



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.A DENGAN GANGGUAN  
SISTEM REPRODUKSI “POST Op. *KISTA OVARIIUM*” DI  
RUANG E. RUMAH SAKIT SWASTA BEKASI  
DI MASA PANDEMI COVID-19**

**DISUSUN OLEH:**

**VISA NAUVAL**

**201801041**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MITRA KELUARGA**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN**

**BEKASI**

**2021**



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.A DENGAN GANGGUAN  
SISTEM REPRODUKSI “POST Op. *KISTA OVARIIUM*” DI  
RUANG E. RUMAH SAKIT SWASTA BEKASI  
DI MASA PANDEMI COVID-19**

**DISUSUN OLEH:**

**VISA NAUVAL**

**201801041**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MITRA KELUARGA  
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN  
BEKASI  
2021**

## LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny.A Dengan Gangguan Sistem Reproduksi “*Post Op. Kista Ovarium*” DI Ruang E. Di Rumah Sakit Swasta Bekasi Di Masa Pandemi COVID-19 ini disusun oleh Visa Nauval (201801041) dan telah disetujui untuk diujikan pada Ujian akhir program di hadapan Tim Penguji.

Bekasi, 19 Juni 2021  
Pembimbing Makalah



(Ns. Edita Astuti Panjaitan, S. Kep., M.Kep)

Mengetahui,  
Koordinator Program Studi DIII Keperawatan  
STIKes Mitra Keluarga



(Ns. Devi Susanti, S.Kep., M.Kep.,Sp. Kep.MB)

## LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertandatangan dibawah ini:

Nama : Visa Nauval

Nim : 201801041

Program Studi : Diploma III Keperawatan

Institusi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga

Menyatakan bahwa Makalah Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. A Dengan Gangguan Sistem Reproduksi “Post Op. *Kista Ovarium*” di Ruang E. Rumah Swasta Bekasi Di Masa Pandemi Covid 19” yang dilaksanakan pada tanggal 30 April 2021 sampai 2 Mei 2021 adalah hasil karya sendiri dan semua sumber yang digunakan sudah saya nyatakan benar.

Orisinalitas makalah ilmiah ini tanpa ada unsur *plagialisme* baik dalam aspek substansi maupun penulisan.

Yang Membuat Pernyataan



(Visa Nauval)

## LEMBAR PENGESAHAN

Makalah Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Ny. A Dengan Gangguan Sistem Reproduksi “Post Op. *Kista Ovarium*” di Ruang E. Rumah Sakit Swasta Bekasi Di Masa Pandemi Covid 19” yang disusun oleh Visa Nauval (201801041) telah diujikan dan dinyatakan LULUS dalam Ujian dihadapan Tim Penguji pada tanggal 25 Juni 2021

Bekasi, 25 Juni 2021

Penguji I



(Ns. Lina Herida Pinem, S.Kep., M.Kep)

Penguji II



(Ns. Edita Astuti Panjaitan, S. Kep., M.Kep)

**Nama** : Visa Nauval  
**NIM** : 201801041  
**Program Studi** : DIII Keperawatan  
**Judul Karya Tulis Ilmiah** : Asuhan Keperawatan pada Ny. A Dengan Gangguan Sistem Reproduksi “Post Op. *Kista Ovarium*” di Ruang E. Rumah Sakit Swasta Bekasi Dimasa Pandemi COVID-19.  
**Halaman** : xi+83 halaman+1 tabel  
**Nama Pembimbing** : Edita Astuti Panjaitan

#### ABSTRAK

**Latar belakang:** Kista ovarium merupakan kantong berisi cairan, normalnya berukuran kecil, yang terletak di indung telur (ovarium). *Laparostomy* prosedur operasi untuk pengangkatan *kista ovarium*.. Komplikasi yang dapat terjadi yaitu perdarahan kedalam kista yang dapat menyebabkan pembesaran kista, jika perdarahan terjadi dalam jumlah yang banyak dapat menyebabkan terjadinyadistensi abdomen sehingga menimbulkan nyeri perut secara mendadak dan nyeri tekan. Di Indonesia angka kejadian pada tahun 2018 dilaporkan sebanyak 13.310 wanita menderita *kista ovarium*.

**Tujuan umum:** Laporan kasus ini adalah untuk memperoleh gambaran nyata melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan Post Op. *kistas Ovarium* melalui pendekatan proses keperawatan secara komprehensif.

**Metodepenulisan:** Penyusunan laporan kasus ini menggunakan metode deskriptif yaitu dengan mengungkapkan fakta – fakta sesuai dengan data – data yang didapat.

**Pembahasan:** Hasil dari pengkajian didapatkan tiga diagnose yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik : prosedur operasi, resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif, gangguan mobilisasi fisik berhubungan dengan nyeri. Diagnosa keperawatan utama yang ditemukan adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik : prosedur operasi. Intervensi prioritas adalah kaji kualitas nyeri secara komprehensif, meliputi : *provocation* (P), *Quality* (Q), *Region* (R), *Severity Scale* (S), *Timing* (T), ajarkan dan anjurkan tehnik relaksasi napas dalam, berikan obat sesuai dengan program medis.

**Kesimpulan dan saran:** pada pasien dengan post op. *kista ovarium* perlu diperhatikan adalah masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik : prosedur operasi, resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif, gangguan mobilisasi fisik berhubungan dengan nyeri Dan diharapkan kerja sama tim yang baik antar tenaga kesehatan agar didapatkan hasil yang optimal bagi pasien.

**Kata kunci :** Asuhan Keperawatan, Gangguan Reproduksi, Kista Ovarium

**Daftar Pustaka:** 20 referensi terdiri dari 10 buku dari (2010-2021) dan 10 jurnal dari tahun (2010-2020)

**Name** : Visa Nauval  
**Student Number** : 201801041  
**Study program** : DIII Keperawatan  
**The Tittle of Scientific Paper** :Nursing care for Mrs. A With Reproductive System Disorders  
“Post Op. Ovarian Cyst” in Room E. of Bekasi Private Hospital  
During the COVID-19 Pandemic.  
**Page** : xi+83 page+1 tabel  
**Supervisor** : Edita Astuti Panjaitan

### ABSTRACT

**Background:** An ovarian cyst is a fluid-filled sac, normally small, located in the ovary (ovary). Laparostomy surgical procedure for removal of ovarian cysts. Complications that can occur are bleeding into the cyst which can cause enlargement of the cyst, if bleeding occurs in large quantities it can cause abdominal distension, causing sudden abdominal pain and tenderness. In Indonesia, the incidence in 2018 was reported as 13,310 women suffering from ovarian cysts.

**Main objective :** This case report is to obtain a real picture of nursing care for patients with Post Op. Ovarian cysts through a comprehensive nursing process approach.

**Method in writing:** The method of this scientific writing is descriptive method, which describes a situation objectively and then presented in a narrative from as the writer is observing the patient and collecting data up to evaluation.

**Discussion:** The results of the study obtained three diagnoses, namely acute pain associated with physical injuring agents: surgical procedures, risk of infection related to the effects of invasive procedures, impaired mobility associated with pain. The main nursing diagnosis found was acute pain related to physical injury agents: surgical procedures. Priority intervention is to assess the quality of pain comprehensively, including: provocation (P), Quality (Q), Region (R), Severity Scale (S), Timing (T), teach and recommend deep breathing relaxation techniques, administer medication according to the program medical.

**Conclusion and recommendations:** in post-op patients. Ovarian cysts need to be considered, namely acute pain nursing problems related to physical injuring agents: surgical procedures, risk of infection related to the effects of invasive procedures, impaired physical mobilization related to pain and good teamwork between health workers is expected to obtain optimal results for patients.

**Keyword:** Nursing Care, Reproductive Disorders, Ovarian Cyst

**Bibliography:** 20 references consisting of 10 books from (2010-2021) and 10 journals from the year (2010-2020)

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat Rahmat dan Karunianya apenulis dapat menyelesaikan makalah ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Ny. A Dengan Gangguan Sistem Reproduksi “Post Op. *Kista Ovarium*” di Ruang E. Rumah Sakit Swasta Bekasi Di Masa Pandemi COVID-19” ini dengan baik. Adapun tujuan penyusunan karya tulis ilmiah ini adalah dalam rangka memenuhi persyaratan Tugas Akhir Semester di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga.

1. Ibu Ns. Edita Astuti Panjaitan, S. Kep., M. Kep. selaku dosen pembimbing yang telah menyempatkan waktu untuk memberikan dorongan, bimbingan, motivasi dan pengarahan yang bermanfaat dengan kesabaran membantu penulis dalam Menyusun penulisan ilmiah ini.
2. Ibu Ns. Lina Herlina Pinem, S. Kep., M. Kep selaku dosen penguji yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menyelesaikan makalah ini, serta memberikan masukan dan dorongan kepada penulis.
3. Ibu Dr. Susi Hartati, S.Kep., M. Kep., Sp.Kep.An. selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga.
4. Ibu Ns. Devi Susanti, S. Kep., M. Kep., Sp. Kep. M.B selaku Ka Prodi DIII Keperawatandan selaku dosen Pembimbing Akademik (PA) yang telah memberikan motivasi kepada penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Khususnya untuk kedua orang tua penulis yang telah berjuang demi kesuksesan penulis, tiada kata yang dapat penulis ucapkan selain ucapan terima kasih. Terimakasih mama dan papa yang sudah berjuang untuk memberi pendidikan yang layak untuk penulis, sehingga bisa berada ditempat ini yang selalu memberikan semangat, motivasi yang membangun dan selalu mendoakan penulis sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan baik dan lancar.

6. Keluarga Ny. A yang telah bersedia memberikan informasi mengenai keluarganya dan sudah meluangkan waktunya untuk penulis, sehingga penulis mampu menyelesaikan asuhan keperawatan dengan baik.
7. Dela, Nabila, Rania selaku teman dekat saya di Rumah yang telah memberikan motivasi kepada penulis.
8. Teman – teman KTI Maternitas Atikah Putri, Aulia Yoli, Sucianti yang selalu memberikan bantuan dan semangat kepada penulis.
9. Teman – teman seperjuangan Angkatan ke – VIII keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga.
10. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah mendukung penulis dalam doa dan perhatian.

Penulis menyadari bahwa penulisan makalah ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna, karena keterbatasan pengetahuan dan kemampuan yang penulis miliki. Maka dalam kesempatan ini penulis mengharapkan saran dan kritik yang sifatnya membangun demi sempurnya perbaikan penulisan ilmiah ini. Demikian penulisan makalah ini disusun, semoga dapat bermanfaat bagi penulis khususnya dan bagi semua pembaca lainnya.

Bekasi, 30 April 2021

Penulis



(Visa Nauval)

## DAFTAR ISI

### Contents

COVER DALAM .....	i
LEMBAR PERSETUJUAN .....	ii
LEMBAR PENGESAHAN .....	iii
ABSTRAK .....	vi
ABSTRACT .....	vii
KATA PENGANTAR.....	viii
DATA TABEL .....	x
DATA LAMPIRAN.....	xi
BAB I.....	1
PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan.....	5
1. Tujuan Umum.....	5
2. Tujuan Khusus .....	5
C. Ruang Lingkup.....	6
D. Metode Penulisan .....	6
E. Sistematika Penulisan .....	7
BAB II.....	8
TINJAUAN TEORI .....	8
A. Pengertian Kista Ovarium.....	8
B. Etiologi.....	8
C. Patofisiologi .....	9
D. Pathflow .....	10
E. ManifestasiKlinis.....	12
F. Klasifikasi Kista Ovarium .....	12
G. Komplikasi .....	14
H. PemeriksaanPenunjang.....	16

I. Penatalaksanaan Post Op. Kista Ovarium .....	16
J. Konsep Asuhan Keperawatan .....	17
<b>BAB III .....</b>	<b>33</b>
<b>TINJAUAN KASUS .....</b>	<b>33</b>
A. Pengkajian Keperawatan .....	33
B. Data Fokus .....	41
C. Analisa data .....	44
D. Diagnosa keperawatan .....	47
E. Intervensi, Implementasi, dan Evaluasi Keperawatan .....	47
<b>BAB IV .....</b>	<b>68</b>
<b>PEMBAHASAN .....</b>	<b>68</b>
A. Pengkajian Keperawatan .....	68
B. Diagnosa Keperawatan .....	69
C. Perencanaan Keperawatan .....	70
D. Implementasi Keperawatan .....	74
E. Evaluasi keperawatan .....	75
<b>BAB V .....</b>	<b>78</b>
<b>PENUTUP .....</b>	<b>78</b>
A. Kesimpulan .....	78
B. Saran .....	79
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>80</b>
<b>LAMPIRAN .....</b>	<b>83</b>
Lampiran 2. Materi perawatan luka post operasi. ....	83
Lampiran 2. Leaflet cara merawat luka post Operasi .....	85

## DATA TABEL

<a href="#">C. Analisa data</a> .....	44
<a href="#">D. Pathflow</a> .....	10

## DATA LAMPIRAN

<a href="#">Lampiran 2. Materi perawatan luka post operasi</a> .....	83
<a href="#">Lampiran 2. Leaflet cara merawat luka post Operasi</a> .....	85

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Kesehatan reproduksi adalah suatu keadaan kondisi sehat secara fisik, mental, dan sosial utuh, tidak terkena suatu penyakit atau kecacatan pada sistem, fungsi, dan proses produksi. Saat ini terjadi banyak masalah kesehatan seperti penyakit yang berkaitan dengan sistem reproduksi wanita yaitu *kista ovarium* (Kemenkes RI, 2014).

*Kista ovarium* merupakan salah satu penyakit yang sering terjadi dan banyak menyerang wanita. Kista atau tumor merupakan bentuk gangguan yang bisa dikatakan adanya pertumbuhan sel-sel otot polos pada ovarium yang jinak. Penyakit ini sering disebut *silent killer* dikarenakan penyakit ini secara diam-diam dapat menyebabkan banyak wanita yang tidak menyadari bahwa dirinya sudah terkena *kista ovarium* dan hanya mengetahui pada saat kista sudah dapat teraba dari luar atau membesar (Depkes RI, 2011). *Kista ovarium* merupakan kanker kelima yang sering terjadi dapat menyebabkan kematian pada wanita setelah kanker paru-paru, kanker payudara dan kanker pancreas (WHO, 2015).

*Kista ovarium* merupakan kantung yang berisi berupa cairan, kantung ini normalnya berukuran kecil yang terletak di indung telur sebutan nama lainnya yaitu ovarium. *Kista ovarium* dapat terbentuk kapan saja, dapat terjadi pada masa pubertas sampai menopause, dan dapat terjadi pada masa kehamilan. Epidemiologi *kista ovarium* mempengaruhi sekitar 7% wanita sebelum dan sesudah menopause atau berhentinya siklus menstruasi (Anurogo, 2016).

Penyebab yang dapat terjadinya *kista ovarium* ini dapat dipengaruhi oleh banyak faktor yang saling berhubungan. Beberapa faktor resiko yang mempengaruhi terjadinya yaitu umur, genetik (riwayat penyakit keluarga), hormone, mengkonsumsi tinggi lemak dan rendah serat, merokok dan mengkonsumsi minuman alkohol, penggunaan alat kontrasepsi hormonal,

penderita kanker payudara yang pernah menjalani kemoterapi (tamoxifen), infertilitas, gangguan pada siklus haid (Faisal, 2008).

Pada perempuan dengan usia dibawah 40 tahun memiliki resiko terkena kista jinak yang dapat hilang dengan sendirinya setelah beberapa bulan. Penanganan konservatif mempunyai sedikit keuntungan bila diameter tumor lebih dari 5 cm. Sedangkan perempuan yang sudah menopause dengan usia di atas 40 tahun memiliki resiko terkena kista yang lebih berbahaya. Hal tersebut dikarenakan pada usia 40 tahun keatas keberadaan penyakit ini cukup berbahaya karena penyakit kista ini selanjutnya akan dapat berkembang menjadi kanker ovarium (Fatkhayah, 2019).

Menurut World Health Organization (WHO, 2015) angka kejadian *kista ovarium* tertinggi ditemukan pada Negara maju dengan rata-rata 10 per 100.000 kecuali di Jepang 6,5 per 100.000. insiden di Amerika Serikat 7,7 per 100.000 relative tinggi bila dibandingkan dengan angka kejadian di Asia dan Afrika. Terdapat variasi yang luas insidensi keganasan ovarium, rata-rata tertinggi di Negara Skandinavia 14,515,3 per 100.000 populasi. Kista ovarium biasanya bersifat asimtomatik dan baru menimbulkan keluhan apabila sudah terjadi metastatis, hingga 60%-70% pasien datang dengan stadium lanjut, sehingga penyakit ini disebut sebagai kanker ovarium. Di Amerika Serikat pada tahun 2013 memperkirakan jumlah penderita keseluruhan *kista ovarium* sebanyak 20.180 orang, yang meninggal akibat terkena penyakit *kista ovarium* sebanyak 15.310 orang dan yang masih menderita sebanyak 4.870 orang. *Kista ovarium* ini ditemukan melalui transvaginal sonogram hampir pada semua wanita pre menopause dan hingga 14,8% pada wanita post menopause. Di Indonesia angka kejadian pada tahun 2018 dilaporkan sebanyak 13.310 wanita menderita *kista ovarium* dan angka kematian hingga 3,8% atau 7.842 orang meninggal. Angka kematian tertinggi ini disebabkan karena penyakit ini pada awal bersifat asimtomatik dan baru menimbulkan keluhan apabila sudah terjadi metastasis pada sehingga 60%-70% pasien datang dengan stadium lanjut (Kemenkes,

2015). Sementara itu di provinsi Jawa Barat Tahun 2011 data kejadian *kista ovarium* mencapai 5,47% (Oemiati, 2011). Data yang diperoleh dari Tahun 2012 kejadian kista ovarium sebanyak 80 (60,15%) kasus dari total jumlah kasus ginekologi sebanyak 133 kasus dan pada tahun 2013 jumlah kasus ginekologi turun menjadi 107 kasus diantaranya adalah kejadian *kista ovarium* sebanyak 45 kasus (42,05%). Menurut penelitian (Arania & windarti, 2015) yang dilakukan di RSAM Bandar Lampung Periode 2009-2013 yaitu dipengaruhi Sebagian besar karena usia yaitu pada usia 30 sampai 40 tahun sebanyak 10 orang. Menurut penelitian di Patologi Anatomi (PA) RSUD Jombang Tahun 2009 sebagian besar yang menderita tumor adalah usia 21 sampai 40 tahun dengan jumlah sebanyak 32 orang (53,3%) dimana masa itu merupakan masa reproduksi berada di urutan pertama dan yang kedua terjadi pada masa menopause/klimakterium pada usia 41 sampai 55 tahun sebanyak 20 orang (33,3%) (Restiana & Indri, 2015). Berdasarkan data dari rekam medis salah satu RS Swasta di Bekasi timur selama 1 tahun terakhir sebanyak 15 kasus pasien yang dirawat dengan kista ovarium.

Komplikasi yang dapat terjadi yaitu perdarahan ke dalam kista yang dapat menyebabkan pembesaran kista jika perdarahan terjadi dalam jumlah yang banyak dapat menyebabkan terjadinya sitensi abdomen sehingga menimbulkan nyeri perut secara mendadak dan nyeri tekan. Nyeri dapat disertai gejala mual, muntah, nadi menjadi cepat dan suhu badan dapat meningkat. Adanya asites menimbulkan kecurigaan keganasan kista dan metastasis (Fadhlin A. Arif, 2016). Jika *kista ovarium* tidak segera ditangani dengan cepat dapat menimbulkan antara lain yaitu fungsi reproduksi wanita penderita *kista ovarium* akan mengalami gangguan berakibat kesuburan yang terganggu bahkan bisa pada kesulitan untuk hamil (Nasdadly, 2010). Faktor resiko yang dapat terjadi pada *kista ovarium* yaitu riwayat *kista ovarium* sebelumnya, siklus menstruasi yang tidak teratur, meningkatnya distribusi lemak tubuh bagian atas, Menstruasi dini dan tingkat kesuburan (Nurmansyah, 2019).

Pemeriksaan yang dilakukan pada penderita kista fungsional, antara lain :pemeriksaan fisik untuk mengevaluasi apakah ada pembesaran kista, pemeriksaan kadar Human Chorionik Gonodotropin (HCG) didalam serum untuk mengusukan ada atau tidaknya kehamilan, pemeriksaan USG atau CT scan untuk mendeteksi adanya kista, Pemeriksaan A-125 untuk mengetahui apakah terjadi proses keganasan pada kista, Pemeriksaan hormone seperti LH (Lactogenic), FSH (Folikel Stimulating), estradiol dan testosterone.

Berdasarkan uraian diatas peran perawat sangat diperlukan dalam pemulihan ibu mengingat perawat merupakan orang terdekat selama pasien menjalani perawatan post op. *Kista ovarium* di rumah sakit. Perawan perawat sebagai *Promoter* dimana perawat berperan untuk memberikan promosi kesehatan atau pendidikan serta menghimbau kepada ibu setelah menjalanin Post Op. *kista ovarium* supaya tidak terjadi resiko infeksi pada luka Post Op. Peran perawat sebagai *educator* yaitu memberikan informasi kepada ibu tentang cara perawatan luka, tanda-tanda infeksi pada luka serta hal-hal yang perlu diwaspadai saat pasien dirumah. Peran sebagai *collabolator* yaitu dengan berkolaborasi bersama tenaga kesehatan lain seperti dokter, ahli gizi, farmasi, fisioterapi dan tenaga laboratorium medik. Peran perawat sebagai *advocate* juga dibutuhkan sebagai pembelahak pasien dengan *Post Op. Kista Ovarium*. Perawat juga berperan dalam segi preventif perawat dapat memantau resiko infeksi agar tidak terjadi. Perawat juga mempunyai peran dalam segi kuratif atau pengobatan. Perawat juga berkolaborasi untuk pemberian analgesic pasca operasi, pemberian antibiotic untuk mencegah infeksi pada bekas luka operasi dan perawatan luka. Pada tindakan keperawatan rehabilitative perawat menganjurkan ambulasidini, Teknik relaksasi nafas dalam,dan istirahat yang cukup sesuai dengan yang disarankan.

Melihat pentingnya peran perawat dalam proses pemulihan pasien post op. *kista ovarium*, maka perawat perlu memahami dan melengkapi diri tentang asuhan keperawatan pada pasien Ny.A. oleh karena itu penulis sebagai calon perawat akan membahas mengenai "Asuhan Keperawatan pada Ny.A Post Op. *Kista Ovarium* di Rumah Sakit Swasta di Bekasi Dimasa Pandemi COVID-19".

## **B. Tujuan**

### **1. Tujuan Umum**

Diperolehnya pengalaman secara nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada Ny. A dengan Gangguan Sistem Reproduksi "Post Op. *Kista Ovarium*" Di Ruang E. Rumah Sakit Swasta Bekasi Dimasa Pandemi COVID-19.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada Ny.A dengan Gangguan Sistem Reproduksi "Post Op. *Kista Ovarium*" Di Ruang E. Rumah Sakit Swasta Bekasi Dimasa Pandemi COVID-19.
- b. Menentukan masalah keperawatan pada Ny.A dengan Gangguan Sistem Reproduksi "Post Op. *Kista Ovarium*" Di Ruang E. Rumah Sakit Swasta Bekasi Dimasa Pandemi COVID-19.
- c. Merencanakan asuhan keperawatan pada Ny.A dengan Gangguan Sistem Reproduksi "Post Op. *Kista Ovarium*" Di Ruang E. Rumah Sakit Swasta Bekasi Dimasa Pandemi COVID-19.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan perencanaan pada Ny.A dengan Gangguan Sistem Reproduksi "Post Op. *Kista Ovarium*" Di Ruang E. Rumah Sakit Swasta Bekasi Dimasa Pandemi COVID-19.
- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada Ny.A dengan "Post Op. *Kista Ovarium*" Di Ruang E. Rumah Sakit Swasta Bekasi Dimasa Pandemi COVID-19.

- f. Mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat pada teori dan praktik pada kasus Ny.A dengan “ Post Op. *Kista Ovarium*” Di Ruang E. Rumah Sakit Swasta Bekasi Dimasa Pandemi COVID-19.
- g. Mengidentifikasi faktor- factor pendukung, penghambat, sertamencarisolusi/ alternatif pemecahan masalah pada Ny.A dengan “Post Op. *Kista Ovarium*” Di Ruang E. Rumah Sakit Swasta Bekasi Dimasa Pandemi COVID-19.
- h. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada klien Ny. A dengan Gangguan Sistem Reproduksi “Post Op. *Kista Ovarium*” Di Ruang E. Rumah Sakit Swasta Bekasi Dimasa Pandemi COVID-19.

### **C. Ruang Lingkup**

Dalam penyusunan makalah ilmiah ini, penulis melakukan Asuhan Keperawatan pada klien Ny. A dengan Gangguan Sistem Reproduksi “Post Op. *Kista Ovarium*” Di Ruang E. Rumah Sakit Swasta Bekasi Dimasa Pandemi COVID-19 dari tanggal 31 April 2021 sampai dengan 2 Mei 2021.

### **D. Metode Penulisan**

Penulisan makalah ilmiah ini menggunakan metode deskriptif yaitu memaparkan atau menggambarkan pemberian asuhan keperawatan pada Ny. A dengan Gangguan Sistem Reproduksi “Post Op. *Kista Ovarium*” melalui pendekatan proses keperawatan secara naratif. Untuk melengkapi makalah ini penulismerujukberbagai sumber literasidan teknik penulisan:

1. Studi kasus yaitu dengan memberikan asuhan keperawatan secara langsung sehingga dapat memperoleh data yang akurat dari klien dan keluarga.
2. Studi dokumentasi yaitu dengan cara melihat catatan keperawatan dan catatan medis yang berhubungan dengan klien.
3. Studi kepustakaan yaitu dengan teknik mempelajari dan membaca data berdasarkan buku-buku yang berhubungan dengan kasus maupun media cetak dan media elektrotronik.

## **E. Sistematika Penulisan**

Dalam penulisan makalah ilmiah ini secara sistematis disusun menjadi lima bab yang terdiri dari : BAB I Pendahuluan, yang terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, rumusan masalah, ruang lingkup, metode penulisan, dan sistematika penulisan, BAB II Tinjauan Teori, terdiri dari pengertian gangguan system reproduksi *Kista Ovarium*, patofisiologi atau proses penyakit *Kista Ovarium*, etiologi *Kista Ovarium*, manifestasi klinis *Kista Ovarium*, komplikasi *Kista Ovarium*, penatalaksanaan medis, pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan, BAB III Tinjauan Kasus, terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi keperawatan, BAB IV Pembahasan, terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi keperawatan, BAB V Penutup terdiri dari kesimpulan dan saran.

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **A. Pengertian Kista Ovarium**

*Kista ovarium* adalah suatu teradinya pengumpulan cairan yang dapat terjadi pada indung telur atau disebut juga ovarium. Cairan ini dibungkus oleh selaput yang terbentuk dari lapisan terluar ovarium (Imade, 2013).

*kista ovarium* (kista indung telur) yaitu kantung yang berisi berupa cairan, kantung ini berukuran kecil yang terletak diindung telur yang disebut juga ovarium. Kista infung telur dapat terbentuk kapan saja (Setyorini, 2014).

#### **B. Etiologi**

##### 1. Masalah Hormonal

Kista fungsional biasanya hilang sendiri tanpa melakukan pengobatan. Kista dapat disebabkan oleh masalah hormonal atau pengaruh obat untuk membantu merangsang ovulasi.

##### 2. Endometriosis

Jaringan endometriosis menyebar ke ovarium lalu tumbuh disana. Kista ini bisa menyakitkan saat “berhubungan” dan selama menstruasi.

##### 3. Kehamilan

*Kista ovarium* biasanya berkembang pada awal kehamilan untuk membantu mendukung kehamilan sampai plasenta terbentuk. Kista akan tetap ada walaupun setelah melahirkan.

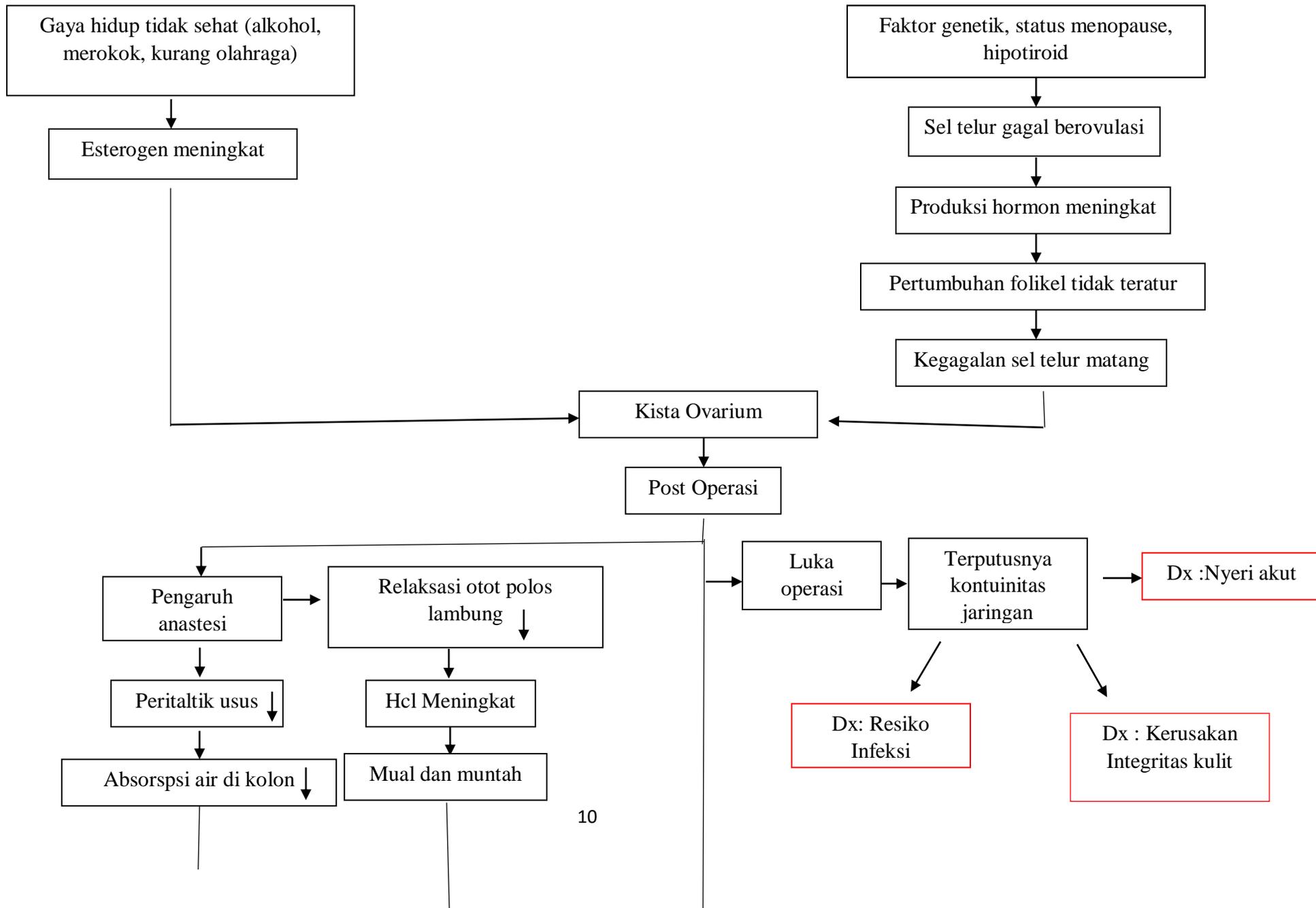
##### 4. Infeksi panggul yang parah dapat terjadi infeksi yang dapat menyebar ke ovarium dan tuba falopi sehingga menyebabkan terbentuknya kista (Mayo clinic Staff, 2017).

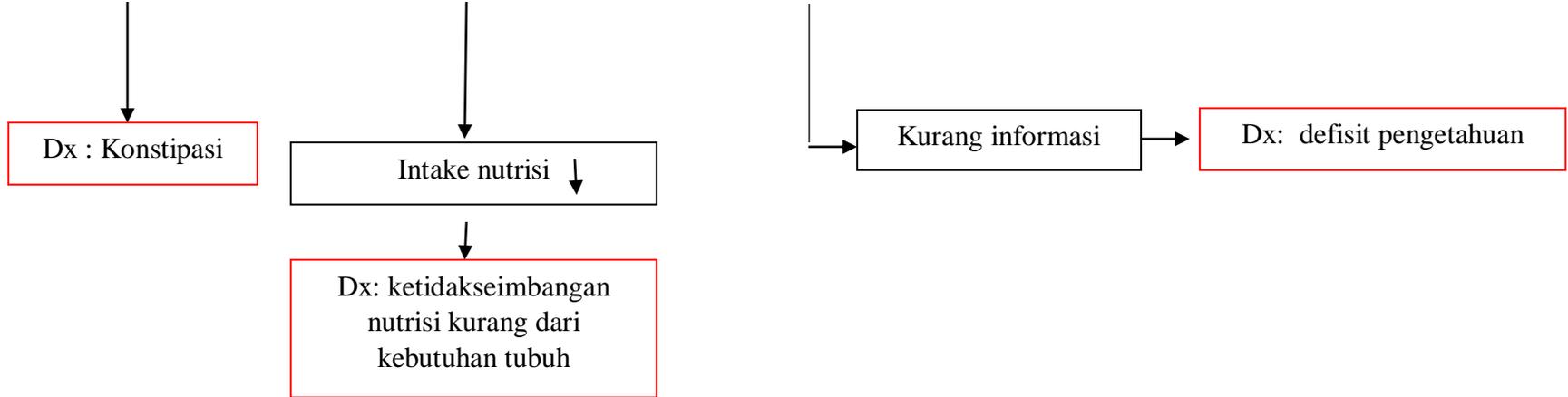
### **C. Patofisiologi**

Ovulasi dapat terjadi akibat adanya interaksi antara hipotalamus, hipofisi, ovarium dan endometrium. Perkembangan dan pematangan folikel ovarium terjadi dikarenakan akibat rangsangan dari kelenjar hipofisi. Rangsangan yang terus menerus datang dan ditangkap oleh panca indra dapat diteruskan ke hipofisis anterior melalui aliran portal hipotalamohipofisial. Setelah sampai di hipofisis anterior, GnRH akan mengikat sel gonadotropin dan merangsang pengeluaran FSH (folikel Stimulating Hormone) dan LH (Luteinizing Hormone) dimana FSH dan LH dapat menghasilkan hormon estrogen dan progesterone (Nurarif H. Amin&Kusuma Hardi., 2013).

Ovarium berfungsi dapat menghasilkan hormone estrogen dan hormone progesteron yang normal. Hal tersebut pada sejumlah hormon dan kegagalan pembentukan salah satu hormone dapat mempengaruhi fungsi ovarium. Ovarium tidak dapat berfungsi dengan secara normal jika tubuh wanita tidak dapat menghasilkan hormone hipofisis dalam jumlah yang tepat. Fungsi ovarium yang abnormal dapat menyebabkan penimbunan folikel yang terbentuk secara tidak sempurna didalam ovarium. Folikel tersebut gagal mengalami pematangan dan gagal melepas sel telur. Dimana kegagalan tersebut terbentuk secara tidak sempurna di dalam ovarium dan hal tersebut dapat mengakibatkan terbentuknya kista di dalam ovarium, serta menyebabkan infertilitas pada seorang wanita (Manuaba, 2010).

#### D. Pathflow





Sumber : (Arif, dkk, 2016), (Nanda, 2015), (Prawirohardjo, 2011), (Wiknjastro, 2008).

## **E. Manifestasi Klinis**

1. Sering tanpa gejala
2. Nyeri saat menstruasi
3. Nyeri dibagian perut bagian bawah
4. Nyer pada saat berhubungan badan
5. Nyeri pada punggung terkadang menjalar sampai ke kaki
6. Terkadang disertai nyeri saat buang air kecil atau pada saat buang air besar, siklus menstruasi tidak teratur, dapat terjadi jumlah darah yang keluar banyak (Nugroho, 2014)

## **F. Klasifikasi Kista Ovarium**

1. Kista Ovarium non-neoplastik
  - a. Kista Folikel merupakan struktur normal dan fisiologis yang berasal dari kegagalan resorpsi cairan folikel yang tidak dapat berkembang secara sempurna. Kista folikel dapat tumbuh menjadi besar setiap bulannya sehingga sejumlah folikel tersebut dapat mati dengan disertai kematian ovum. Kista folikel dapat terjadi pada Wanita muda yang masih menstruasi. Diameter kista berkisar 2 cm, kista folikel biasanya tidak bergejala dan dapat menghilang dalam waktu <60 hari. Jika muncul gejala, biasanya menyebabkan interval antar menstruasi yang sangat pendek atau Panjang. Pemeriksaan untuk kista <4 cm adalah pemeriksaan ultrasonografi awal dan pemeriksaan ulang dalam waktu 4-8 minggu. Sedangkan pada kista >4 cm atau kista menetap dapat diberikan pemberian kontrasepsi oral selama 48 minggu yang akan menyebabkan kista menghilang sendiri
  - b. Kista Lutein ini dapat terjadi pada kehamilan, lebih jarang diluar kehamilan. Kista luteum yang sesungguhnya, umumnya berasal dari korpus luteum hematoma. Perdarahan kedalam ruang korpus selalu terjadi pada masa yaskularisasi. Bila perdarahan ini sangat banyak jumlahnya terjadilah

korpusluteum hematoma yang berbanding tipis dan berwarna kekuning-kuningan. Biasanya gejala-gejala yang ditimbulkan sering menyerupai kehamilan ektopik.

- c. Kista Stain Leventhal Ovary biasanya kedua ovarium membesar dan bersifat polikistik, permukaan rata, berwarna keabu-abuan dan berdinding tebal, pada pemeriksaan mikroskopis akan tampak unika yang tebal dan fibrotic. Dibawahnya tampak folikel dalam bermacam-macam stadium, tetapi tidak di temukan korpus luteum. Secara klinis memberikan gejala yang disebut stain-leventhal syndrome dan kelainan ini merupakan penyakit hereditas yang autosomal dominant.
- d. Kista Korpus Luteum merupakan jenis kista yang jarang terjadi. Kista korpus berukuran  $\geq 3$  cm, dan diameter kista sebesar 10 cm. Kista tersebut dapat timbul karena waktu pelepasan sel telur terjadi perdarahan dan bisa pecah yang sering kali perlutindakan operasi (kistektomi ovarii) untuk mengatasinya. Keluhan yang biasa dirasakan dari kista tersebut yaitu rasa sakit yang berat di rongga panggul terjadi selama 14- 60 hari setelah periode menstruasi terakhir.

## 2. Neoplastic

### a. Kista Ovarium Simpleks

Kista ini mempunyai permukaan rata dan halus, biasanya bertangkai, sering kali bila teral, dan dapat menjadi besar. Dinding kista tipis dan cairan di dalam kista jernih, dan berwarna putih. Terapi terdiri atas pengangkatan kista dengan reseksi ovarium akan tetapi jaringan yang di keluarkan harus segera di periksa secara histology untuk mengetahui apakah ada keganasan atau tidak.

### b. Kista Dermoid

Kista dermoid adalah kista yang jinak dimana struktur-stuktur ektodermal dengan diferensiasi sempurna, seperti epitel kulit, rambut, gigi dan produk glandula sebacea berwarna putih kuning menyerupai lemak. Nampak lebih

menonjol dari pada elemen-elemen entoderm dan mesoderm. Tidak ada ciri-ciri yang khas pada kista dermoid. Dinding kista kelihatan putih, keabu-abuan, dan agak tipis. Konsistensi tumor sebagian kistik kenyal, dan dibagian lain padat. Sepintas lalu kelihatan seperti kista berongga satu

c. Kista Endometriosis

Merupakan kista yang terjadi karena ada bagian endometrium yang berada di luar rahim. Kista ini berkembang bersamaan dengan tumbuhnya lapisan endometrium setiap bulan sehingga menimbulkan nyeri hebat, terutama saat menstruasi dan infertilitas

d. Kista Denoma Ovarium Mucinosum

Merupakan kista yang terjadi karena ada bagian endometrium yang berada di luar rahim. Kista ini berkembang bersamaan dengan tumbuhnya lapisan endometrium setiap bulan sehingga menimbulkan nyeri hebat, terutama saat menstruasi dan infertilitas

e. Kista Denoma Ovarium Serosum

Asal tumor ini belum diketahui dengan pasti. Namun, kista tersebut bias berasal dari suatu teroma dimana dalam pertumbuhannya satu elemen menghalang elemen-elemen lain. Selain itu, kista tersebut juga berasal dari lapisan germinativum (Anwar Prabu Mangkunegara, 2017).

## **G. Komplikasi**

1. Perdarahan ke dalam kista

Perdarahan kista biasanya terjadi sedikit-sedikit dan berangsur menyebabkan pembesaran pada kista dan menimbulkan gejala klinik yang minimal. Tetapi jika perdarahan terjadi tiba-tiba dengan jumlah pengeluaran darah yang banyak dapat menimbulkan distensi cepat dan nyeri abdomen secara mendadak.

2. Torsio (putaran tangkai)

Torsio dapat terjadi pada tumor dengan diameter 5 cm ataupun lebih. Kondisi yang dapat mempermudah toriso yaitu saat kehamilan dikarenakan

uterus yang membesar dapat merubah letak tumor dan dapat terjadi perubahan mendadak pada ronggan perut saat setelah persalinan putaran tangkai menimbulkan tarikan ligamentum infudibulopelvikum terhadap peritoniumparietale yang menimbulkan rasa sakit. Jika putaran tangkai berjalan akan menimbulkan nekrosishemoragik dalam tumor jika tidak segera dilakukan tindakan dapat terjadi meronek dinding kista dengan perdarahan abdominal atau perdarahan sekunder. Jika puteran tangkai terjadi perlahan tumor dapat melekat pada omentum.

3. Infeksi pada tumor

Infeksi tumor dapat terjadi apabila dekat dengan tumor terdapat sumber kuman patogen, seperti appendisitis, divertikulitis atau salpingitis akuta.

4. Robek dinding kista (rupture)

Robek dinding kista terjadi pada putaran tangkai tetapi dapat pula akibat jatuh, trauma atau berhubungan intim. Kista yang berisi cairan serus, rasa nyeri muncul akibat robekan dan iritasi peritoneum akan segera berkurang. Tetapi jika terjadi robekan dinding kista dapat terjadi emoragik akut, perdarahan akan terus berlangsung kedalam rongga peritonium dan menimbulkan nyeri terus menerus disertai tanda abdomen akut

5. Perubahan keganasan

Perubahan keganasan dapat terjadi pada kista jinak. Setelah dilakukan operasi pada tumor perlu dilakukan pemeriksaan mikroskopik terhadap kemungkinan perubahan keganasan. Adanya asiter dapat dicurigai tumor mengalami metastase memperkuat diagnosis keganasan (prawirohardjo, 2014).

## H. Pemeriksaan Penunjang

1. Ultrasound atau scan CT : Menentukan letak, batas, dan permukaan tumor melalui abdomen atau vagina, apakah tumor berasal dari ovarium, uterus, atau kandung kemih, dan apakah tumor kistik atau solid
2. Laparoscopi : Menentukan asal dan sifat tumor, apakah tumor tersebut berasal dari ovarium atau tidak, dan apakah jenis tumor tersebut termasuk jinak atau ganas.
3. Pemeriksaan darah : Tespe tanda tumor (tumor marker) CA 125 adalah suatu protein yang konsentrasinya sangat tinggi pada sel tumor khususnya pada kanker ovarium. Lalu, sel tersebut diproduksi oleh sel jinak sebagai respon terhadap keganasan.
4. Foto Rontgen : Pemeriksaan ini berguna untuk menentukan adanya Hidrotoraks, apakah di bagian dada terdapat cairan yang abnormal atau tidak seperti gigi dalam tumor (Nurarif, 2015).

## I. Penatalaksanaan Post Op. Kista Ovarium

### a. Observasi post op

Perawatan pasca operasi setelah pembedahan untuk mengangkat kista ovarium adalah serupa dengan perawatan setelah pembedahan abdomen dengan satu pengecualian penurunan tekanan intra abdomen yang di akibatkan oleh pengangkatan kista yang besar biasanya mengarah pada distensi abdomen yang berat. Hal ini dapat dicegah dengan memberikan gurita abdomen sebagai penyangga.

### b. Operasi

Jika kista membesar maka lakukan Tindakan pembedahan yang dilakukan pengambilan kista dengan Tindakan laparoscopi atau laparotomi. Biasanya untuk laparoscopi diperbolehkan pulang pada hari ke-3 atau ke-4, sedangkan untuk laparotomi diperbolehkan pulang hari ke-8 atau ke-9 (Nugroho, 2012).

## **J. Konsep Asuhan Keperawatan**

### **1. Pengkajian**

a. Identitas klien

Identitas yang perlu dikaji pada klien dengan kista ovarium adalah nama, umur, agama, suku/bangsa, pendidikan, pekerjaan, golongan darah, diagnosa meds, status material, dan alamat.

b. Keluhan utama

Keluhan utama pada klien dengan Post op. *Kista Ovarium* yaitu merasakan nyeri di luka Post operasi, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul, nyeri tidak menyebar keseluruh tubuh

c. Riwayat penyakit sekarang

Keluhan utama yang dirasakan klien dengan kista ovarium adalah klien biasanya mengeluh nyeri pada perut kanan bawah dan menstruasi tidak teratur. Pada saat dilakukan pengkajian klien mengatakan perasaan penuh dan tertekan di perut bagian bawah, klien biasanya merasa berat pada daerah pelvis dan cepat merasa lelah.

d. Riwayat penyakit dahulu

Yang perlu dikaji riwayat kesehatan dahulu apakah klien pernah mengalami penyakit ini sebelumnya, apakah klien ada mengalami penyakit molahidatidosan atau kehamilan anggur dan kehamilan ektopik.

e. Riwayat penyakit keluarga

Dikaji dalam keluarga apakah keluarga mempunyai penyakit keturunan seperti diabetes melitus, hipertensi, jantung, penyakit kelainan darah dan riwayat kelahiran kembar dan riwayat penyakit mental. Tanyakan apakah ada keluarga yang menderita penyakit yang sama dengan klien (Nugroho, T., 2014)

f. Riwayat obsterti

Untuk mengetahui riwayat obsterti pada kista ovarium yang perlu dikaji adalah :

1) Keadaan haid

Dikaji tentang Riwayat menarche dan haid terakhir, sebab mioma uteri tidak pernah ditemukan sebelum menarche dan mengalami atrofi pada masa menopause.

2) Riwayat kehamilan dan persalinan

Jumlah kehamilan dan anak yang hidup mempengaruhi psikologi klien dan keluarga terhadap hilangnya organ kewanitaan.

g. Pola kebiasaan sehari-hari menurut Virginia Henderson

1) Respirasi

Respirasi bias meningkat atau menurun

2) Nutrisi

Biasanya klien mengalami gangguan dalam memenuhi kebutuhan nutrisinya, klien mengalami anoreksia, mual-muntah, intoleransi makanan, penurunan berat badan. Klien biasanya memiliki kebiasaan diet buruk: rendah serat, tinggi lemak, adiktif, bahan pengawet.

3) Eliminasi

Klien dengan kista ovarium mengalami perubahan buang air kecil: nyeri saat berkemih, hematuri, sering berkemih. Resiko urin paling umum terjadi setelah pembedahan ginekologi, klien yang hidrasiya baik biasanya kencing setelah 6 sampai 8 jam setelah pembedahan. Jumlah output urine yang sedikit akibat kehilangan cairan tubuh saat operasi, muntah akibat anestesi

4) Istirahat/tidur

Klien biasanya mengalami gangguan dalam istirahat/tidurnya karena nyeri dan ketidaknyamanan yang dirasakannya

- 5) Mempertahankan temperature tubuh dan sirkulasi  
Pada klien dengan kista ovarium biasanya tidak mengalami gangguan dalam hal tempera turtubuh, suhu tubuh 37,5°C.
- 6) Kebutuhan personal hygiene  
Kebersihan diri merupakan pemeliharaan Kesehatan untuk diri sendiri, dimana kebutuhan personal hygiene klien dengan kista ovarium tidak mengalami gangguan. Sedangkan pada klien post operasi dibantu oleh keluarganya.
- 7) Aktivitas  
Pada klien dengan kista ovarium naktivitasnya terganggu, pekerjaan/kegiatan sehari-hari tidak mampu dilakukan maksimal karena keadaannya yang semakin lemah. Sedangkan pada klien post operasi kista ovarium klien mengalami keterbatasan aktivitas.
- 8) Gerak dan keseimbangan tubuh  
Aktivitas berkurang, tidak bias berjalan karena nyeri akibat adanya trauma pembedahan.
- 9) Kebutuhan berpakaian  
Klien dengan kista ovarium tidak mengalami gangguan dalam memenuhi kebutuhan berpakaian tersebut. Sedangkan pada klien post operasi mioma klien mengalami gangguan dalam pemenuhan kebutuhan berpakaian.
- 10) Kebutuhan keamanan  
Kebutuhan keamanan ini perlu dipertanyakan apakah klien tetap merasa aman dan terlindungi oleh keluarganya. Klien mampu menghindari bahaya dari lingkungan.
- 11) Sosialisasi  
Bagaimana klien mampu berkomunikasi dengan orang lain dalam mengekspresikan emosi, kebutuhan, kekhawatiran dan opini. Faktor stress (pekerjaan, keuangan, perubahanperan), cara mengatasi stress (keyakinan, merokok, minum alcohol dan lain-lain). Klien ada

masalah dalam perubahan dalam penampilan : pembedahan, bentuk tubuh, klien menyangkal, menarik diri, marah

12) Kebutuhan spiritual

Pada kebutuhan spiritual ini tanyakan apakah klien tetap menjalankan ajaran agamanya atau adakah terhambat karena keadaan yang sedang dialami, Kebutuhan bermain dan rekreasi.

13) Kebutuhan bermain dan rekreasi

Klien dengan kista ovarium biasanya tidak dapat memenuhi kebutuhan bermain dan rekreasi karena dalam kondisi yang lemah

14) Kebutuhan belajar

Bagaimana klien berusaha belajar, menemukan atau memuaskan rasa ingin tahu yang mengarah pada perkembangan yang normal, Kesehatan dan penggunaan fasilitas Kesehatan yang tersedia.

**K. Pemeriksaanfisik**

a. Keadaan umum

Keadaan umum biasanya lemah.

b. Kesadaran

Kesadaran klien biasanya composmentis, sedangkan kesadaran klien dengan post operasi pengangkat kista biasanya somnolen sampai composmentis.

c. Tanda-tanda vital

Tekanandarah : normal atau menurun < 120/90 mmHg.

Nadi : nadi meningkat > 90x/menit

Suhu : suhu 37,5°C

Respirasi : respirasi normal atau meningkat

## L. Pemeriksaan *head to toe*

### a. Kepala

Meliputi bentuk wajah apakah simetris atau tidak, keadaan rambut dan keadaan kulit kepala.

### b. Wajah

Yang perlu dikaji adalah warna kulit apakah pucat atau tidak, bentuk wajah apakah lonjong atau oval

### c. Mata-telinga-hidung

Pada daerah wajah dikaji bentuk wajah, keadaan mata, hidung, telinga , mulut dan gigi.

### d. Leher

Perlu dikaji apakah terdapat benjolan pada leher, pembesaran vena jugularis dan adanya pembesaran kelenjar tiroid.

### e. Dada dan punggung

Peril dikaji kesimetrisan dada, adaitidaknyaretraksi *intercostae*, pernafasan tertinggal, suara *wheezing*, *ronchi*, bagaimana irama dan frekuensi pernapasan, pada jantung dikaji bunyi jantung (interval) adalah bunyi *galop*, mur-mur.

### f. Payudara/mammae

Apakah puting menonjol atau tidak, aerola menghitam, kolostrum.

### g. Abdomen

Ada tidaknya distensi abdomen, bagaimana dengan luka operasi, adakah perdarahan, perabaan hepar, ginjal, dan hati, bagaimana dengan bising usus, adakah nyeri tekan

### h. Ekstremitas atas dan bawah

#### 1) Ekstremitas atas

Kesimterisannya, ujung-ujung jari sianosis atau tidak, ada tidaknya oedem klien dengan post operasi biasanya terpasang infus.

## 2) Ekstremitas bawah

Kesimetrisannya, ada tidaknya oedema, bagaimana dengan pergerakannya biasanya klien dengan post operasi sering takut menggerakkan kakinya, refleksi patella, adakah tanda-tanda thrombosis vena.

### i. Genitalia

Adakah pengukuran lochea, bagaimana warnanya, banyaknya, bau serta adakah oedema vulva, bagaimana posisi cateter terpasang dengan baik atau tidak, apakah lancar dan bagaimana kebersihan klien pada post operasi yang biasanya akan tampak kotor karena banyak darah yang belum dibersihkan.

## M. DiagnosaKeperawatan

Diagnosa Keperawatan menurut (SDKI, 2016), antara lain :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik (prosedur operasi)
- b. Resiko infeksi berhubungan dengan Efek prosedur invasif
- c. Nutrisi berhubungan dengan factor psikologis (keengganan untuk makan)
- d. Gangguan mobilisasi fisik berhubungan dengan nyeri
- e. Konstipasi berhubungan dengan efek agen farmakologis
- f. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan penurunan mobilisasi
- g. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

## N. IntervensiKeperawatan

- a. Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik (prosedur operasi)

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama...x 24 jam diharapkan nyeri dapat hilang, dengan kriteria hasil :

- a. Keluhannya cukup menurun (4)
- b. Meringis cukup menurun (4)
- c. Sikap protektif cukup menurun (4)
- d. Pola napas cukup membaik (4)
- e. Tekanan darah cukup membaik (4)
- f. Frekuensi nadi cukup membaik (4)

Intervensi menurut (SIKI, 2018)

**Observasi :**

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

**Terapeutik :**

- 1) Berikan Teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aroma terapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat atau dingin, terapi bermain).
- 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri ( mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)

- 3) Fasilitasi istirahat dan tidur
- 4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

**Edukasi :**

- 1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- 2) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- 3) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
- 4) Ajarkan Teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

**Kolaborasi :**

- 1) kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

b. Resiko infeksi berhubungan dengan Efek prosedur invasif

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x24 jam diharapkan pasien dapat meningkatkan pertahanan tubuh dengan kriteria hasil :

- a. Pasien tidak menunjukkan adanya atanda-tanda infeksi ; demam, kemerahan, nyeri, bengkak menurun (5)
- b. Kadar sel darah putih leukosit membaik (5)
- c. Demam cukup menurun (4)
- d. Kemerahan cukup menurun (4)
- e. Bengkak cukup menurun (4)
- f. Kultur area luka (4)

Intervensi :

**Observasi :**

- 1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik

**Terapeutik :**

- 1) Batasi jumlah pengunjung
- 2) Berikan perawatan luka pada hari ke-2
- 3) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
- 4) Pertahankan tehnik aseptik

**Edukasi:**

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

**Kolaborasi:**

- 1) Kolaborasi pemberian imunisasi

c. Defisit nutrisi berhubungan dengan factor psikologis (keengganan untuk makan)

**Tujuan :**

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama...x 24 jam diharapkan deficit nutrisi dapat terpenuhi, dengan kriteria hasil :

- a. Porsi makan yang dihabiskan cukup meningkat (4)
- b. Berat badan cukup membaik (4)
- c. Indeks massa tubuh (IMT) cukup membaik (4)
- d. Frekuensi makan cukup membaik (4)
- e. Nafsu makan cukup membaik (4)

- f. Bising usus cukup membaik (4)

#### Intervensi

##### **Observasi :**

- 1) Identifikasi status nutrisi
- 2) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan
- 3) Identifikasi makanan yang disukai
- 4) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient
- 5) Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric
- 6) Monitor asupan makanan
- 7) Monitor berat badan
- 8) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium

##### **Terapeutik :**

- 1) Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu
- 2) Fasilitasi menentukan pedoman diet ( mis. Piramida makanan)
- 3) Sajikan makanan secara menarik dan suhu sesuai
- 4) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
- 5) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein
- 6) Berikan suplemen makanan, jika perlu
- 7) Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastric jika asupan oral dapat ditoleransi

##### **Edukasi :**

- 1) Anjurkan posisi duduk, jika mampu
- 2) Ajarkan diet yang diprogramkan

##### **Kolaborasi :**

- 1) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan ( mis. Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu

- 2) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu

e. Gangguan mobilisasi fisik berhubungan dengan nyeri

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x24 jam diharapkan mobilitas pasien meningkat dengan kriteria hasil :

- a. Pergerakan aktivitas meningkat (5)
- b. Kekuatan otot meningkat (5)
- c. Nyeri menurun (5)
- d. Kecemasan menurun (5)
- e. Kaku sendi menurun (5)
- f. Kelemahan fisik menurun (5)

Intervensi :

**Observasi :**

- 1) Identifikasi nyeri atau keluhan fisik
- 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
- 3) Monitor tekanan darah dan nadi sebelum memulai pergerakan
- 4) Monitor keadaan umum saat melakukan pergerakan

**Terapeutik :**

- 1) Fasilitasi pergerakan pada pasien
- 2) Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik
- 3) Libatkan keluarga dalam meningkatkan ambulasi

**Edukasi :**

- 1) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
- 2) Anjurkan melakukan ambulasi dini

- 3) Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (berjalan dari tempat tidur ke kursi, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)

f. Konstipasi berhubungan dengan efek agen farmakologis

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama...x 24 jam diharapkan konstipasi tidak terjadi, dengan kriteria hasil :

- a. Kontrol pengeluaran feses sedang
- b. Keluhan defekasi lama dan sulit cukup menurun
- c. Konsistensi feses
- d. Frekuensi BAB cukup membaik
- e. Peristaltik usus cukup membaik

Intervensi :

**Observasi :**

- 1) Periksa tanda dan gejala kontipasi
- 2) Periksa pergerakan usus, karakteristik feses ( konsistensi, bentuk, volume dan warna)
- 3) Identifikasi factor resiko kontipasi ( mis.obat-obatan, tirah baring, dan diet rendah serat)
- 4) Monitor tanda dan gejala ruptur usus dan peritonitis

**Terapeutik :**

- 1) Anjurkan diet tinggi serat
- 2) Lakukan masase abdomen, jika perlu
- 3) Lakukan evakuasi feses secara manual, jika perlu
- 4) Berikan enema atau irigasi, jika perlu

**Edukasi :**

- 1) Jelaskan etiologi masalah dan alasan Tindakan
- 2) Anjurkan peningkatan asupan cairan, jika tidak ada kontraindikasi
- 3) Latih buang air besar secara teratur
- 4) Ajarkan cara mengatasi konstipasi atau impaksi

**Kolaborasi**

- 1) Konsultasi dengan tim medis tentang penurunan atau peningkatan frekuensi suara usus
- 2) Kolaborasi penggunaan obat pencahar, jika perlu.

**g. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan penurunan mobilisasi****Tujuan :**

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x24 jam diharapkan gangguan integritas kulit tidak terjadi dengan kriteria hasil :

- a. Elastisitas cukup meningkat (4)
- b. Hidrasi cukup menurun (2)
- c. Kerusakan lapisan kulit cukup menurun (4)
- d. Nyeri cukup menurun (4)
- e. Kemerahan cukup menurun (4)
- f. Suhu kulit cukup membaik (4)

**Intervensi :****Observasi :**

- 1) Monitor karakteristik luka (mis. Drainasie, warna, ukuran, bau)
- 2) Monitor tanda-tandainfeksi

**Terapeutik :**

- 1) Lepaskan balutan dan plester secara perlahan
- 2) Cukur rambut disekitar daerah luka, jika perlu
- 3) Bersihkan dengan cairan NaCL atau pembersih non tokrit, sesuai kebutuhan
- 4) Bersihkan jaringan nekrotik
- 5) Berikan salep yang sesuai kulit atau lesi, jika perlu
- 6) Pasang balutan sesuai jenis luka
- 7) Pertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka
- 8) Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase
- 9) Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien
- 10) Berikan diet dengan kalori 30-35 kkal/kgBB/hari dan protein 1,25-1,5 g/kgBB/hari
- 11) Berikan suplemen vitamin dan mineral ( mis. Vitamin A, vitamin C zinc, asam amino) sesuai indikasi
- 12) Berikan terapi TENS ( stimulasi saraf transcutaneous), jika perlu

**Edukasi :**

- 1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- 2) Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein
- 3) Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri

**Kolaborasi :**

- 1) Kolaborasi prosedur debridement ( mis.enimatik, biologis, mekanis, autolik), jika perlu
- 2) Kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu

h. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x24 jam diharapkan terpapar informasi terpenuhi dengan kriteria hasil :

- a. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topic cukup meningkat (4)
- b. Verbalisasi minat dalam belajar cukup meningkat (4)
- c. Perilaku sesuai dengan pengetahuan cukup meningkat (4)

Intervensi :

**Observasi :**

- 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- 2) Identifikasi kebutuhan keselamatan berdasarkan tingkat fungsi fisik, kognitif dan kebiasaan
- 3) Identifikasi bahaya keamanan dilingkungan (mis. Fisik, biologi dan kimia)

**Terapeutik :**

- 1) Sediakan materi dan Pendidikan Kesehatan
- 2) Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan
- 3) Berikan kesempatan untuk bertanya

**Edukasi :**

- 1) Anjurkan menghilangkan bahaya lingkungan
- 2) Anjurkan menyediakan alat bantu (mis. pegangantangan, keset anti slip)
- 3) Anjurkan menggunakan alat pelindung ( mis.restrain, rel samping, penutup pintu, pagar, pintu gerbang)
- 4) Informasikan nomor telfon darurat
- 5) Anjurkan melakukan program skrining lingkungan ( mi.timah, radon)

- 6) Ajarkan individu dan kelompok berisiko tinggi tentang bahaya lingkungan

**Kolaborasi :**

- 1) Kolaborasi dengan pihak lain untuk meningkatkan keamanan lingkungan.

**O. Implementasi keperawatan**

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Bausat, 2016).

**P. Evaluasi keperawatan**

Evaluasi keperawatan adalah kegiatan yang terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan (Manurung, 2011).

## **BAB III**

### **TINJAUAN KASUS**

#### **A. Pengkajian Keperawatan**

##### Data Dasar

pada tanggal 28 April 2021, Jam 14.00 WIB, No Register 43-04-21. Diagnosa Medis *Kista Ovarium*. Pasien dirawat diruang Euphorbia nomor 327.3. Tanggal pengkajian 30 April 2021 pukul 09.00 WIB.

##### 1. Identitas Pasien

Seorang perempuan bernama Ny. A (39 tahun), pendidikan terakhir S1, pasien bekerja sebagai wiraswasta suku bangsa Jawa, beragama Islam, Alamat karawang. Nama suami Tn. B (40 tahun) pendidikan terakhir S1, bekerja sebagai wiraswasta, suku bangsa Jawa, Status perkawinan yaitu menikah 1 kali dengan lama perkawinan 13 tahun.

##### 2. Resume

Ny. A (39 tahun) datang keconter rawat inap Rumah sakit swasta M Bekasi Timur untuk menjalani pemeriksaan persiapan operasi kista ovarium. Jenis pemeriksaan yang dilakukan adalah pemeriksaan laboratorium darah lengkap, USG thorax dalam proyeksi PA, USG abdomen, Laboratorium Vries Coupe (VC), Pasien di diagnosis dengan riwayat kista ovarium. Hasil pemeriksaan yang merujuk diagnosis adalah pemeriksaan USG ( ukuran kista atas/OH :12,9 cm, OL/kista bawah : 15,11 cm, berat/OW : 11,78 gram, OVol/volume cairan : 11 ml). keluhan umum pasien merasakan nyeri di abdomen bawah sejak 5 bulan yang lalu tiap haid, nyeri dibagian abdomen bawah, pasien mengatakan nyeri dipanggul, pasien mengatakan skala nyeri 5 pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, pasien mengatakan durasi nyeri selama 4 menit, pasien mengatakan nyeri hilang timbul, pasien mengatakan sulit BAB. Penatalaksanaan untuk persiapan operasi adalah pemberian PRC 2 bag ( 500 cc) dengan hasil laboratorium darah lengkap Hb 7,8g/dl sebelum diberikan

transfusi darah, memberikan obat zaldiar 2x1 tablet melalui peroral dan ketorolac 30 gr 2x1 drip melalui intra vena. Tindakan keperawatan yang dilakukan mengatur posisi semi fowler setelah post operasi, memberikan edukasi dan mempersiapkan pasien menjalani rangkaian pemeriksaan dan memberikan dukungan atau motivasi menghadapi prosedur operasi.

Pasiendioperasipadatanggal 29 April 2021 pukul 15.00. Tindakan operasi berjalan selama 2 jam. Pukul 20.30 pasien dipindahkan dari ruang operasi keruangan perawatan. Tindakan keperawatan yang telah dilakukan yaitu observasi luka post operasi kista ovarium dengan posisi horizontal, luka tertutup kassa dan hypafix, tidak ada rembesan darah yang keluar, tidak terdapat tanda-tanda infeksi disekitar luka post operasi, observasi TTV tekanan darah 135/80 mmHg, nadi 88x/menit, pernapasan 20x/menit, suhu 36,4°C, berikan terapi zaldiar 2x1 oral, dan ketorolac 30 gr 2x1 drip. Evaluasi secara umum pasien mengatakan merasakan nyeri di luka post operasi pada abdomen bawah. Pasien mengatakan skala nyeri 6 dengan durasi nyeri 3 menit, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul, nyeri hanya disekitar luka post operasi, pasien mengatakan masih belum flatus, pasien mengatakan masih belum BAB, terpasang DC.

### 3. Riwayat Keperawatan

#### a. Keluhan Utama (saa tini)

Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 30 April 2021 pukul 09.00 WIB pasien mengatakan merasa nyeri di bagian abdomen bawah luka post operasi skala nyeri 5, pasien mengatakan nyeri hilang timbul, seperti ditusuk-tusuk, durasi nyeri selama 3 menit, tubuhnya sangat lemas dan tidak nyaman karena nyeri luka post operasi, pasien mengatakan merasa nyeri hanya disekitar luka post operasi pada abdomen bawah, tidak menjalar keseluruh tubuh, pasien mengatakan belum mau BAB.

b. Riwayat Menstruasi

Ny. A mengalami *menarche* pada usia 14 tahun, siklus menstruasi teratur, lamanya menstruasi tujuh hari, ganti pembalut tiga kali sehari, tidak ada keluhan saat menstruasi .

Ny. A mengatakan menstruasi terakhir pada tanggal 28 Maret 2021, 6 bulan terakhir perdarahan menstruasi seperti biasanya. Jumlah perdarahan menstruasi 200cc/hari (3 kali mengganti balutan/hari) menstruasi teratur.

c. Riwayat Obstetri; P: 1 A: 0 Anak Hidup: 1

Pada saat kehamilan anak pertama 39 minggu tidak ada penyulit pada masa kehamilan, persalinan dilakukan dengan (SC), penolong dokter, penyulit persalinan tidak ada, komplikasi nifas tidak ada, jenis kelamin Perempuan dengan berat badan 3700 gram, panjang badan 50 cm, keadaan anak sehat dan sekarang berusia 12 tahun.

d. Riwayat Ginekologi & Penyakit/ Pembedahan sebelumnya

Pasien mengatakan belum pernah melakukan pemeriksaan PAPSMEER, pasien mengatakan pernah mengalami pembedahan disaat melahirkan anaknya dengan melakukan (SC).

e. Riwayat Kesehatan/ penyakit Keluarga

Pasien mengatakan ibu pasien mengalami kanker serviks stadium 3 dan sekarang sudah meninggal, pasien mengatakan ayah pasien mempunyai hipertensi.

f. Riwayat Keluarga Berencana

Pasien mengatakan tidak memakai alat kontrasepsi apapun, pasien mengatakan sekasihnya dengan allah jika diberi anak lagi.

g. Riwayat Psikososial & Spiritual

Pasien mengatakan orang yang terdekat dengan pasiennya itu suami dan anak. Pasien mengatakan interaksi dalam keluarga baik. Pasien mengatakan hal yang dipikirkan saat ini yaitu terkait penyakitnya, harapan pasien mengatakan ingin cepat sehat dan tidak terkena penyakit yang sama

kembali, pasien mengatakan perubahan yang dirasakan setelah jatuh sakit yaitu cemas, stress karena penyakitnya.

h. Riwayat kebiasaan sehari-hari sebelum di rawat

1) Nutrisi/ Cairan

Pasien mengatakan biasa makan 3 kali sehari, makanan pantangan/ alergi/ yang tidak disukai tidak ada, BB sebelum sakit 65 kg (3 bulan yang lalu), TB 156 cm, keluhan tidak ada, pasien mengatakan minum 1000-1500cc/hari, pasien mengatakan suka makan bakso, pasien mengatakan terkadang suka memakan mie instan.

2) Eliminasi

Klien mengatakan biasanya BAB 1 kali sehari, dengan konsistensi padat, warnanya coklat, pasien mengatakan tidak ada keluhan pada saat BAB, BAK 5-6 kali perhari dengan warna urine kuning jernih, bau khas, pasien mengatakan tidak ada keluhan pada saat BAK.

3) Personal Hygiene

Pasien mengatakan mandi 2 kali perhari yaitu pada pagi dan sore, oral hygiene 2 kali perhari waktunya pagi dan sore. Genitalia bersih.

4) Istirahat dan tidur

Pasien mengatakan lama tidur 6 jam per hari, pasien mengatakan tidak tidurnya, pasien mengatakan kebiasaan sebelum tidur yaitu menonton televisi, tidak ada kesulitan tidur.

5) Aktivitas dan Latihan

Pasien mengatakan sekarang mengajar melalui daring dan berwiraswasta, Pasien mengatakan jenis kegiatan olahraga yaitu *joging*, dengan frekuensi 1 kali per minggu.

6) Kebiasaan lain yang mempengaruhi kesehatan

Pasien mengatakan tidak merokok, minuman keras dan tidak ketergantungan obat.

#### 4. Pemeriksaan Fisik

##### a) Pemeriksaan Umum

- 1) Keadaan umum sakit sedang
- 2) Kesadaran composmentis.
- 3) Sistem Penglihatan

Pada saat dilakukan pemeriksaan fisik didapatkan hasil posisi metris, kelopak mata normal, pergerakan bola mata normal, konjungtiva normal/merah muda, kornea normal, sclera an-ikterik, pasien tidak memakai kacamata, pasien mengatakan dapat terlihat dengan jelas dari jarak dekat maupun jauh.

##### 4) Sistem Pernafasan

Pasien tampak tidak ada sesak nafas, frekuensi nafas 20x/menit, irama teratur dengan kedalaman dangkal, pasien tidak batuk. *Capilerrevil time* (CRT) <3 detik, Pasien mengatakan tidak mengeluh batuk, pasien mengatakan tidak ada sesak nafas, pasien mengatakan tidak sedang pilek, Hasil USG thorax : tidak tampak kelainan radiologis pada jantung dan paru, pasien tampak tidak memakai oksigen.

##### 5) Sistem Kardiovaskuler

###### a) Sirkulasi perifer

Nadi 80 kali/menit, irama teratur, denyut nadikuat, tekanan darah 133/87 mmHg, tidak ada distensi vena jugularis dibagian kanan maupun kiri ekstremitas.

###### b) Sirkulasi jantung

Palpitasi/Irama jantung teratur, pasien mengatakan tidak ada keluhan, tidak ada nyeri dada.

##### 6) Sistem Pencernaan

Pasien tampak pada gigi masih lengkap, lidah pasien tampak tidak kotor, pasien mengatakan tidak memakai gigi palsu, pasien makan ½ porsi, pasien mengatakan tidak ada kesulitan menelan, pasien mengatakan tidak ada mual dan muntah, pasien mengatakan nyeri pada luka post operasi

bagian abdomen bawah, bising usus 15 kali per menit, pasien mengatakan masih nafsu untuk makan, pasien mengatakan minum 900cc/hari, pasien mengatakan tidak ada mual dan muntah, pasien mengatakan berat badan sebelum sakit 65 kg (3 bulan yang lalu) sesudah sakit 54 kg dikarenakan melakukan diet dengan cara mengurangi porsi makan, pasien mengatakan tidak mempunyai alergi pada makanan, pasien menghabiskan  $\frac{1}{2}$  porsi makan, pasien mengatakan tidak ada muntah dan mual, konjungtiva pasien tampak anememis, IMT pasien: 22, pasien tampak tidak mual dan muntah, hasil pemeriksaan pada tanggal 29 April 2021 Hb 10,4 gr/dl sesudah diberikan transfuse darah, lingkaran lengan 24 cm, lingkaran perut : 80 cm, pemeriksaan USG abdomen pada tanggal 24 April 2021 dengan hasil : atas/OH : 12,9 cm, OL/kista bawah: 15,11 cm, berat/OW : 11,78gram, OVol/volume cairan : 11 ml.

7) Sistem Saraf Pusat

Tingkat kesadaran compos mentis, pasien tidak mengeluh pusing.

8) Sistem Perkemihan

Warna kuning jernih, volume urine (1200 cc/24 jam), tidak ada tanda-tanda infeksi di area kemaluan, Pasien mengatakan menggunakan kateter, pasien mengatakan minum 900cc/hari, pasien mengatakan masih belum mau BAB, Pasien tampak terpasang dower kateter urin no.16, Intake : Infus= 500, oral=900cc, output: Urine=1200cc, IWL=540cc. Balance cairan =1.400-1740= -340 cc/24 jam , bau khas urine, urine tampak kuning jernih, tidak ada darah pada urine.

9) Sistem Integumen

Tampak luka insisi di bagian abdomen, tampak luka operasi horizontal, keadaan luka di tutup dengan kassa dan hypafix, kulit sekitar luka insisi tidak ada tanda-tanda infeksi di area luka post operasi kista ovarium, luka tampak tidak ada pembengkakan (Tumor) yang terjadi di sekitar luka post operasi, luka post operasi tampak tidak terjadi kemerahan (Rubor), dengan ukuran panjang luka post operasi sekitar 15 cm.

#### 10) Sistem Muskuloskeletal

Hambatan aktifitas karena kelemahan fisik disebabkan oleh nyeri post operasi. Mobilisasi dan personal hygiene dibantu oleh perawat dan keluarga, Pasien mengatakan masih terbatas pergerakannya (miring dan kanan). Hambatan aktivitas karena post op. tingkat ketergantungan pasien adalah parsial care. Personal hygiene sebagian dibantu intake nutrisi sebagian dibantu, pasien direkomendasikan bedrest selama 8 jam post op.

#### 11) Pemeriksaan Payudara dan Axila

Hasil pemeriksaan bentuk payudara simetris, konsistensi lembek, tidak terdapat tanda peradangan, kelenjar pada daerah axilla tidak membesar, tidak terdapat benjolan pada payudara, kedua payudara tidak terdapat lesi

#### 12) Pemeriksaan Abdomen

Pasien mengeluh terasa nyeri pada perut bagian bawah di kuadran 3 dan 4, pasien mengatakan nyeri hilang timbul, pasien mengatakan durasi nyeri selama 3 menit, terdapat luka insisi post operasi kista ovarium, tidak terdapat tanda-tanda infeksi pada diarea sekitar luka post op, Pasien tampak tidak nyaman dengan kondisi kesehatannya sekarang, skala nyeri 5 (numeric scale) Luka post op tertutup kassa dan hypavix, tidak ada pembengkakan (tumor), tidak ada kemerahan (rubor) dan rembesan di sekitar luka, pasien tampak membatasi pergerakan, bising usus 15 kali permenit.

#### 13) Pemeriksaan Genitalia Eksterna dan Inguinal

Hasil pemeriksaan keadaan vulva bersih, rambut pubis normal, tidak terdapat cairan/pus, tidak terdapat massa, tidak terdapat tanda infeksi disekitar genitalia, keluhan lain tidak ada.

### 5. Pemeriksaan Penunjang

- 1) Hasil pemeriksaan laboratorium darah lengkap : hemoglobin 7,8g/dl (12,5-16,00), LED 133mm/jam (0-15), hematokrit 24/UL (37-47), eritrosit 3,29

juta/ul (4,20-5,40), batang 10 % (3-5), monosit 9% (2-8), MCV 74fl (78-100), MCH 24pg (27-31), clorida 109 mmol/l (98-108).

2) Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 29 April 2021

Hemoglobin 10,4 g/dl

3) USG thorax dalam proyeksi PA tanggal 24 April 2021

Kesan : tidak tampak kelainan radiologi pada jantung dan paru

4) USG abdomen pada tanggal 24 April 2021

Hasil : atas/OH: 12,9 cm, OL/kistabawah : 15,11 cm, berat/OW: 11,78 gram, OVol/volume cairan : 11 ml

5) Hasil LAB vries coupe 1 mei 2021

Catatan : jaringan dinding kista berukuran 15x8x2 cm tanpa isi, permukaan licin, tebal dinding kista +/- 0,5 cm, merah kecoklatan. Terdapat tuba Panjang 6 cm, diameter +/- 1 cm. Potong beku 2 kup

Catatan : potong beku sesuai dengan kista endometriosis tidak tampak tanda ganas

Hasil Vries coupe (VC) : Endometriosis.

## 6. Penatalaksanaan

Pasien mendapat terapi infuse berupa RL 500 cc/24 jam, NACL 0,9%/24 jam, pasien mendapatkan terapi diit lunak, obat-obatan berupa cefspan 2x200 mg melalui peroral (obat antibiotic untuk mengobati beberapa jenis penyakit infeksi seperti infeksi saluran pernapasan, infeksi saluran kemih), metromidazole 3x500 mg melalui peroral ( untuk mengobati berbagai infeksi akibat bakteri), zaldiar 2x1 tablet melalui peroral (untuk meredakan nyeri), ceftriaxone 1x2 gr melalui drip (untuk menghentikan pertumbuhan bakteri), metromidazole 3x500 gr melalui drip ( untuk mengobatiinfeksi), ketorolac 30 gr 2x1 drip melalui intra vena (untuk meredakan nyeri dan peradangan).

## **B. Data Fokus**

**Jum'at, 30 April 2021**

### **Keadaan Umum**

Data Objektif: Keadaan umum sakit sedang, kesadaran composmentis, hasil observasi tanda-tanda vital dengan tekanan darah 133/87mmHg, nadi 80x/menit, suhu 36°C, pernafasan 20x/menit. Berat badan 54 kg. Tinggi badan 154cm. IMT pasien 22.

### **KebutuhanFisiologis: Oksigenasi**

Data Subjektif :

Pasien mengatakan tidak mengeluh batuk, pasien mengatakan tidak ada sesak nafas, pasien mengatakan tidak sedang pilek.

Data Objektif :

Pasien tampak tidak ada sesaknafas, frekuensi nafas 20x/menit, irama teratur, pasien tidak batuk. *Capilerrevil time* (CRT) < 3 detik, Hasil USG thorax : tidak tampak kelainan radiologis pada jantung dan paru, pasien tampak tidak memakai oksigen.

### **KebutuhanFisiologi : Nutrisi**

Data Subjektif :

Pasien mengatakan masih nafsu untuk makan, pasien mengatakan minum 900cc/hari pasien mengatakan tidak ada mual dan muntah, pasien mengatakan berat badan sebelum sakit 65 kg (3 bulan yang lalu) sesudah sakit 54 kg dikarenakan pasien mengeluh begah pada perut saat makan. Pasien mengatakan tidak mempunyai alergi atau pantangan makanan, pasien menghabiskan ½ porsi makan, pasien mengatakan tidak memakai gigi palsu, pasien mengatakan tidak ada kesulitan menelan.

Data Objektif :

bising usus 15 kali per menit, konjungtiva pasien ananemis, IMT pasien: 22, pasien tampak tidak mual dan muntah, hasil Hb 10,4 g/dl, lingkar lengan pasien : 24 cm, lingkarperut : 80 cm, lingkarlengan 24 cm, bising usus 15 kali permenit, pemeriksaan

USG abdomen pada tanggal 24 April 2021 dengan hasil : atas/OH : 12,9 cm, OL/kista bawah: 15,11 cm, berat/OW : 11,78gram, OVol/volume cairan : 11 ml.

### **Kebutuhan Fisiologi : Eliminasi**

Data Subjektif :

Pasien mengatakan minum 900cc/hari, pasien mengatakan masih belum BAB Post op.

Data Objektif :

Terpasang dower kateter urin no.16, volume urine 1200/24 jam, Intake : Infus= 500, oral=900cc, output: IWL=540cc. Balance cairan =1.400-1740= -340 cc/24 jam , bau khas urine, urine tampak kuning jernih, tidak ada darah pada urine.

### **Kebutuhan Fisiologi : Aktivitas/Istirahat**

Data Subjektif :

Pasien mengatakan masih enggan untuk bergerak atau beraktivitas (miring kanan dan kiri) duduk dan mengangkat kaki setelah post operasi.

Data Objektif :

Kemampuan untuk beraktivitas terhambat, tingkat ketergantungan pasien adalah parsial care, personal hygiene sebagian dibantu pasien direkomendasikan bed rest 12 jam post op, Hambatan aktifitas karena kelemahan fisik disebabkan proses penyakit, ROM dan Mobilisasi dini.

### **Kebutuhan rasa aman dan nyaman**

Data subjectif

Pasien mengatakan tidak nyaman karena terpasang kateter dan pasien mengeluh terasa nyeri pada perut bagian bawah di kuadran 3 dan 4, nyeri menetap. Rasa nyeri pada perut tidak panas. Pasien mengatakan nyeri hilang timbul dan semakin terasa

jika bergerak atau beraktivitas, pasien mengatakan skala nyeri 5, pasien mengatakan merasa nyeri selama 3 menit, pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk.

#### Data objektif

Pasien tampak tidak nyaman dengan kondisi kesehatannya sekarang. Kebutuhan aktivitas dan mobilisasi tidak dapat dilakukan secara mandiri selama masa perawatan (terpasang DC dan infus). Pasien mengeluh nyeri pada perut bagian bawah kuadran 3 dan 4, skala nyeri 5 (*numeric scale*), ekspresi wajah meringis. Luka post op tertutup kassa dan hypavix, tidak ada pembengkakan (tumor), tidak ada kemerahan (rubor) dan rembesan di sekitar luka, pasien tampak membatasi pergerakan, tekanan darah 133/87 mmhg, nadi 80x/menit, pernafasan 20x/menit, pasien tampak meringis, bersikap protektif (waspada dan menghindari posisi yang memicu nyeri), berfokus pada diri sendiri, tidak ada tanda-tanda infeksi disekitar pemasangan DC

#### **Perilaku**

##### Data Subjektif :

Pasien mengatakan belum mengetahui tentang perawatan luka post,tanda-tanda infeksi. Ny.A melaporkan tidak merasa cemas lagi karena kistanya sudah diambil.

Data Objektif : Pasien bertanya bagaimana cara untuk mengetahui jika ada tanda infeksi pada luka post op dan nutrisi yang diperlukan untuk mempercepat proses pemulihannya. Terkait riwayat kista pasien sudah merasa tenang karena sudah dilakukan operasi pengangkatan kista.

### C. Analisa data

No	Data	Masalah	Penyebab
1.	<p>Data subjectif :</p> <p>Pasien mengeluh nyeri pada abdomen bawahluka post op (kista ovarium)</p> <p>Data objectif :</p> <p>a. Perilaku : pasien tampak meringis,bersikap protektif (waspada dan menghindari posisi yang memicu nyeri), berfokus pada diri sendiri.</p> <p>b. Pengkajiannyeri,  P : Nyeri post op (kista ovarium) H-  Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk,  R: Nyeri dibagian luka post op abdomen bawah kuadaran 3 dan 4  S: skala nyeri 5 (numeric scale)  T: sewaktu-waktu (hilang timbul)</p> <p>c. Pengakajian TTV  TD meningkat (133/87 mmhg), pola nafas berubah, nadi 80x/menit, pernafasan 20x/menit, saturasi oksigen 99%</p> <p>d. Ekspresi wajah meringis. Pasien tampak tidak nyaman dengan kondisi kesehatanya sekarang.</p>	Nyeri Akut	Agen pencedera fisik : prosedur operasi

2	<p>Data Subjectif:</p> <p>Pasien mengatakan tidak mengetahui perawatan dan tanda-tanda infeksi pada luka post op (kista ovarium)</p> <p>Data Objectif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Factor pencetus: riwayat post op (kista ovarium) H-1</li> <li>b. Imobilisasifisik</li> <li>c. Penurunan Hb : 10,4 g/dl</li> <li>d. LED : 133mm/jam (0-15)</li> <li>e. Malnutrisi :penurunan BB 54kg</li> <li>f. Tidak ada tanda-tanda infeksi disekitar pemasangan DC</li> <li>g. ukuran panjang luka post operasi sekitar 15 cm.</li> <li>h. suhu 36°C</li> <li>i. Luka post op tertutup kassa dan hypavix, tidak ada pembengkakan (tumor), tidak ada kemerahan (rubor) dan tidak ada rembesan di sekitar luka</li> </ul>	Resiko Infeksi	Efek prosedur invasif.
---	---	----------------	------------------------

3	<p>Data Subjectif:</p> <p>Pasien mengeluh sulit menggerakkan tubuh dan ekstremitas (miring,duduk dan berdiri) karena rasa nyeri.</p> <p>Data Objectif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Tingkat ketergantungan pasien: parsial care</li> <li>b. ROM menurun</li> <li>c. Personel hygiene : dibantu sebagian</li> <li>d. Intake nutrisi : dibantu sebagian</li> <li>e. Eliminasi : terpasang DC</li> <li>f. Kelemahan fisik post operasi (kista ovarium)</li> <li>g. Pasien tampak takut untuk miring kanan dan miring kiri</li> <li>h. Pasien tampak masih bed rest</li> <li>i. Pasien tampak sedang posisi semi fowler</li> </ol> <p>Kebutuhan aktivitas dan mobilisasi tidak dapat dilakukan secara mandiri selama masa perawatan (terpasang DC dan infus)</p>	Gangguan mobilitas fisik	Nyeri
---	---	--------------------------	-------

#### **D. Diagnosa Keperawatan**

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik : prosedur operasi  
Tanggal ditemukan : 30 April 2021  
Tanggal teratasi : 2 Mei 2021
2. Resiko infeksi berhubungan dengan Efek prosedur invasif.  
Tanggal ditemukan : 30 April 2021  
Tanggal teratasi : 2 Mei 2021
3. Gangguan mobilisasi fisik berhubungan dengan nyeri.  
Tanggal ditemukan : 30 April 2021  
Tanggal teratasi : 2 Mei 2021

#### **E. Intervensi, Implementasi, dan Evaluasi Keperawatan**

##### **1. Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik : prosedur operasi**

###### **Data subjektif:**

Pasien mengeluh nyeri pada abdomen bawah luka post op (kista ovarium).

###### **Data objektif:**

Perilaku : pasien tampak meringis, bersikap protektif (waspada dan menghindari posisi yang memicu nyeri), berfokus pada diri sendiri.

Pengkajian nyeri : P : Nyeri post op (kista ovarium) H-, Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: Nyeri dibagian luka post op abdomen bawah kuadran 3 dan 4, S: skala nyeri 5 (numeric scale), T: sewaktu-waktu (hilang timbul), Pengakajian TTV TD meningkat (133/87 mmhg), pola nafas berubah nadi 80x/menit, pernafasan 20x/menit, saturasi oksigen 99%, ekspresi wajah meringis. Pasien tampak tidak nyaman dengan kondisi kesehatannya sekarang

###### **Tujuan:**

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri hilang

**Kriteria hasil :**

- a. Keluhan nyeri cukup menurun
- b. Meringis cukup menurun
- c. Frekuensi nadi membaik (60-100x/menit)
- d. Tekanan darah membaik (sistolik 80-120, diastolic 60-80 mmHg)
- e. Frekuensi pernafasan membaik (16-20x/menit)
- f. Skala nyeri 0-3.

**Rencana Tindakan :****Observasi :**

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri/shift.
- 2) Identifikasi skala nyeri/shift
- 3) Identifikasi nyeri non verbal/shift
- 4) Observasi TTV/shift

**Terapi :**

- 1) Berikan Teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri ( Teknik relaksasi nafas dalam)/shift
- 2) Fasilitasi istirahat dan tidur

**Edukasi :**

- 1) Jelaskan strategi meredakan nyeri

**Kolaborasi :**

- 1) Berikan analgetik zaldiar 2x1 tablet melalui peroral dan ketorolac 30 gram 2x1 drip melalui intravena

## **Pelaksanaan Keperawatan Jum'at, 30 April 2021**

### **Diagnosa 1**

**Pukul 10.30 WIB** Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri/shift dengan hasil pasien mengatakan nyeri post op (kista ovarium), nyeri dibagian luka post op abdomen bawah kuadaran 3 dan 4, pasien mengatakan seperti ditusuk-tusuk, pasien mengatakan sewaktu-waktu (hilang timbul), pasien mengatakan durasi selama 3 menit, menjelaskan strategi meredakan nyeri dengan hasil mengajarkan pasien untuk melakukan teknik nonfarmakologis yaitu teknik relaksasi nafas dalam, **Pukul 10.35 WIB** mengidentifikasi skala nyeri /shift dengan hasil pasien mengatakan skala nyeri 5, **Pukul 10.40 WIB** mengidentifikasi nyeri non verbal/shift dengan hasil pasien tampak meringis, pasien tampak memegang area abdomen yang terasa nyeri, **Pukul 11.00 WIB** melakukan pengukuran tekanan darah 133/87 mmhg, nadi 80x/menit, pernafasan 20x/menit.

## **Evaluasi Jum'at, 30 April 2021 pukul 06.00 WIB**

### **Diagnosa 1**

#### **Data subjektif :**

Pasien mengeluh nyeri pada abdomen bawah luka post op (kista ovarium).

#### **Data objektif:**

Perilaku : pasien tampak meringis, bersikap protektif (waspada dan menghindari posisi yang memicu nyeri), berfokus pada diri sendiri.  
Pengkajian nyeri : P : Nyeri post op (kista ovarium) H-, Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: Nyeri dibagian luka post op abdomen bawah kuadaran 3 dan 4, S: skala nyeri 5 (numeric scale), T: sewaktu-waktu (hilang timbul),  
Pengkajian TTV TD menurun 125/70 mmHg, Nadi ; 82x/menit, pernafasan : 18x/menit, pola nafas berubah, saturasi oksigen 99%, ekspresi wajah meringis. Pasien tampak tidak nyaman dengan kondisi kesehatannya sekarang, durasi selama 3 menit

**Analisa:** Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

**Planning:** Lanjutkan semua intervensi.

**Pelaksanaankeperawatan (shift sore dan shift malam oleh perawatruangan) Jum'at, 30 April 2021**

**Pukul 16.00 WIB** Memantau keadaan umum pasien dengan hasil pasien sakit sedang, kesadaran composmentis, memfasilitasi istirahat dan tidur dengan hasil pasien tampak sedang beristirahat, pasien tampak tenang. **Pukul 16.30 WIB** Memonitor TTV dengan hasil Tekanan darah : 124/80 mmHg, Nadi : 78x/menit, Pernafasan : 17x/menit, **Pukul 17.15 WIB** mengobservasi pasien sedang beristirahat, **Pukul 19.00 WIB** Memberikan terapi zaldiar 1x1 tablet melalui oral dan ketorolac 30 gram 1x1 drip melalui intravena, **Pukul 19.30 WIB** Mengidentifikasi skala nyeri 5, **Pukul 19.35 WIB** Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri/shift dengan hasil pasien mengatakan nyeri menyebar disekitar luka post operasi, pasien mengatakan seperti ditusuk-tusuk, pasien mengatakan nyeri hilang timbul, pasien mengatakan durasi selama 3 menit, **Pukul 19.40 WIB** mengidentifikasi nyeri non verbal/shift dengan hasil pasien tampak meringis, pasien tampak memegang area abdomen yang terasa nyeri, **pukul 19.45 WIB** mengobservasi TTV : tekanan darah : 130/80 mmHg, Nadi : 84x/menit, pernafasan : 20x/menit, **Pukul 21.00 WIB** Mengobservasi tetesan cairan infuse dengan hasil cairan infus lancar, tidak ada rembesan, **Pukul 22.00 WIB** mengobservasi pasien sedang beristirahat, **Pukul 06.00 WIB** mengobservasi TTV : tekanan darah : 125/70 mmHg, Nadi ; 82x/menit, pernafasan : 18x/menit

**PelaksanaanKeperawatan Sabtu, 1 Mei 2021**

**Diagnosa 1**

**Pukul 07.00 WIB** memberikan terapi obat zaldiar 1x1 Tablet melalui oral dan ketorolac 30 gram 1x1 drip melalui intravena /shift dengan hasil obat berhasil diberikan, obat tidak dimuntahkan, tidak ada alergi yang muncul setelah obat

diberikan, **Pukul 08.00 WIB** mengukur Tanda-Tanda Vital/shift : Tekanan darah : 120/80 mmHg, Nadi : 80x/menit, Pernafasan : 20x/menit, **Pukul 08.10 WIB** mengidentifikasi skala nyeri/shift dengan hasil skala nyeri 4, **Pukul 08.15 WIB** mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri/shift dengan hasil pasien mengatakan nyeri dibagian luka post op abdomen bawah kuadaran 3 dan 4, sewaktu-waktu (hilang timbul), **Pukul 08.20 WIB** mengidentifikasi nyeri non verbal/shift dengan hasil pasien tampak sedikit meringis, pasien tampak berkurang memegang area abdomen yang terasa nyeri, **Pukul 11.00 WIB** Memberikan Teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri ( Teknik relaksasi nafas dalam)/shift dengan hasil pasien mengatakan dapat mengerti cara Teknik nafas dalam, pasien mengatakan dapat melakukan dengan sendiri, pasien mengatakan nyeri dapat berkurang dengan melakukan teknik relaksasi nafas dalam, pasien mengatakan sudah merasa rileks, pasien tampak dapat melakukan dengan sendiri, pasien tampak rileks, pasien tampak melakukan dengan baik.

### **Evaluasi Sabtu, 1 Mei 2021 pukul 06.00 WIB**

#### **Data Subjectif**

Pasien mengeluh nyeri berkurang pada abdomen bawah luka post op (kista ovarium), pasien mengatakan dapat mengerti cara Teknik nafas dalam, pasien mengatakan dapat melakukan dengan sendiri, pasien mengatakan nyeri dapat berkurang dengan melakukan teknik relaksasi nafas dalam, pasien mengatakan sudah merasa rileks, pasien mengatakan nyeri menyebar disekitar luka post operasi, pasien mengatakan merasa ditusuk-tusuk berkurang, pasien mengatakan nyeri hilang timbul.

#### **Data Objectif**

Perilaku : pasien tampak sedikit meringis, bersikap protektif berkurang pada memicu nyeri, berfokus pada diri sendiri. Pengkajian nyeri : P : Nyeri post op berkurang (kista ovarium) H-, Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk berkurang, R:

Nyeri berkurang dibagian luka post op abdomen bawah kuadaran 3 dan 4, S: skalanyeri 4 (numeric scale), T: sewaktu-waktu (hilang timbul), Pengakajian TTV TD menurun 120/90 mmHg, Nadi : 77x/menit, pernafasan : 20x/menit, pola nafas tampak teratur, saturasi oksigen 99%, Pasien tampak sudah sedikit nyaman dengan kondisi kesehatannya sekarang, obat berhasil diberikan, obat tidak dimuntahkan, tidak ada alergi yang muncul saat setelah obat diberikan, pasien tampak rileks, pasien tampak melakukan Teknik relaksasi nafas dalam dengan baik.

**Analisa ;**Masalah teratasi sebagian, tujuan tercapai Sebagian

**Planning :** Lanjutkan semua intervensi.

**Pelaksanaan keperawatan (shift sore dan shift malam oleh perawatruangan) Sabtu, 1 Mei 2021**

**Pukul 16.15 WIB** Memantau keadaan umum pasien dengan hasil pasien sakit sedang, kesadaran composmentis, memfasilitasi istirahat dan tidur dengan hasil pasien tampak sedang beristirahat, pasien tampak tenang, **Pukul 16.20 WIB** Memonitor TTV dengan hasil Tekanan darah : 110/70 mmHg, Nadi : 82x/menit, Pernafasan : 20x/menit, **Pukul 16.40 WIB** Menganjurkan pasien melakukan Teknik relaksasi nafas dalam, **Pukul 16.45 WIB** Memberikan posisi semi fowler

**Pukul 17.00 WIB** Mengidentifikasi skala nyeri 4, **Pukul 17.05 WIB** mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri/shift dengan hasil pasien mengatakan nyeri menyebar disekitar luka post operasi, pasien mengatakan merasa ditusuk-tusuk berkurang, pasien mengatakan nyeri hilang timbul, **Pukul 19.00 WIB** Memberikan terapi zaldiar 1x1 tablet melalui oral dan ketorolac 30 gram 1x1 drip melalui intravena,

**Pukul 20.00 WIB** mengobservasi TTV : tekanan darah : 110/60 mmHg, Nadi : 78x/menit, pernafasan : 17x/menit, **Pukul 21.00 WIB** Mengobservasi tetesan cairan infuse dengan hasil cairan infus lancar, tidak ada rembesan, **Pukul 22.30 WIB** mengobservasi pasien sedang beristirahat, **Pukul 06.00 WIB**

Mengobservasi TTV : tekanan darah : 120/90 mmHg, Nadi : 77x/menit, pernafasan : 20x/menit.

### **Pelaksanaan Keperawatan Minggu, 2 Mei 2021**

#### **Diagnosa 1**

**pukul 07.00 WIB** memberikan terapi obat zaldiar 1x1 Tablet melalui oral dan ketorolac 30 gram 1x1 drip melalui intravena /shift dengan hasil obat berhasil diberikan, obat tidak dimuntahkan, tidak ada alergi yang muncul saat setelah obat diberikan, **pukul 08.00 WIB** mengukur TTV : 110/70 mmHg, Nadi : 85x/menit, pernafasan : 18x/menit, **pukul 08.10 WIB** mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri/shift dengan hasil pasien mengatakan tidak merasa nyeri disekitar luka post operasi, pasien mengatakan ditusuk-tusuk hilang, pasien mengatakan nyeri hilang timbul berkurang, **Pukul 08.15 WIB** Mengidentifikasi skala nyeri/shift dengan hasil skala nyeri 2, **Pukul 08.20 WIB** mengidentifikasi nyeri non verbal/shift dengan hasil pasien tampak sudah tidak meringis, pasien tampak sudah tidak memegang area abdomen yang terasa nyeri

### **Evalusi Selasa, 2 Mei 2021 pukul 06.00 WIB**

#### **Data subjectif :**

Pasien mengenyeluh nyeri berkurang pada abdomen bawah luka post op (kista ovarium)

#### **Data objectif :**

Perilaku : pasien tampak tidak meringis, bersikap protektif hilang pada memicu nyeri, berfokus pada diri sendiri. Pengkajian nyeri : P : Nyeri post op berkurang (kista ovarium) H-, Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk hilang, R: Nyeri berkurang dibagian luka post op abdomen bawah kuadaran 3 dan 4, S: skalanyeri 2 (numeric scale), T: sewaktu-waktu (hilang timbul), Pengakajian TTV TD menurun 110/80 mmHg, Nadi : 77x/menit, pernafasan : 20x/menit, pola nafas tampak teratur, saturasi oksigen 99%, Pasien tampak sudah nyaman

dengan kondisi kesehatannya sekarang, obat berhasil diberikan, obat tidak dimuntahkan, tidak ada alergi yang muncul setelah obat diberikan, pasien tampak rileks

**Analisa :** masalah teratasi, tujuan tercapai

**Planning :** Intervensi dihentikan, pasien diperbolehkan pulang.

## **2. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif**

### **Data subjektif:**

Pasien mengatakan tidak mengetahui perawatan dan tanda-tanda infeksi pada luka post op (kista ovarium).

### **Data objektif:**

Factor pencetus: riwayat post op (kista ovarium) H-1, Imobilisasi fisik, Penurunan Hb : 10,4 g/dl, LED : 133 mm/jam (0-15), Malnutrisi : penurunan BB 54kg, Tidak ada tanda-tanda infeksi disekitar pemasangan DC, suhu 36°C, Luka post op tertutup kassa dan hypavix, tidak ada pembengkakan (tumor), tidak ada kemerahan (rubor) dan tidak ada rembesan di sekitar luka, ukuran panjang luka post operasi sekitar 15 cm.

### **Tujuan:**

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tidak terjadi infeksi.

### **Kriteria hasil:**

- a. Demam cukup menurun (36,5-37,5 °C)
- b. Kultur area luka cukup membaik
- c. Kemerahan cukup menurun

**Rencana Tindakan:****Observasi :**

- 1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik
- 2) Memonitor karakteristik luka (warna, bau)/shift
- 3) Memonitor tanda-tanda infeksi/shift
- 4) Mengukur TTV (Suhu)/shift

**Terapeutik :**

- 1) Batasi jumlah pengunjung
- 2) Pertahankan teknik aseptik

**Edukasi :**

- 1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- 2) Ajarkan cara mencuci tangan 6 langkah
- 3) Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri
- 4) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
- 5) Anjurkan meningkatkan asupan cairan

**Kolaborasi :**

- 1) Berikan cefspan 2x200 mg melalui oral, metromidazole 3x500 mg melalui oral, ceftriaxone 1x2 gr melalui drip, metromidazole 3x500 gr melalui drip

**PelaksanaanKeperawatanJum'at, 30 April 2021****Diagnosa 2**

**Pukul 10.30 WIB** Mengajarkan cara mencuci tangan 6 langkah dengan hasil pasien tampak mengikuti apa yang sudah di praktikkan oleh petugas medis, pasien mengatakan sudah mengetahui cara mencuci tangan yang baik dan benar, menjelaskan tanda dan gejala infeksi/shift dengan hasil pasien mengatakan sudah mengetahui tanda dan gejala infeksi, pasien mengatakan mampu mengatasi jika tanda dan gejala infeksi yang muncul, **pukul 10.35**

**WIB** memonitor karakteristik luka (warna, bau)/shift dengan hasil luka post operasi tampak bersih, tidak ada tanda-tanda infeksi pada sekitar luka post operasi (kista ovarium), tidak ada rembesan darah yang keluar dari luka post operasi (kista ovarium), balutan luka tampak kering, luka jahitan tampak rapih, luka tertutup dengan kassa dan hypavix, **pukul 10.40 WIB** menjelaskan tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik dengan hasil pasien mengatakan sudah mengetahui tanda dan gejala infeksi yang muncul, pasien mengatakan sudah mengetahui jenis-jenis yang akan terjadi infeksi, memonitor tanda-tanda infeksi/shift dengan hasil tidak ada tanda-tanda infeksi pada area DC, tidak ada nanah yang keluar di sekitar luka post operasi, pasien mengatakan tidak merasa rasa panas (kalor) di sekita luka post operasi, luka tampak tidak ada pembengkakan (Tumor) yang terjadi di sekitar luka post operasi, luka post operasi tampak tidak terjadi kemerahan (Rubor), **pukul 11.00 WIB** mengukur TTV : suhu : 36,5 °C, **pukul 12.30 WIB** memberikan obat metromidazole 1x500 mg melalui oral, ceftriaxone 1x2 gr melalui drip, metromidazole 1x500 gr melalui drip dengan hasil obat berhasil diberikan, tidak ada reaksi alergi yang muncul pada setelah obat diberikan, pasien tampak obat sudah diminum, pasien tampak obat tidak dimuntahkan, membatasi jumlah pengunjung dengan hasil keluarga pasien menerima apa yang sudah di instruksikan oleh petugas medis untuk tidak banyak orang mengunjungi untuk mencegah terjadi covid-19.

**EvaluasiJum'at 30 April 2021 pukul 06.00 WIB**

**Diagnosa 2**

**Data Subjektif:**

Pasien mengatakan tidak mengetahui perawatan dan tanda-tanda infeksi pada luka post op (kista ovarium), pasien mengatakan tidak merasa rasa panas (kalor) di sekitar luka post operasi (kista ovarium), pasien mengatakan sudah mengetahui tanda dan gejala infeksi yang muncul, pasien mengatakan sudah mengetahui jenis-jenis yang akan terjadi infeksi.

**Data Objektif:**

Factor pencetus: riwayat post op (kista ovarium) H-1, Imobilisasi fisik, Penurunan Hb : tidak ada hasil laboratorium terbaru, LED : tidak ada hasil laboratorium terbaru, Malnutrisi : penurunan BB 54 kg, Tidak ada tanda-tanda infeksi disekitar pemasangan DC, suhu 35,5 °C, Luka post op tertutup kassa dan hypavix, tidak ada pembengkakan (tumor), tidak ada kemerahan (rubor) dan rembesan di sekitar luka, luka post operasi tampak bersih, tidak ada tanda-tanda infeksi pada sekitar luka post operasi (kista ovarium, balutan luka tampak kering, luka jahitan tampak rapih, tidak ada nanah yang keluar di sekitar luka post operasi (kista ovarium), luka tampak horizontal, obat berhasil diberikan, tidak ada reaksi alergi yang muncul pada saat setelah obat diberikan, pasien tampak obat sudah diminum, pasien tampak obat tidak dimuntahkan.

**Analisa:** Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

**Planning:** Lanjutkan semua intervensi.

**Pelaksanaankeperawatan (shift sore dan shift malam oleh perawatruangan) Jum'at, 30 April 2021**

**Pukul 19.00 WIB** Memberikan cefspan 1x200 mg melalui oral, metromidazole 1x500 mg melalui oral dan metromidazole 1x500 gr melalui drip dengan hasil obat berhasil diberikan, Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi dengan hasil pasien mengatakan sudah mengkonsumsi putih telur untuk mempercepat penyembuhan pada luka, Menganjurkan meningkatkan asupan cairan dengan hasil pasien mengatakan sudah minum 2 bol aqua, **Pukul 19.45 WIB** mengobservasi TTV : suhu 36,00 °C, **Pukul 20.00 WIB** Mempertahankan tehnik aseptik dengan hasil tetap menjaga luka post operasi tetap bersih, memonitor tanda-tanda infeksi yang kemungkinan akan muncul, memonitor tanda-tanda infeksi dengan hasil tidak ada tanda-tanda infeksi pada area DC, tidak ada nanah yang keluar di sekitar luka post

operasi (kista ovarium), luka tampak tidak ada pembengkakan (Tumor) yang terjadi di sekitar luka post operasi (kista ovarium), luka post operasi tampak tidak terjadi kemerahan (Rubor), **Pukul 20.05 WIB** memonitor karakteristik luka (warna, bau)/shift dengan hasil luka post operasi tampak bersih, tidak ada tanda-tanda infeksi pada sekitar luka post operasi, tidak ada rembesan darah yang keluar dari luka post operasi, balutan luka tampak kering, luka jahitan tampak rapih, luka tertutup dengan kassa dan hypavix, luka tampak horizontal, **Pukul 06.00 WIB** mengobservasi TTV : suhu 35,5 °C.

### **Pelaksanaan Keperawatan Sabtu, 1 Mei 2021**

#### **Diagnosa 2**

**Pukul 07.00 WIB** Memberikan cefspan 1x200 mg melalui oral, metromidazole 1x500 mg melalui oral, ceftriaxone 1x2 gr melalui drip, metromidazole 1x500 gr melalui drip dengan hasil obat berhasil diberikan, tidak ada reaksi alergi yang muncul pada saat setelah obat diberikan, pasien tampak obat sudah diminum, pasien tampak obat tidak dimuntahkan, **Pukul 08.00 WIB** mengukur Tanda-Tanda Vital : Suhu : 36,4 °C, **Pukul 09.00 WIB** memonitor karakteristik luka (warna, bau)/shift dengan hasil luka post operasi tampak bersih, tidak ada tanda-tanda infeksi pada sekitar luka post operasi, tidak ada rembesan darah yang keluar dari luka post operasi, balutan luka tampak kering, luka jahitan tampak rapih, luka tertutup dengan kassa dan hypavix, **Pukul 09.05 WIB** memonitor tanda-tanda infeksi/shift dengan hasil tidak ada tanda-tanda infeksi pada area kateter, tidak ada nanah yang keluar di sekitar luka post operasi, pasien mengatakan tidak merasa rasa panas ( kalor) di sekitar luka post operasi, luka tampak tidak ada pembengkakan (Tumor) yang terjadi di sekitar luka post operasi, luka post operasi tampak tidak terjadi kemerahan (Rubor), **Pukul 10.00 WIB** Mengajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri dengan hasil pasien mengatakan dapat mengerti cara perawatan luka, pasien mengatakan dapat melakukan dengan sendiri, luka post operasi tampak bersih, tidak ada rembesan pada luka post operasi, tidak

ada tanda-tanda infeksi yang muncul, luka jahitan tampak rapih, luka tertutup dengan kassa dan hypavix.

## **Evaluasi Jum'at 1 Mei 2021 puku 06.00 WIB**

### **Diagnosa 2**

#### **Data Subjectif :**

Pasien mengatakan sudah mengetahui perawatan dan tanda-tanda infeksi pada luka post op (kista ovarium), pasien mengatakan tidak merasa rasa panas (kalor) di sekitar luka post operasi (kista ovarium), pasien mengatakan mampu mengatasi jika tanda dan gejala infeksi yang muncul.

#### **Data Objectif :**

Factor pencetus: riwayat post op (kista ovarium) H-1, Imobilisasifisik, Penurunan Hb : tidak ada hasil laboratorium terbaru, LED : tidak ada hasil laboratorium terbaru, Malnutrisi : penurunan BB 54 kg, Tidak ada tanda-tanda infeksi disekitar pemasangan DC, suhu 35,5 °C, Luka post op tertutup kassa dan hypavix, tidak ada pembengkakan (tumor), tidak ada kemerahan (rubor) dan rembesan di sekitar luka, luka post operasi tampak bersih, tidak ada tanda-tanda infeksi pada sekitar luka post operasi (kista ovarium), balutan luka tampak kering, lukajahitan tampak rapih, tidak ada nanah yang keluar di sekitar luka post operasi (kista ovarium), luka tampak tidak ada pembengkakan (Tumor) yang terjadi di sekitar luka post operasi (kista ovarium), luka post operasi tampak tidak terjadi kemerahan (Rubor), lukatampak horizontal, obat berhasil diberikan, tidak ada reaksi alergi yang muncul pada setelah obat diberikan, pasien tampak obat sudah diminum, pasien tampak obat tidak dimuntahkan, Suhu : 36,4 °C, luka post operasi tampak bersih, balutan luka tampak kering, luka jahitan tampak rapih, luka tertutup dengan kassa dan hypavix, tidak ada tanda-tanda infeksi pada area kateter, tidak ada nanah yang keluar di sekitar luka post operasi, , luka tampak tidak ada pembengkakan (Tumor) yang terjadi di sekitar luka post operasi,

luka post operasi tampak tidak terjadi kemerahan (Rubor), luka tampak horizontal.

**Analisa :** Masalah teratasi Sebagian, tujuan tercapai Sebagian

**Planning :** Lanjutkan semua intervensi

**Pelaksanaan keperawatan (shift sore dan shift malam oleh perawat ruangan) Sabtu, 1 Mei 2021**

**Pukul 17.00 WIB** melepas kateter dengan hasil tidak ada tanda-tanda infeksi yang muncul, Mempertahankan teknik aseptik dengan hasil tidak ada tanda-tanda infeksi yang muncul disekitar alat reproduksi wanita, tetap menjaga kebersihan disekitar alat reproduksi waniata, **Pukul 17.10 WIB** memonitor tanda-tanda infeksi/shift dengan hasil tidak ada tanda-tanda infeksi diluka post operasi, tidak ada rembesan darah yang keluar dari luka post operasi, tidak ada nanah yang keluar dari luka post operasi, **Pukul 17.15 WIB** Menganjurkan mingkatkan asupan nutrisi dengan hasil pasien mengatakan sudah makan 3x perhari, pasien mengatakan sudah mengkonsumsi putih telur, Menganjurkan mingkatkan asupan cairan dengan hasil pasien mengatakan sudah mengkonsumsi dua setengah botol aqua, memonitor karakteristik luka (warna, bau)/shift dengan hasil luka post operasi tampak bersih, tidak ada tanda-tanda infeksi pada sekitar luka post operasi, tidak ada rembesan darah yang keluar daril uka post operasi, balutan luka tampak kering, luka jahittan tampak rapih, luka tertutup dengan kassa dan hypavix, luka tampak horizontal, **Pukul 19.00 WIB** Memberikan cefspan 1x200 mg melalui oral, metromidazole 1x500 mg melalui oral dan metromidazole 1x500 gr melalui drip dengan hasil obat berhasil diberikan, **Pukul 20.00 WIB** mengobservasi TTV : suhu : 36,2 °C, **Pukul 06.00 WIB** mengobservasi TTV : suhu : 35,00°C

## **Pelaksanaan Keperawatan Minggu, 2 Mei 2021**

### **Diagnosa 2**

**Pukul 07.00 WIB** Memberikan cefspan 1x200 mg melalui oral, metromidazole 1x500 mg melalui oral, ceftriaxone 1x2 gr melalui drip, metromidazole 1x500 gr melalui drip dengan hasil obat berhasil diberikan, tidak ada reaksi alergi yang muncul pada setelah obat diberikan, pasien tampak obat sudah diminum, pasien tampak obat tidak dimuntahkan, **Pukul 08.00 WIB** mengukur Tanda-Tanda Vital : Suhu : 36,00 °C, **Pukul 08.05 WIB** memonitor tanda-tanda infeksi/shift dengan hasil tidak ada tanda-tanda infeksi diluka post operasi, tidak ada rembesan darah yang keluar dari luka post operasi, tidak ada nanah yang keluar dari luka post operasi, pasien mengatakan tidak merasa rasa panas ( kalor) di sekitar luka post operasi, pasien mengatakan sudah tidak merasa nyeri (dolor) diluka post operasi, **Pukul 08.10 WIB** memonitor karakteristik luka (warna, bau)/shift dengan hasil luka post operasi tampak bersih, tidak ada tanda-tanda infeksi pada sekitar luka post operasi, tidak ada rembesan darah yang keluar dari luka post operasi, balutan luka tampak kering, luka jahitan tampak rapih, luka tertutup dengan kassa dan hypavix, luka tampak horizontal.

## **Evaluasi Minggu, 2 Mei 2021 pukul 06.00 WIB**

### **Diagnosa 2**

#### **Data Subjectif :**

Pasien mengatakan tidak merasa rasa panas ( kalor) di sekitar luka post operasi (kista ovarium).

#### **Data Objectif :**

Obat berhasil diberikan, tidak ada reaksi alergi yang muncul pada setelah obat diberikan, pasien tampak obat sudah diminum, pasien tampak obat tidak dimuntahkan, Suhu : 36,00 °C, tidak ada tanda-tanda infeksi diluka post operasi, tidak ada rembesan darah yang keluar dari luka post operasi, tidak adan anah yang keluar dari luka post operasi, luka post operasi tampak bersih,

tidak ada tanda-tanda infeksi pada sekitar luka post operasi, tidak ada rembesan darah yang keluar dari luka post operasi, balutan luka tampak kering, luka jahitan tampak rapih, luka tertutup dengan kassa dan hypavix, luka tampak horizontal.

**Analisa** : Masalah teratasi Sebagian, tujuan tercapai Sebagian

**Planning** : hentikan intervensi, pasien diperbolehkan pulang, pasien di anjurkan saat dirumah selalu menjaga luka post operasi tetap bersih, anjurkan merawat luka dengan baik, anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi protein untuk mempercepat menyembuhkan luka post operasi.

### **3. Gangguan mobilisasi berhubungan dengan nyeri**

**Data Subjectif :**

Pasien mengeluh sulit menggerakkan tubuh dan ekstremitas (miring, duduk dan berdiri) karena rasa nyeri.

**Data Objectif :**

Tingkat ketergantungan pasien: parsial care, ROM menurun, Personel hygiene : dibantu Sebagian, Intake nutrisi : dibantu Sebagian, Eliminasi : terpasang DC, Kelemahan fisik post operasi (kista ovarium), pasien tampak takut untuk miring kanan dan miring kiri, pasien tampak masih bed rest, pasien tampak sedang posisi semi fowler, Kebutuhan aktivitas dan mobilisasi tidak dapat dilakukan secara mandiri selama masa perawatan (terpasang DC dan infus)

**Tujuan :**

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien dapat mobilisasi

**Kriteriahasil :**

- a. Pergerakan ekstremitas cukup meningkat
- b. Kekuatan otot cukup meningkat
- c. Nyeri cukup menurun
- d. Kecemasan cukup menurun

- e. Kelemahan fisik cukup menurun

**Rencana Keperawatan :**

**Observasi :**

- 1) Identifikasi nyeri atau keluhan fisik/shift
- 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan/shift
- 3) Monitor keadaan umum saat melakukan pergerakan/shift

**Terapeutik :**

- 1) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
- 2) Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik/shift
- 3) Libatkan keluarga dalam meningkatkan ambulasi

**Kolaborasi :**

- 1) Anjurkan melakukan mobilisasi dini/shift
- 2) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan/shift (duduk ditempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)

**Pelaksanaan Keperawatan Jum'at, 30 April 2021**

**Diagnosa 3**

**Pukul 11.05 WIB** Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi dengan hasil pasien mengatakan akan mencoba untuk melakukan pergerakan pada tubuhnya, pasien tampak mengikuti instruksi dari petugas medis, Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan/shift dengan hasil pasien mengatakan masih perlahan-lahan untuk beraktivitas, pasien mengatakan masih khawatir untuk bergerak, pasien mengatakan sudah mencoba untuk miring kanan dan miring kiri, pasien tampak dibantu oleh keluarga, Mengidentifikasi nyeri atau keluhan fisik/shift dengan hasil pasien mengatakan masih merasa nyeri disekitar luka post operasi, **Pukul 11.10 WIB** memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi/shift dengan hasil

keadaan umum sakit sedang, kesadaran composmentis, pasien tampak masih perlahan-lahan untuk miring kanan dan miring kiri, **Pukul 11.15 WIB** Memfasilitasi melakukan mobilisasi fisik/shift dengan hasil pasien mengatakan keluarga pasien membantu pasien dalam melakukan untuk pemenuhan kebutuhan, melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan/shift dengan hasil pasien tampak dibantu oleh keluarga saat makan, pasien tampak dibantu oleh keluarga untuk mengelap wajah pasien, pasien tampak selalu didampingi oleh keluarga, **Pukul 11.20 WIB** menganjurkan melakukan mobilisasi dini/shift dengan hasil pasien mengatakan masih perlahan-lahan untuk bergerak miring kanan dan miring kiri, pasien mengatakan masih belum berani untuk berjalan.

**EvaluasiJum'at 30 April 2021 pukul 06.00 WIB**

### **Diagnosa 3**

#### **Data Subjectif:**

pasien mengatakan masih perlahan-lahan untuk beraktivitas, pasien mengatakan masih khawatir untuk bergerak, pasien mengatakan sudah mencoba untuk miring kanan dan miring kiri, pasien mengatakan masih belum berani untuk berjalan, pasien mengatakan mencoba untuk bergerak sedikit demi sedikit, pasien mengatakan sudah mencoba untuk duduk ditempat tidur.

#### **Data Objectif :**

pasien tampak dibantu oleh keluarga, keadaan umum sakit sedang, kesadaran composmentis, pasien tampak masih perlahan-lahan untuk miring kanan dan miring kiri, pasien tampak dibantu oleh keluarga saat makan, pasien tampak dibantu oleh keluarga untuk mengelap wajah pasien, pasien tampak selalu didampingi oleh keluarga, pasien tampak tenang, pasien tampak beristirahat.

**Analisa :** masalah teratasi sebagian, tujuan tercapai sebagian

**Planning :** lanjutkan semua intervensi.

**Pelaksanaankeperawatan (shift sore dan shift malam oleh perawatruangan) Jum'at, 30 April 2021**

**Pukul 16.15 WIB** menganjurkan melakukan mobilisasi dini/shift dengan hasil pasien mengatakan mencoba untuk bergerak sedikit demi sedikit, pasien mengatakan sudah mencoba untuk duduk ditempat tidur, **Pukul 16.50 WIB** mengobservasi pasien sedang beristirahat, **Pukul 20.45 WIB** mengobservasi tetesan cairan infuse dengan hasil tetesan infuse lancar, tidak ada alergi yang muncul saat infuse diberikan, **Pukul 22.00 WIB** mengobservasi pasien, pasien tampak tenang, pasien tampak beristirahat.

**Pelaksanaan Keperawatan Sabtu, 1 Mei 2021**

**Diagnosa 3**

**Pukul 10.00 WIB** menganjurkan melakukan mobilisasi dini/shift dengan hasil pasien mengatakan sudah bisa untuk bergerak miring kanan dan miring kiri dengan perlahan, pasien mengatakan sudah bisa untuk gerakkan ekstremitas dengan perlahan pasien mengatakan sudah bisa mengangkat bongkok untuk menaikan posisi, **Pukul 11.00 WIB** Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan/shift dengan hasil pasien mengatakan sudah bisa untuk beraktivitas dengan perlahan, pasien mengatakan sudah tidak khawatir untuk bergerak, pasien tampak tidak bed dress, pasien tampak sudah tidak dibantu oleh keluarga, **Pukul 13.30 WIB** memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi/shift dengan hasil keadaan umum sakit sedang, kesadaran compos mentis, pasien tampak rasa takut berkurang untuk bergerak, pasien mengatakan sudah mencoba untuk duduk di tempat tidur.

**Evaluasi Sabtu 1 Mei 2021 pukul 06.00 WIB**

**Diagnosa 3**

**Data Subjectif:**

pasien mengatakan sudah bisa untuk bergerak miring kanan dan miring kiri dengan perlahan, pasien mengatakan sudah bisa untuk gerakkan ekstremitas

dengan perlahan, pasien mengatakan sudah bisa mengangkat bongkok untuk menaikan posisi, pasien mengatakan sudah bisa untuk beraktivitas dengan perlahan, pasien mengatakan sudah tidak khawatir untuk bergerak, pasien mengatakan sudah mencoba untuk duduk di tempat tidur, pasien mengatakan sudah bisa jalan kekamar mandi dengan perlahan tanpa dibantu oleh keluarga, pasien mengatakan sudah bisa beraktivitas dengan sendiri tanpa dibantu oleh keluarga atau petugas medis, pasien mengatakan sudah bisa berjalan dari lorong sampai ke nurses station.

**Data Objectif :**

pasien tampak tidak bed dress, pasien tampak sudah tidak dibantu oleh keluarga, hasil keadaan umum sakit sedang, kesadaran compos mentis, pasien tampak rasa takut berkurang untuk bergerak, pasien tampak mampu melakukan sendiri.

**Analisa :** masalah teratasi, tujuan tercapai

**Planning :** hentikan intervensi, pasien diperbolehkan pulang

**Pelaksanaan keperawatan (shift sore dan shift malam oleh perawatruangan) Sabtu, 1 Mei 2021**

**Pukul 17.15 WIB** menganjurkan melakukan mobilisasi dini/shift dengan hasil pasien mengatakan sudah berani untuk bergerak miring kanan dan miring kiri dengan perlahan, pasien mengatakan sudah bisa untuk gerakkan ekstremitas dengan perlahan, pasien mengatakan sudah bisa jalan kekamar mandi dengan perlahan tanpa dibantu oleh keluarga, pasien mengatakan sudah bisa beraktivitas dengan sendiri tanpa dibantu oleh keluarga atau petugas medis

**Pukul 17.20 WIB** Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan/shift dengan hasil pasien mengatakan sudah mencoba untuk beraktivitas dengan perlahan, pasien mengatakan sudah tidak merasa khawatir untuk bergerak, pasien tampak tidak bed dress, pasien tampak tidak dibantu oleh keluarga, **Pukul 17.30 WIB** Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan/shift (duduk ditempat tidur, pindah dari empat tidur ke kursi)

dengan hasil pasien mengatakan sudah bisa untuk pindah dari tempat tidur ke kursi tanpa dibantu dengan perlahan-lahan, pasien tampak mampu melakukan sendiri.

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab ini merupakan pembahasan dari asuhan keperawatan yang telah dilakukan terhadap Ny.A dengan Post Op. *Kista Ovarium* di ruang E Rumah Sakit Swasta Di Masa Pandemi COVID-19. Dalam bab ini penulis akan membahas dengan menggunakan pendekatan asuhan keperawatan dimulai dari tahap melakukan pengkajian, merumuskan diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Setelah penulis melihat pada beberapa literatur dan asuhan keperawatan yang diberikan, maka penulis melihat adanya kesenjangan antara teori dengan kenyataan yang terjadi di lapangan, yaitu:

#### **A. Pengkajian Keperawatan**

Riwayat penyakit keluarga menurut (Nugroho, T., 2014), dikaji dalam keluarga apakah keluarga mempunyai penyakit keturunan seperti kanker serviks, hipertensi, jantung, penyakit kelainan darah dan riwayat kelahiran kembar dan riwayat penyakit mental. Tanyakan apakah ada keluarga yang menderita penyakit yang sama dengan klien. Pada kasus ibu dari pasien mengalami kanker serviks stadium 3 dan sekarang sudah meninggal dan ayah dari pasien mempunyai hipertensi.

Manifestasi Klinis terdapat kesenjangan antara teori dan kasus pada pasien Ny.E manifestasi yang tidak muncul yaitu : Sering tanpa gejala, Siklus menstruasi tidak teratur, tetapi pada kasus siklus yang dirasakan pasien yaitu terdapat tanda gejala yang muncul seperti nyeri perut dibagian bawah, nyeri saat menstruasi dan nyeri dipanggul, Siklus menstruasi tetap teratur selama 7 hari.

Pada pemeriksaan laboratorium terjadi kesenjangan antara teori dan kasus. Pada kasus tidak dilakukan pemeriksaan Ultrasound atau scan CT, Laparoscopi, Foto Rontgen dikarenakan tidak ada instruksi dari medis

Faktor pendukung dalam melakukan pengkajian keperawatan yaitu pasien Ny.A dan keluarga pasien kooperatif dan terbuka mengenai penyakit yang dialami oleh pasien. Faktor pendukung lainnya, yaitu adanya status medical record dan perawat ruangan yang membantu dalam proses pengumpulan data sehingga penulis dapat memperoleh data.

Faktor penghambat dalam melakukan pengkajian keperawatan kurangnya untuk bertanya mengenai bagaimana bisa terkena penyakit *kista ovariu*, serta pendokumentasian pada catatan keperawatan, baik penulisan maupun bahasa yang digunakan kurang dapat dipahami penulis dengan jelas, serta kurangnya referensi buku baru lebih banyak yang ada pada institusi agar penulis dapat mempelajari lebih dalam informasi terbaru serta menerapkan asuhan keperawatan khususnya pada pasien Ileus Obstruktif.

## **B. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa berdasarkan (SDKI, 2016) Post Op. *Kista Ovarium* terdapat 7 diagnosa keperawatan, namun yang ada pada teori dan yang ada pada kasus hanya 3 yaitu : nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik : prosedur operasi, resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif, gangguan mobilisasi fisik berhubungan dengan nyeri.

Sedangkandiagnosa yang ada pada teori yang tidak muncul pada kasus adalah :

- 1) Nutrisi berhubungan dengan factor psikologis (keengganan untuk makan)  
Diagnosa ini tidak penulis angkat karena ditunjukkan dengan karena tidak ada data yang mendukung seperti berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal, otot pengunyahan lemah, sariawan, diare, otot menelan lemah.

- 2) Konstipasi berhubungan dengan efek agen farmakologis Diagnosa ini tidak penulis angkat karena ditunjukkan dengan tidak ada feses keras, peristaltic normal, distensi abdomen, teraba massa pada rectal.
- 3) Gangguan integritas kulit berhubungan dengan penurunan mobilisasi Diagnosa ini tidak penulis angkat karena ditunjukkan dengan tidak ada perdarahan, hematoma, kemerahan
- 4) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi Diagnosa ini tidak penulis angkat karena ditunjukkan dengan menunjukkan perilaku berlebihan (mis. Apatis, bermusuhan, agitasi, histeria)

Faktor yang mendukung penulis adalah pasien dan keluarga kooperatif dalam memberikan informasi, data-data pasien mendukung dalam menegakkan diagnosa dan adanya referensi media cetak sehingga penulis dapat menggunakan referensi tersebut untuk mengangkat diagnosa keperawatan sesuai dengan referensi dan kasus yang ada.

Faktor penghambat dari penulis pada diagnosa keperawatan adalah adanya perbedaan masalah keperawatan yang muncul dalam teori dan pada kasus pasien dan tidak adanya data dan hasil pemeriksaan diagnostik dari rumah sakit sehingga data yang terdokumentasi kurang lengkap untuk mendukung diagnosa keperawatan.

### **C. Perencanaan Keperawatan**

Menurut teori dalam penyusunan intervensi keperawatan tidak ada Batasan waktu, sedangkan pada kasus penulis meletakkan waktu 3x24 jam untuk mencapai setiap diagnosa keperawatan dan sebagai tolak ukur untuk keberhasilan intervensi keperawatan yang telah penulis tetapkan.

Berikut merupakan rencana keperawatan sesuai dengan diagnose keperawatan yang diangkat :

1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik : prosedur operasi

Penulis membuat tujuan perencanaan dengan Batasan waktu 3x24 jam. Menurut (SIKI, 2018), intervensi menurut teori yang dapat dilakukan ada 19 namun penulis hanya melakukan 6 8 intervensi dengan alasan disesuaikan dengan keadaan atau kondisi pasien.

Rencana keperawatan mandiri :

- a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri/shift.
- b) Identifikasi skala nyeri/shift
- c) Identifikasi nyeri non verbal/shift
- d) Observasi TTV/shift
- e) Berikan Teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri ( Teknik relaksasi nafas dalam)/shift
- f) Fasilitasi istirahat dan tidur
- g) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- h) Berikan analgetik zaldiar 2x1 tablet melalui oral dan ketorolac 30 gram 2x1 drip melalui intravena

Intervensi teori yang tidak dimasukkan kedalam kasus atau menjadi bagian dari perencanaan antara lain : Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, Identifikasi pengaruh budaya terhadap respons nyeri, Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup, Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan, Monitor efek samping penggunaan analgetik, Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri ( mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan), Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri, Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat, Ajarkan Teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, intervensi ini tidak digunakan Karena dalam

pemberian analgetik sudah di sesuaikan oleh intruksi dokter dan diberikan langsung oleh perawat.

2) Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif

Penulis membuat tujuan perencanaan dengan Batasan waktu 3x24 jam. Menurut (SIKI, 2018), intervensi menurut teori yang dapat dilakukan ada 12 namun penulis hanya melakukan 12 Intervensi ada beberapa intervensi yang ditambahkan dengan alasan disesuaikan dengan keadaan atau kondisi pasien.

Rencana keperawatan mandiri :

- a) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik
- b) Monitor karakteristik luka (warna, ukuran, bau)/shift
- a) Monitor tanda-tanda infeksi/shift
- b) Mengukur TTV (suhu)/shift
- c) Batasi jumlah pengunjung
- d) Pertahankan teknik aseptik
- e) Jelaskan tanda dan gejala infeksi/shift
- f) Ajarkan cara mencuci tangan 6 langkah
- g) Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri
- h) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
- i) Anjurkan meningkatkan asupan cairan
- j) Berikan cefspan 2x200 mg melalui oral, metromidazole 3x500 mg melalui oral, ceftriaxone 1x2 gr melalui drip, metromidazole 3x500 gr melalui drip

Intervensi teori yang tidak dimasukkan kedalam kasus atau menjadi bagian dari perencanaan antara lain :. Ajarkan etika batuk, intervensi ini tidak dipakai karena saat dikaji pasien mampu mempraktikkan etika batuk dengan benar dan pasien tidak ada batuk.

### 3) Gangguan mobilisasi fisik berhubungan dengan nyeri

Penulis membuat tujuan perencanaan dengan Batasan waktu 2x24 jam. Menurut (SIKI, 2018), intervensi menurut teori yang dapat dilakukan ada 11 namun penulis hanya melakukan 7 Intervensi ada beberapa intervensi yang ditambahkan dengan alasan disesuaikan dengan keadaan atau kondisi pasien.

Rencana keperawatan mandiri :

- a) Identifikasi nyeri atau keluhan fisik/shift
- b) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan/shift
- c) Monitor keadaan umum saat melakukan pergerakan/shift
- d) Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik/shift
- e) Libatkan keluarga dalam meningkatkan ambulasi
- f) Anjurkan melakukan mobilisasi dini/shift
- g) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (duduk ditempat tidur, pindah dari tempat tidur kekursi).

Intervensi teori yang tidak dimasukkan kedalam kasus atau menjadi bagian dari perencanaan antara lain :. Monitor tekanan darah dan nadi sebelum memulai pergerakan dikarenakan kondisi pasien masih bed rest untuk melakukan pergerakan, Fasilitasi pergerakan pada pasien dikarenakan pergerakan pasien dibantu oleh suami.

Faktor pendukung dalam menyusun perencanaan keperawatan adalah adanya referensi buku yang mempermudah penulis untuk menyusun perencanaan sehingga dapat dilakukan dengan baik.

Tidak ada faktor penghambat yang ditemukan penulis selama melakukan proses perencanaan keperawatan pada pasien.

#### **D. Implementasi Keperawatan**

Diagnosa keperawatan yang termasuk dalam kasus tersebut telah dilaksanakan karena penulis melakukan hal-hal seperti berikut dalam perencanaan keperawatan yang sudah dibuat.

- a) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencederan fisik (prosedur operasi)  
penulis dapat melaksanakan perencanaan keperawatan yang sesuai dengan yang direncanakan diantaranya Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri/shift, Identifikasi skala nyeri/shift, Identifikasi nyeri non verbal/shift, Observasi TTV/shift, Berikan Teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri ( Teknik relaksasi nafas dalam)/shift, Fasilitasi istirahat dan tidur, Jelaskan strategi meredakan nyeri, Berikan analgetik zaldiar 2x1 tablet melalui oral dan ketorolac 30 gram 2x1 drip melalui intravena
  
- b) Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif  
Penulis dapat melakukan sesuai dengan sudah direncanakan, diantaranya Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, Monitor karakteristik luka (warna, ukuran, bau)/shift, Monitor tanda-tanda infeksi/shift, Mengukur TTV (suhu)/shift, Batasi jumlah pengunjung, Pertahankan teknik aseptik, Jelaskan tanda dan gejala infeksi/shift, Ajarkan cara mencuci tangan 6 langkah, Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri, Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi, Anjurkan meningkatkan asupan cairan, Berikan cefspan 2x200 mg melalui peroral, metromidazole 3x500 mg melalui peroral, ceftriaxone 1x2 gr melalui drip, metromidazole 3x500 gr melalui drip.
  
- c) Gangguan mobilitasi fisik berhubungan dengan nyeri  
Penulis dapat melakukan sesuai dengan sudah direncanakan, diantaranya Identifikasi nyeri atau keluhan fisik/shift, Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan/shift, Monitor keadaan umum saat melakukan

pergerakan/shift, Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik/shift, Libatkan keluarga dalam meningkatkan ambulasi, Anjurkan melakukan mobilisasi dini/shift, Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (duduk ditempat tidur, pindah dari tempat tidur kekursi).

Faktor pendukung yang diperoleh penulis yaitu pasien sangat komunikatif dan kooperatif dengan baik, perawat ruangan sehingga penulis dapat melakukan rencana keperawatann dengan baik.

Factor penghambat bagi penulis yaitu saat melakukan pelaksanaan keperawatan terdapat keterbatasan waktu dalam jam praktek dinas dirumah sakit sehingga penulis tidak dapat melakukan tindakan selama 24 jam kepada pasien kelolaan.

#### **E. Evaluasi keperawatan**

Evaluasi keperawatan yang penulis buat sesuai dengan criteria hasil dalam asuhan keperawatan, intervensi yang sudah dilakukan oleh penulis terhadap proses dan perkembangan pada tahap tercapainya pelaksanaan, dimulai dari tercapainya criteria hasil yang telah direncanakan pada ketiga diagnose tersebut masalah teratasi dan criteria hasil tercapai sesuai dengan perkembangan yang dirasakan oleh pasien selama 3 hari di evaluasi. Dalam evaluasi tersebut yang sudah teratasi setelah 3x24 jam yaitu : nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) pada diagnosa prioritas ini dinyatakan teratasi karena respon pasien yang menunjukkan dan mengatakan nyeri berkurang pada abdomen bawah luka post op (kista ovarium), pasien tampak tidak meringis, bersikap protektif hilang pada memicu nyeri, berfokus pada diri sendiri. Pengkajian nyeri : P : Nyeri post op berkurang (kista ovarium) H-, Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk hilang, R: Nyeri berkurang dibagian luka post op abdomen bawah kuadaran 3 dan 4, S: skalanyeri 2 (numeric scale), T: sewaktu-waktu (hilang timbul), Pengakajian TTV TD menurun 110/80 mmHg, Nadi : 77x/menit, pernafasan : 20x/menit, pola nafas tampak teratur, saturasi oksigen 99%, Pasien

tampak sudah nyaman dengan kondisi kesehatannya sekarang, obat berhasil diberikan, obat tidak dimuntahkan, tidak ada alergi yang muncul setelah obat diberikan, pasien tampak rileks.

Dalam evaluasi diagnosa kedua yaitu Resiko Infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif. Evaluasi keperawatan dilakukan selama 3x24 jam, infeksi tidak terjadi dengan criteria hasil tidak ada tanda-tanda infeksi, tidak ada rembesan pada area luka, suhu normal (36-37,5oC). Masalah teratasi, tujuan tercapai yang dibuktikan dengan Pasien mengatakan tidak merasa rasa panas ( kalor) di sekitar luka post operasi (kista ovarium), Obat berhasil diberikan, tidak ada reaksi alergi yang muncul pada setelah obat diberikan, pasien tampak obat sudah diminum, pasien tampak obat tidak dimuntahkan, Suhu : 36,00 °C, tidak ada tanda-tanda infeksi diluka post operasi, tidak ada rembesan darah yang keluar dari luka post operasi, tidak adan anah yang keluar dari luka post operasi, luka post operasi tampak bersih, tidak ada tanda-tanda infeksi pada sekitar luka post operasi, tidak ada rembesan darah yang keluar dari luka post operasi, balutan luka tampak kering, luka jahittan tampak rapih, luka tertutup dengan kassa dan hypavix, luka tampak horizontal.

Dalam evaluasi diagnosa ketiga yaitu gangguan mobilisasi fisik berhubungan dengan nyeri. Evaluasi keperawatan dilakukan selama 2x24 jam dengan masalah teratasi, tujuan tercapai yang dibuktikan dengan pasien mengatakan sudah bisa untuk bergerak miring kanan dan miring kiri dengan perlahan, pasien mengatakan sudah bisa untuk gerakkan ekstremitas dengan perlahan, pasien mengatakan sudah bisa mengangkat bongkok untuk menaikan posisi, pasien mengatakan sudah bisa untuk beraktivitas dengan perlahan, pasien mengatakan sudah tidak khawatir untuk bergerak, pasien mengatakan sudah mencoba untuk duduk di tempat tidur, pasien mengatakan sudah bisa jalan ke kamar mandi dengan perlahan tanpa dibantu oleh keluarga, pasien mengatakan sudah bisa beraktivitas dengan sendiri tanpa dibantu oleh keluarga atau petugas medis,

pasien mengatakan sudah bisa berjalan dari lorong sampai ke nurses station, pasien tampak tidak bed dress, pasien tampak sudah tidak dibantu oleh keluarga, hasil keadaan umum sakit sedang, kesadaran compos mentis, pasien tampak rasa takut berkurang untuk bergerak, pasien tampak mampu melakukan sendiri.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Kesimpulan setelah dilakukan asuhan keperawatan pada Ny. A dengan kista ovarium adalah penulis harus lebih mendalam lagi dalam mengkaji keluhan yang dirasakan pasien. Dari data yang sudah di dapat penulis keluhan yang dirasakan pasien sudah tergambar dan bias menentukan diagnosa keperawatan yang diangkat. Beberapa pengkajian menurut teori sudah sesuai dengan kasus ini. Karena ada beberapa yang dikeluhkan pasien sesuai dengan teori.

Pada diagnose keperawatan yang muncul pada kasus yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi), resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif, gangguan mobilisasi fisik berhubungan dengan nyeri

Perencanaan yang ditulis oleh penulis ada sebagian yang sudah sesuai dengan teori, karena diagnosa sudah sesuai denganteori. Beberapa perencanaan yang ditulis ada yang sesuai dengan teori dan penulis merencanakan itu pada asuhan keperawatan pada Ny. Adengan Post Op.*kista ovarium*.

Implementasi asuhan keperawatan, pada diagnose pertama, kedua, ketiga, sudah sesuai dengan teori dan kasus perancangan yang dibuat oleh penulis.

Evaluasi keperawatan yang sudah dilakukan penulis sudah sesuai dengan apa yang dilaksanakan oleh penulis, seluruh tujuan sesuai dengan criteria hasil yang telah ditetapkan oleh penulis dengan melihat perkembangan pasien selama 24 jam yang sudah diberikan asuhan keperawatan.

## B. Saran

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan dan membuat kesimpulan diatas. Penulis akan menuliskan saran sebagai berikut:

1. Bagi penulis

Diharapkan untuk lebih memahami konsep Post Op. *Kista Ovarium*, terlebih dahulu sebelum melakukan asuhan keperawatan secara nyata pada pasien dengan Post Op. *Kista Ovarium* dengan cara membaca sumber referensi tentang *KistaOvarium* agar dapat melakukan asuhan keperawatan yang lebih optimal dan berkualitas sesuai dengan yang pasien butuhkan.

2. Bagi institusi

Diharapkan untuk menambah buku referensi terkait pada kasus kista ovarium di bagian perpustakaan institusi agar mempermudah untuk mendapatkan referensi buku yang terbaru dalam menentukan asuhan keperawatan.

3. Bagi petugas kesehatan

Diharapkan untuk lebih kooperatif dan care dengan tim medis lainnya untuk memberikan asuhan yang optimal kepada pasien.

4. Bagi keluargapasien

Diharapkan pasien dapat menjaga Kesehatan dengan baik supaya tidak terulang Kembali dengan penyakit yang sama ataupun yang lainnya.

## DAFTAR PUSTAKA

- Anurogo, D. (2016). *The art og medicine, seni mendeteksi, mengobati dan menyembuhkan 88 penyakit dan gangguan kesehatan*. PT gramedian pustaka utama.
- Anwar Prabu Mangkunegara. (2017). *Manajemen Sumber Daya Manusia Perusahaan*. PT. Remaja Rosdakarya.
- Arania & windarti. (2015). karakteristik pasien kanker ovarium di Rumah sakit Dr.H.Abdul moelek bandar lampung Tahun 2009-2013. *Juke Unila, Vo.5 No.9(43–47)*.
- Arif, nur M. dkk. (n.d.). The implementation of carousel feedback and TSTS learning models to enhance students' self effcacy and social studies learning outcome. *IQSR Journal of Humanities and Social Sciene, Vol.21, 99–104*.  
[www.josjournals.org](http://www.josjournals.org), diakses tanggal 20 januari 2017
- Bausat, N. (2016). Strategi RSUD Tenriawaru Kabupaten Bone menuju implementasi sistem pembayaran prospektif. *Jurnal Administrasi Rumah Sakit Indonesia, Vol.1 NO.2*.
- Depkes RI. (2011). *Rencana Stategis Kementrian Kesehatan 2010-2014*.
- Dermawan, D. (2012). *Proses keperawatan penerapan konsep & kerangka kerja ed.1*. Gosyen Publishing.
- Fadhlin A. Arif. (2016). PERANCANGAN APLIKASI IDENTIFIKASI KISTA OVARIUM BERBASIS SISTEM CERDAS. *JUTI: Jurnal Ilmiah Teknologi Informasi, Vol.14, No, 1–20*.
- Faisal, Y. (2008). *Penyakit Kandungan*. Pustaka Populer Obor.
- Fatkhayah, N. (2019). Faktor Risiko Kejadian Kista Ovarium Pada Wanita Usia Reproduksi Di Rs Kia Kasih Ibu kota Tegal. Prodi D-3 Kebidanan Stikes Bahkti Mandala Husada Slawi. *BHAMADA, JITK, Vol.10, No*.
- Imade. (2013). *@blogdokter Imade C*. Naura Books.
- Kemenkes. (2015). *Rencana Strategi Kementrian Kesehatan Tahun 2015-2019*.  
Kementrian Kesehatan RI.

- Kemenkes RI. (2014). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2014*. Kementerian Kesehatan RI.
- Manuaba, I. dkk. (2010). Memahami kesehatan reproduksi wanita. In *Buku Kedokteran*. EGC.
- Mayo clinic Staff. (2017). *Diseases and Conditions Ovarium Cysts*.  
<https://www.maayoclinic.org/diseases-conditions/ovarium-cysts/basic/symtoms/con-20019937>. Januari 31 2017.
- Nanda. (2015). *Diagnosis keperawatan definisi&klasifikasi 2015-2017 edisi 10 editor T Heather, Shigemi kamitsuru*. EGC.
- Nasdadly. (2010). *Aplikasi dan konsep keperawatan*. Cipta Pustaka.
- Nugroho, T., D. (2014). *Buku ajar asuhan kebidanan nifas*. Nuha Medika.
- Nugroho, T. (2012). *patologi kebidanan*. Nuha Medika.
- Nugroho, T. (2014). *Buku Ajar Ginekologi untuk mahasiswa kebidanan*. Nuha Medika.
- Nurarif, H. . (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda NIC-NOC, Ed. 3*. Mediacion publishing.
- Nurarif H. Amin&Kusuma Hardi. (2013). *Aplikasi asuhan keperawatan berdasarkan diagnosa medis & NANDA NIC NOC Jilid 2*. EGC.
- Nurmansyah, dkk. (2019). Sebuah Laporan Kasus: Kista Ovarium. *Jurnal Medical Profession (MedPro)*, volume 3 N, 226–229.
- Oemiati, dkk. (2011). *Prevalensi Tumor dan Beberapa Faktor yang Mempengaruhi di Indonesia. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Vol 39, N0, 190–204*.
- prawirohardjo, sarwono. (2014). *Ilmu kebidanan sarwono prawirohardjo*. PT.Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Prawirohardjo, sarwono. (2011). *Ilmu kebidanan. edisi empat* (p. 538). yayasan bina pustaka sarwono prawirohardjo.
- Restiana & Indri. (2015). Karakteristik pasien kanker ovarium di rumah akit Dr. H. Abdul Moeloek Bandar Lampung Tahun 2009-2013. *Juke Unila, Vol.5 No.9, 43–47*.

- SDKI, T. P. S. . (2016). *Standar diagnosis keperawatan indonesia*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Setyorini, N. (2014). *Kesehatan Reproduksi & pelayanan Keluarga Berencana* (pp. 101–103). Penerbit In Media.
- SIKI, T. P. S. . (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- WHO. (2015). *Kista Ovarium artikel perbandingan didunia kesehatan*. Availabel Online : Diakses Tanggal 14 November 2017.
- Wiknjosastro, H. (2008). *Ilmu kandungan edisi ketiga* (PT.Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo (ed.1).

## LAMPIRAN

### Lampiran 2. Materi perawatan luka post operasi.

#### 1. Definisi

yaitu : Luka adalah suatu keadaan dimana terputusnya kontinuitas jaringan tubuh yang dapat menyebabkan terganggunya fungsi tubuh dan mengakibatkan terganggunya aktivitas sehari – hari (Damayanti, Pitriani, &Ardhiyanti, 2015). Luka Operasi yaitu luka akut yang dibuat oleh ahli bedah yang bertujuan untuk terapi atau rekonstruksi (Murtutik&Marjiyanto, 2013).

#### 2. Tujuan dari perawatan luka menurut Maryunani, (2013) yaitu :

- a. Mencegah dan melindungi luka dari infeksi.
- b. Menyerap eksudat.
- c. Melindungi luka dari trauma.
- d. Mencegah cedera jaringan yang lebih lanjut.
- e. Meningkatkan penyembuhan luka dan memperoleh rasa nyaman.

#### 3. Komplikasi umum yang terjadi dalam penyembuhan luka Menurut (SukmaWijaya, 2018) yaitu :

##### a) Infeksi

Invasi bakteri dapat terjadi saat trauma saat pembedahan atau terjadi setelah pembedahan, gejala infeksi sering muncul sekitar dalam 2-7 hari setelah pembedahan. Gejala dari infeksi berupa kemerahan, nyeri, bengkak di sekeliling luka, peningkatan suhu, dan peningkatan sel darah putih.

b) Pendarahan (Hemoragik)

Pendarahan terjadi paling sering jika kondisi pasien lemah serta adanya penyakit penyerta oleh pasien seperti kelainan darah atau bias karena malnutrisi seperti kekurangan vitamin K.

c) Dehisen (Dehiscense)

Dehiscense yaitu terpisahnya lapisan kulit serta jaringan atau tepi luka tidak menyatu dengan tepi luka yang lain, komplikasi ini dapat terjadi pada hari ke 3 sampai dengan hari ke 11 setelah cendera.

d) Eviserasi

Organ bagian dalam (viseral) dapat keluar dari permukaan luka yang terbuka ini disebut sebagai eviserasi.

4. Tanda gejala infeksi luka operasi menurut (Muttaqien et al., 2014) yaitu :

- a) Terdapat nyeri dan pus disekitar luka
- b) Terdapat kemerahan dan bengkak di sekeliling luka
- c) Terdapatnya peningkatan suhu tubuh.
- d) Terjadinya peningkatan sel darah putih.

5. Dampak buruk jika luka besar dan luka pasca operasi tidak dirawat dengan benar

- a) Demam
- b) Luka terasalembek
- c) Luka terlihat kemerahan
- d) Luka menjaditerasalebihmenyakitkan
- e) Luka mengalamiperadanganataubengkak
- f) Luka menimbulkan aroma yang tidaksedap
- g) Munculcairan, nanah, ataudarah pada luka

## Lampiran 2. Leaflet caramerawat luka post Operasi

### Tanda gejala infeksi luka operasi

1. Terdapat nyeri dan pus disekitar luka sectio caesarea.
2. Terdapat kemerahan dan bengkak di sekeliling luka sectio caesarea.
3. Terdapatnya peningkatan suhu tubuh.
4. Terjadinya peningkatan sel darah putih.



### Dampak buruk jika uka pasca operasi tidak dirawat dengan benar

1. Demam
2. Luka terasa lembek
3. Luka terlihat kemerahan
4. Luka menjadi terasa lebih menyakitkan
5. Luka mengalami peradangan atau bengkak



### Cara perawatan luka post operasi



Yang disusun oleh :  
 Visa Nauval  
 DIII keperawatan

### Pengertian

Luka adalah suatu keadaan dimana terputusnya kontinuitas jaringan tubuh yang dapat menyebabkan terganggunya fungsi tubuh dan mengakibatkan terganggunya aktivitas sehari – hari

Luka Operasi yaitu luka akut yang dibuat oleh ahli bedah yang bertujuan untuk terapi atau rekonstruksi



### Komplikasi

1. infeksi  
 invasi bakteri dapat terjadi Saat setelah pembedahan, g  
 Gejala infeksi sering muncul Sekitar dalam 2-7 hari setelah pembedahan
2. Pendarahan (Hemoragik)  
 pasien seperti kelainan darah atau bisa karena malnutrisi seperti kekurangan vitamin K.
3. Dehisen (Dehiscense)  
 yaitu terpisahnya lapisan kulit serta jaringan atau tepi luka tidak menyatu dengan tepi luka yang lain
4. Eviserasi

### Tujuan dari perawatan luka

- A. Mencegah dan melindungi luka Dari infeksi.
- b. Menyerap eksudat.
- c. Melindungi luka dari trauma.
- d. Mencegah cendera jaringan yang Lebih lanjut.
- e. Meningkatkan penyembuhan luka dan memperoleh rasa nya- Man.

