatan*

- Kesehatan Masyarakat (Perkesmas). *Jurnal Ilmu Keperawatan Indonesia*, 7(1), 182–188.
- Khoiria, N., Indriati, D. W., Sundari, A. S., & Diyantoro. (2020). Prevalence and Associated Factors of Ovarian Malignancy: A Cross-sectional Based Study in Surabaya. *Mal J Med Health Sci*, 16(8), 29–34.
- Laelati, S. (2017). *Asuhan Kebidanan Gangguan Reproduksi pada Ny.S Umur 29 Tahun dengan Kista Ovarium Di Ruang Ginekologi RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang*. Pengantar Kuliah Obstetri, 456.
- Laning, I., Manurung, I., & Sir, A. (2019). Faktor Risiko yang Berhubungan dengan Kejadian Penyakit Mioma Uteri. *Lontar : Journal of Community Health*, 1(3), 95–102. <https://doi.org/10.35508/ljch.v1i3.2174>
- Merdekawati, D., Susanti, F., & Maulani, M. (2019). Peningkatan Kualitas Tidur Klien Kardiovaskuler dengan Pengaturan Posisi Tidur. *Jurnal Endurance*, 4(2), 382. <https://doi.org/10.22216/jen.v4i2.3841>
- Nasa, P., Singh, P., Viswavidyalaya, M., & Kalan, B. (2020). An Overview Of Ovarian Cysts Mansi Rana and Praveen Nasa * Department of Pharmaceutical Education and Research, Bhagat Phool Singh Mahila Viswavidyalaya, Bhainswal Kalan, Sonipat -131305, Haryana, India. *International Journal of Pharmaceutical Science and Research*, 11(11), 5434–5440. [https://doi.org/10.13040/IJPSR.0975-8232.11\(11\).5434-40](https://doi.org/10.13040/IJPSR.0975-8232.11(11).5434-40)
- Nasuha, Widodo, D., & Widiani, E. (2016). Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas dalam Terhadap Tingkat Kecemasan pada Lansia di Posyandu Lansia RW IV Dusun Dempok Desa Gading Kembar kecamatan Jabung Kabupaten Malang. *Jurnal Nursing News*, 1(2), 53–62.
- Nasution, S. M. (2020). Peranan Perencanaan Keperawatan dan Implementasi di dalam Pemberian Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap. *Health and Physical Education*, 1. <http://dx.doi.org/10.31219/osf.io/m29dc>
- Natiqotul Fathkiyah. (2019). *Faktor risiko kejadian kista ovarium pada wanita usia reproduksi di RSKIA Kasih Ibu Kota Tegal*. *Nucl. Phys.*, 10(1), 79-84.
- Nurmansyah, Djemi, & Setyawati, T. (2019). Sebuah Laporan Kasus: Kista Ovarium. *Jurnal Medical Profession (MedPro)*, 3(3), 226–229.
- PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia* (PPNI (ed.); 1st ed.). Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018a). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan* (Tim Pokja SIKI DPP PPNI (ed.); 1st ed.). Jakarta: DPP PPNI.
- (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia* (Tim Pokja SLKI DPP

PPNI (ed.); 1st ed.). Jakarta: DPP PPNI.

- Puspitasari, R. A., & Ekacahyaningtyas, M. (2020). Asuhan Keperawatan pada Pasien Kista Ovarium dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman dan Keselamatan. *Fakultas Ilmu Kesehatan*, 14. <https://all3dp.com/2/fused-deposition-modeling-fdm-3d-printing-simply-explained/>
- Rahmawati, A. (2021). Asuhan Kebidanan Kesehatan Reproduksi Pada Ny.E Usia 37 Tahun dengan Kista Ovarium dan Penyakit Penyerta di RSUD Sekarwangi. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699.
- Rahmawati, H., ER, D., & Pakasi, R. D. (2016). Kanker Ovarium Disgerminoma. *Indonesian Journal of Clinical Pathology and Medical Laboratory*, 19(1), 51. <https://doi.org/10.24293/ijcpml.v19i1.390>
- Rositadinyati, A. F., Purwanti, L., & Faculty, P. H. (2020). Hubungan Antara Nyeri dan Kecemasan dengan Kualitas Tidur pada Pasien Pasca Operasi di Ruang Bedah. Ghidza: *Jurnal Gizi Dan Kesehatan*, 4(1), 79–89.
- Rustianawati, Y., Karyati, S., Himawan, R., Kunci, K., Nyeri, I., & Dini, A. (2018). Efektivitas ambulasi dini terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien post operasi laparatomi di RSUD Kudus surgery patient in the district government hospital of Kudus. *Jikk*, 4(2), 1–8.
- Savitri, P. R. S. S., Budiana, I. N. G., & Mahayasa, P. D. (2020). Karakteristik Penderita Kista Ovarium di Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar Periode 1 Januari Sampai 30 Juni 2018. *Jurnal Medika Udayana*, 9(3), 82–86.
- Sitanggang, R. (2018). Tujuan evaluasi dalam keperawatan. *Journal Proses Dokumentasi Asuhan Keperawatan*, 1(5), 1–23.
- Styowati, T., & Prastia. (2022). Asuhan Keperawatan dengan Masalah Keperawatan Nyeri Aakut dengan Intervensi Relaksasi Benson Pada Pasien Kista Ovarium di Ruang Mawar RSUD Bangil Pasuruan. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*, 21(1), 1–9. <http://journal.um-surabaya.ac.id/index.php/JKM/article/view/2203>
- Sulistiyah, S., & Keswara, N. W. (2023). Faktor Penunjang Terjadinya Kista Ovarium di Klinik Daun Sendok Kabupaten Pasuruan. *Proceedings Series on Health & Medical Sciences*, 4, 31–36. <https://doi.org/10.30595/pshms.v4i.550>
- Sunarno. (2021). Relaksasi Tarik Nafas Dalam Pada Pasien Post Operasi Sectio Caesarea. *Jurnal Buletin Kesehatan Jiwa*, 1(2), 1–4.
- Wahyuningsih Ike pudji. (2020). Analisis Pelaksanaan Bndles Care IDO terhadap

Kejadian Infeksi Daerah Operasi dan Dampaknya Terhadap Lama Rawat Pasien. *Jurnal Health Sains*, 1(6), 366–376.

Widyarni, A. (2020). Faktor Resiko Kejadian Kista Ovarium Di Poliklinik Kandungan dan Kebidanan Rumah Sakit Islam Banjarmasin. *Dinamika Kesehatan: Jurnal Kebidanan Dan Keperawatan*, 11(1), 28–36. <https://doi.org/10.33859/dksm.v11i1.569>

Wulansari, Musta, M., & Ismiriyam, F. V. (2022). Edukasi Kesehatan Sebagai Intervensi Masalah Kesiapan Peningkatan Manajemen Kesehatan Lansia Dengan Riwayat Penyakit Kronis Menuju Kualitas Hidup Lansia Yang Optimal. *Jurnal Pengabdian Masyarakat*, 1(2), 176–183.

Zalvi, W., Devi, A., & Megawati. (2020). Kepuasan Pasien Ruang Rawat Inap Bangsal Penyakit Dalam Perempuan Rumah Sakit Dr. Pirngadi Medan. *Jurnal Health Sains* 13(1), 104–116.

Wisnu, A. C., Setiawan, A., & Anastasia, M. C. (2023). Gambaran USG Leiomioma Uteri Pada Dewasa, 1(2).

Wulandari, A. D., Cahyawati, P. N., & Kurniawan, K. A. (2021). Hubungan Usia dan Paritas dengan Kejadian Mioma Uteri di RSUD Wagaya Denpasar Tahun 2016-2017. *Bali Health Journal*, 5(2), 104–110. <http://ejournal.unbi.ac.id/index.php/BHJ>

Yanti, Y. (2022). Manajemen Nyeri Non Farmakologi Guided Imagery Pada Pasien Post Operasi Carcinoma Mammae. *Jurnal Inovasi Penelitian*, 3(4), 5695–5700.

Sitanggang, R. (2018). Tujuan evaluasi dalam keperawatan. *Journal Proses Dokumentasi Asuhan Keperawatan*, 1(5), 1–23.

Sudirman, A. A., Syamsuddin, F., Kasim, S. S., (2023). Efektifitas Teknik Relaksasi Napas Dalam Terhadap Penurunan Skala Nyeri Pada Pasien Appendisitis di IRD RSUD Otanaha Kota Gorontalo. *Jurnal Inovasi Riset Ilmu Kesehatan*, 1(2), 137–147.

Madeira, A., Wiyono, J., & Ariani, N. L. (2019). Hubungan Gangguan Pola Tidur Dengan Hipertensi Pada Lansia. *Nursing News*, 4(1), 29–39. Majdawati, A., & Brahmana, I. B. (2021). Pembentukan Kelompok Cerdas Kesehatan Reproduksi dengan Mengetahui Peran Pemeriksaan Radiologi Bagi Skrining Penyakit Reproduksi. *JMM (Jurnal Masyarakat Mandiri)*, 5(5), 3–9.

Mardikasari, S. A., Suryani, Akib, N. I., & Indahyani, R. (2020). Mikroenkapsulasi Asam Mefenamat Menggunakan Polimer Kitosan dan Natrium Alginat dengan Metode Gelasi Ionik. *Jurnal Farmasi Galenika*

(*Galenika Journal of Pharmacy*) (e-Journal), 6(2), 192–203.
<https://doi.org/10.22487/j24428744.2020.v6.i2.14589>

- Meylani A, Esther N. Tamunu, Moudy Lombogia, Y. P. N. (2020). Pendidikan Kesehatan Menggunakan Metode Lecuter dan Leaflet Pada Pengetahuan Wanita Tentang Deteksi Awal Mioma Uteri. *Media Kesehatan Politeknik Kesehatan Makassar*, 21(1), 1–9.
- Mise, I., Anggara, A., & Harun, H. (2020). Sebuah Laporan Kasus: Mioma Uteri Usia 40 Tahun. *Jurnal Medical Profession (MedPro)*, 2(2), 135–138.
- Nazhifah, N. (2018). Asuhan Keperawatan Osteoarthritis Menggunakan Fokus Studi Penatalaksanaan Nyeri di RSUD Tidar Kota Magelang. *Jik- Jurnal Ilmu Kesehatan*, 2(2), 74–79. <https://doi.org/10.33757/jik.v2i2.116>
- Jagentar P. Pane, A. M. S. (2020). Pengaruh Terapi Warna Hijau Terhadap Tingkat Kecemasan Mahasiswa dalam Menghadapi Ujian. *Elisabteh Health Journal*, V(01).
- Jariah, A., Tenri Abeng, A., & Erawati, M. (2020). Manajemen Asuhan Kebidanan pada Nona R dengan Mioma Uteri. *Window of Midwifery Journal*, 01(02), 46–55. <https://doi.org/10.33096/wom.vi.287>
- Kök, G., Nur Erdoğan, E., Söylemez, E. B., & Güvenç, G. (2020). Histerektomi Olan Hastanın Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine Göre Hemşirelik Bakımı: *Olgu Sunumu. SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(2), 273–278. <https://doi.org/10.22312/sdusbed.651182>
- Laning, I., Manurung, I., & Sir, A. (2019). Faktor Risiko yang Berhubungan dengan Kejadian Penyakit Mioma Uteri. *Lontar : Journal of Community Health*, 1(3), 95–102. <https://doi.org/10.35508/ljch.v1i3.2174>
- Dwi Rahmawati, A. L. (2022). Asuhan Keperawatan Post Operasi Ginekologi Dengan Nyeri pada Ibu S dan J di Rumah Sakit Wilayah DKI Jakarta. *Indonesian Journal of Nursing Scientific*, 2(1), 34–42.
- Faida, A., Meli, D., & Wijaya, R. P. K. (2016). Pemeriksaan Fisik Head to Toe. *Sidoarjo : Akademi Keperawatan Kerta Cendekia*.
- Fitriyanti, F., & Machmudah, M. (2020). Penurunan Intensitas Nyeri pada Pasien Mioma Uteri menggunakan Teknik Relaksasi dan Distraksi. *Ners Muda*, 1(1), 40. <https://doi.org/10.26714/nm.v1i1.5502>
- Freytag, D., Günther, V., Maass, N., & Alkatout, I. (2021). *Uterine fibroids and infertility. Diagnostics*, 11(8). <https://doi.org/10.3390/diagnostics11081455>
- Anggraini, A., & Simanjuntak, M. (2022). Studi Kasus: Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Mioma Uteri Disertai Diabetes Melitus. *Buletin*

Kesehatan: Publikasi Ilmiah Bidang Kesehatan, 6(1), 21–32.
<https://doi.org/10.36971/keperawatan.v6i1.116>

Aspiani, R. Y. (2017). Buku Ajar Asuhan Keperawatan Maternitas. *Medan : Trans Info Media*.

Aulia, D. L. N., Anjani, A. D., & Utami, R. (2021). Pemeriksaan Ibu dan Bayi (Vol. 1). Banyumas : CV. Pena Persada Redaksi.

Wianry. (2021). Karakteristik Penderita Mioma Uteri Di Rumah Sakit Tk Ii Putri

Hijau Medan Kesdam-I / Bb Tahun 2013 Wianry 1*. *Intisari Sains Medis*. 12(1), 391–395. <https://doi.org/10.15562/ism.v12i1.923>

Yang, W., Luo, N., Ma, L., Dai, H., & Cheng, Z. (2020). The Changes Of Surgical Treatment For Symptomatic Uterine Myomas In The Past 15 Years. *Gynecology And Minimally Invasive Therapy*, 7(1), 10–15. https://doi.org/10.4103/Gmit.Gmit_11_17

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>

Utami, R. N., & Khoiriyah, K. (2020). Penurunan Skala Nyeri Akut Post Laparatomi Menggunakan Aromaterapi Lemon. *Ners Muda*, 1(1), 23. <https://doi.org/10.26714/Nm.V1i1.5489>

Safitri, J., Program, P., Keperawatan, S. I., & Medan, S. F. (2020). Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (Stikes) Murni Teguh |374. *Indonesian Trust Health Journal*, 3(2).

Rahayu, E., Bandaso, N., Saranga, D., & Kaput, J. A. (2019). Mioma Geburt Dengan Anemia: Laporan Kasus. *Jurnal Medical Profession (Medpro)*, 1(1), 39–42.

Rahmayunia Kartika, I., Leona Renda, S., & Saputra, Y. (2022). Pengalaman Manajemen Nyeri Pada Pasien Dengan Ppok: Studi Kualitatif. *Real In Nursing Journal (Rnj)*, 5(3), 214–225. <https://ojs.fdk.ac.id/index.php/nursing/index>

Maryani, A., Suraning Wulandari, T., & Studi D-Iii Keperawatan Alkautsar Temanggung, P. (N.D.). Upaya Penyelesaian Masalah Defisit Pengetahuan Tentang Program Diet Pada Pasien Hipertensi Melalui Tindakan Edukasi Diet.

Meilani, N. S., Firdaus Mansoer, F. A., Nur, I. M., Argadireja, D. S., & Widjajanegara, H. (2020). Artikel Penelitian Hubungan Usia Dan Paritas

Dengan Kejadian Mioma Uteri Di Rsud Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat Tahun 2017. *Jurnal Integrasi Kesehatan & Sains (Jiks)*, 2(1), 200–203. [Http://Ejournal.Unisba.Ac.Id/Index.Php/Jiks](http://Ejournal.Unisba.Ac.Id/Index.Php/Jiks)

Meylani, M., Tamunu, E., Lombogia, M., & Pasambo, Y. (2020). Health Education Using Lecuter And Leaflet Methods On Knowledge Of Women About Early Detection Of Utery Mioma. *Media Kesehatan Politeknik Kesehatan Makassar*, 15(1), 38. [Https://Doi.Org/10.32382/Medkes.V15i1.1359](https://doi.org/10.32382/medkes.V15i1.1359)

Mise, I., Anggara, A., & Harun, H. (2020). Sebuah Laporan Kasus: Mioma Uteri Usia 40 Tahun. *Jurnal Medical Profession (Medpro)*, 2(2), 135–

Kurniaty, R., & Sunarsih. (2018). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Mioma Uteri 101. *Jurnal Kebidanan*, 4(3), 100–105

Laning, I., Manurung2, I., Sir2, A., & Masyarakat, F. K. (2019). Faktor Risiko Yang Berhubungan Dengan Kejadian Penyakit Mioma Uteri. *Lontar: Journal Of Community Health*, 01(03), 95–102.

Lubis, P. N. (2020). Diagnosis Dan Tatalaksana Mioma Uteri. *Cdk-284*, 47(3), 196–200.

Maharani, S., & Melinda, E. (2021). Implementasi Terapi Murrotal Dan Relaksasi Napas Dalam Untuk Mengatasi Masalah Nyeri Akut. *Jurnal Ilmu Kedokteran Dan Kesehatan*, 8(3), 255–262. [Https://Dergipark.Org.Tr/En/Pub/Sdusbed/Issue/54917/651182](https://dergipark.org.tr/en/pub/sdusbed/issue/54917/651182)

Dwi Rahmawati, A. L. (2022). Asuhan Keperawatan Post Operasi Ginekologi Dengan Nyeri Pada Ibu. S Dan Ibu. J Di Rumah Sakit Wilayah Dki Jakarta. *Indonesian Journal Of Nursing Scientific*, 2(1), 34–42. [Https://Doi.Org/10.58467/Ijons.V2i1.13](https://doi.org/10.58467/ijons.V2i1.13)

Fauzi, A., Krisna, R., Putra, K., Sabrina, Y., Obstetri, D., Ginekologi, D., & Hoesin, M. (2022). Multigravida Post-Partum Dengan Inversio Uteri Subakut Komplit Yang Ditatalaksana Histerektomi Supraservikal Pervaginam.

Indonesian Journal Of Obstetrics & Gynecology Science, 5(2), 303–308. Fitriani, A., Widiyanti, W., Lismayanti, L., Firmansyah, A., & Hamdani, D. (2023). Latihan Mobilisasi Untuk Meningkatkan Proses Pemulihan Pasca Operasi Laparatomi Pada Pasien Peritonitis. *Healthcare Nursing Journal*, 5(1), 529–537.

Fitriyanti, F., & Machmudah, M. (2020). Penurunan Intensitas Nyeri Pada Pasien Mioma Uteri Menggunakan Teknik Relaksasi Dan Distraksi. *Ners Muda*, 1(1), 40. [tps://Doi.Org/10.26714/Nm.V1i1.5502](https://doi.org/10.26714/Nm.V1i1.5502)

Airiska, M., Mei Winarni, L., Ratnasari, F., Yatsi Tangerang Jl Aria Santika No, Stik., & Margasari Karawaci Tangerang, A. (2020). Hubungan Pengetahuan Kesehatan Terhadap Peran Keluarga Dalam Perawatan Lansia Dengan Gangguan Mobilitas Fisik Di Ruang Perawatan Rsud Pakuhaji Kabupaten Tangerang. *Jurnal Menara Medika*, 3(1), 32. <https://jurnal.umsb.ac.id/index.php/menaramedika/index>

Taslim, A. (2020). *Materi dr Asnawi Akupresure*.

Patriyani, R. E. H. (2022, Desember). Pelatihan akupresur untuk meningkatkan daya tahan tubuh masyarakat. *Jurnal Empathy: Pengabdian Kepada Masyarakat*, 3(2), [halaman jika tersedia]. <https://doi.org/10.37341/jurnalempathy.v0i0.162>

Yudiatma, M. F., Rochana, N., & Juniarto, A. Z. (2021). Pengaruh terapi akupresur dalam menurunkan tingkat nyeri: Literatur review. *Journal of TSCNers*, 6(1).

Indaryani, I., & Iskandar, S. (2023). Efektivitas terapi akupresur terhadap penurunan nyeri persendihan pada pasien hiperuresemia. *Jurnal Riset Media Keperawatan*, 6(1), 53–60. <https://doi.org/10.51851/jrmk.v6i1.403>

Revianti, I. D., & Yanto, A. (2021). Teknik akupresur titik hegu (LI4) menurunkan intensitas nyeri dismenore pada remaja. *Holistic Nursing Care Approach*, 1(1).

Suryawan, I. K., Suariyani, N. N., & Darmawan, N. K. S. (2022). Pengaruh terapi akupresur terhadap tingkat stres dan tekanan darah pada lansia. *Jurnal Keperawatan*, 10(2), 123–130.

Afdila, H., Nurhaeni, N., & Susanti, H. (2021). Pengaruh akupresur terhadap penurunan nyeri pada ibu bersalin kala I fase aktif. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 24(1), 45–52.

Sari, N. P., & Usman, U. (2020). Efektivitas akupresur pada titik LI 4 (Hegu) dan ST 36 terhadap penurunan nyeri haid pada remaja. *Jurnal Keperawatan XYZ*, 8(2), 100–107.

Kerti, I. A. M., & Nuriyanto, N. (2024). Efektivitas akupresur terhadap penurunan nyeri kepala pada lansia dengan hipertensi dibandingkan terapi farmakologis. *Jurnal Kesehatan Lansia*, 12(1), 34–41.

Suparjo, S., Andayani, T. R., & Wahyuni, S. (2023). Efektivitas akupresur dalam menurunkan tekanan darah pada pasien hipertensi. *Jurnal Keperawatan Medis*, 11(2), 89–96.

Harefa, F., & Gulo, W. (2023). Pengaruh akupresur terhadap penurunan kadar glukosa darah pada pasien dengan diabetes mellitus tipe 2. *Jurnal Keperawatan dan Kesehatan*, 14(1), 55–62.

Hasdi, R., Permata, S., & Lestari, D. (2022). Efektivitas akupresur terhadap kualitas tidur pada pasien dengan penyakit kardiovaskular: Sebuah tinjauan sistematis. *Jurnal Keperawatan Kardiovaskular*, 10(3), 150–158.

- Diyanto, A., Prasetya, H., & Lestari, M. (2023). *Efektivitas akupresur dalam meningkatkan kualitas hidup pasien hemodialisis: Sebuah meta-analisis*. Jurnal Keperawatan Terapan, 7(2), 112–121.
- Elvira, N. (2020). *Efektivitas terapi akupresur dalam mengurangi frekuensi enuresis pada anak prasekolah*. Jurnal Keperawatan Anak, 5(1), 25–32.
- Puspitasari, D., & Ekacahyaningtyas, N. W. (2020). *Manajemen nyeri akut pasca operasi pada pasien bedah: Tinjauan teori dan praktik keperawatan*. Jurnal Ilmu Keperawatan, 8(2), 74–80.
- Nurhanifah, R., & Sari, M. (2022). *Definisi dan manajemen nyeri akut dalam praktik keperawatan*. Jurnal Keperawatan Modern, 9(1), 15–22.
- Silpia, R., Wulandari, S., & Hartono, T. (2021). *Peran manajemen nyeri dalam meningkatkan mobilitas dan mencegah komplikasi pada pasien pasca operasi*. Jurnal Keperawatan Terpadu, 6(3), 145–152.
- Geraldi, A. (2022). *Penilaian intensitas nyeri menggunakan skala numerik pada pasien rawat inap*. Jurnal Keperawatan dan Kesehatan, 11(1), 33–39.

