

**KARYA TULIS ILMIAH**  
**STUDI DOKUMENTASI GAMBARAN**  
**GANGGUAN AMAN NYAMAN NYERI PADA PASIEN POST**  
**OPERASI TAH-BSO ATAS INDIKASI KISTA OVARIUM**



**Oleh :**  
**SUSI SUSANTI**  
**NIM : 2317033**

**YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA**  
**AKADEMI KEPERAWATAN “YKY”**  
**YOGYAKARTA**  
**2020**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**STUDI DOKUMENTASI GAMBARAN  
GANGGUAN AMAN NYAMAN NYERI PADA PASIEN POST  
OPERASI TAH-BSO ATAS INDIKASI KISTA OVARIUM**

Tugas Akhir ini Untuk Memenuhi Syarat Menyelesaikan  
Pendidikan Program Diploma III Keperawatan  
Akademik Keperawatan“ YKY ” Yogyakarta

**SUSI SUSANTI**  
**NIM : 2317033**

**YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA  
AKADEMI KEPERAWATAN “YKY”  
YOGYAKARTA  
2020**

## **PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Susi susanti

NIM : 2317033

Program studi : Diploma III Keperawatan

Institusi : Akademi Keperawatan " YKY " Yogyakarta

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan penulis atau pikiran orang lain yang saya aku sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atau perbuatan tersebut.

Yogyakarta,04/Juli/2020

Pembuat pernyataan



Susi Susanti

NIM : 2317033

**HALAMAN PERSETUJUAN**  
**KARYA TULIS ILMIAH**  
**STUDI DOKUMENTASI GAMBARAN**  
**GANGGUAN AMAN NYAMAN NYERI PADA PASIEN POST**  
**OPERASI TAH-BSO ATAS INDIKASI KISTA OVARIUM**

OLEH :  
SUSI SUSANTI  
NIM : 2317033

Telah memenuhi persyaratan untuk diujikan dan

Disetujui pada tanggal

04 Juli 2020

Pembimbing I



Ana Ratnawati, Ahpp.S.Kep.Ns.M.kep  
NIP :19720572002122001

Pembimbing II



Sari Candra Dewi, SKM.,M.kep  
NIP : 197708131999032001

**HALAMAN PENGESAHAN**  
**KARYA TULIS ILMIAH**  
**STUDI DOKUMENTASI GAMBARAN**  
**GANGGUAN AMAN NYAMAN NYERI PADA PASIEN POST**  
**OPERASI TAH-BSO ATAS INDIKASI KISTA OVARIUM**

OLEH :  
SUSI SUSANTI  
NIM : 2317033

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah  
Akper "YKY" Yogyakarta Pada tanggal 04 Juli 2020.

Dewan Penguji :

Ana Ratnawati, Ahpp.S.Kep.Ns.,M.kep

Sari Candra Dewi, SKM.,M.kep

Dewi Kusumaningtyas.S.kep,Ns.,M.Kep

Tanda Tangan



Mengesahkan  
Direktur Akper "YKY"  
Yogyakarta



Tri Arini, S.Kep, Ns., M.Kep  
NIK 1141 03 052

## **MOTTO**

“Sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan.”

( QS. Al- Insyirah ayat 6 )

“Kegagalan hanya terjadi jika kita menyerah. ”

( Lessing )

“Ubah pikiran dan kau dapat mengubah duniamu. ”

( Norman Vincent Pelae )

“Rahasia kesuksesan adalah mengetahui yang orang lain tidak tahu. ”

( Aristotle Onassis )

## **PERSEMPAHAN**

Karya tulis ilmiah ini penulis sembahkan kepada :

1. Kedua orangtua saya Bapak Didik Suparman dan Ibu Endang Jarwati yang tercinta, yang dengan penuh kesabaran dan keikhlasan telah mendidik, membimbing, memberikan kasih sayang, dan senatiasa memberikan doa dan dukungan untuk mewujudkan cita-cita dengan penuh pengorbanan yang tiada batasnya.
2. Sahabat saya Erna Dwi Susanti, Fitri Nur Aini, dan Karen Meilani terima kasih telah bersedia berjuang bersama berbagai ilmu dan bertukar pikiran dalam penyusunan karya tulis ilmiah.
3. Para sahabat yang memberikan semangat dan bantuan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
4. Teman-teman kelas III 3A, terima kasih telah memberikan semangat pantang menyerah dan solidaritas yang amat berharga.
5. Angkatan ke 23 yang telah berjuang bersama
6. Almamater “ YKY “ tercinta yang telah membuat kami menjadi orang yang berguna.
7. Teman seperjuanganku 1 kelompok (Meisitoh Anggraini dan Linda Eka Ratnasari) yang saling mendukung dan membantu.

## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan rahmat dan karuniaNya, sehingga penulisan karya tulis ilmiah dengan judul “Gambaran Gangguan Aman Nyaman Nyeri Pada Pasien post op tha-bso atas indikasi kista ovarium ”dapat diselesaikan tepat waktunya.

Karya ilmiah ini disusun dan diajukan guna melengkapi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan program Diploma III Keperawatan Akademik Keperawatan “YKY” Yogyakarta.

Penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini dapat disusun dan diselesaikan atas bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak. Dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih kepada :

1. Tri Arini, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku Direktur Akademik Keperawatan YKY” Yogyakarta.
2. Ana Ratnawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku dosen pembimbing I penulis karya tulis ilmiah, yang telah memberikan arahan dan masukan kepada penulis, sehingga penulis karya tulis ilmiah ini dapat diselesaikan dengan baik dan tepat waktunya.
3. Sari Candra Dewi, SKM.,M.cep selaku dosen pembimbing II penulis karya tulis ilmiah, yang telah memberikan arahan dan masukan kepada penulis, sehingga penulis karya tulis ilmiah ini dapat diselesaikan dengan baik dan tepat waktunya.

4. Dewi Kusumaningtyas, S.Kep.,Ns.M.Kep selaku penguji dari Akper YKY yang telah memberikan arahan, bimbingan, saran dan motivasi dalam melaksanakan ujian sidang.
5. Semua pihak yang telah membantu atas terselsaikan penulisan karya tulis ilmiah ini, yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan karya tulis ilmiah ini masih jauh dari sempurna. Penulis mengharapkan kitik dan saran yang bersifat membangun demi kesempurnaan karya tulis ilmiah ini, dan semoga karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat bagi pembaca.

Yogyakarta,..... 2020

Susi Susanti

## DAFTAR ISI

SAMPUL DEPAN .....	i
SAMPUL DALAM .....	ii
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN .....	iii
LEMBAR PERSETUJUAN .....	iv
LEMBAR PENGESAHAN .....	v
MOTTO .....	vi
PERSEMBAHAN .....	vii
KATA PENGANTAR .....	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR GAMBAR .....	xii
DAFTAR LAMPIRAN .....	xiii
ABSTRAK.....	xiv
BAB I PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	3
C. Tujuan Penelitian .....	4
1. Tujuan Umum .....	4
2. Tujuan Khusus .....	4
D. Ruang Lingkup .....	5
E. Manfaat Penelitian .....	5
1. Manfaat teoritis .....	5
2. Manfaat Praktis .....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....	6
A. Landasan Teori.....	6
1. Konsep Aman Nyaman .....	6
2. Pengertian Nyeri .....	6
3. Klasifikasi .....	6
4. Etiologi .....	8
5. Patofisiologi .....	8
6. Cara penanganan .....	9
7. Klasifikasi nyeri.....	12
8. Pengkajian nyeri.....	20
9. Faktor yang mempengaruhi nyeri.....	21
10. Etnik dan budaya.....	21
B. Konsep Kista Ovarium .....	25
1. Pengertian .....	25
2. Etiologi.....	26
3. Tipe-tipe kista normal .....	26
4. Manifestasi klinis .....	29
5. Penegakan Diagnosa .....	29
6. Pemeriksaan laboratorium .....	29
7. Penatalaksanaan .....	30

8. Pemeriksaan penunjang .....	30
9. Nyeri pada penderita kista ovarium .....	31
<b>C. Asuhan Keperawatan .....</b>	<b>31</b>
1. Pengkajian Keperawatan .....	31
2. Diagnosa Keperawatan .....	40
3. Perencanaan Keperawatan .....	40
4. Pelaksanaan Keperawatan .....	45
5. Evaluasi Keperawatan .....	45
<b>D. Kerangka Teori .....</b>	<b>46</b>
<b>BAB III METODE STUDI KASUS .....</b>	<b>47</b>
1) Jenis dan Rancangan penelitian .....	47
2) Subjek studi Kasus .....	47
3) Lokasi dan Waktu Studi Kasus .....	48
4) Analisa Data .....	48
5) Definisi Operasional.....	48
6) Instrumen Studi Kasus .....	49
7) Teknik Pengumpulan Data .....	50
8) Etika Studi Kasus .....	50
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN</b>	
A. Hasil .....	51
1. Gambaran Kasus .....	51
B. Pembahasan .....	54
<b>BAB V PENUTUP</b>	
A. Kesimpulan .....	62
B. Saran .....	63
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	

## **DAFTAR TABEL**

Tabel 2.1 Perbedaan Nyeri Akut dan Kronis .....	14
Tabel 2.2 Skala Nyeri menurut Hayward .....	16
Tabel 2.3 Pengkajian Nyeri .....	22
Tabel 2.4 Definisi operasional.....	48

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Skala Nyeri McGill ( <i>McGill Scale</i> ) .....	17
Gambar 2.2 <i>Wong-Baker FACES Rating Scale</i> .....	17
Gambar 2.3 Skala Intensitas Nyeri Deskriptif .....	18
Gambar 2.4 Skala Penilaian Nyeri Numerik .....	19
Gambar 2.5 Skala Analog Visual.....	19
Gambar 2.6 Skala Menurut Bourbanis.....	20
Gambar 2.7 Rahim Normal dan Rahim Dengan Kista Ovarium .....	26
Gambar 2.8 Kerangka Teori.....	47
Gambar 2.9 Kerangka Alur penelitian.....	50

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 Jadwal Pelaksanaan Penelitian

Lampiran 2 Pelaksanaan Bimbingan kedua Pembimbing

Lampiran 3 Data Dokumen Asuhan Keperawatan KTI mahasiswa yang telah lulus  
yang digunakan sebagai studi kasus

## STUDI DOKUMENTASI GAMBARAN GANGGUAN AMAN NYAMAN NYERI PADA PASIEN POST OPERASI TAH-BSO ATAS INDIKASI KISTA OVARIUM

Susi susanti<sup>1</sup>, Ana RatnawatiSari<sup>2</sup>, Candra Dewi<sup>3</sup>  
Akper YKY Yogyakarta  
ssusi3680@gmail.com

### ABSTRAK

**Pendahuluan** kista ovarium adalah kantung yang berisi cairan yang tumbuh pada indung telur (ovarium) wanita. Aman nyaman nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan yang aktual dan potensial. **Tujuan:** penelitian ini untuk mengetahui gambaran gangguan rasa aman nyaman nyeri pada pasien kista ovarium suspect malignancy post tah-bso(*Total Abdominal hysterectomy billateral oophorectomy*). Atas indikasi kista ovarium meliputi pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi dan pendokumentasi. **Metode:** Studi dokumentasi yang digunakan dengan memanfaatkan Karya Tulis Ilmiah tahun 2017 yang didapatkan di kampus Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta. Peneliti ini menggubnakan rancangan deskriptif kualitatif. **Hasil:** Ny. T mengatakan nyeri di perut bagian bawah bekas operasi skala 5 (0-10), nyeri terasa saat bergerak, nyeri hilang timbul, nyeri seperti di tusuk-tusuk, badan terasa dingin. Pasien mengatakan untuk bergerak terasa nyeri dan semua aktifitas dibantu keluarga. Kemudian disusul perencanaan meliputi tujuan : *Pain Control* dan intervensi : *Pain Management* yang akan dilakukan selama 3x24 jam. Evaluasi hasil dilakukan hari ke-3 pada shift malam, yaitu hari Jumat 5 Juni 2015 jam 21:00 WIB. Masalah nyeri akut teratasi sebagian. **Kesimpulan:** Pengkajian yang dilakukan sudah sesuai teori. Dari tujuan yang sudah dibuat, terdapat ketidaksesuaian dengan teori. Evaluasi yang tidak sesuai teori karena ada 3 kriteria hasil mampu mengontrol nyeri tidak dituliskan secara *spesifik* dan mampu menggunakan teknik relaksasi nafas dalam jika nyeri muncul tanpa mengajarkan terlebih dahulu, monitor *vital sign* tidak dituliskan secara spesifik

Kata kunci : Studi Dokumentasi, kista ovarium, Nyeri Akut

---

## DOCUMENTATION STUDY OF SAFE PICTURE OF PAIN RELIEF IN POST-OPERATIVE PATIENTS WITH BP INDICATIONS

Susi susanti<sup>1</sup>, Ana Ratnawati<sup>2</sup>, Sari Candra Dewi<sup>3</sup>  
Yogyakarta YKY Akper  
ssusi3680@gmail.com

### ABSTRACT

**Introduction:** The word ovary is a sac containing fluid that grows in a woman's uterus safe pain relief is a sensory and emotional experience that is not pleasant due to actual and potential tissue damage. **Purpose:** this study is to determine the picture of discomfort of comfortable feeling of pain in patients with post-bso *Ovarium Suspect Malignancy Cyst* (total abdominal hysterectomy bilateral oophorectomy). The indications for ovarian cysts include submission, diagnosis, planning, implementation, evaluation and documentation. **Method:** study the documentation used by utilizing 2017 scientific papers obtained on Akademi keperawatan " YKY" yogyakarta. This researcher uses a qualitative descriptive design. **Results:** Mrs. T said the pain in the lower abdomen of the former operation on a scale of (0-10), pain stabbing pain, body feels cold. The patient said to move feels cold. The patient said to move feels pain and all activities are helped by the family. Then followed by planning includes the objectives: Pain Management which will be carried out for 3X24 hours. Evaluation is done on the third day of the night shift at firday 5 June , 2015 at 9 p.m conclusion : The study conducted was in accordance with the theory from the purpose made, there is a discrepancy with the theory . Evalution : that does not fit the theory because there are 3 criteria for being able to control pain are not written down specifically and are able to use deep breathing relaxation techniques, if pain appears without teaching first monitor vital sign are not written specifically.

Keyword : Study documentation, Ovarium chsyt, acute pain

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan yang aktual dan potensial(Sudarti& Fauziah 2012) . Nyeri pada pasien penderita kista ovarium terjadi karena adanya massa yang membesar. Sehingga terjadi penekanan terhadap organ disekitarnya karena organ reproduksi wanita terletak dibagian bawah ini yang dapat menyebabkan penderita kista ovarium mengalami nyeri pada perut bagian bawah (Nugroho, 2012).

Akibat yang ditimbulkan bila nyeri tidak ditangani antara lain : Menyebabkan gangguan psikologis pada penderita kista ovarium, hubungan dengan suami kurang harmonis dan gangguan untuk melakukan aktivitas (Herdman,2011).

Menurut *World Health Organization ( WHO )* pada tahun 2015 kista ovarium merupakan kanker kelima tersering yang menyebabkan kematian wanita setelah kanker paru-paru, payudara dan pankreas.

Angka kejadian kista ovarium di Indonesia pada tahun 2015 sebanyak 23.400 orang yang meninggal sebanyak 13.900 orang. Angka kematian yang tinggi disebabkan karena penyakit pada awalnya bersifat asimptomatik dan baru menimbulkan keluhan apabila sudah terjadi metastasis sehingga pasien datang pada stadium lanjut (Kemenkes, 2015).

Pada saat ini terjadi banyak masalah kesehatan reproduksi, diantaranya penyakit yang berkaitan dengan sistem reproduksi.Kista

Ovarium adalah suatu penyakit gangguan organ reproduksi wanita salah satu tumor jinak ginekologi yang sering dijumpai pada wanita pada dimasa reproduksinya( Depkes RI,2011 ).

Kista ovarium merupakan suatu kantong abnormal berisi cairan atau setengah cairan yang tumbuh dalam indung telur ( Ovarium ). Kista ovarium tidak bersifat kanker, tetapi kista tersebut berukuran kecil kista ovarium mengarah pada penyakit neoplasma, yaitu penyakit yang mengarah pada keganasan atau cenderung kearah tumor ( muljadi,2010).

Menurut Nugroho (2014) gejala klinis kista ovarium adalah nyeri saat menstruasi, nyeri di perut bagian bawah, nyeri saat buang air kecil dan besar. Masalah keperawatan yang mungkin muncul pada pasien dengan kista ovarium adalah nyeri akut). ansietas, resiko infeksi dan hambatan mobilitas fisik.

Apabila kista ovarium tidak segera ditangani dampak yang timbul antara lain fungsi reproduksi wanita penderita kista ovarium akan mengalami gangguan berakibat kesuburan yang terganggu bahkan bisa pada kesulian untuk hamil (Nasdadly,2010).

Peran keluarga diharapkan berperan aktif untuk dapat membantu pasien menderita kista ovarium melalui informasi yang diberikan petugas kesehatan serta terlibat dalam perawatan baik dirumah maupun dirumah sakit. Keterlibatan pasien dalam membantu pasien menghadapi proses pengobatan dan membantu pasien untuk mencapai kualitas hidup yang

optimal, memberikan motivasi agar pasien tidak cemas dengan penyakitnya (Kozier,2010).

Peran perawat merupakan salah satu anggota tim kesehatan yang mempunyai peran dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien salah satunya memberikan asuhan keperawatan baik secara bio, psiko, sosio, spiritual dan pemenuhan kebutuhan menurut hierarki Maslow, perawat dapat membantu pasien untuk mengatasi nyeri yang dialami pasien, selain itu untuk membantu pasien dalam memenuhi kebutuhan aspek psikologis, perawat dapat melakukan pendekatan untuk membantu pasien mengatasi kecemasan, rasa takut yang dialami selama menderita kista ovarium Peran perawat pada pasien dengan kista ovarium yaitu memberikan asuhan keperawatan yang di fokuskan pada penanganan saat dirawat dirumah sakit (Kozier,2010).

Melihat yang ada diatas penulis tertarik untuk mengakat judul gambaran gangguan rasa aman nyaman nyeri pada pasien post op tah-bso atas indikasi kista ovarium.

## **B. Rumusan Masalah Penelitian**

Bagaimana studi dokumentasi rasa aman nyaman nyeri pada pasien post operasi TAH-BSO atas indikasi kista ovarium ?

## **C. Tujuan Penelitian**

### 1. Tujuan Umum

Mengetahui gambaran gangguan rasa aman nyaman : Nyeri pada pasien post operasi TAH-BSO atas indikasi kista ovarium.

## 2. Tujuan Khusus

Diketahuinya gambaran tentang :

- a. Hasil studi dokumentasi mengenai Pengkajian gangguan rasa aman nyaman nyeri pada pasien post operasi tah-bso atas indikasi kista ovarium.
- b. Hasil studi dokumentasi mengenai Diagnosis keperawatan gangguan rasa aman nyaman nyeri pada pasien post operasi tah-bso atas indikasi kista ovarium.
- c. Hasil studi dokumentasi mengenai Perencanaan gangguan rasa aman nyaman nyeri pada pasien post operasi tah-bso atas indikasi kista ovarium.
- d. Hasil studi dokumentasi mengenai Pelaksanaan gangguan rasa aman nyaman nyeri pada pasien post operasi tah-bso atas indikasi kista ovarium.
- e. Hasil studi dokumentasi mengenai Evaluasi dan pendokumentasian gangguan rasa aman nyaman nyeri pada pasien post operasi tah-bso atas indikasi kista ovarium.

## **D. Ruang Lingkup**

Penelitian ini termasuk dalam lingkup keperawatan Maternitas. Materi yang dibahas adalah gambaran gangguan rasa aman nyaman nyeri pada dengan metode studi dokumentasi menggunakan data dari asuhan keperawatan pada Penelitian ini dilakukan di Akper YKY Yogyakarta dengan menggunakan data

dari asuhan keperawatan pada KTI mahasiswa yang telah lulus antara tahun 2017.

#### **E. Manfaat Studi Kasus**

##### 1. Teoritis

Menambah keluasan ilmu dan teknologi terapan bidang keperawatan dalam mengenai gangguan rasa aman nyaman nyeri pada pasien post op tah-bso atas indikasi kista ovarium.

##### 2. Praktis

Memperoleh pengalaman dalam mengaplikasikan hasil riset keperawatan, khususnya studi kasus tentang pelaksanaan pemenuhan gangguan rasa aman nyaman nyeri pada pasien post op tah-bso atas indikasi kista ovarium.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Landasan Teori**

##### **1. Aman Nyaman**

Menurut Kamus Besar Indonesia aman yaitu bebas dari bahaya dan gangguan, terlindungi, tidak mengandung resiko serta perasaan tenram dan merasa tidak takut dan kawatir. Sedangkan nyaman adalah keadaan terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yang terbebas dari bahaya dan gangguan merasa terlindungi, tidak mengandung resiko serta perasaan tenram dan merasa tidak takut dan kawatir (Padila,2015)

##### **a. Pengertian Nyeri**

Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (*International Association for the study of pain*): awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung <6 bulan. (NANDA,2015 ).

##### **b. Klasifikasi Nyeri**

Menurut Zakiyah (2015), nyeri dibagi menjadi dua yaitu :

###### **1) Nyeri akut**

Nyeri akut adalah respon fisiologis normal yang diramalkan terhadap rangsangan kimia, panas, atau mekanik menyusun suatu pembedahan, trauma, dan penyakit akut. Ciri

khas nyeri akut adalah nyeri yang diakibatkan kerusakan jaringan yang nyata dan akan hilang sering dengan proses penyembuhan, terjadi dalam waktu singkat dari detik sampai kurang dari enam bulan.

## 2) Nyeri kronis

Nyeri kronis adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan konsep mendandak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan kostan, yang berlangsung lebih dari 3 bulan.

Nyeri kronis adalah nyeri menetap melampaui waktu penyembuhan normal yakni enam bukan. Nyeri kronis dibedakan menjadi dua yaitu : nyeri nonmaligna ( nyeri kronis persisten dan nyeri kronis intermitten ) dan nyeri kronis maligna. Karakteristik penyembuhan nyeri kronis tidak dapat diprediksi meskipun penyebab mudah ditentukan , namun pada beberapa kasus penyebab kadang sulit ditentukan.

Nyeri kronis persisten merupakan perpaduan dari manifestasi fisik dan psikologi sehingga nyeri ini idealnya diberikan interensi fisik dan psikologis. Pada umumnya nyeri ini diakibatkan oleh kesalahan diagnosis, rehabilitas yang tidak adekuat, siklus pemulihan, dan depresi.

Nyeri kronis intermitten ini terjadi pada periode yang spesifik. Contoh nyeri intermitten adalah migrain, nyeri abdomen yang dihubungkan dengan kerusakan pencernaan dalam waktu yang sangat lama. Sifat nyeri ini tidak dapat diprediksi ini membuat seseorang frustasi dan seringkali mengarah pada depresi psikologis.

Nyeri kronis maligna biasanya disebabkan oleh kanker yang pengobatannya tidak terkontrol atau disertai gangguan progresif lainnya, nyeri ini dapat berlangsung terus-menerus sampai kematian.

c. Etiologi Nyeri

Menurut NANDA (2015), etiologi nyeri antara lain :

- 1) Agens cedera biologis (misalnya infeksi, iskemia, neoplasma)
- 2) Agens cedera fisik (misalnya abses, amputasi, luka bakar terpotong, mengakat berat, prosedur bedah, trauma, olahraga berlebihan)
- 3) Agens cedera kimiawi (misalnya luka bakar, kapsaisi, metilen klorida, agens mustard)

d. Patofisiologi Nyeri

Menurut Zakiyah (2015), stimulus nyeri mengirimkan implik melalui serabut saraf perifer. Serabut nyeri memasuki medula spinalis dan menjalani salah satu dari beberapa rute saraf dan akhirnya sampai dalam berwarna abu-abu di medula spinalis.

Mencegah stimulus nyeri sehingga tidak mencapai otak atau transmisi tanpa hambatan korteks cerebral, maka otak akan mengirimkan atau menginterpretasikan kualitas nyeri dan memproses informasi tentang pengalaman dan pengetahuan yang diasosiasi dalam upaya mempersepsikan nyeri.

e. Cara Penanganan

Menurut Zakiyah (2015) nyeri dapat dicegah melalui dua cara :

1) Nonfarmakologis

a) Pemberian kompres dingin

Kompres panas adalah memberikan rasa hangat pada daerah tertentu menggunakan cairan atau alat yang menimbulkan hangat pada bagian tubuh yang memerlukan. Tindakan ini selain untuk melancarkan sirkulasi darah juga untuk menghilangkan rasa sakit, merangsang peristaltik usus, pengeluaran getah radang menjadi lancar, serta memberikan ketenangan dan kenyamanan pada klien. Pemberian kompres dilakukan pada radang persendian, kekejangan otot, perut kembuh, dan pada saat kedinginan.

Kompres dingin adalah memberikan rasa dingin pada daerah setempat dengan menggunakan kain yang dicelupkan pada air biasa atau air es sehingga efek rasa dingin pada daerah tersebut. Tujuan diberikan kompres dingin adalah menghilangkan rasa nyeri akibat edema atau

trauma, mencegah kongesti kepala, memperlambat denyut jantung, mempersempit pembuluh darah. Selama pemberian kompres kulit diperiksa setelah 5 menit pemberian jika dapat ditoleransi oleh kulit selama 20 menit, namun pemberian kompres ini tidak diajurkan yang mempunyai riwayat alergi dingin.

b) *Massase*

Massase adalah melakukan tekanan dengan menggunakan pola jaringan lunak, biasanya otot tendon atau liaman tanpa menyebabkan gerakan atau perubahan posisi sendi yang ditunjukan untuk merendam nyeri menghasilkan relaksasi dan memperbaiki sirkulasi. Manfaat massase adalah membantu pasien menjadi lebih sadar dengan tubuh mereka dan membantu beradaptasi dengan rasa sakit yang dialami. Massase tidak hanya membantu meringankan nyeri otot dan jaringan lunak lainnya, tetapi juga memiliki dampak pada pasien berdasarkan sentuhan yang diberikan.

c) *Accupresure*

*Accupresure* adalah penekanan-penekanan pada titik pengaktif, dimana dalam hal nyeri titik pengaktif adalah sama dengan titik accupresure. *Accupresure* adalah penekanan titik akupuntur dengan tujuan memperlancar

sirkulasi sehingga tercapai keseimbangan energi, dengan indikasi utama untuk nyeri dan gangguan neuromuskuler. Sedangkan indikasi lainnya adalah dengan akupuntur.

d) **Distraksi**

Distraksi merupakan strategi pengalihan nyeri yang memfokuskan perhatian klien kesetimulus yang lain dari pada terhadap rasa nyeri dan emosi negatif. Teknik distraksi dapat mengatasi nyeri berdasarkan teori bahwa aktivasi retikuler menghambat stimulus nyeri.

e) **Relaksasi**

Teknik relasasi merupakan metode yang dapat digunakan untuk menurunkan kecemasan dan ketegangan otot. Klien menarik nafas dalam dan mengisi paru paru dengan udara, perlahan lahan udara di hembuskan sambil membiarkan tubuh menjadi kendur serta merasakan betapa nyaman hal tersebut.

f) ***Reframing***

*Reframing* adalah teknik yang mengajarkan tentang memonitor atau mengawasi pikiran negatif dan mengganti pikiran positif.

g) **Hipnotis**

Menurut (Bredan 2011), hipnotis dapat membuat kondisi sangat santai, konsentrasi batin dan perhatian

berfokus pada diri pasien. Pengurangan dan penghilang rasa nyeri adalah salah satu efek yang paling dramatis dari hipnotis.

#### f. Klasifikasi Nyeri

Dibawah ini diuraikan beberapa karakteristik nyeri (Mubarak dkk, 2015).

##### 1. Menurut Tempat :

- a) *Periferal pain* : nyeri permukaan (*superficial pain*), nyeri dalam (*deep*), nyeri alihan (*referred pain*), nyeri yang dirasakan pada area yang bukan merupakan sumber nyerinya.
- b) *Central pain*, terjadi karena perangsangan pada susunan saraf pusat, medula spinalis, batang otak dan lain-lain.
- c) *Psychogenic pain*, nyeri dirasakan tanpa penyebab organik, tetapi akibat dari trauma psikologis.
- d) *Phantom pain*, merupakan perasaan pada bagian tubuh yang sudah tak ada lagi. Contohnya pada amputasi, *phantom pain* timbul akibat dari stimulasi dendrit yang berat dibandingkan dengan stimulasi reseptor biasanya. Oleh karea itu, orang tersebut akan merasa nyeri pada area yang telah diangkat.
- e) *Radiating pain*, nyeri yang dirasakan pada sumbernya yang meluas ke jaringan sekitar.

f) Nyeri somatis dan nyeri viseral, kedua nyeri ini umumnya bersumber dari kulit dan jaringan dibawah kulit (superfisial) pada otot tulang.

2. Menurut sifat :

- a) *Insidental* : timbul sewaktu-waktu dan kemudian menghilang.
- b) *Steady* : nyeri timbul menetap dan dirasakan dalam waktu yang lama.
- c) *Paroxysmal* : nyeri dirasakan berintegritas tinggi dan kuat sekali serta biasanya menetap 10-15 menit, lalu menghilang dan kemudian timbul kembali.
- d) *Intractable pain* : nyeri yang resisten dengan diobati atau dikurangi. Contoh pada arthritis, pemberian analgetik narkotik merupakan kontraindikasi akibat dari lamanya penyakit yang dapat mengakibatkan kecanduan.

3. Menurut Intensitas Rasa Nyeri :

- a) Nyeri ringan : dalam intensitas rendah.
- b) Nyeri sedang : menimbulkan suatu reaksi fisiologis dan pasikologis.
- c) Nyeri berat : dalam intensitas tinggi.

4. Bentuk Nyeri

Menurut Mubarak, dkk (2015), bentuk nyeri terbagi atas nyeri akut dan nyeri kronis.

Tabel 2.1 Perbedaan Nyeri Akut dan Kronis

<b>Karakteristik</b>	<b>Nyeri Akut</b>	<b>Nyeri Kronis</b>
Pengalaman	<p>Suatu kejadian jika pasien baru pertama kali mengalami periode nyeri, persepsi pertama tentang nyeri akan mengganggu mekanisme copingnya. Setiap orang belajar dari pengalaman nyerinya. Akan tetapi pengalaman nyeri sebelumnya tidak selalu membuat individu mampu menerima nyeri dengan mudah.</p>	<p>Jika pasien telah sering mengalami episode nyeri tanpa pernah sembuh atau pasien mengalami nyeri yang berat, rasa cemas, atau bahkan takut dapat muncul. Sebaliknya jika pasien pernah mengalami nyeri yang sama berulang-ulang dan ia berhasil mengatasinya, akan lebih mudah bagi pasien untuk menginterpretasikan sensasi nyeri yang muncul. Dengan demikian, pasien akan lebih siap untuk melakukan tindakan yang diperlukan guna menghilangkan nyeri.</p>
Sumber	Sebab eksternal atau penyakit yang berasal dari dalam	Sumber nyeri tidak diketahui atau tidak diubah atau pengobatan terlalu lama atau efektif. pasien sulit menentukan sumber-sumber karena pengindraan nyeri yang sudah lebih mendalam.
Serangan	Mendadak	Bisa mendadak atau bertahap, berkembang, dan tersembunyi (terselubung).
Durasi/waktu yang berlangsung	Lamanya dalam hitungan menit dan <i>transient</i> (sampai 6	Lamanya dalam hitungan bulan, > 6 bulan hingga beberapa

	bulan)	tahun.
Pernyataan nyeri	<p>Daerah nyeri umumnya tidak diketahui dengan pasti.</p> <p>Pasien yang mengalami nyeri ini sering kali merasa takut dan khawatir berharap nyeri dapat segera teratas. Nyeri ini dapat hilang setelah area yang mengalami gangguan kembali pulih.</p>	<p>Daerah yang nyeri sangat tidak, intensitasnya menjadi sangat sulit dievaluasi.</p> <p>Pasien yang mengalami nyeri ini sering merasa tidak aman karena mereka tidak tahu apa yang mereka rasakan. Dari hari ke hari pasien mengeluh mengalami keletihan, insomnia, anoreksia, depresi, putus asa, dan sulit mengontrol emosi.</p>
Gejala klinis	Pola-pola respons yang khas dengan gejala-gejala yang lebih jelas.	Pola-pola respons bervariasi. Terkadang pasien bisa mengalami remisi (gejala hilang sebagian atau seluruhnya) dan eksaserbasi (gejala makin parah).
Perjalanan	Penderita biasanya mengeluh berkurang setelah beberapa waktu lama.	Berlangsung terus atau intermitten, intensitas bervariasi atau tetap konstan.
Prognosis	Baik dan mudah untuk dihilangkan.	Penyembuhan yang paling sempurna biasanya tidak mungkin.

## 5. Cara Mengukur Intensitas Nyeri

Intensitas nyeri adalah gambaran tentang seberapa parah nyeri dirasakan oleh individu, pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual, serta kemungkinan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan sangat berbeda oleh dua orang yang berbeda.

Pengukuran nyeri dengan pendekatan objektif yang paling

mungkin adalah menggunakan respons fisiologis tubuh terhadap nyeri itu sendiri (Mubarak, dkk., 2015)

a) Hayward (1975)

Mengembangkan sebuah alat ukur nyeri (*painometer*) dengan skala longitudinal yang pada salah satu ujungnya mencantumkan nilai 0 (untuk keadaan tanpa nyeri) dan ujung lainnya nilai 10 (untuk kondisi nyeri paling hebat). Untuk mengukurnya, penderita memilih salah satu bilangan yang menurutnya paling menggambarkan pengalaman nyeri yang terakhir kali ia rasakan, dan nilai ini dapat dicatat pada sebuah grafik yang dibuat menurut waktu. Intensitas nyeri ini sifatnya subjektif dan dipengaruhi oleh banyak hal, seperti tingkat kesadaran, konsentrasi, jumlah distraksi, tingkat aktivitas dan harapan keluarga. Intensitas nyeri dapat dijabarkan dalam sebuah skala nyeri dengan beberapa kategori.

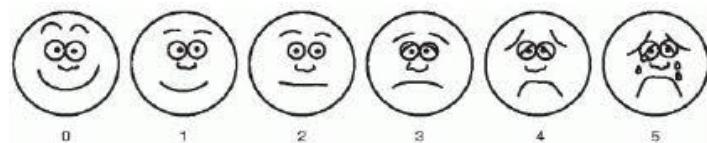
Skala	Keterangan
Skala 0	Tidak nyeri
Skala 1-3	Nyeri ringan
Skala 4-6	Nyeri sedang
Skala 7-9	Sangat nyeri tapi masih dapat dikontrol oleh pasien dengan aktivitas yang biasa dilakukan
Skala 10	Sangat nyeri dan tidak terkontrol

Tabel 2.2 Skala Nyeri menurut Hayward

Sumber : Mubarak dkk, (2015)

b) Skala Nyeri McGill (*McGill Scale*)

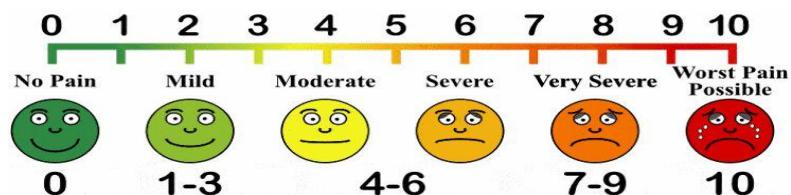
Mengukur intensitas nyeri dengan menggunakan 5 angka, yaitu 0 : tidak nyeri; 1: nyeri ringan; 2: nyeri sedang; 3: nyeri berat; 4: nyeri sangat berat; dan 5: nyeri hebat.



Gambar 2.1 Skala Nyeri McGill (*McGill Scale*)  
Sumber : Mubarak dkk, (2015)

c) *Wong-Baker FACES Rating Scale*

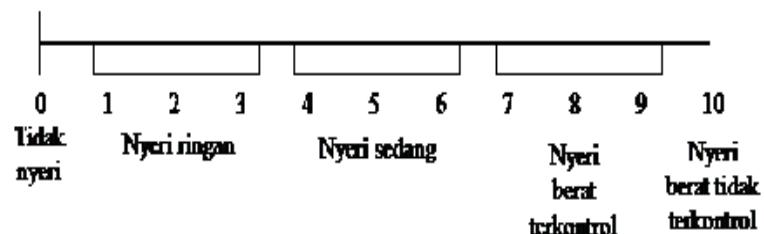
Ditujukan kepada pasien yang tidak mampu menyatakan intensitas nyerinya melalui skala angka.



Gambar 2.2 *Wong-Baker FACES Rating Scale*  
Sumber : Mubarak dkk, (2015)

d) Menurut Smeltzer dan Bare (2002), skala intensitas nyeri adalah sebagai berikut :

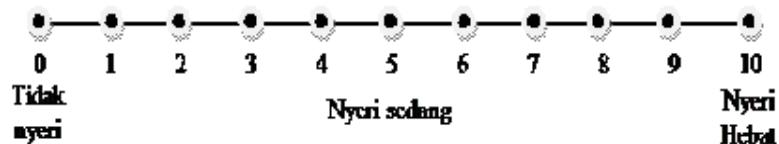
1) Skala Intensitas Nyeri Deskriptif



Gambar 2.3 Skala Intensitas Nyeri Deskriptif

Karakteristik paling subjektif pada nyeri adalah tingkat keparahan atau intensitas nyeri tersebut. Pasien sering kali diminta untuk mendeskripsikan nyeri sebagai yang ringan, sedang atau parah. Skala deskriptif merupakan alat pengukuran tingkat keparahan nyeri yang lebih objektif. Skala pendeskripsi verbal (*Verbal Descriptor Scale-VDS*) merupakan sebuah garis yang terdiri atas 3 sampai 5 kata pendeskripsi yang tersusun dengan jarak yang sama disepanjang garis. Pendeskripsi ini di-ranking dari “tidak terasa nyeri” sampai “nyeri yang tidak tertahankan”. Perawat menunjukkan pasien skala tersebut dan meminta pasien untuk memilih intensitas nyeri terbaru yang ia rasakan. Perawat juga menanyakan seberapa jauh nyeri terasa paling menyakitkan dan seberapa jauh nyeri terasa paling tidak menyakitkan. Alat VDS ini memungkinkan pasien memilih sebuah kategori untuk mendeskripsikan nyeri.

## 2) Skala Penilaian Nyeri Numerik

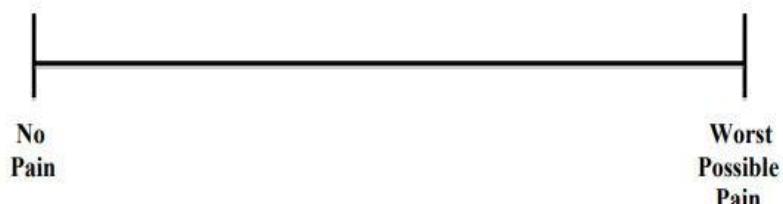


Gambar 2.4 Skala Penilaian Nyeri Numerik

Skala penilaian numerik (*Numerical Rating Scales-NRS*) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi

kata. Dalam hal ini, pasien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Skala paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik. Apabila digunakan skala untuk menilai nyeri, maka direkomendasikan patokan 10 cm (AHCPR, 1992). Skala numerik paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan sesudah diberikan teknik relaksasi progresif. Selain itu, selisih penurunan dan peningkatan nyeri lebih mudah diketahui dibanding skala yang lain.

### 3) Skala Analog Visual

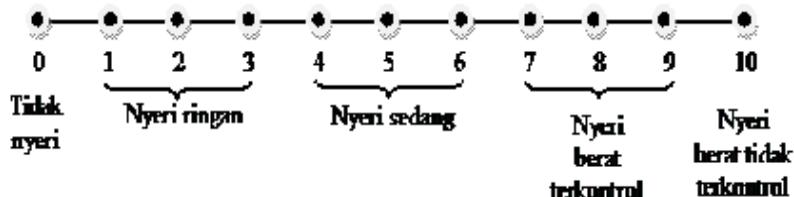


Gambar 2.5 Skala Analog Visual

Skala analog visual (*Visual Analog Scale-VAS*) tidak melabel subdivisi. VAS adalah suatu garis lurus, yang mewakili intensitas nyeri yang terus-menerus dan pendeskripsi verbal pada setiap ujungnya. Skala ini memberi pasien kebebasan penuh untuk mengidentifikasi keparahan nyeri. VAS dapat merupakan pengukuran keparahan nyeri yang lebih sensitif karena pasien dapat

mengidentifikasi setiap titik pada rangkaian daripada dipaksa memilih satu kata atau satu angka.

4) Skala Menurut Bourbanis



Gambar 2.6 Skala Menurut Bourbanis

Keterangan :

- 0 :Tidak nyeri
- 1-3 :Nyeri ringan, secara objektif pasien dapat berkomunikasi dengan baik
- 4-6 :Nyeri sedang, secara objektif pasien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dan dapat mengikuti perintah dengan baik.
- 7-9 :Nyeri berat, secara objektif pasien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respons terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi nafas panjang dan distraksi
- 10 :Nyeri sangat berat, pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul.

Skala nyeri harus dirancang sehingga skala tersebut mudah digunakan dan tidak menghabiskan banyak waktu saat

pasien melengkapinya. Apabila pasien dapat membaca dan memahami skala, maka deskripsi nyeri akan lebih akurat. Skala deskriptif bukan bermanfaat bukan saja dalam upaya mengkaji tingkat keparahan nyeri, melainkan juga mengevaluasi perubahan kondisi pasien. Perawat dapat menggunakan setelah terapi atau saat gejala menjadi lebih memburuk atau menilai apakah nyeri mengalami penurunan atau peningkatan.

g. Pengkajian Nyeri

Menurut Mubarak, dkk., (2015) pengkajian nyeri yang akurat penting untuk upaya penatalaksanaan yang efektif. Oleh karena nyeri merupakan pengalaman yang subjektif dan dirasakan secara berbeda pada masing-masing individu, maka perawat perlu mengkaji semua faktor yang mempengaruhi nyeri, seperti faktor fisiologis, psikologis, perilaku, emosional, dan sosiokultural. Pengkajian nyeri terdiri atas 2 komponen utama, yakni (1) riwayat nyeri untuk mendapatkan data dari pasien dan (2) observasi langsung pada respons perilaku dan fisiologis pasien. Tujuan pengkajian adalah untuk mendapatkan pemahaman objektif terhadap pengalaman subjektif. Cara pendekatan yang digunakan dalam mengkaji nyeri adalah PQRST.

Tabel 2.3 Pengkajian Nyeri

P ( <i>provoking</i> atau pemicu)	Yaitu faktor yang memperparah atau meringankan nyeri.
Q ( <i>quality</i> atau kualitas)	Yaitu kualitas nyeri (misal, tumpul, tajam, merobek).
R ( <i>region</i> atau daerah)	Yaitu daerah penjalaran nyeri
S ( <i>severity</i> atau keganasan)	Yaitu intensitasnya.
T ( <i>time</i> atau waktu)	Yaitu serangan, lamanya, frekuensi, dan sebab.

#### h. Faktor yang Mempengaruhi Nyeri

Menurut Mubarak dkk (2015), berikut faktor yang mempengaruhi nyeri :

##### i. Etnik dan nilai budaya

Beberapa kebudayaan yakin bahwa memperlihatkan nyeri adalah sesuatu yang alamiah. Kebudayaan lain cenderung untuk melatih perilaku yang tertutup. Latar belakang etnik dan budaya merupakan faktor yang mempengaruhi reaksi terhadap nyeri dan ekspresi nyeri.

##### ii. Tahap perkembangan

Usia dan tahap perkembangan seseorang merupakan variable penting yang akan mempengaruhi reaksi dan ekspresi terhadap nyeri. Anak-anak kurang mampu mengungkapkan nyeri yang mereka rasakan dibandingkan orang dewasa, dan kondisi ini dapat menghambat penanganan nyeri untuk mereka.

iii. Lingkungan dan individu pendukung

Lingkungan yang asing, tingkat kebisingan yang tinggi, pencahayaan, dan aktivitas yang tinggi dilingkungan tersebut dapat memperberat. Selain itu, dukungan keluarga dan orang terdekat menjadi salah satu faktor penting yang mempengaruhi persepsi nyeri individu.

iv. Pengalaman nyeri sebelumnya

Meinhart dan Mc.Caffery mendeskripsikan 3 fase pengalaman nyeri sebagai berikut :

b) Fase antisipasi (terjadi sebelum nyeri diterima)

Pada fase ini memungkinkan seseorang belajar tentang nyeri dan upaya untuk menghilangkan nyeri tersebut. Peran perawat dalam fase ini sangat penting, terutama dalam memberikan informasi pada pasien.

c) Fase sensasi (terjadi saat nyeri terasa)

Fase ini terjadi ketika pasien merasakan nyeri. Oleh karena nyeri itu bersifat subjektif, maka tiap orang dalam menyikapi nyeri juga berbeda-beda. Toleransi terhadap nyeri juga akan berbeda antara satu orang dengan orang lain. Orang yang mempunyai tingkat toleransi tinggi terhadap nyeri tidak akan mengeluh nyeri dengan stimulus kecil, sebaliknya orang yang toleransi terhadap nyerinya rendah akan mudah merasa nyeri dengan stimulus nyeri kecil. Keberadaan enkefalin dan

endorfin membantu menjelaskan bagaimana orang yang berbeda merasakan tingkat nyeri dari stimulus yang sama. Kasus seperti itu tentunya membutuhkan bantuan perawat untuk membantu pasien mengkomunikasikan nyeri secara efektif.

d) Fase akibat (terjadi ketika nyeri berkurang atau berhenti)

Fase ini terjadi saat nyeri sudah berkurang atau hilang. Pada fase ini pasien masih membutuhkan kontrol dari perawat, karena nyeri bersifat krisis, sehingga dimungkinkan pasien mengalami gejala sisa pasca nyeri. Perawat berperan dalam membantu memperoleh kontrol diri untuk meminimalkan rasa takut akan kemungkinan nyeri berulang.

v. Ansietas dan stress

Ansietas sering kali menyertasi peristiwa nyeri yang terjadi. Ancaman yang tidak jelas asalnya dan ketidakmampuan mengontrol nyeri atau peristiwa di sekelilingnya dapat memperberat persepsi nyeri.

vi. Makna nyeri

Individu akan mempersepsikan nyeri berbeda-beda apabila nyeri tersebut memberi kesan ancaman, suatu kehilangan dan tantangan. Maka nyeri mempengaruhi pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri.

vii. Perhatian

Tingkat seorang pasien memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat mempengaruhi persepsi nyeri. Perhatian yang meningkat dihubungkan dengan nyeri yang meningkat sedangkan upaya pengalihan (distraksi) dihubungkan dengan respons nyeri yang menurun.

viii. Dukungan keluarga dan sosial

Kehadiran orang-orang terdekat pasien dan bagaimana sikap mereka terhadap pasien mempengaruhi respons nyeri. Pasien dengan nyeri memerlukan dukungan, bantuan, dan perlindungan walaupun nyeri tetap dirasakan, kehadiran orang yang dicintai akan meminimalkan kesepian dan ketakutan.

## 2. Kista Ovarium

### a. Pengertian Kista ovarium

Kista ovarium adalah kantung yang berisi cairan yang tumbuh pada indung telur (ovarium) wanita, kista biasanya muncul pada masa subur atau selama wanita mengalami menstruasi. Normalnya berukuran kecil pada masa pubertas sampai menopause, dan pada masa kehamilan.



Gambar 2.7 kista ovarium dan rahim normal  
 Sumber: <https://m.republika.co.id/berita/konsultasi/dokter-kita/12/04/m32xId-agar-kista-tidak-berkembang-menjadi-besar>

b. Etiologi kista ovarium

Kista ovarium disebabkan oleh gangguan (pembentukan) hormon pada hipotalamus, hipofisis, dan ovarium (Nuha Medika,2012).

c. Tipe-tipe kista ovarium

1) Kista fungsional

Ini merupakan jenis kista ovarium yang paling banyak ditemukan kista ini berasal dari sel telur dan korpus luteum, terjadi bersamaan dengan siklus menstruasi yang normal.

Kista fungsional akan tumbuh setiap bulan dan akan pecah pada masa subur, untuk melepaskan sel telur yang pada waktunya siap dibuahi oleh sperma. Setelah pecah, kista fungsional akan menjadi kista folikuler dan akan hilang pada saat menstruasi.

Kista fungsional terdiri dari : kista folikel dan kista korpus luteum. Keduanya tidak menganggu, akan menimbulkan gejala dan dapat menghilangkan sendiri dalam waktu 6-8 minggu.

2) Cystadenoma

Merupakan kata yang berasal dari bagian luar sel indung telur. Biasanya bersifat jinak, namun dapat membesar dan dapat menimbulkan nyeri.

3) Kista coklat

Merupakan endometrium yang tidak pada tempatnya.

Disebut kista coklat karena berisi timbunan darah yang berwarna coklat kehitaman.

4) Kista dermoid

Merupakan kista yang berisi berbagai jenis bagian tubuh seperti kulit, kuku, rambut, gigi., dan lemak. Kista ini dapat ditemukan di dunia bagian indung telur. Biasanya berukuran kecil dan tidak menimbulkan gejala.

5) 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.

6) Kista hemorrhage

Merupakan kista fungsional yang disertai pendarahan sehingga menimbulkan nyeri di salah satu perut bagian bawah.

7) Kista lutein

Merupakan kista yang sering terjadi saat kehamilan.

Beberapa tipe kista lutein antara lain :

a) Kista granulosa lutein

Merupakan kista yang terjadi di dalam korpus luteum ovarium yang fungsional. Kista yang timbul pada permulaan kehamilan ini membesar akibat dari penimbuan darah yang berlebih saat menstruasi dan bukan akibat dari tumor. Diameternya yang mencapai 5-6cm menyebabkan rasa tidak enak di daerah panggul. Jika pecah, akan terjadi pendarahan di rongga perut.

b) Kista *theca lutein*

Merupakan kista yang berisi cairan bening berwarna seperti jerami. Timbulnya kista ini berkaitan dengan tumor ovarium dan terapi hormon.

8) Kista polikistik ovarium

Merupakan kista yang terjadi karena kista tidak dapat pecah dan melepaskan sel telur secara kontinyu. Biasanya terjadi setiap bulan ovarium akan membesar karena bertumpuknya kista ini. Untuk kista polikistik ovarium yang menetap (persisten), operasi harus dilakukan untuk mengakat kista tersebut agar tidak menimbulkan gangguan dan rasa sakit.

Kista ovarium ada yang bersifat jinak dan ganas (kanker). Biasanya kista yang berukuran kecil bersifat jinak.

Kista ovarium sering ditemukan secara tidak sengaja pada pemeriksaan rutin.

d. Manifestasi Klinis

Menurut Nugroho (2014), gejala klinis kista ovarium ada antara lain :

- 1) Sering tanpa gejala.
- 2) Nyeri saat menstruasi.
- 3) Nyeri di bagian perut bagian bawah.
- 4) Nyeri pada saat berhubungan badan.
- 5) Nyeri pada punggung terkadang menjalar sampai ke kaki.
- 6) Terkadang disertai nyeri saat buang air kecil dan atau pada saat buang air besar.
- 7) Siklus menstruasi tidak teratur, bisa juga jumlah darah yang keluar banyak.

e. Penegakan diagnosa

Menurut Nugroho (2014), Diagnosa kista ovarium ditegakkan melalui pemeriksaan dengan ultrasonografi atau USG (abdomen atau transvaginal), koloskopi screening dan pemeriksaan darah (tumor marker atau petanda tumor).

f. Pemeriksaan laboratorium

Didalam praktek, jika diperlukan dokter kandungan akan mengajurkan untuk melakukan pemeriksaan sekret (yang meliputi :

Trichomonas, candida atau jamur, bakteri kokus, epitel, lekosit, eritrosit, dan pH) dan hematologi, misalnya : Hb (Hemoglobin).

g. Penatalaksanaan

1) Observasi

Jika kista menimbulkan gejala, maka cukup di monitor (dipantau) selama 1-2 bulan, karena kista fungsional akan menghilangkan dengan sendirinya setelah satu atau dua siklus haid. Timdakan ini diambil jika tidak curiga ganas (kanker).

2) Operasi

Jika kista membesar maka lakukan tindakan pembedahan yang dilakukan pengambilan kista dengan tindakan laparoskopi atau laparotomi. Biasanya untuk laparoskopi anda diperbolehkan pulang pada hari ke-3 atau ke-4n, sedangkan untuk laparotomi anda diperbolehkan pulang pada hari ke-8 atau ke-9 (Nuha medika, 2012)

h. Pemeriksaan penunjang

Menurut Nuratif (2015), diantaranya adalah :

- 1) Pap smear : untuk mengetahui displosia seluler menunjukan kemungkinan adanya kanker atau kista.
- 2) Ultrasound atau scan CT : Membantu mengidentifikasi ukuran atau lokasi massa.
- 3) Laparoskopi : dilakukan untuk melihat tumor, pendarahan, dan perubahan endometrial.

- 4) Hitung darah lengkap.
- 5) Foto Rontgen : Pemeriksaan ini berguna untuk menentukan adanya hidrotoraks.
- i. Nyeri pada penderita kista ovarium

Berdasarkan dari teori-teori yang sudah ada diatas dapat dianalisis bahwa kista ovarium dapat menyebabkan nyeri, bahwa gejala klinis kista ovarium diantranya oleh nyeri saat menstruasi, nyeri di perut bagian bawah, nyeri pada saat berhubungan badan, dan nyeri pada saat BAB dan BAK ( Nugroho,2014).

### 3. Asuhan keperawatan pada pasien dengan kista ovarium

Asuhan keperawatan adalah serangkaian proses keperawatan yang berkesinambungan untuk mengatasi atau mengurangi masalah kesehatan individu, kelompok, maupun masyarakat meliputi biopsikososiospiritual ( Rohman, 2012). Proses keperawatan terdiri dari:

#### a. Pengkajian

Pengkajian adalah salah satu proses keperawatan yang sistematis dan berkesinambungan berupa pengumpulan data, verifikasi dan komunikasi data tentang individu, keluarga, kelompok atau masyarakat untuk menggali permasalahan klien.

##### 1) Sumber data dapat diperoleh melalui :

###### a) Data subjektif

Data subjektif disebut juga data tertutup, yaitu deskripsi verbal klien mengenai masalah kesehatan.

b) Data objektif

Data objektif disebut juga data terbuka, yaitu hasil observasi atau pengukuran dari status kesehatan klien. Sumber data dapat diperoleh melalui klien, keluarga, tenaga kesehatan, dan literatur.

2) Metode pengumpulan data yaitu :

a) Observasi

Observasi adalah pengumpulan data dengan menggunakan indera. Observasi adalah keterampilan yang didasari dan disengaja yang dikembangkan melalui upaya dan dengan menggunakan pendekatan yang terorganisir, observasi memiliki dua aspek yaitu memilih data dan menyeleksi, mengatur, menginterpretasikan data.

b) Wawancara

Wawancara adalah komunikasi yang direncanakan atau perbincangan dengan suatu tujuan, misalnya mendapatkan atau menerima infomasi, mengidentifikasi masalah, mengevaluasi perubahan, mengajarkan memberikan dukungan konseling dan terapi.

3) Pengkajian pada pasien dengan Kista Ovarium (Kozler & Erb, 2010).

a) Identitas

i. Nama

Dikaji untuk mengenal atau memanggil agar tidak keliru dengan pasien lain.

ii. Umur

Untuk mengetahui apakah pasien masih dalam masa reproduksi atau sudah menopause.

iii. Agama

Untuk mengetahui pandangan agama klien mengenai masalah gangguan reproduksi.

iv. Pendidikan

Menurut ( Notoadmojo, 2014 ), semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin mudah menerima informasi dan akhirnya pengetahuan yang dimiliki semakin banyak.

v. Suku bangsa

Dikaji untuk melihat adat istiadat atau kebiasaan sehari-hari pasien.

vi. Pekerjaan

Dikaji untuk mengukur dan mengetahui tingkat sosial ekonominya.

vii. Alamat

Dikaji untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan.

b) Riwayat kesehatan

i. Keluhan utama

Keluhan utama ditanyakan untuk mengetahui alasan pasien datang ke fasilitas kesehatan. Keluhan juga muncul pada kasus Kista Ovarium adalah nyeri perut pada bagian bawah ( Sulistyawati,2011).

ii. Riwayat kesehatan sekarang

Untuk mengetahui penyakit yang disertai saat ini, apakah keadaan ibu dengan kista ovarium menderita sakit pinggang dan nyeri pada bagian bawah perut bagian bawah serta mengetahui adanya penyakit kronis dan keterbatasan fisik ( Jannah, 2011).

iii. Riwayat menstruasi

Dikaji untuk mengetahui riwayat menstruasi antara lain menarche, siklus menstruasi, lamanya menstruasi, banyaknya darah, keluhan utama yang dirasakan saat haid.

iv. Riwayat kehamilan

Dikaji untuk mengetahui jumlah kehamilan, anak yang hidup, persalinan aterm, persalinan premature, keguguran, persalinan dengan tindakan,

riwayat pendarahan pada kehamilan, persalinan atau nifas sebelumnya.

v. Riwayat persalinan

Hal yang perlu dikaji adalah berapa kali menikah, status menikah sah atau tidak, karena bila menikah tanpa status yang jelas akan berkaitan dengan psikologisnya. (Ambarwati dan Wulandari,2010).

vi. Riwayat ginekologi

Dikaji untuk mengetahui apakah pasien pernah mengalami penyakit kandungan seperti infertilitas, penyakit kelamin, tumor atau sistem reproduksi.

vii. Riwayat keluarga berencana

Dikaji untuk mengetahui apakah pasien pernah mengikuti KB dengan kontrasepsi jenis apa, berapa lama, ada keluhan selama menggunakan kontrasepsi.

viii. Riwayat kesehatan yang lalu

Dikaji untuk mengetahui apakah ada hubungan dengan masalah yang dihadapi oleh klien pada saat ini.

ix. Riwayat kesehatan keluarga

Dikaji untuk mengetahui apakah ada penyakit menurun dalam keluarga seperti asma, diabetes mellitus, hipertensi, jantung dan riwayat penyakit menular lainnya.

c) Pemeriksaan fisik

Dikaji mulai dari ujung kepala sampai ujung kaki untuk melibatkan apakah ada kelainan atau tidak. Seperti inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi

d) Data sosial

Yang perlu dikaji yaitu kondisi ekonomi pasien serta kebudayaan yang dianut pasien saat ini.

e) Data spiritual

Klien menjalankan kegiatan keagamaannya sesuai dengan kepercayaanya

f) Data psikologis

Hal yang perlu dikaji yaitu perasaan pasien setelah mengetahui penyakit yang diderita saat ini.

g) Pola kebiasaan sehari-hari

Biasanya klien dengan penderita kista ovarium mengalami gangguan dalam aktivitas, dan tidur karena merasa nyeri.

h) Pemeriksaan penunjang

Ultrasonografi, dengan USG dapat dilihat besarnya kista bentuk kista, isi kista, dan lain sebagainya.

4) Pengkajian keperawatan preoperatif

Menurut Barbara (2010), asuhan keperawatan pada klien yang mengalami pembedahan atau preoperatif, meliputi

pengumpulan dan penilaian data-data klien yang spesifik untuk menentukan kebutuhan preoperatif seperti kebutuhan fisik, psikologi, sosial, dan spiritual ditentukan selama pengkajian.

Hal yang perlu dikaji pada klien preoperatif meliputi :

a) Riwayat keperawatan

Riwayat keperawatan yang perlu dikaji yaitu :

- i. Status kesehatan saat ini untuk mengetahui adanya penyakit kronis dan adanya keterbatasan fisik.
- ii. Alergi bertujuan agar dapat mengindikasi adanya potensi reaksi terhadap obat atau zat-zat yang digunakan selama pembedahan atau prosedur diagnostik.
- iii. Medikasi berfungsi untuk mempertahankan kadar beberapa obat dalam darah.
- iv. Pembedahan sebelumnya dikaji untuk mengetahui respon fisik dan psikologi klien terhadap pembedahan.
- v. Status mental untuk memahami respon klien terhadap pembedahan.
- vi. Pemahaman mengenai prosedur pembedahan dan anastesi.
- vii. Kebiasaan merokok atau minum beralkohol.
- viii. Mekanisme coping.

ix. Sumber-sumber sosial atau sumber kekuatan bagi klien yang akan menjalani pembedahan.

b) Uji skrining

Untuk mengidentifikasi abnormalitas sebelum pembedahan, meliputi hitung darah lengkap, golongan darah, guka darah puasa, elektrolit serum, ureum, kreatinin, bilirubin, SGOT, SGPT, albumin, sinar X, elektrokardiogram ( EKG )

5) Pengkajian keperawatan postoperatif

Pengkajian pada pasien postoperatif yaitu pengukuran tanda-tanda vital, observasi setiap 4jam sekali atau lebih sering, tergantung kondisi klien dan kebijakan unit, jalan nafas atau pernafasan, sirkulasi, suhu, keseimbangan cairn dan elektrolit, fungsi neurolog, fungsi perkemihan, fungsi gastrointestinal, kenyamanan dan harapan klien (Barbara, 2010 )

6) Pengkajian yang lengkap dan akurat memudahkan perawat dalam menetapkan data dasar, menegakan diagnosa keperawatan yang tepat, merencanakan terapi pengobatan yang cocok, dan memudahkan perawat dalam mengevaluasi respon pasien terhadap terapi yang diberikan. ( prasetyo, 2010). Pada anamnesi keluhan utama yang paling sering ditemui adalah nyeri. Pengkajian dengan pendekatan PQRST dapat membantu

perawat dalam menentukan rencana intervensi yang tepat (Muttaqin,2011).

7) Pola persepsi manajemen kesehatan

a) Pola persepsi manajemen kesehatan

Mengambarkan persepsi pemeliharaan, penanganan kesehatan, penatalaksanaan kesehatan, kemampuan menyusun tujuan dan pengetahuan tentang kesehatan.

b) Pola nutrisi

Mengambarkan masukan nutrisi ballance cairan dan elektrolit, nafsu makan, pola makan, frekuensi BB dalam 6 bulan terakhir, kesulitan menelan, mual muntah, kebutuhan zat gizi.

c) Pola eliminasi

Menjelaskan fungsi eksresi, kandung kemih dan kebiasaan defekasi, ada tidaknya masalah defekasi dan miksi karakteristik urin dan feses.

d) Pola latihan aktifitas

Mengambarkan pola latihan, aktivitas, fungsi pernafasan dan sirkulasi. Pemtingnya latihan gerak dalam keadaan sehat atau sakit, gerak tubuh dan keseimbangan berhubungan satu sama lain.

e) Pola kognitif perceptual

Menjelaskan persepsi sensori dan kognitif meliputi pengkajian fungsi pendengaran, penglihatan, perasaan, pembau dan kompensasi terhadap tubuh.

f) Pola istirahat tidur

Mengambarkan pola tidur, istirahat dan persepsi tentang energi. Jumlah jam tidur pada siang dan malam hari, masalah selama tidur, insomnia, mimpi buruk, dan penggunaan obat.

g) Pola konsep diri

Mengambarkan sikap tentang diri sendiri dan persepsi terhadap kemampuan antara lain : gambaran diri, harga diri, peran, identitas diri, pola peran dan hubungan.

h) Pola seksual dan reproduksi

Mengambarkanm kepuasan atau masalah yang aktual atau dirasakan dengan seksualitas.

b. Perencanaan keperawatan

Perencanaan adalah pengembangan strategis desain untuk mencegah, mengurangi dan mengatasi masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosa keperawatan. Menurut (NANDA 2015), perencanaan dari masing-masing diagnosa sebagai berikut:

1) Nyeri akut

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan pasien mampu menunjukan kontrol nyeri dengan kriteria hasil :

- a) Mampu mengontrol nyeri ( tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi, untuk mengurangi nyeri,mencari bantuan)
- b) Melaporan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri
- c) Mampu mengenali nyeri (skala intesitas, frekuensi dan tanda nyeri)
- d) Merasakan rasa aman setelah nyeri berkurang

Menurut *Nursing Intervention Classification (NIC)*, 2015- 2017 intervensi nyeri adalah :

- a) Lakukan pengkajian nyeri secara secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan dan faktor presipitasi
- b) Observasi reaksi nonverbal dan ketidaknyamanan
- c) Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien
- d) Berikan posisi nyaman
- e) Berikan kesempatan klien untuk mengungkapkan pengalaman nyeri sebelumnya, keefektifan manajemen nyeri dan respons analgesik termasuk efek samping.

- f) Minta klien untuk mengidentifikasi kenyamanan yang diinginkan, tingkat nyeri, tujuan melaporkan nyeri dan bentuk aktivitas yang diperlukan.
- g) Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri.
- h) Mampu mengenali nyeri ( skala, intensitas, frekuensi, dan tanda nyeri )
- i) Kolaborasi untuk mendapatkan resep analgesik sesuai indikasi. Diskusikan dengan klien tentang dosis obat, dan efek samping obat.

## 2) Ansietas

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan pasien mampu menunjukan kontrol kecemasan diri dengan kriteria hasil :

- a) Memantau intensitas kecemasan
- b) Mengurangi penyebab kecemasan
- c) Mencari informasi mengurangi kecemasan
- d) Menggunakan teknik relaksasi untuk mengurangi kecemasan
- e) Mengendalikan respon kecemasan

Menurut *Nursing Intervention Classification (NIC)*, 2015- 2017 intervensi ansietas adalah :

- a) Pengurangan kecemasan

- i. Identifikasi pada saat terjadi perubahan tingkat kecemasan
- ii. Kaji untuk tanda verbal dan non verbal kecemasan
- iii. Bantu pasien mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan
- iv. Dukung penggunaan mekanisme coping yang sesuai
- v. Instruksikan klien untuk menggunakan teknik relaksasi
- vi. Dorong keluarga untuk mendampingi klien dengan cara yang tepat.

### 3) Resiko infeksi

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan pasien mampu menunjukan manjemen infeksi dengan kriteria hasil :

- a) Mengenali tanda dan gejala yang mengindikasikan terjadinya resiko infeksi
- b) Mengetahui cara mengurangi penularan infeksi
- c) Mengetahui aktivitas yang dapat meningkatkan infeksi

Menurut *Nursing Intervention Classification (NIC)*, 2015- 2017 intervensi resiko infeksi adalah :

- a) Perlindungan infeksi
  - i. Kaji tanda-tanda infeksi : suhu tubuh, nyeri, pendarahan dan pemeriksaan laboratorium

- ii. Cuci tangan sebelum dan sesudah setiap melakukan tindakan
- iii. Ajarkan pasien dan keluarga tentang tanda dan gejala infeksi kapan harus melaporkannya ke tim kesehatan.
- iv. Ajarkan pasien dan keluarga bagaimana cara menghindari infeksi

4) Hambatan mobilitas fisik

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan pasien mampu menunjukan ambulasi dengan kriteria hasil :

- a) Menopang berat badan
- b) Berjalan dengan langkah yang efektif
- c) Berjalan dengan pelan
- d) Berjalan dengan kecepatan sedang
- e) Berjalan dengan cepat

Menurut *Nursing Intervention Classification (NIC)*, 2015- 2017 intervensi hambatan mobilitas fisik adalah :

- a) Terapi ambulasi
  - i. Monitor penggunaan kruk pasien atau alat bantu berjalan lainnya
  - ii. Bantu pasien dengan ambulasi awal jika dilakukan
  - iii. Instrusikan pasien mengenai pemilihan dari teknik ambulasi yang aman

iv. Konsultasikan pada ahli terapi fisik mengenai rencana ambulasi, sesuai kebutuhan.

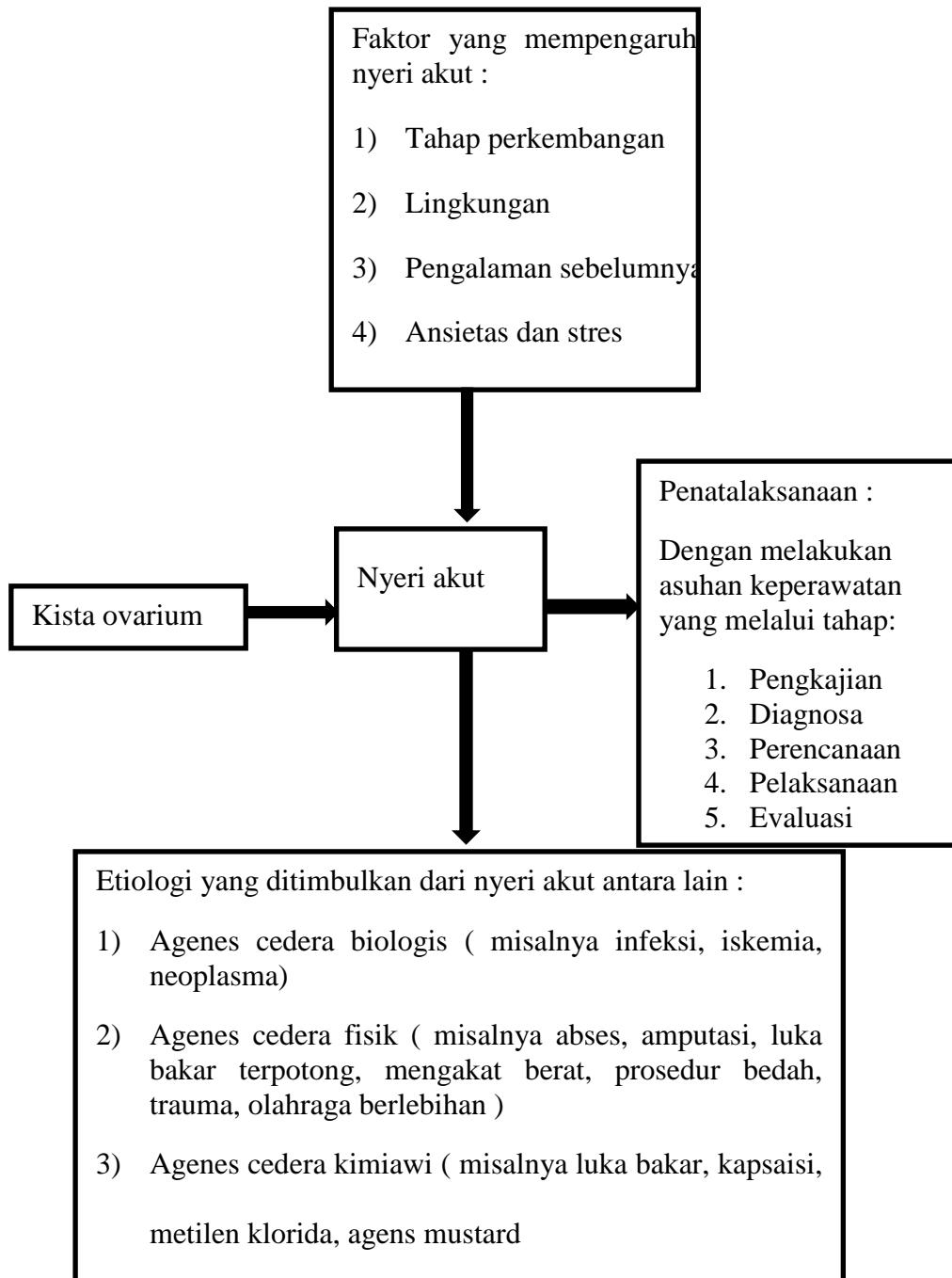
c. Pelaksanaan

Implementasi adalah tahap proses keperawatan dimana perawat memberikan intervensi keperawatan langsung dan tidak langsung terhadap klien. Pada tahap ini dilakukan pelaksanaan dan perencanaan keperawatan yang telah ditentukan, dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan pasien secara optimal (Hidayah & Uliyah, 2019).

d. Evaluasi

Evaluasi merupakan langkah terkait dsri proses keperawatan dengan cara melakukan indentifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Pada tahap evaluasi ini terdiri dua kegiatan yaitu kegiatan yang dilakukan dengan mengevaluasi selama proses keperawatan berlangsung atau menilai dari respon klien tersebut evaluasi proses, dan kegiatan melakukan evaluasi dengan target tujuan yang diharapkan disebut evaluasi hasil. (Hidayah& Uliyah, 2012).

## B. Kerangka Teori



Gambar 2.8 Kerangka Teori

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Rancangan penelitian**

Rancangan ini menggunakan rancangan deskriptif kualitatif berupa studi kasus dengan pendekataan studi dokumentasi yaitu menggambarkan suatu peristiwa atau kasus dengan memanfaatkan satu dokumentasi asuhan keperawatan menggunakan Karya Tulis Ilmiah Alumni atas nama Sdri. Wilda dengan gangguan rasa aman nyaman nyeri pada pasien dengan pasien post op TAH-BSO atas indikasi kista ovarium penelitian ini dilakukan di kampus Akper "YKY" Yogyakarta program DIII Keperawatan.

#### **B. Objek Penelitian**

Objek dalam penelitian ini adalah satu data asuhan keperawatan yang dilampirkan di data KTI (Karya Tulis Ilmiah) mahasiswa yang sudah lulus antara tahun 2017.

#### **C. Lokasi dan Waktu penelitian**

Penelitian ini dilakukan di Kampus Akper " YKY " Yogyakarta program Studi DIII Keperawatan pada bulan 6 Februari 2020 sampai dengan bulan Juni yakni dimulai dari penyusunan proposal sampai dengan penyusunan KTI ( Karya Tulis Ilmiah ).

### C. Definisi Operasional

Adapun definisi operasional dari studi kasus Gangguan Aman Nyaman Nyeri pada pasien post op TAH-BSO atas indikasi kista ovarium

Tabel 2.4 Definisi Operasional

Variable	Definisi
Gangguan rasa aman nyaman : Nyeri	sensasi yang tidak menyenangkan baik secara sensori maupun emosional yang berhubungan dengan adanya suatu kerusakan jaringan akibat kista ovarium.
Pasien dengan post operasi tahan bso atas indikasi kista ovarium	Karena adanya massa sehingga terjadi penekanan pada perut bagian bawah sehingga menyebabkan penderita kista ovarium mengalami nyeri.

### D. Instrumen penelitian

Pada penelitian studi kasus ini, instrumen penelitian adalah penelitian itu sendiri (Sugiyono,2015). Bahwa dalam penelitian kualitatif yang menjadi instrumen penelitian adalah peneliti itu sendiri. Penelitian kuantitatif sebagai *human instrumen* berfungsi menetapkan *focus* penelitian, memilih informan sebagai sumber data, melakukan pengumpulan data, menilai kualitas data, analisa data, menafsirkan data dan membuat kesimpulan atas temuanya.

### E. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data pada penelitian ini dilakukan dengan cara studi dokumentasi dengan menggunakan data sekunder yakni dokumen yang tertulis kembali oleh orang yang tidak langsung mengalami peristiwa berdasarkan informasi yang diperoleh dari orang yang langsung

mengalami peristiwa. Data sekunder tersebut data yang terdapat diperpustakan program Studi DIII Keperawatan Akper "YKY" Yogyakarta berupa satu data asuhan keperawatan yang dilampirkan di dalam KTI mahasiswa yang sudah lulus pada tahun antara tahun 2015

#### **F. Analisa Data**

Teknik analisa data menggunakan teknik analisa deskriptif-kualitatif yaitu dengan cara mengevaluasi dan mencermati dokumen yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan oleh peneliti dan dibandingkan dengan teori atau artikel penelitian yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam penelitian yang dilakukan..

#### **G. Etika Studi Kasus**

Masalah etika yang harus diperhatikan antara lain adalah sebagai berikut :

- a. *Anonymity* (tanpa nama hanya inisial yang dicantumkan)

Masalah etika keperawatan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang disajikan.

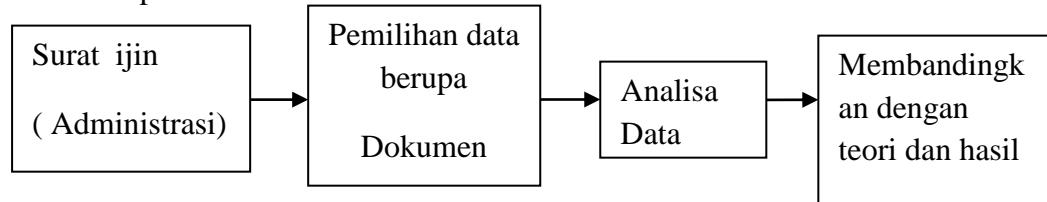
- b. *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah – masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya

oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil penelitian.

#### **H. Kerangka Alur penelitian :**

Dapat dituliskan :



Gambar 2.10 Kerangka Alur penelitian

## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Hasil**

Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 4 Juni 2015 jam 07.30 pre operasi dari data asuhan keperawatan pasien Ny. T tentang kista ovarii di dapatkan data pasien mengatakan Pasien dibawa ke IGD RSUP Dr.Sardjito pada tanggal 28 Mei 2015 pukul 11.00 WIB dengan keluhan nyeri perut bawah dengan skala 2, BAK tidak lancarmenetes, dan dilakukan pemasangan kateter kemudian dipindahkan ke Ruang Bougenvil 2 pada pukul 15:58 WIB dengan diagnosa medis Suspect Ca Corpus. Pada tanggal 29 Mei 2015 dilakukan pemeriksaan USG dengan hasil : tampak VU terisi balon kateter, uterus sulit divisualisasi kesan atrofi tampak massa kistik ukuran 11 x 10,4 cm, papil +, sebagian padat +. Diagnosa medis Kista Ovarium suspect malignancy dengan retensi urine, riwayat LVH dengan hidronefrosis grade I-II.

Pada laporan studi kasus terdapat tindakan pembedahan pada tanggal operasi : 5/6/2015 Jam operasi : 14.30 WIB, selesai operasi : 17.00 WIB, lama operasi: 2,5 jam, tindakan pembedahan : TAH-BSO , adhesiolisis, repair perforasi usus, jenis, operasi : kotor, jenis anastesi : epidural + GA, antibiotik Pre operasi : Cefotaxime 1gr, jumlah perdarahan : 300 cc, komplikasi : perforasi usus.

Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 5 juni 2015 post operasi di dapatkan data DS: pasien mengatakan nyeri pada bagian bekas operasi dengan skala 5 (0-10), nyeri terasa saat bergerak, nyeri hilang timbul, nyeri seperti ditusuk-tusuk, badan terasa dingin, Pasien mengatakan untuk bergerak terasa nyeri dan semua

aktivitasnya dibantu keluarga. DO : Skala nyeri 5 (0 – 10) , terdapat balutan post operasi di perut, pasien tampak menahan nyeri, TD: 120/90 mmHg, N: 86x/mnt, RR: 22x/ mnt, Suhu : 33,4° C, Mendapat obat ketorolac 30mg/8jam, terpasang infus Asering 30tpm di tangan kanan, terpasang DC (Dower Cateter), terpasang drain, terdapat balutan luka bekas operasi, mendapat Cefotaxime 1 gram/12 jam, pasien terlihat bedrest , aktivitas pasien dibantu oleh keluarga , terdapat balutan luka post operasi, terdapat balutan luka post operasi dan terpasang drain, pasien mendapat kalnex 500 mg/8 jam. Berdasarkan laporan studi kasus didapatkan data pada hasil pengkajian menunjukan diagnosa keperawatan pre operasi dan post operasi sebagai berikut diagnosa yang muncul pada pre operasi antara lain nyeri akut berhubungan dengan agen cidera biologis sedangkan diagnosa yang muncul pada post operasi antara lain yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen cidera fisik.

Berdasarkan laporan studi kasus penulis melakukan intervensi dan implementasi pada diagnosa keperawatan prioritas yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen cidera fisiologis.

Rencana tindakan yang dilakukan kepada Ny.T untuk nyeri akut berhubungan dengan agen fisik adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan pasien mampu menunjukan dengan kriteria hasil yaitu: mampu mengontrol nyeri (mampu menggunakan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri), melaporkan bahwa nyeri hilang skala nyeri 0 (0-10), menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang, TTV dalam batas normal td:120/80 mmHg, N: 60-100x/mnt, RR: 18-24/mnt, S: 36,5-37,5 °C. Dengan

rencana keperawatan *Pain management*, observasi reaksi non nonverbal dari ketidaknyamanan, lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, ajarkan teknik nonfarmakologi, anjurkan untuk menggunakan teknik non farmakologi jika nyeri datang, monitor tanda-tanda vital dan kelola pemberian analgetik, kelola pemberian analgetik ketorolac 30mg/8jam/IV.

Pelaksanaan tindakan keperawatan selama 3x24 pada pasien Ny. T dengan diagnosa keperawatan nyeri akut bd agen cidera fisik yaitu: Memberikan obat ketorolac 30mg/8jam melalui IV, mengkaji nyeri secara komperhensif , mengobservasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan memonitor tanda- tanda vital.

Evaluasi hasil keperawatan yang dilakukan pada Ny.T didapatkan hasil pada diagnosa nyeri akut berhubungan agen cidera fisik yaitu masalah nyeri akut teratasi sebagian. Dengan data pasien mengatakan nyeri berkurang, skala 3(0-10), nyeri kadang terasa jika bergerak, pasien terlihat lebih rileks tekanan darah 140/90mmHg, Nadi : 84x/menit, respirasi :22x/menit, suhu: 36.7 , rencana keperawatan selanjutnya: observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan, monitor tanda-tanda vital, lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, anjurkan untuk menggunakan teknik non farmakologi, kelola pemberian analgetik ketorolak 30 mg/8jam melalui IV.

## B. Pembahasan

Berdasarkan laporan studi kasus pada pengkajian tanggal 4 juni 2015 jam07.30preoperasi dari data asuhan keperawatan pasien Ny. T tentang kista ovarium *suspect malignancy* di dapatkan data pasien mengatakan pasien dibawa ke IGD RSUP Dr.Sardjito pada tanggal 28 Mei 2015 pukul 11.00 WIB dengan keluhan nyeri perut bawah dengan skala 2, BAK tidak lancarmenetes, dan dilakukan pemasangan kateter dengan diagnosa medis Suspect Ca Corpus. Pada tanggal 29 Mei 2015 dilakukan pemeriksaan USG dengan hasil : tampak VU terisi balon kateter, uterus sulit divisualisasi kesan atrofi tampak massa kistik ukuran 11 x 10,4 cm, papil +, sebagian padat +. Diagnosa medis Kista Ovarium *suspect malignancy* dengan retensio urine, riwayat LVH dengan hidronefrosis grade I-II.

Dari hasil laporan studi kasus pada Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 5 juni 2015 jam operasi 14:30 WIB Lama operasi 2,5 jampost operasi kista ovarium *suspect malignancy*atas indikasi operasi thb-so(*Total Abdominal hysterectomy bilateral oophorectomy*). jenisoperasi kotor, jenis amastesi epidural + GA, Antibiotik pre operasi : Cefotaxime 1gr jumlah pendarahan : 300cc, komplikasi : perforasi ususdi dapatkan data DS: pasien mengatakan nyeri pada bagian bekas operasi dengan skala 5 (0-10), nyeri terasa saat bergerak, nyeri hilang timbul, nyeri seperti ditusuk-tusuk, badan terasa dingin pasien mengatakan untuk bergerak terasa nyeri dan semua aktivitasnya dibantu keluarga. DO : Skala nyeri 5 (0 – 10) , terdapat balutan post operasi di perut, pasien tampak menahan nyeri, TD: 120/90 mmHg, N: 86x/mnt, RR: 22x/ mnt, Suhu : 33,4° C, terpasang infus Asering 30tpm di tangan kanan, terpasang DC (Dower Cateter), terpasang drain,

terdapat balutan luka bekas operasi, pasien terlihat bedrest , aktivitas pasien dibantu oleh keluarga , terdapat balutan luka post operasi, terdapat balutan luka post operasi dan terpasang drain. Berdasarkan penelitian dari Nugroho (2010) menjelaskan bahwa tanda dan gejala dari kista ovarium adalah nyeri di perut bagian bawah, terkadang disertai nyeri saat buang air kecil dan buang air besar, siklus menstruasi tidak teratur, bisa juga jumlah darah yang keluar banyak.

Diagnosa keperawatan pada kasus Ny. T dengan pasien post optah-bso atas indikasi kista ovarium yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen cidera fisik sesuai dengan data pengkajian bahwa didapatkan DS: pasien mengatakan nyeri perut bawah dengan skala 2, BAK tidak lancarmenetes, dan dilakukan pemasangan kateter dan pada tanggal 5 juni 2015 dilakukan tindakan pembedahan dengan kondisi pasien pada hasil pengkajian mengatakan nyeri pada bagian bekas operasi dengan skala 5 (0-10), nyeri terasa saat bergerak, nyeri hilang timbul, nyeri seperti ditusuk-tusuk. Berdasarkan teori dari NANDA (2012-2017). Menjelaskan bahwa diagnosa keperawatan nyeri yaitu sesuai dengan tanda dan gejala mampu mengontrol nyeri, melaporkan bahwa nyeri berkurang, mampu melaporkan bahwa nyeri berkurang, mengenali nyeri dan merasakan rasa aman nyeri berkurang. Hal ini sesuai dengan teori Dokumentasi Keperawatan (2017), bahwa metode Dokumentasi Diagnosa Keperawatan meliputi : tuliskan masalah/problem pasien atau perubahan status kesehatan pasien, masalah yang dialami pasien didahului adanya penyebab dan keduanya dihubungkan dengan kata “sehubungan dengan atau berhubungan dengan”, setelah masalah (*problem*) dan penyebab (*etiology*), kemudian diikuti dengan tanda dan gejala (*symptom*) yang

dihubungkan dengan kata “ditandai dengan”, tulis istilah atau kata-kata yang umum digunakan. Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) 2017 nyeri akut merupakan pengalaman sensori atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Penyebab agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma), agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan), agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan). Gejala dan tanda mayor subjektif : mengeluh nyeri, objektif : tampak meringis, bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur). Gejala dan tanda mayor objektif : tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses pikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis. Menurut teori Mubarak, dkk (2015) cara pendekatan yang digunakan dalam mengkaji nyeri adalah PQRST yaitu P (*provoking* atau pemicu), Q (*quality* atau kualitas), R (*region* atau daerah), S (*severity* atau keganasan), T (*time* atau waktu). Pengukuran tanda-tanda vital Ny.T didapatkan Tekanan Darah : 120/9mmHgN: 86x/mnt, RR: 22x/ mnt, Suhu : 33,4° C serta pasien meringis kesakitan saat nyeri. Dari data tersebut dikatakan bahwa tekanan darah batas normal sedangkan nadi, respiration dan suhu pasien dalam batas normal. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Jackson, (2011) untuk tekanan darah normal dewasa tekanan sistolik <120-139mmHg dan tekanan diastolik <80-89mmHg, frekuensi nadi normal dewasa 60-100 x/mnt dan frekuensi pernafasan

normal 16-24 x/mnt. Nyeri mengakibatkan respon fisik yang dapat diobservasi dari pasien seperti peningkatan atau penurunan tekanan darah, takikardi , takipnea, melindungi bagian tubuh yang nyeri, dan fokus pada nyeri. Sama dengan teori Long dalam Padila, (2014) *Nociceptor-nociceptor* tersebar luas pada kulit dan mukosa dan terdapat ada struktur yang lebih dalam seperti visera, persendian, dinding arteri, hati dan kandung empedu. *Nociceptor* memberi respon yang terpilih terhadap stimulasi yang membahayakan seperti stimulasi kimia, thermal, listrik atau mekanis. Anoksia yang menimbulkan nyeri adalah oleh kimia yang dilepaskan oleh jaringan anoksia yang rusak. Spasme otot menimbulkan nyeri karena menekan pembuluh darah yang menjadi anoksia. Pembengkakan jaringan menjadi nyeri karena tekanan (stimulasi mekanik) kepada *nociceptor* yang menghubungkan jaringan.

Rencana keperawatan *Pain management* observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan, lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, ajarkan teknik nonfarmakologi, anjurkan untuk menggunakan teknik non farmakologi jika nyeri datang, monitor tanda-tanda vital dan kelola pemberian analgetik, kelola pemberian analgetik ketorolac 30mg/8jam/IV. *Nursing Intervention Classification (NIC)*, 2015- 2017 Lakukan pengkajian nyeri secara secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi observasi reaksi nonverbal dan ketidaknyamanan gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien berikan posisi nyaman berikan kesempatan klien untuk mengungkapkan pengalaman nyeri sebelumnya, keefektifan manajemen nyeri dan respons analgesik termasuk efek samping.

Minta klien untuk mengidentifikasi kenyamanan yang diinginkan, tingkat nyeri, tujuan melaporkan nyeri dan bentuk aktivitas yang diperlukan., melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri.Mampu mengenali nyeri ( skala, intensitas, frekuensi, dan tanda nyeri )Kolaborasi untuk mendapatkan resep analgesik sesuai indikasi. Diskusikan dengan klien tentang dosis obat, dan efek samping obat.Dari perencanaan keperawatan yang telah dibuat, terdapat ketidaksesuaian antara kriteria hasil dan intervensi keperawatan yang akan dilaksanakan, yaitu pada kriteria hasil pasien mampu mengontrol nyeri, mampu menggunakan teknik relaksasi nafas dalam jika nyeri. Kemudian di bagian rencana tindakan yang ditetapkan yaitu menganjurkan teknik relaksasi nafas dalam jika nyeri. Menurut *North American Nursing Diagnosis Assosiation* atau NANDA (2015) kriteria hasil / NOC yang dapat dituliskan : mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan) dan intervensi/NIC: kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan, kurangi faktor presipitasi nyeri, ajarkan teknik relaksasi nafas dalam. Menurut Standar Ilmu Keperawatan Indonesia atau SIKI DPP PPNI (2018) terdapat kesesuaian dengan NANDA (2015) dukungan nyeri akut : Manajemen Nyeri meliputi : Observasi: identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi respons nyeri non verbal. Terapeutik: berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin), kontrol lingkungan yang

memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan), Edukasi: ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, Kolaborasi: kolaborasi pemberian analgetik

Implementasi Keperawatan tindakan keperawatan yang dilaksanakan kepada Ny. T sesuai dengan perencanaan tindakan keperawatan menurut NANDA 2015. Pelaksanaan keperawatan pada Ny.T dengan masalah Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik : prosedur operasi tah-bso atas indikasi kista ovariumdilaksanakan selama 3x24 jam.

Pelaksanaan yang pertama yaitu melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif. Tindakan ini dilakukan setiap shift selama 3x24 jam. Perencanaan ini bertujuan untuk mengidentifikasi nyeri dengan pengkajian P (*provoking*) : faktor yang memperparah atau meringankan nyeri. Q (*quality*) : kualitas nyeri (misal, tumpul, tajam, merobek), R (*region*) : daerah penjalaran nyeri, S (*severity*) : intensitasnya, T (*time*) : serangan, lamanya, frekuensi, dan sebab. Menurut Black & Hawks (2014), pengkajian nyeri yang dilakukan secara komprehensif bertujuan untuk mengidentifikasi penyebab nyeri, untuk memahami persepsi pasien tentang nyeri, untuk mengukur karakteristik nyeri, untuk memutuskan tingkatan nyeri sehingga perawat mengerti pengalaman nyeri yang dirasakan oleh pasien dan merencanakan tindakan untuk menangani nyeri agar pasien dapat meneruskan partisipasi dalam aktivitas sehari-hari (*Activity Daily Living*).

Pelaksanaan selanjutnya yaitu menganjurkan teknik relaksasi nafas dalam jika nyeri. Tindakan ini dilakukan setiap shift selama 3x24 jam. Intervensi ini

dibuat untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan pasien. Pelaksanaan hal ini dapat dilakukan karena pasien mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam Berdasarkan penelitian dari Rahmayati,( 2010) Setelah dilakukan relaksasi nafas dalam pasien menjadi rileks dan menyebabkan nyeri berkurang.

Pelaksanaan selanjutnya yaitu memberikan injeksi ketorolac 30mg/8jam via IV. Tindakan ini diberikan setiap shift selama 3x24 jam injeksi ketorolac 30mg/8jam via IV. Menggunakan terapi farmakologi, yaitu pemberian terapi untuk mengontrol nyeri dengan pemberian obat analgetik. Analgetik adalah obat yang berfungsi untuk meredakan nyeri.

Pelaksanaan yang selanjutnya adalah mengobservasi reaksi nonverbal. Tindakan ini dilakukan setiap shift selama 3x24 jam. Hal ini untuk mengetahui data subjektif dari pasien dengan mengobservasi reaksi ekspresi wajah pasien

Pelaksanaan yang selanjutnya adalah mengukur TTV memonitor tanda-tanda vital yang dilakukan setiap shift selama 3x24 jam. Menurut Black & Hawks (2014), nyeri yang dirasakan oleh pasien akan menimbulkan berbagai respon fisik dan perilaku yang dapat diobservasi seperti peningkatan atau penurunan tekanan darah, peningkatan atau penurunan denyut nadi, peningkatan frekuensi nafas, dilatasi pupil, kelemahan dan penurunan kesadaran (respon fisiologis), gelisah, meringis, menangis, merintih, menggertakkan gigi, menutup mata dengan rapat, fokus terhadap nyeri, tingkat perhatian menurun, dan gangguan pada pola tidur (respon perilaku). Tujuan mengobservasi untuk mengetahui perkembangan mengenai kondisi pasien dari program pengobatan yang telah diberikan.

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan untuk mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan pasien (Dokumentasi Keperawatan, 2017). Evaluasi hasil dilakukan pada sabtu Juni 2015 pukul 21.00 WIB masalah nyeri akut Ny.T pada studi kasus ini nyeri akut berhubungan dengan agen cidera fisik prosedur operasi tah-bso atas indikasi kista ovarium teratas. Dari kriteria kelima hasil yang diharapkan tercapai semuanya yaitu pasien mampu mengontrol nyeri, tidak meringis kesakitan, mampu menggunakan teknik relaksasi nafas dalam, skala nyeri berkurang menjadi 3 (0-10), tanda-tanda vital dalam batas normal.

## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. KESIMPULAN**

Dari hasil studi dokumentasi, didapatkan kesimpulan bahwa Ny. T mengatakan nyeri di perut bagian bawah, nyeri terasa panas, nyeri timbul saat bergerak dan ditekan bagian perut, skala nyeri 5 dari (0-10). Dengan demikian pengkajian yang dilakukan oleh Saudari wildan sudah sesuai teori. Oleh sebab itu, disusun perencanaan meliputi tujuan dan intervensi yang akan dilakukan selama 3x24 jam. Tujuan *Pain Control* : mampu mengontrol nyeri, tidak meringis kesakitan, mampu menggunakan teknik relaksasi nafas dalam jika nyeri, skala nyeri berkurang dari 5 menjadi 2 (0-10), tanda-tanda vital dalam batas normal. Dari tujuan yang sudah dibuat terdapat ketidaksesuaian dengan teori. Intervensi *Pain Management* : lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, ukur tanda-tanda vital, observasi reaksi nonverbal, anjurkan teknik relaksasi nafas dalam jika nyeri, evaluasi nyeri, kolaborasi dengan dokter terkait pemberian analgetik.

Implementasi dilaksanakan selama 3x24 jam. Evaluasi hasil dilakukan hari ke 3 shif malam tanggal 5 juni 2015 21:30 WIB WIB masalah keperawatan nyeri akut teratasi. Hal ini tidak sesuai teori karena ada 2 kriteria hasil mampu mengontrol nyeri tidak dituliskan secara *specific*

dan mampu menggunakan teknik relaksasi nafas dalam jika nyeri tanpa mengajarkannya terlebih dahulu.

## **B. SARAN**

Berdasarkan pengalaman nyata penulis dalam melaksanakan penelitian dengan Studi Dokumentasi pada Ny.T dengan Gangguan Rasa Aman Nyaman Nyeri Pada Pasien Post Operasi TAH-BSO Atas Indikasi Kista Ovarium memandang perlu untuk menyampaikan beberapa saran sebagai bahan pertimbangan diantaranya adalah :

1. Bagi institusi pendidikan

Diharapkan supaya memperbanyak literature buku atau sumber-sumber buku obstetri terbitan terbaru agar mempermudah mahasiswa dalam menyusun tugas akhir.

2. Bagi penulis selanjutnya

Diharapkan agar lebih memperhatikan sumber-sumber literature terbaru dalam menyusun tugas akhir agar pembaca mendapatkan ilmu kesehatan terbaru.

## DAFTAR PUSTAKA

- Anonymous. (2013). *Ilmu Kesehatan Reproduksi Obstetri Patologi Buku Kedokteran*. Jakarta: EGC
- Amin, H (2013). *Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC*. Yogyakarta : Mediaktion
- Buku Register Ruang Bougenvile 2 IRNA 1 RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta tahun 2019 sampai dengan 2020.
- Depkes RI. (2018). *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta : Depkes RI. Diakses pada tanggal 26 Februari 2020.  
<http://www.depkes.go.id/resources/download/infoterkini/materirakorpop2018/hasil%20Riskesdas202018.pdf>
- Dinkes DIY. (2013). *Profil Kesehatan Provinsi DIY*. Yogyakarta : Dinas Kesehatan
- Dokumentasi Keperawatan. (2017).<http://bppsdk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wp-content/uploads/2017/11/PRAKTIKA-DOKUMEN-KEPERAWATAN-DAFIS.pdf>. (Diakses 27 Februari 2020)
- Depkes RI.(2011). ). <https://Kista Ovarium di Indonesia>. 22 februari 2011.
- Departemen Kesehatan Rebuplik Indonesia. 2015. *Kista Ovarium*. Available Online <https://www.Medinuc.com>. diakses tanggal 12 Nov 2017
- Departemen Kesehatan Rebuplik Indonesia. 2015. *Kista Ovarium*. Available Online <https://www.Medinuc.com>. diakses tanggal 12 Nov 2017
- Kurniawaty, (2019). Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Wanita Usia Subur Dengan Pencegahan Kista Ovarium. *Jurnal 'Aisyiyah Medika Volume 3 Nomor 1*, (103-106)
- Kemenkes. 2015 *Profil Kesehatan*. Jakarta: Kementerian Kesatuan Republik Indonesia
- Kozier B, Glenora, E, Berman, A, Snider S. (2011). *Buku fundamental keperawatan: Konsep, Proses & Praktik*. Jakarta : EGC
- Kozier B, Glenora, E, Berman, A, Snider S. (2010). *Buku fundamental keperawatan: Konsep, Proses & Praktik ( Fundamental of Nursing: Concep, process, and practice)*. Alih Bahasa: Wahyuningsih,E:Yulianti, D.; Yuningsih, Y.; Lusyana, A. Edisi 7. Volume 2. Jakarta: EGC.
- Manuaba, I.B.G. (2010). *Gawat Darurat Obstetri Ginekologi dan Obstetri Ginekologi Sosial untuk profesi Bidan*. Jakarta: EGC.

- Mitayani. (2012). *Asuhan Keperawatan Maternitas*. Jakarta : Salemba Medika
- Mitayani. (2012). *Asuhan Keperawatan Maternitas*. Jakarta : Salemba Medika.
- Mubarak, dkk, (2015). *Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar*. Jakarta : Salemba Medika
- Nugroho. (2012). *OBGYN Obstetri dan Ginekologi Untuk Keperawatan dan Kebidanan*. Yogyakarta: Nuha Medika
- NANDA. (2015 ). *Diagnosis Keperawatan Definisi & Klasifikasi 2015-2017 Edisi 10 editor T.Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru*. Jakarta : EGC.
- Nurarif, Huda ., Kusuma, Hardhi. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan NANDA NIC-NOC*. Yogyakarta: Mediaction
- Nanda. (2015). *Diagnosis keperawatan Definisi & Klasifikasi 2015-2017 Edisi 10 editor T Heather Herdman, shigemi kamitsuru*. Jakarta: EGC
- Nugroho, T. (2010). *BukuAjar Ginekologi*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Nugroho, T. (2012). *Patologi Kebidanan*, Cetakan Pertama. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Nugroho, T. (2014). *Buku Ajar Ginekologi untuk mahasiswa kebidanan* Yogyakarta: Nuha Medika.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Jakarta: PT. Rineka Cipta
- NANDA Internasional. (2015). *Diagnosis Keperawatan : Definisi & Klasifikasi 2015-2017 Edisi 10*. Jakarta : EGC.
- Padila. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Padila. (2015). *Asuhan Keperawatan Maternitas II*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Purwoastuti, E., & Walyani, E. S. (2015). *Ilmu Obstetri & Ginekologi Sosial untuk kebidanan*. Perpustakaan Nasional RI : Katalog dalam Terbitan (KDT). Yogyakarta : Pustaka Baru Press
- Pawirohardjo, Sarwonp.2011. *Ilmu kebidanan*. Jakarta: Bina Pustaka
- Potter dan Perry. ( 2010). *Fundamental Keperawatan buku 3. Edisi 7*. Jakarta: Salemba Medika.
- Rasjidi Imam, Rusli Muljadi & Kristianus Cahyini. 2010. *Imaging Ginekologi Onkologi*. Jakarta:Sagung Seto.

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). (2018). Badan Penelitian dan Pembangunan Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). Diakses pada 21 Februari 2020.

Smetzer S C, Bare B G. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Volume 2*. Jakarta : EGC

Solehati. (2015). Konsep dan Aplikasi Relaksasi dalam Keperawatan Maternitas. Bandung : PT. Refika Aditama

Octaviani, (2016). *Asuhan Kebidanan Pada Gangguan Reproduksi Dengan Post Operasi Kista Ovarium*. Program Studi Diploma III Kebidanan. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah, Ciamis.

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik. Edisi 1*. Jakarta : DPP PPNI

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat

Triyanto, (2010). Hubungan Antara Dukungan Suami Dengan Mekanisme Koping Istri Yang menderita Kista Ovarium Di Purwokerto. *Jurnal Keperawatan Soedirman Volume 5 Nomor 1*, (1-5).

Wardani,N.P., (2014). Manajemen Nyeri Akut. Fakultas Kedokteran Universitas Udayana RSUP Sanglah Denpasar 2014.

Wildan, (2015). Karya Tulis Ilmiah post operasi TAH-BSO atas indikasi kista ovarium AKPER YKY Yogyakarta 2015.

WHO, (2015). World Health Statistics 2015. [http://www.who.int/world\\_health\\_statistics/2015](http://www.who.int/world_health_statistics/2015)

# **LAMPIRAN**

## Lampiran 1

Keterangan :

1. Studi Pendahuluan : 3 Februari 2020
2. Pengajuan Judul Proposal : 14 Februari 2020
3. Penyusunan Proposal KTI : 15 Februari-25 Februari 2020
4. Seminar Proposal KTI : 27 Februari 2020
5. Penusunan Karya Tulis : 6 April-15 Mei 2020
6. Seminar Hasil : 29 juni 2020

## FORMAT BIMBINGAN KTI

Nama Mahasiswa : SUSI SUSANTI  
NIM : 2819033  
Nama Pembimbing 1 : Ana Ratmawati  
Judul KTI : Gambaran ~~perjalanan~~ nyeri perut aman nyaman pada perempuan dengan nyeri Ovarium diungkap Bouzenq et. 2014  
1. RSUP. Dr. Sardjito.

NO	TANGGAL BIMBINGAN	MATERI BIMBINGAN	TANDA TANGAN/ NAMA	
			Pembimbing	Mhs
1.	1. Kamis, 06/febr 2020	Pengajuan Judul	Oth.	
2.	2. Selasa, 11/febr 2020	Konout Bab 2	Oth	
3.	3. Kamis 20/febr 2020	Bab 1 Revisi Bab 2	Oth	
4.	4. 5/maret 2020	ACC Proporsi	Oth	
5.	5. 07/juni 2020	Ran PII Bab 4		
6.	6. 17/juni 2020	Revisi Bab 4	Oth	
7.	7. 23/juli/2020	Konout Bab 4 dan 5	Oth	
8.	8. 26/juli/2020	Revisi Bab 4 dan 5	Oth	
9.	9. 30/juli/2020	Revisi Bab 4 dan 5	O/L	
10.	10. 3/juli/2020	Acc. Bab 1		

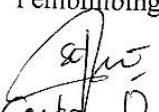
Yogyakarta, 11 - februari - 2020  
Pembimbing 1

(.....  .....))

Nama Mahasiswa : Sri Furanti  
 IM : 2617033  
 Nama Pembimbing 2 : San Candra Dewi STH, M.A  
 Nama Pembimbing 1 :  
 Nama KTI : Gambaran Gangguan Nyeri rasa aman nyaman pada pasien  
 Ny. S dengan kota Oran diruang Bougenville 2 1maz  
 Nama Dr. Sardjito Yogyakarta

O	TANGGAL BIMBINGAN	MATERI BIMBINGAN	TANDA TANGAN/ NAMA	
			Pembimbing	Mhs
1	selasa 11/februari 2020	- Pengajuan Judul KTI - Cek ketersediaan kantor di kaham Suara Bab I	S	fd
2	13/februari 2020	Revisi Bab I	fr	dk
	10/ februari 2020	Revisi Bab II	fr	dk
	21/ februari 2020	Revisi Bab III	fr	dk
	23/ februari 2020	Revisi Bab I + II	fr	dk
	05/ februari 2020	Revisi Bab II + III	fr	dk
	5/ maret 2020	Acc Proposal	fr	dk
	07 juni/2020	Revisi informasi Bab 4	fr	dk
	07 juni/2020	Revisi dan konfirmasi Bab 4 dan	fr	dk
	23/juni/2020	Revisi Bab 4	fr	dk
	26 juni/2020	Revisi Bab 5	fr	dk
	30 Juli/2020	konfirmasi Bab 4 + 5 dan revisi	fr	dk
2	3 Juli/2020	Acc KTI		dk

Yogyakarta, 11 - Februari - 2020  
 Pembimbing 2

  
 ( San Candra D )

## **BAB III**

### **TINJAUAN KASUS**

#### **A. Pengkajian**

Hari/ tanggal : Kamis, 4 Juni 2015  
Jam : 07.30 WIB  
Tempat : Ruang Bougenvil 2 IRNA 1 RSUP Dr. Sardjito  
Oleh : -  
Sumber data : Pasien, Keluarga Pasien, Rekam Medis Pasien, Tenaga Kesehatan  
Metode : Wawancara, Observasi, Pemeriksaan fisik, Studi dokumentasi

#### **1. Identitas**

Nama : Ny. "T"  
Tempat / tanggal lahir : Gunung Kidul / 04 Juli 1960  
Umur : 54 tahun  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Alamat : Purwo, Karangsari, Semin, Gunung Kidul  
Status Perkawinan : Kawin  
Agama : Islam  
Suku : Jawa  
Pendidikan : SD

Pekerjaan : Petani  
 Tanggal Masuk RS : 28 Mei 2015  
 Keluarga terdekat yang dapat segera di hubungi : Ny. S (Anak)  
 Pendidikan : SLTP  
 Pekerjaan : Wiraswasta  
 Alamat : Purwo, Karangsari, Semin, Gunung Kidul  
 Diagnosa Medis : Kista Ovarii Suspect Malignancy  
 No. RM : 01.72.48.06  
 Tanggal Masuk RS : 28 Mei 2015

## 2. Riwayat Kesehatan

### a. Riwayat Kesehatan Sekarang

#### 1) Alasan Masuk Rumah Sakit

Pasien dibawa ke IGD RSUP Dr.Sardjito pada tanggal 28 Mei 2015 pukul 11.00 WIB dengan keluhan nyeri perut bawah, BAK tidak lancar, menetes, dan dilakukan pemasangan kateter kemudian dipindahkan ke Ruang Bougenvil 2 pada pukul 15:58 WIB dengan diagnosa medis Suspect Ca Corpus.

Pada tanggal 29 Mei 2015 dilakukan pemeriksaan USG dengan hasil : tampak VU terisi balon kateter, uterus sulit divisualisasi kesan atrofi tampak massa kistik ukuran 11 x 10,4 cm, papil +, sebagian padat +. Diagnosa medis Kista Ovarium suspect malignancy dengan retensi urine, riwayat LVH dengan hidronefrosis grade I-II.

## 2) Riwayat Penyakit Sekarang

Keluarga pasien mengatakan pasien sebelumnya pernah dirawat di RSI Cawas, oleh dr. Spesialis Onkologi di diagnosa Hidronefrosis dan pada bulan Februari 2015 dilakukan pemasangan DJ Stent sebelah kiri dan dilepas pada 11 Maret 2015.

± 1 bulan kemudian, pasien dirawat di RSUP Soeradji Tirtonegoro dengan diagnosis Tumor Ovarium susp ganas diberikan pengantar ke poli Obsgyn RSUP Dr.Sardjito dilakukan pemeriksaan onkologi lengkap, direncanakan untuk opname.

## 3) Keluhan Utama

Saat dilakukan pengkajian pada pasien tanggal 4 Juni 2015 jam 07.30, pasien mengatakan nyeri di perut bawah dengan skala nyeri ringan 2 (0-10), nyeri hilang timbul, rasanya senut-senut, nyeri terasa selama ± 10 menit.

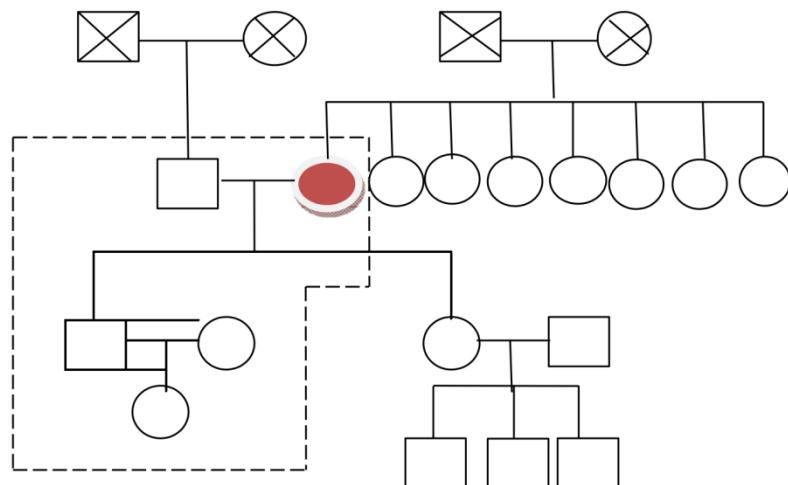
### b. Riwayat Kesehatan Yang Lalu

Pasien mengatakan mempunyai riwayat penyakit darah tinggi sejak 10 tahun yang lalu tepatnya tahun 2005, minum obat dari dokter praktek, sebelumnya pernah dirawat di RS Cawas dan RS Klaten, pasien mengatakan mengeluh nyeri diperut sejak beberapa bulan yang lalu tepatnya sejak bulan Januari. Pasien mengatakan saat nyeri timbul pasien periksa ke Dokter Praktek atau kadang tidak terlalu menghiraukan nyerinya dan saat periksa

belum diketahui apabila sakit tumor. Pasien mengatakan belum pernah dioperasi dan tidak ada riwayat jatuh ataupun kecelakaan,

c. Riwayat Kesehatan Keluarga

1) Genogram



Keterangan :

: Laki-laki

: Pasien

: Perempuan

: Garis Keturunan

: Laki-laki Meninggal

: Garis Pernikahan

: Perempuan meninggal

: Tinggal Serumah

2) Riwayat Kesehatan keluarga

Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mempunyai penyakit kista seperti dirinya. Dalam keluarganya tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit menurun seperti hipertensi, asma, diabetes mellitus maupun penyakit menular seperti TBC dan HIV/AIDS.

d. Riwayat Obstetri dan Ginekologi

1) Riwayat Menstruasi

Pasien mengatakan haid pertama saat umur 15 tahun, siklus haid 28 hari, haid selama  $\pm$  1 minggu (6-7 hari). Pasien mengatakan sudah tidak haid lagi saat berumur 39 tahun.

2) Riwayat Pernikahan

Pasien mengatakan menikah umur 17 Tahun, menikah satu kali dan sudah mempunyai dua anak, satu laki-laki dan satu perempuan.

3) Riwayat Hubungan Seksual

Pasien mengatakan belum pernah mengalami gangguan dalam berhubungan seksual, tidak ada keluhan dalam berhubungan seksual, dan mengatakan bahwa seksual digunakan untuk mencari keturunan.

4) Riwayat Obstetri

Paritas : P2 Ab0 Ah2

No. anak	Proses persalinan	Tempat persalinan/ penolong	Masalah persalinan	Masalah nifas dan laktasi	Keadaan anak saat ini
1	Spontan	Rumah / dukun	Tidak ada	Tidak ada	Hidup, Sehat
2	Spontan	Rumah / dukun	Tidak ada	Tidak ada	Hidup, Sehat

Tabel 1.1 Riwayat Obstetri

5) Riwayat Persalinan

Pasien mengatakan kedua anaknya lahir secara normal (spontan), melahirkan dirumah dengan penolong persalinan dukun. Pasien mengatakan tidak mengalami masalah saat melahirkan dan saat nifas. Anak pasien laki-laki dan perempuan, Anak pertama berumur 35 tahun dan anak yang kedua berumur 31 tahun, kedua anaknya saat ini dalam keadaan sehat tanpa ada kecacatan fisik maupun mental. Kedua anaknya saat ini sudah menikah dan sudah dikarunia anak. Anak pertama sudah mempunyai 1 anak, sedangkan anak yang kedua sudah mempunyai 3 anak.

6) Riwayat Pembedahan Ginekologi

Pasien mengatakan penyakitnya saat ini belum dioperasi, jadwal operasi hari Kamis tetapi diundur menjadi hari Jumat tanggal 5 Mei 2015.

7) Riwayat Kontrasepsi

Pasien mengatakan setelah melahirkan anak yang terakhir (tahun 1984) memakai KB spiral dan sudah dilepas setelah lama tidak haid (menopause) pada tahun 2005.

8) Masalah Kesehatan Reproduksi

Masalah yang berhubungan dengan kesehatan reproduksi pada pasien yaitu Kista ovarium. Pasien mengatakan Mengalami

keputihan 1 bulan yang lalu, tidak bau, berwarna putih bening tetapi 2 hari sembuh.

### **3. Kesehatan Fungsional**

#### **a. Aspek Fisik – Biologis**

##### **1) Nutrisi**

###### **a) Sebelum sakit**

Pasien mengatakan makan 2-3 kali sehari dengan komposisi nasi, lauk dan sayur (pecel) makan habis setengah porsi sesuai porsi saat dirumah, tidak memiliki alergi makanan dan diit khusus. Tidak ada keluhan dalam makan dan menelan. Minum kurang lebih 7-8 gelas sehari, minum air putih.

###### **b) Selama sakit**

Pasien mengatakan makan 3 kali sehari sesuai diit dari rumah sakit dengan komposisi bubur, lauk, sayur habis setengah porsi, minum kurang lebih 2 aqua botol (1200 ml) per hari, minum air putih dan teh, tidak ada gangguan saat makan dan menelan.

##### **2) Pola Eliminasi**

###### **a) Sebelum sakit**

Pasien mengatakan BAB teratur 1 kali sehari dengan konsistensi lembek berwarna kuning, tidak ada keluhan saat BAB, BAK tidak lancar, menetes, berwarna kuning, tidak ada darah, bau khas urine, merasa nyeri saat BAK.

b) Selama sakit

Pasien mengatakan selama sakit BAB 1 kali sehari dengan konsistensi lembek, berwarna kuning kecoklatan, tidak ada darah dan lendir. Pasien mengatakan BAK dengan menggunakan selang pipis (kateter) sejak tadi pagi pukul 06.00 wib terdapat urine 200 cc berwarna kuning jernih, tidak ada darah dalam urine.

3) Pola Aktivitas

a) Keadaan Aktivitas Sehari-Hari

Pasien mengatakan melakukan aktifitas sendiri seperti mandi, makan, minum, berpakaian dibantu oleh orang lain, BAB secara mandiri, BAK dengan dibantu alat.

b) Keadaan Pernafasan

Pasien mengatakan tidak merasa sesak nafas dan tidak mempunyai gangguan pernafasan.

c) Keadaan Kardiovaskuler

Pasien mengatakan tidak mudah lelah, berdebar-debar ataupun nyeri dada saat melakukan aktivitas.

4) Pola Istirahat - Tidur

a) Sebelum sakit

Pasien mengatakan tidur 7-8 jam setiap hari, tidur malam jam 21.00 bangun jam 05.00 wib, kadang tidur siang sekitar 1 jam, tidak ada kesulitan untuk memulai tidur, bangun

tidur terasa segar, belum pernah menggunakan obat untuk membantu tidur.

b) Selama sakit

Pasien mengatakan di rumah sakit bisa tidur kurang lebih 8 jam dalam sehari, mulai tidur dari jam 20.00 – 04.00 wib dan tidur siang 1-2 jam, tidak ada gangguan dan kesulitan untuk tidur.

b. Aspek Psiko – Sosial – Spiritual

1) Pemeliharaan dan Pengetahuan Terhadap Kesehatan

Pasien mengatakan jika pasien atau anggota keluarganya sakit dibawa ke pelayanan kesehatan atau dokter praktik terdekat untuk diperiksakan.

2) Pola Hubungan

Hubungan pasien dengan keluarga baik. Hubungan pasien dengan tenaga kesehatan baik, pasien kooperatif. Pasien ditunggu oleh suami, anak laki-laki dan anak menantunya.

3) Koping Toleransi Stress

Pasien mengatakan jika ada masalah dan pengambilan keputusan, pasien dibantu oleh suami dan anaknya.

4) Kognitif dan Persepsi Tentang Penyakitnya

Pasien mengatakan mengetahui dirinya terkena penyakit kista dan merupakan penyakit berat yang harus diobati. Pasien

mengatakan sudah siap dan pasrah untuk menjalani operasi agar cepat sembuh dan bisa pulang.

5) Konsep Diri

a) Gambaran Diri

Pasien mengatakan menyukai seluruh bagian tubuhnya walaupun saat ini sedang sakit.

b) Harga Diri

Pasien mengatakan tidak merasa malu dengan penyakitnya karena semua itu dianggapnya sebagai cobaan.

c) Peran Diri

Pasien mengatakan perannya sebagai istri untuk suami, ibu untuk anaknya, dan nenek untuk cucunya tetapi sekarang saat sakit tidak dapat menjalankan peran seperti sebelum sakit.

d) Ideal Diri

Pasien mengatakan ingin segera sembuh agar bisa pulang dan beraktivitas seperti biasa.

e) Identitas Diri

Pasien menyadari bahwa dirinya berjenis kelamin perempuan, berumur 54 tahun, seorang istri dan mempunyai 2 anak dan 4 cucu.

## 6) Nilai

Pasien mengatakan beragama islam dan selalu menjalankan ibadah. selama dirawat di rumah sakit pasien berdoa supaya cepat diberi kesembuhan agar dapat berkumpul dengan keluarganya.

## 7) Aspek Lingkungan Fisik

Lingkungan tempat tidur pasien bersih, lantai tidak licin dan tidak ada polusi udara..

**4. Pemeriksaan Fisik**

## a. Keadaan Umum

Kesadaran : Compos mentis

## 1) Status Gizi

BB : 47 Kg, TB : 147 cm

Status gizi (IMT) : 21,75 (Normal)

Keterangan :

>20 : underweight      20-25 : Normal

25-30 : Overweight      >30 : Obesitas

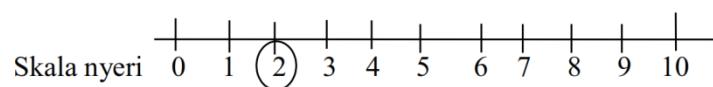
## 2) Tanda – Tanda Vital

Tekanan Darah : 150/ 80 mmHg

Nadi : 82x / mnt

Suhu : 36,0° C

Respirasi : 22 x/ mnt



b. Pemeriksaan Secara Sistematik

1) Kulit

Warna kulit sawo matang, akral teraba hangat, turgor kulit baik < 3 detik, CRT < 2 detik.

2) Kepala

Bentuk kepala mesocephale, rambut agak beruban, pertumbuhan rambut lebat merata, kulit kepala bersih, rambut panjang.

Mata simetris kanan dan kiri, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, pupil isokor, fungsi penglihatan normal, tidak menggunakan alat bantu mata (kacamata).

Hidung Bersih, Tidak ada nyeri, tidak ada lendir ataupun sekret yang keluar, tidak ada peradangan, fungsi pembauan normal.

Telinga Simetris kanan dan kiri, bersih, tidak ada cairan yang keluar, tidak ada nyeri, dapat berfungsi dengan normal.

Mulut bersih, tidak ada stomatitis, mukosa bibir lembab, tidak ada gangguan saat menelan.

3) Leher

Normal, tidak ada luka atau lesi, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid maupun kelenjar limfa, nadi teraba kuat dan teratur.

4) Tengkuk

Tidak ada kaku kuduk, tidak ada kelainan dan tidak ada luka.

## 5) Dada

## a) Inspeksi

Dada simetris kanan dan kiri, tidak ada luka, tidak terlihat retraksi dada.

## b) Palpasi

Tidak ada nyeri tekan dan tidak teraba massa yang abnormal.

## c) Perkusi

Kesan perkusi dada sonor antara kanan dan kiri.

## d) Auskultasi

Terdengar suara nafas vesikuler

## 6) Payudara

## a) Inspeksi

Simetris antara kanan dan kiri, tidak ada luka maupun lesi,

## b) Palpasi

Tidak teraba massa yang abnormal, tidak ada nyeri.

## 7) Punggung

Punggung simetris, tidak ada kelainan bentuk punggung,

tidak terdapat luka dan tidak teraba massa.

## 8) Abdomen

## a) Inspeksi

Simetris, tidak ada luka ataupun lesi.

## b) Auskultasi

Terdengar bunyi bising usus 14 x/ menit.

c) Perkusi

Terdengar suara tympani.

d) Palpasi

Terdapat nyeri tekan pada perut bagian bawah sampai atas VU.

9) Panggul

Tidak terdapat kelainan bentuk panggul, simetris antara kanan dan kiri.

10) Anus & Rektum

Tidak ada keluhan, tidak ada hemoroid, tidak ada massa yang abnormal, tidak terdapat luka, tidak ada kelainan.

11) Genitalia

Genitalia bersih, terpasang DC (Dower Cateter) ukuran 16 sejak tanggal 03 Juni 2015.

12) Ekstremitas

a) Atas

Ekstrimitas atas lengkap, tidak ada kelainan, terpasang infus RL 20 tpm di tangan kanan sejak tanggal 03 Juni 2015, tidak ada pembengkakan, dapat digerakkan dengan baik, kekuatan tonus otot 5 | 5

b) Bawah

Ekstrimitas bawah lengkap, tidak ada luka, tidak ada pembengkakan, kekuatan tonus otot 5 | 5

## 5. Pemeriksaan Penunjang

### a. Laboratorium

Tabel 1.2 Pemeriksaan Laboratorium

Tanggal pemeriksaan	Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai normal	Interpretasi
28 / 5 / 2015	<b>FAAL HATI</b> Albumin SGOT /AST SGPT/ALT	2,94 g/dl 11,00 U/L 18,00 U/L	3,40 - 5,00 15 - 37 12 - 78	Rendah Rendah Normal
	<b>FAAL GINJAL</b> BUN Cretinin	12,00 mg/dl 1,39 mg/dl	7 - 20 0, 60 - 1,30	Normal Tinggi
	<b>ELEKTROLIT</b> Natrium Kalsium Klorida	138 mmol/L 3,39 mmol/L 105 mmol/L	136-145 3,50-5,10 98 -107	Normal Normal Normal
	<b>DIABETES</b> Glukosa sewaktu	84,00 mg/dl	74 -140	Normal
	<b>HEMOSTASIS</b> PPT APTT	14,9 detik 31,9 detik	12,3 – 15,3 27,9 – 37,00	Normal Normal
	<b>SEDIMEN</b> Eritrosit Leukosit Sel epitel Silinder Bakteria Kristal	3,0 /uL 240,8 /uL 0,7 /uL 0,00 /uL 23665,2 /uL 0,0 /uL	0 – 25 0 – 20 0,0 – 40,0 0,0 – 1,2 0,0 – 100,0 0,0 – 10,0	Normal Tinggi Normal Normal Tinggi Normal

Tanggal pemeriksaan	Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai normal	Interpretasi
29/ 5/ 2015	<b>PETANDA TUMOR</b> CEA Ca 125	1,61 ng/ ml 406,40 u/L	0,00 – 5,00 0,00 – 35,00	Normal Tinggi

Tanggal pemeriksaan	Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai normal	Interpretasi
3 Juni 2015	<b>DARAH LENGKAP</b>			
	Netrofil	64,0 %	50,0 – 70,0	Normal
	Limfosit	19,6 %	22,0 – 40,0	Rendah
	Monosit	9,1 %	2,0 – 8,0	Tinggi
	Eosinofil	6,8 %	2,0 – 8,0	Normal
	Basofil	0,5 %	0,0 – 1,0	Normal
	IG	0,80 %	-	
	Trombosit	243 x10 <sup>3</sup> /µL	150 – 450	Normal
	PDW	12,5 fL	0,0 – 99,9	Normal
	MPV	10,9 fL	7,2 – 10,4	Tinggi
	P-LCR	31,9 %	15,0 – 25,0	Tinggi
	PCT	0,3 %	0,0 – 1,0	Normal
	<b>FAAL HATI</b>			
	Albumin	2,48 g/dL	3,40 – 8,00	Rendah
	SGOT/AST	19 v/dL	15 – 37	Normal
	SGPT/AST	25 v/dL	12 – 78	Normal
	<b>FAAL GINJAL</b>			
	BUN	14 mg/dL	7 – 20	Normal
	Creatinin	1,27 mg/dL	0,60 – 1,30	Normal
	<b>DIABETES</b>			
	Glukosa Sewaktu	83 mg/dL	74 – 140	Normal
	<b>ELEKTROLIT</b>			
	Natrium	141 mmol/L	136 – 145	Normal
	Kalium	3,67 mmol/L	3,50 – 5,16	Normal
	Klorida	106 mmol/L	98 – 107	Normal
	<b>HEMOSTASIS</b>			
	PPT	15,3 detik	12,3 – 15,3	Normal
	INR	1,14 detik	0,90 – 1,10	Tinggi
	APTT	29,7 detik	27,9 – 37,0	Normal
	<b>DARAH LENGKAP</b>			
	Eritrosit	3,59x10 <sup>6</sup> /µL	4,20 – 5,20	Rendah
	Hemoglobin	9,9 g/dL	12,0 – 160	Rendah
	Hematokrit	29,8 %	36,0 – 48,0	Rendah
	MCH	27,6 pg	27,0 – 32,0	Normal

	MCV	830 fL	80,0 – 99,0	Tinggi
	MCHC	33,2 g/dL	32,0 – 36,0	Normal
	Lekosit	$7,55 \times 10^3 / \mu L$	4,50 – 11,00	Normal
	Netrofil	4,83	2,20 – 4,80	Tinggi
	Limfosit	1,48	1,30 – 2,90	Normal

b. Pemeriksaan diagnostik

1) Tanggal pemeriksaan : 15/ 4/ 2015

Rajal Radiologi/ BNO-IVP

Kesan :

- Hidronefrosis sinistra grade I-II dan ureterektasis e.c suspect infiltrasi massa ginekologis
- Tampak indentasi VU aspek cranial dan fungsi voiding dalam batas normal
- Anatomi dan fungsi ren dextra dalam batas normal
- Ureter dextra dalam batas normal
- Tak tampak batu opaq/ luscent di traktus urinarius bilateral
- sistema tulang yang tervisualisasi intak

2) Tanggal pemeriksaan : 15/ 4/ 2015

Rajal radiologi/ Thorax Pa dewasa

Kesan :

- Pulmo tak tampak kelainan
- Besar cor normal
- Tak tampak pulmonal maupun bone metastase pada sistema tulang yang tervisualisasi

3) Tanggal pemeriksaan : 17/ 4/ 2015

Rajal Radiologi/ Colon In Loop

Kesan :

- Diverticulosis pada colon sigmoid, colon desenden, colon transversum, colon asenden dan caecum
- Tak tampak infiliasi, Indentasi, maupun gambaran colitis pada sistema colerectal
- Tak tampak bone metastasis pada sistema tulang yang tervisualisasi

4) Tanggal pemeriksaan : 23/ 4/ 2015

Echocardiography/ Doppler Report

Kesan :

- LVH konsentrik
- Fungsi sistolik LV global dan segmental normal dengan EF 76 %
- Disfungsi sistolik LV tipe relaksasi
- Fungsi sistolik RV normal
- Katup-katup normal

5) Tanggal pemeriksaan : 29/ 5/ 2015

USG Abdomen

Kesan :

Tampak VU terisi balon kateter, uterus sulit divisualisasi

kesan atrofi tampak massa kistik ukuran 11 x 10,4 cm, papil +, sebagian padat +.

#### 6. Terapi obat yang di berikan

Tanggal pemberian : 4 Juni 2015 – 5 Juni 2015

Tabel 1.3 Terapi obat

Tanggal	Jenis obat	Rute Terapi	Dosis	Indikasi terapi
4/6/2015	Cefotaxime Captopril Ketoprofen	IV Infus Oral Suppositoria	1 gr / 12 jam 25 mg / 8 jam 100 mg ( k/p)	Antibiotik Antihipertensi Analgetik
5/6/2015	Cefotaxime Captopril Ketoprofen	IV Infus Oral Suppositoria	1 gr / 12 jam 25 mg / 8 jam 100 mg ( k/p)	Antibiotik Antihipertensi Analgetik

### B. Analisa Data

NO	DATA	PENYEBAB	MASALAH
1.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri di perut bagian bawah, nyeri senut-senut, dengan skala nyeri 2 (0-10), nyeri terasa hilang timbul, nyeri terasa selama ± 10 menit.</li> <li>- Pasien mengatakan nyeri diperut sejak ± 5 bulan yang lalu.</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Skala nyeri 2 ( 0 – 10 )</li> <li>- Terdapat nyeri tekan di perut bawah sampai atas VU</li> <li>- TD: 150/80 mmHg, N: 82x/mnt, RR: 22x/ mnt, Suhu : 36, 0° C</li> </ul>	Agen cidera biologis	Nyeri Akut

2.	DS :-  DO : - Pasien terpasang infus RL 20 tpm di tangan kanan dan terpasang DC (Dower Cateter) ukuran 16 sejak tanggal 3 Juni 2015	Prosedur invasif	Resiko infeksi
----	--	------------------	----------------

### C. Diagnosa Keperawatan Prioritas

1. Nyeri Akut berhubungan dengan agen cidera biologis ditandai dengan :

DS :

- Pasien mengatakan nyeri di perut bagian bawah, nyeri senut-senut, dengan skala nyeri 2 (0-10), nyeri terasa hilang timbul, nyeri terasa selama  $\pm$  10 menit.
- Pasien mengatakan nyeri diperut sejak  $\pm$  5 bulan yang lalu.

DO :

- Skala nyeri 2 ( 0 - 10 )
- Terdapat nyeri tekan di di perut bawah sampai atas VU
- TD: 150/80 mmHg, N: 82x/mnt, RR: 22x/ mnt, Suhu : 36, 0° C

2. Resiko Infeksi berhubungan dengan Prosedur invasif ditandai dengan :

DS :-

DO :

- Pasien terpasang infus RL 20 tpm di tangan kanan dan terpasang DC (Dower Cateter) ukuran 16 sejak 3 Juni 2015.

## D. ASUHAN KEPERAWATAN

Nama Pasien : Ny "T"  
No. CM : 01.72.48.06

Ruang : Bougenvil 2

HR/ TGL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		PELAKSANAAN	EVALUASI
		TUJUAN	RENCANA TINDAKAN		
Kamis, 4 Juni 2015/ 07.30 WIB	<p>Nyeri Akut berhubungan dengan Agen cidera biologis ditandai dengan :</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri di perut bagian bawah, nyeri senut-senut, dengan skala nyeri 2 (0-10), nyeri terasa hilang timbul, nyeri terasa selama ± 10 menit.</li> <li>- Pasien mengatakan nyeri diperut sejak sejak ± 5 bulan yang lalu.</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Skala nyeri 2 ( 0 - 10 )</li> <li>- Terdapat nyeri</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pasien menunjukkan pain control dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mampu mengontrol nyeri ( mampu menggunakan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri)</li> <li>- Melaporkan bahwa nyeri hilang skala nyeri 0 (0-10)</li> <li>- Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang</li> </ul>	<p><b>Pain management</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Observasi reaksi non nonverbal dari ketidaknyamanan</li> <li>- Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif</li> <li>- Ajarkan teknik non farmakologi</li> <li>- Anjurkan untuk menggunakan teknik non farmakologi jika nyeri datang</li> </ul>	<p>Kamis, 4 Juni 2015/ 08.00 WIB</p> <p>Wilda 08.30 WIB</p> <p>Wilda</p>	<p>Kamis, 4 Juni 2015 / 14.00 WIB</p> <p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak menahan nyeri saat perut bawah dipalpasi</li> <li>- Nyeri tekan di perut bawah</li> <li>- TD: 130/80 mmHg, N: 80x/mnt, RR: 22x/ mnt, Suhu : 36, 3°C</li> </ul> <p>A : Masalah nyeri akut belum teratas</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Observasi reaksi non nonverbal dari ketidaknyamanan</li> </ul>

	<p>tekan di di perut bawah sampai atas VU</p> <p>TD: 150/80 mmHg, N: 82x/mnt, RR: 22x/ mnt, Suhu : 36, 0°C</p> <p>Pasien mendapat Kaltolfren supp k/p</p>	<p>nyaman setelah nyeri berkurang</p> <p>Vital sign dalam batas normal (TD: 120/80 mmHg, N: 60-100 x/menit, RR: 18-24 x/menit, S: 36-37,5°C)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor tanda- tanda vital</li> <li>- Kelola pemberian Analgetik</li> </ul> <p>Wilda</p>	<p>Monitor tanda- tanda vital</p> <p>Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif</p> <p>Anjurkan untuk menggunakan teknik non farmakologi</p> <p>Kelola pemberian analgetik</p>
--	---	--	---	--

## ASUHAN KEPERAWATAN

**Nama Pasien :** Ny "T"  
**No. CM :** 01.72.48.06

**Ruang :** Bougenvil 2

HR/ TGL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		PELAKSANAAN	EVALUASI
		TUJUAN	RENCANA TINDAKAN		
Kamis, 4 Juni 2015 / 07.30 WIB	<p>Resiko Infeksi berhubungan dengan Prosedur invasif ditandai dengan : DS : -</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien terpasang infus RL 20 tpm di tangan kanan dan terpasang DC (Dower Cateter) ukuran 16 sejak tanggal 3 Juni 2015</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pasien menunjukkan risk control dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien bebas dari tanda dan gejala infeksi (rubor, kalor, tumor, dolor, fungsiolaesa)</li> <li>- Pasien dan keluarga mengetahui tanda dan gejala infeksi</li> </ul>	<p><b>Infection Protection</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor tanda dan gejala infeksi</li> <li>- Inspeksi daerah tusukan infus dan genetalia</li> <li>- Menginspeksi daerah tusukan infus</li> </ul> <p>Wilda</p>	<p>Kamis, 4 Juni 2015 09.00 WIB</p> <p>Wilda</p>	<p>Kamis, 4 Juni 2015 12.00 WIB</p> <p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada tanda dan gejala infeksi (rubor, kalor, tumor, dolor pada area tusukan dan area pemasangan kateter pada genetalia)</li> <li>- Area tusukan infus terlihat bersih</li> </ul> <p>A : Masalah Resiko Infeksi teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor tanda dan gejala infeksi</li> <li>- Inspeksi daerah tusukan infus</li> <li>- Berikan perawatan</li> </ul>

					<p>vulva hygiene</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi</li></ul>
					Wilda

### CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/ No.CM : Ny. "T"/ 01.72.48.06      Ruang : Bougenvil 2

HR/T GL/J AM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PELAKSANAAN	EVALUASI ( SOAP )
Kamis, 4 Juni 2015 / 14.00 WIB	Resiko Infeksi berhubungan dengan Prosedur invasif	Jam 16.00 WIB - Memonitor tanda dan gejala infeksi pada tusukan infus dan genitalia (tidak ada rubor, kalor, tumor, dolor)  Wilda	Kamis, 4 Juni 2015 19. 00 WIB S : -  O : - Tidak ada tanda tanda infeksi seperti rubor, kalor, tumor, dolor pada area pemasangan infus dan kateter  A : Masalah resiko infeksi teratasi sebagian  P : Lanjutkan intervensi - Monitor tanda dan gejala infeksi - Inspeksi daerah tusukan infus - Berikan perawatan vulva hygiene - Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi  Wilda

### CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/ No.CM : Ny. "T"/ 01.72.48.06      Ruang : Bougenvil 2

HR/T GL/J AM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PELAKSANAAN	EVALUASI ( SOAP )
Kami, 4 Juni 2015 / 21.00 WIB	Resiko Infeksi berhubungan dengan Prosedur invasif	<p>Jam 22.00 WIB - Memonitor tanda dan gejala infeksi pada tusukan infus dan genetalia</p> <p style="text-align: center;">Wilda</p> <p>Jumat, 5 Juni 2015 Jam 05.30 WIB - Memberikan perawatan vulva hygiene</p> <p style="text-align: center;">Wilda</p>	<p>Jumat,5 Juni 2015 06.00 WIB S : -</p> <p>O :            - Tidak ada tanda tanda infeksi seperti rubor, kalor, tumor, dolor pada area pemasangan infus dan kateter            - Genetalia pasien bersih dan tidak bau</p> <p>A : Masalah Resiko Infeksi teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi            - Monitor tanda dan gejala infeksi            - Inspeksi daerah tusukan infus            - Berikan perawatan vulva hygiene            - Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi</p> <p style="text-align: center;">Wilda</p>

### CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/ No.CM : Ny. "T"/ 01.72.48.06      Ruang : Bougenvil 2

HR/T GL/J AM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PELAKSANAAN	EVALUASI ( SOAP )
Jumat, 5 Juni 2015 / 08. 00 WIB	Resiko Infeksi berhubungan dengan Prosedur invasif	<p style="text-align: center;">Jam 08.30 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memonitor tanda dan gejala infeksi pada tusukan infus dan genetalia</li> <li>- Memberi perawatan kulit pada area tusukan (mengganti plester)</li> </ul> <p style="text-align: center;">Wilda</p>	<p style="text-align: center;">Jumat, 5 Juni 2015 09. 30 WIB S : -</p> <p style="text-align: center;">O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada tanda dan gejala infeksi pada area tusukan infus dan genetalia</li> <li>- Genetalia pasien bersih, tidak bau</li> <li>- Plester bersih sudah diganti</li> </ul> <p style="text-align: center;">A : Masalah Resiko Infeksi teratasi sebagian</p> <p style="text-align: center;">P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor tanda dan gejala infeksi</li> <li>- Inspeksi daerah tusukan infus</li> <li>- Berikan perawatan vulva hygiene</li> <li>- Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi</li> </ul> <p style="text-align: center;">Wilda</p>

## **F. Pengkajian Post Operasi**

### **1. Keluhan Utama**

Saat dilakukan pengkajian pada pasien tanggal 5 Juni 2015 jam 17.30, pasien mengatakan badan terasa dingin. Pada jam 19.30 pasien mengatakan nyeri pada bagian bekas operasi dengan skala 5 (0-10), nyeri terasa saat bergerak, nyeri hilang timbul, nyeri seperti ditusuk-tusuk. Pasien mengatakan untuk bergerak sedikit terasa nyeri dan semua aktivitasnya dibantu keluarga. Keluarga pasien mengatakan pasien disuruh puasa 3 hari.

### **2. Kesehatan fungsional**

#### **a. Nutrisi**

Pasien mengatakan belum makan dan minum karena habis operasi.

Pasien mengatakan tidak merasa mual dan muntah.

#### **b. Aktivitas**

Pasien mengatakan nyeri untuk bergerak sedikit. Pasien mengatakan aktivitas dibantu oleh keluarganya. Pasien hanya berbaring ditempat tidur.

#### **c. Istirahat-tidur**

Pasien mengatakan tidak ada gangguan dalam tidur malam dan pasien juga tidak mengkonsumsi obat tidur. Pasien tidur siang sekitar 2-3 jam.

### 3. Pemeriksaan Fisik

#### a. Keadaan Umum

Kesadaran : Compos mentis

##### 1) Status Gizi

BB : 47 Kg, TB : 147 cm

Status gizi (IMT) : 21,75 (Normal)

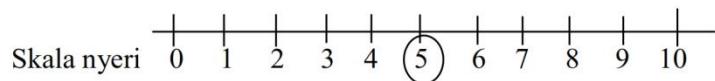
##### 2) Tanda – Tanda Vital

Tekanan Darah : 120/ 90 mmHg

Nadi : 86x / mnt

Suhu : 33,4° C

Respirasi : 22 x / mnt



#### b. Pemeriksaan Secara Sistematik

##### 1) Kulit

Warna kulit sawo matang, akral teraba dingin.

##### 2) Kepala

Bentuk kepala mesocephale, rambut agak beruban, pertumbuhan rambut lebat merata, kulit kepala bersih, rambut panjang.

Mata simetris kanan dan kiri, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, pupil isokor, fungsi penglihatan normal, tidak menggunakan alat bantu mata (kacamata).

Hidung Bersih, Tidak ada nyeri, tidak ada lendir ataupun sekret yang keluar, tidak ada peradangan, fungsi pembauan normal.

Telinga Simetris kanan dan kiri, bersih, tidak ada cairan yang keluar, tidak ada nyeri, dapat berfungsi dengan normal.

Mulut bersih, tidak ada stomatitis, mukosa bibir kering.

3) Leher

Normal, tidak ada luka atau lesi, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid maupun kelenjar limfa, nadi teraba kuat dan teratur.

4) Tengkuk

Tidak ada kaku kuduk, tidak ada kelainan dan tidak ada luka.

5) Dada

a) Inspeksi

Dada simetris kanan dan kiri, tidak ada luka, tidak terlihat retraksi dada.

b) Palpasi

Tidak ada nyeri tekan dan tidak teraba massa yang abnormal.

c) Perkusi

Kesan perkusi dada sonor antara kanan dan kiri.

d) Auskultasi

Terdengar suara nafas vesikuler

6) Payudara

a) Inspeksi

Simetris antara kanan dan kiri, tidak ada luka maupun lesi.

b) Palpasi

Tidak teraba massa yang abnormal, tidak ada nyeri.

7) Punggung

Punggung simetris, tidak ada kelainan bentuk punggung, tidak terdapat luka dan tidak teraba massa.

8) Abdomen

a) Inspeksi

Simetris, terdapat luka post kisteksomi. Luka tertutup balutan, panjang balutan ± 20 cm. Terpasang drain 50cc

b) Auskultasi

Belum terdengar bising usus.

c) Perkusi

Terdengar suara tympani.

d) Palpasi

Terdapat nyeri tekan pada daerah bekas operasi.

9) Genitalia

Genitalia kotor, terpasang DC (Dower Cateter) ukuran 16 sejak tanggal 03 Juni 2015, urine bag terisi 400 cc sejak 14.00 WIB

10) Ekstremitas

a) Atas

Ekstrimitas atas lengkap, tidak ada kelainan, terpasang infus Asering 30 tpm di tangan kanan sejak tanggal 03 Juni

2015, tidak ada pembengkakan, dapat digerakkan dengan baik,

kekuatan tonus otot  $\frac{5}{5}$

b) Bawah

Ekstrimitas bawah lengkap, tidak ada luka, tidak ada pembengkakan, kekuatan tonus otot  $\frac{5}{5}$

#### **4. Laporan Tindakan Operasi**

Tanggal operasi : 5/6/2015

Jam operasi : 14.30 WIB

Selesai operasi : 17.00 WIB

Lama operas: 2,5 jam

Tindakan pembedahan : TAH-BSO

Adhesiolisis

Repair perforasi usus

Jenis operasi : kotor

Jenis anastesi : epidural + GA

Antibiotik Pre operasi : Cefotaxime 1gr

Jumlah perdarahan : 300 cc

Komplikasi : perforasi usus

## 5. Pemeriksaan Penunjang

### a. Laboratorium

Tabel 1.4 Pemeriksaan Laboratorium

Tanggal pemeriksaan	Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai normal	Interpretasi
05 / 6 / 2015	Lekosit	11,19x10 <sup>3</sup> /µL	4,50 – 11,00	Tinggi
	Eritrosit	3,34x10 <sup>6</sup> a/µL	4,20 – 5,20	Rendah
	Hemoglobin	9,2 g/dL	12,0 – 16,0	Rendah
	Hematokrit	27,2 %	36,0 – 48,0	Rendah
	MCV	81,3 fL	80,0 – 99,0	Normal
	MCH	27,6 pg	27,0 – 32,0	Normal
	MCHC	34,0 g/dL	32,0 – 36,0	Normal
	CHCM	32,3 g/dL	33,0 – 37,0	Rendah
	Trombosit	300 x10 <sup>3</sup> /µL	150 – 450	Normal
	MPV	6,2 fl	7,2 – 10,4	Rendah
	Netrofil %	86,1 %	50,0 – 70,0	Tinggi
	Limfosit %	9,1 %	22,0 – 40,0	Rendah
	Monosit %	2,8 %	2,0 – 8,0	Normal
	Eosinofil %	6,8 %	2,0 – 4,0	Tinggi
	Basofil %	0,2 %	0,0 – 1,0	Normal
	Netrofil #	9,46 x10 <sup>3</sup> /µL	2,20 – 4,80	Tinggi
	Limfosit #	1,01 x10 <sup>3</sup> /µL	1,30 – 2,90	Rendah
	Monosit #	0,32 x10 <sup>3</sup> /µL	0,30 – 0,80	Normal
	Eosinofil #	0,08 x10 <sup>3</sup> /µL	0,00 – 0,20	Normal
	Basofil #	0,02	0,00 – 0,10	Normal
	LUC #	0,12	0,00 – 0,40	Normal

## 6. Terapi obat yang di berikan

Tanggal pemberian : 5 Juni 2015, jam 17.00

Tabel 1.5 Terapi Obat

Tanggal	Jenis obat	Rute Terapi	Dosis	Indikasi terapi
5/6/2015	Cefotaxime Ketorolac Kalnex	IV Infus IV Infus IV Infus	1 gr / 12 jam 30 mg / 8 jam 500 mg / 8jam	Antibiotik Analgetik Antikoagulan
6/6/2015	Flutoid Aminofluid	IV IV	500ml 500ml	Nutrisi parenteral Nutrisi parenteral

## G. Analisa Data

NO	DATA	PENYEBAB	MASALAH
1.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengatakan nyeri pada bagian bekas operasi dengan skala 5 (0-10), nyeri terasa saat bergerak, nyeri hilang timbul, nyeri seperti ditusuk-tusuk.</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Skala nyeri 5 (0 – 10)</li> <li>- Terdapat balutan post operasi di perut</li> <li>- Pasien tampak menahan nyeri</li> <li>- TD: 120/90 mmHg, N: 86x/mnt, RR: 22x/ mnt, Suhu : 33,4° C</li> <li>- Mendapat obat ketorolac 30mg/8jam</li> </ul>	Agen cidera fisik	Nyeri Akut
2.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengatakan badan terasa dingin</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien baru pindah dari kamar operasi</li> <li>- pasien tampak menggigil kedinginan, akral teraba dingin</li> <li>- Suhu : 33,4° C</li> </ul>	Pemajangan lingkungan yang dingin	Hipotermia
3.	<p>DS: -</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terpasang infus Asering 30tpm di tangan kanan</li> <li>- terpasang DC (Dower Cateter),</li> <li>- terpasang drain</li> <li>- terdapat balutan luka bekas operasi</li> <li>- mendapat Cefotaxime 1 gram/12 jam</li> </ul>	Prosedur Invasif dan trauma jaringan	Resiko Infeksi

4.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan untuk bergerak terasa nyeri dan semua aktivitasnya dibantu keluarga</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien terlihat bedrest</li> <li>- Aktivitas pasien dibantu oleh keluarga</li> <li>- Terdapat balutan luka post operasi</li> </ul>	Nyeri	Hambatan mobilitas fisik
5.	<p>DS: -</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat balutan luka post operasi dan terpasang drain</li> <li>- pasien mendapat kalnex 500 mg/8 jam</li> </ul>	Trauma	Resiko perdarahan
6.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga pasien mengatakan pasien disuruh puasa 3 hari</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak mukosa bibir kering</li> <li>- Dilakukan repair perforasi usus</li> <li>- Hb 9,2 g/dL</li> </ul>	Puasa	Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

#### H. Diagnosa Keperawatan Prioritas

1. Hipotermia berhubungan dengan pemajaman lingkungan yang dingin  
ditandai dengan :
- DS:
- pasien mengatakan badan terasa dingin

DO :

- pasien baru pindah dari kamar operasi
- pasien tampak menggil kedinginan, akral teraba dingin
- Suhu : 33,4° C

2. Nyeri akut berhubungan dengan agen cidera fisik ditandai dengan :

DS :

- pasien mengatakan nyeri pada bagian bekas operasi dengan skala 5 (0-10), nyeri terasa saat bergerak, nyeri hilang timbul, nyeri seperti ditusuk-tusuk.

DO :

- Skala nyeri 5 (0 – 10)
- Terdapat balutan post operasi di perut
- Pasien tampak menahan nyeri
- TD: 120/90 mmHg, N: 86x/mnt, RR: 22x/ mnt, Suhu : 33,4° C
- Mendapat obat ketorolac 30mg/8jam

3. Resiko perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan puasa ditandai dengan:

DS:

- Keluarga pasien mengatakan pasien disuruh puasa 3 hari

DO:

- Tampak mukosa bibir kering
- Dilakukan repair perforasi usus
- Hb 9,2 g/dL

4. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri ditandai dengan:

DS:

- Pasien mengatakan untuk bergerak terasa nyeri dan semua aktivitasnya dibantu keluarga

DO:

- Pasien terlihat bedrest
- Aktivitas pasien dibantu oleh keluarga
- Terdapat balutan luka post operasi

5. Resiko Infeksi berhubungan dengan Prosedur invasif dan trauma jaringan ditandai dengan :

DS :-

DO :

- Terpasang infus Asering 30tpm di tangan kanan
- terpasang DC (Dower Cateter),
- terpasang drain
- terdapat balutan luka bekas operasi
- mendapat Cefotaxime 1 gram/12 jam

6. Resiko perdarahan berhubungan dengan trauma ditandai dengan :

DS :-

DO :

- terdapat balutan luka bekas operasi dan terpasang drain
- pasien mendapat kalnex 500 mg/8 jam

**I. ASUHAN KEPERAWATAN**

**Nama Pasien :** Ny "T"  
**No. CM :** 01.72.48.06

**Ruang :** Bougenvil 2

<b>HR/ TGL/ JAM</b>	<b>DIAGNOSA KEPERAWATAN</b>	<b>PERENCANAAN</b>		<b>PELAKSANAAN</b>	<b>EVALUASI</b>
		<b>TUJUAN</b>	<b>RENCANA TINDAKAN</b>		
Jumat, 5 Juni 2015/ 15.00 WIB	Hipotermia berhubungan dengan pemajangan lingkungan yang dingin ditandai dengan :  DS: - pasien mengatakan badan terasa dingin DO : - pasien baru pindah dari kamar operasi - pasien tampak menggigil kedinginan, - akral teraba dingin - Suhu : 33,4° C	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pasien mencapai thermoregulation dengan kriteria hasil :  - Suhu tubuh dalam rentang normal (S: 36-37,5° C - Pasien tidak menggigil - Vital sign dalam batas normal (TD: 120/80 mmHg, N: 60-100 x/menit, RR: 18-24 x/menit)	<b>Temperature regulation</b> - Monitor suhu pasien - Monitor vital sign (TD, nadi, RR) - Inspeksi kulit pasien - Selimuti pasien untuk mencegah hilangnya kehangatan tubuh	Jumat, 5 Juni 2015/ 17.30 WIB - Menyelimuti pasien untuk mencegah hilangnya kehangatan tubuh  19.00 WIB - Memonitor suhu pasien - Memonitor vital sign (TD, nadi, RR)	Jumat, 5 Juni 2015 20.30 WIB S: Pasien mengatakan badan sudah terasa lebih hangat  O : - TD: 120/90 mmHg, N: 84x/mnt, RR: 22x/ mnt, Suhu : 36,1° C - Akral teraba hangat - Pasien sudah terlihat tidak menggigil  A : Masalah hipotermi teratas  P : hentikan intervensi

## ASUHAN KEPERAWATAN

Nama Pasien : Ny "T"  
No. CM : 01.72.48.06

Ruang : Bougenvil 2

HR/ TGL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		PELAKSANAAN	EVALUASI
		TUJUAN	RENCANA TINDAKAN		
Jumat, 5 Juni 2015/ 15.00 WIB	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen cidera fisik ditandai dengan : DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri pada bagian bekas operasi dengan skala nyeri 5 (0-10), nyeri hilang-timbul, nyeri terasa jika bergerak, nyeri seperti ditusuk-tusuk.</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Skala nyeri 5(0-10)</li> <li>- Terdapat balutan bekas operasi di perut</li> <li>- TD: 120/90 mmHg, N: 86x/mnt, RR:</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pasien menunjukkan pain control dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mampu mengontrol nyeri (mampu menggunakan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri)</li> <li>- Melaporkan bahwa nyeri berkurang, skala nyeri 2 (0-10)</li> <li>- Menyatakan rasa</li> </ul>	<p><b>Pain management</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan</li> <li>- Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif</li> <li>- Ajarkan teknik non farmakologi</li> <li>- Anjurkan untuk menggunakan teknik non farmakologi jika nyeri datang</li> <li>- Monitor tanda-tanda vital</li> </ul>	<p>Jumat, 5 Juni 2015/ 18.00 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberikan obat Ketorolac 30mg melalui IV</li> </ul> <p>19.30 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengkaji nyeri secara komprehensif</li> <li>- Mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan</li> </ul>	<p>Jumat, 5 Juni 2015 20.30 WIB</p> <p>S: Pasien mengatakan masih nyeri tetapi sudah berkurang, skala 3 (0-10) nyeri hilang timbul pada bagian bekas operasi</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Skala nyeri 3 (0-10)</li> <li>- Pasien tampak menahan nyeri saat sedikit bergerak</li> <li>- TD: 130/80 mmHg, N: 80x/mnt, RR: 22x/mnt, Suhu : 36, 3° C</li> </ul> <p>A : Masalah nyeri akut belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Observasi reaksi</li> </ul>

	<p>22x/ mnt, Suhu: 33,4° C</p> <p>- Mendapat obat ketorolac 30mg/8jam</p>	<p>nyaman setelah nyeri berkurang</p> <p>Vital sign dalam batas normal (TD: 120/80 mmHg, N: 60-100 x/menit, RR: 18-24 x/menit, S: 36-37,5° C)</p> <p>Wilda</p>	<p>- Kelola pemberian Analgetik ketorolac 30mg/8jam/IV</p> <p>Wilda</p>	<p>20.00 WIB</p> <p>- Memonitor tanda-tanda vital</p> <p>Wilda</p>	<p>non nonverbal dari ketidaknyamanan</p> <p>- Monitor tanda-tanda vital</p> <p>- Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif</p> <p>- Anjurkan untuk menggunakan teknik non farmakologi</p> <p>- Kelola pemberian Analgetik ketorolac 30mg/8jam/IV</p> <p>Wilda</p>
--	---	--	---	--	---

### J. CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/ No.CM : Ny. "T"/ 01.72.48.06      Ruang : Bougenvil 2

HR/T GL/J AM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PELAKSANAAN	EVALUASI (SOAP)
Jumat, 5 Juni 2015 / 21. 00 WIB	Nyeri akut berhubungan dengan agen cidera fisik	<p>Jam 23.00 WIB - Mengobservasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan</p> <p style="text-align: right;">Wilda</p> <p>Sabtu, 6 Juni 2015 Jam 02.00 WIB - Memberikan obat Ketorolac 30mg melalui IV infus</p> <p style="text-align: right;">Wilda</p> <p>Jam 05.00 WIB - Melakukan pengkajian nyeri - Memonitor tanda- tanda vital</p> <p style="text-align: right;">Wilda</p>	<p>Sabtu, 6 Juni 2015 06.30 WIB S : - pasien mengatakan masih nyeri, skala 4 (0-10), nyeri seperti ditusuk, hilang-timbul, saat sedikit bergerak nyeri terasa</p> <p>O : - terlihat menahan nyeri - Jam 02.00 Ketorolac masuk - TD : 130/80 mmHg, N: 88 x/mnt, RR: 22 x/mnt, S: 37,4°C</p> <p>A : Masalah nyeri akut belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi - Observasi reaksi non nonverbal dari ketidaknyamanan - Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif - Ajarkan teknik non farmakologi - Anjurkan untuk menggunakan teknik non</p>

			<p>farmakologi jika nyeri datang</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Monitor tanda-tanda vital</li><li>- Kelola pemberian Analgetik ketorolac 30mg/8jam/IV</li></ul> <p>Wilda</p>
--	--	--	---

### CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/ No.CM : Ny. "T"/ 01.72.48.06      Ruang : Bougenvil 2

HR/T GL/J AM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PELAKSANAAN	EVALUASI (SOAP)
Sabtu, 6 Juni 2015 / 07.30 WIB	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen cidera fisik</p>	<p>Jam 08.00 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif</li> <li>- Mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan</li> </ul> <p style="text-align: right;">Wilda</p> <p>Jam 08.30 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengajurkan pasien untuk menggunakan teknik nafas dalam</li> <li>- Memonitor tanda-tanda vital</li> </ul> <p style="text-align: right;">Wilda</p> <p>Jam 10.00 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberikan obat ketorolac 30 mg melalui IV infus</li> </ul> <p style="text-align: right;">Wilda</p>	<p>Sabtu, 6 Juni 2015 / 12.00 WIB S : pasien mengatakan masih merasa nyeri tapi sudah berkurang sejak pagi tadi, skala 3(0-10) seperti ditusuk-tusuk, di area bekas operasi ,nyeri hilang timbul</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Skala nyeri 3 (0 – 10)</li> <li>- Pasien terlihat agak rileks</li> <li>- Jam 10.00 ketorolac masuk</li> <li>- TD : 130/90 mmHg, N : 82 x/mnt, RR : 22 x/mnt, S : 36,6°C</li> </ul> <p>A : Masalah nyeri akut teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Observasi reaksi non nonverbal dari ketidaknyamanan</li> <li>- Monitor tanda-tanda vital</li> <li>- Lakukan pengkajian nyeri secara</li> </ul>

			<p>komprehensif</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Anjurkan untuk menggunakan teknik non farmakologi</li><li>- Kelola pemberian Analgetik ketorolac 30mg/8jam/IV</li></ul> <p>Wilda</p>
--	--	--	--

**CATATAN PERKEMBANGAN**

**Nama Pasien/ No.CM : Ny. "T"/ 01.72.48.06      Ruang : Bougenvil 2**

<b>HR/T GL/J AM</b>	<b>DIAGNOSA KEPERAWATAN</b>	<b>PELAKSANAAN</b>	<b>EVALUASI ( SOAP )</b>
Sabtu, 6 Juni 2015 / 14. 00 WIB	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen cidera fisik</p>	<p>Jam 15.10 WIB - Melakukan pengkajian nyeri - Mengobservasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan</p> <p style="text-align: right;">Wilda</p> <p>Jam 18.00 WIB - Memberikan obat Ketorolac 30mg melalui IV infus - Memonitor tanda- tanda vital</p> <p style="text-align: right;">Wilda</p>	<p>Sabtu, 6 Juni 2015 19.00 WIB</p> <p>S : - Pasien mengatakan nyeri, skala nyeri 4(0-10) nyeri di area bekas operasi, terasa hilang- timbul.</p> <p>O : - Jam 18.00 ketorolac masuk - Skala nyeri 4 (0 – 10) - Pasien terlihat menahan nyeri - TD : 150/80 mmHg, N: 84 x/mnt, RR: 22 x/mnt, S: 37,1°C</p> <p>-</p> <p>A : Masalah nyeri akut teratas sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi - Observasi reaksi non nonverbal dari ketidaknyamanan - Monitor tanda- tanda vital - Lakukan pengkajian nyeri</p>

			<p>secara komprehensif</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Anjurkan untuk menggunakan teknik non farmakologi</li><li>- Kelola pemberian Analgetik ketorolac 30mg/8jam/IV</li></ul>
			Wilda

### CATATAN PERKEMBANGAN

**Nama Pasien/ No.CM : Ny. "T"/ 01.72.48.06      Ruang : Bougenvil 2**

HR/TG L/JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PELAKSANAAN	EVALUASI (SOAP)
Sabtu, 6 Juni 2015 / 21.00 WIB	Nyeri akut berhubungan dengan agen cidera fisik	<p style="text-align: center;">Jam 21.30 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengobservasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan</li> <li>- Mengajurkan pasien untuk menggunakan teknik nafas dalam jika nyeri terasa</li> </ul> <p style="text-align: center;">Wilda</p> <p style="text-align: center;">Minggu, 7 Juni 2015 Jam 02.00 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberikan obat ketorolac 30 mg melalui IV infus</li> </ul> <p style="text-align: center;">Wilda</p> <p style="text-align: center;">Jam 06.00 Wilda</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Melakukan pengkajian nyeri</li> <li>- Memonitor tanda-tanda vital</li> </ul> <p style="text-align: center;">Wilda</p>	<p style="text-align: center;">Minggu, 7 Juni 2015 06.30 WIB S : pasien mengatakan nyeri berkurang, skala 3(0-10), nyeri kadang terasa jika bergerak</p> <p style="text-align: center;">O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Skala nyeri 3 (0 – 10)</li> <li>- Pasien terlihat lebih rileks</li> <li>- Jam 02.00 ketorolac masuk</li> <li>- TD : 140/90 mmHg, N: 84 x/mnt, RR: 22 x/mnt, S : 36,7°C</li> </ul> <p style="text-align: center;">A : Masalah nyeri akut teratasi sebagian</p> <p style="text-align: center;">P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan</li> <li>- Monitor tanda-tanda vital</li> <li>- Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif</li> <li>- Anjurkan untuk</li> </ul>

			<p>menggunakan teknik non farmakologi</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Kelola pemberian Analgetik ketorolac 30mg/8jam/IV</li></ul> <p>Wilda</p>
--	--	--	--

## ASUHAN KEPERAWATAN

Nama Pasien : Ny "T"  
No. CM : 01.72.48.06

Ruang : Bougenvil 2

HR/ TGL/	DIAGNOSA	PERENCANAAN		PELAKSANAAN	EVALUASI
		KEPERAWATAN	TUJUAN		
JAM Jumat, 5 Juni 2015/ 15.00 WIB	<p>Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri ditandai dengan:</p> <p>DS: - Pasien mengatakan untuk bergerak terasa nyeri dan semua aktivitasnya dibantu keluarga</p> <p>DO: - Pasien terlihat bedrest - Aktivitas pasien dibantu oleh keluarga - Terdapat balutan luka post operasi</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pasien menunjukkan sel care: ADLs dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien meningkat dalam aktivitas fisik</li> <li>- Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas</li> <li>- Klien mengungkapkan kemampuan berjalan secara mandiri</li> </ul>	<p><b>TINDAKAN</b> <b>Exercise therapy : ambulation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi</li> <li>- Monitor kemampuan pasien untuk beraktivitas</li> <li>- Anjur pasien untuk miring kanan-kiri dan duduk</li> <li>- Dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi</li> </ul>	<p>Jumat, 5 Juni 2015/ 19.30 WIB</p> <p>- Mengkaji kemampuan pasien dalam mobilisasi</p>	<p>Jumat, 5 Juni 2015 20.30 WIB</p> <p>S : - pasien mengatakan takut untuk bergerak karena nyeri</p> <p>O : - Pasien tampak berbaring di tempat tidur - Pasien tampak kesulitan berpindah posisi - Pasien tampak menahan nyeri saat sedikit bergerak</p> <p>A : Masalah hambatan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi - Kaji kemampuan pasien dalam</p>

			<p>kebutuhan ADLs</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan</li></ul> <p>Wilda</p>		<p>mobilisasi</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Monitor kemampuan pasien untuk beraktivitas</li><li>- Anjurkan pasien untuk miring kanan-kiri dan duduk</li><li>- Dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan ADLs</li><li>- Ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan</li></ul> <p>Wilda</p>
--	--	--	--	--	--

### CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/ No.CM : Ny. "T"/ 01.72.48.06      Ruang : Bougenvil 2

HR/T GL/J AM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PELAKSANAAN	EVALUASI ( SOAP )
Jumat, 5 Juni 2015 / 21.00 WIB	Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	<p style="text-align: center;">Jam 22.00 WIB - Memonitor kemampuan pasien untuk beraktivitas</p> <p style="text-align: center;">Wilda</p> <p style="text-align: center;">Sabtu, 6 Juni 2015 Jam 06.00 WIB - Mengkaji kemampuan pasien dalam mobilisasi - Membantu memenuhi ADLs pasien (memandikan, mengganti pakaian)</p> <p style="text-align: center;">Wilda</p>	<p style="text-align: center;">Sabtu,6 Juni 2015 06.30 WIB S : pasien mengatakan masih takut untuk bergerak karena nyeri</p> <p style="text-align: center;">O : - Pasien tampak tiduran - Aktivitas pasien (mandi dan berpakaian) masih dibantu, terlihat pasien bersih.</p> <p style="text-align: center;">A : Masalah hambatan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p style="text-align: center;">P : Lanjutkan intervensi - Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi - Monitor kemampuan pasien untuk beraktivitas - Anjurkan pasien untuk miring kanan-kiri dan duduk - Dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan ADLs - Ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika</p>

			diperlukan
			Wilda

### CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/ No.CM : Ny. "T"/ 01.72.48.06      Ruang : Bougenvil 2

HR/T GL/J AM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PELAKSANAAN	EVALUASI ( SOAP )
Sabtu, 6 Juni 2015 / 08. 00 WIB	<p>Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri</p>	<p>Jam 08.30 WIB - Memonitor kemampuan pasien untuk beraktivitas</p> <p style="text-align: right;">Wilda</p> <p>Jam 13.00 WIB - Mengajurkan pasien untuk miring kanan-kiri dan duduk</p> <p style="text-align: right;">Wilda</p>	<p>Sabtu, 6 Juni 2015 14. 30 WIB S : pasien mengatakan mengerti dengan anjuran perawat tetapi masih merasa takut jika terasa nyeri</p> <p>O : - Pasien masih tampak bedrest - Aktivitas masih dibantu</p> <p>A : Masalah hambatan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi - Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi - Monitor kemampuan pasien untuk beraktivitas - Anjurkan pasien untuk miring kanan-kiri dan duduk - Dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan ADLs - Ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan</p>

			berikan bantuan jika diperlukan
			Wilda

**CATATAN PERKEMBANGAN**

**Nama Pasien/ No.CM : Ny. "T"/ 01.72.48.06      Ruang : Bougenvil 2**

<b>HR/T GL/J AM</b>	<b>DIAGNOSA KEPERAWATAN</b>	<b>PELAKSANAAN</b>	<b>EVALUASI ( SOAP )</b>
Sabtu, 6 Juni 2015 / 14.00 WIB	Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	<p>Jam 16.00 WIB            - Membantu memenuhi ADLs pasien (memandikan, mengganti pakaian)</p> <p style="text-align: right;">Wilda</p> <p>Jam 19.00 WIB            - Mengajarkan pasien bagaimana merubah posisi            - Menganjurkan pasien untuk miring kanan-kiri dan duduk</p> <p style="text-align: right;">Wilda</p>	<p>Sabtu, 6 Juni 2015            20.10 WIB            S : pasien mengerti dengan penjelasan perawat</p> <p>O :            - Pasien dan keluarga terlihat memperhatikan dan mengangguk saat diberi penjelasan            - Aktivitas pasien (mandi dan berpakaian) masih dibantu, badan pasien bersih dan wangi, pakaian bersih.</p> <p>A : Masalah hambatan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi            - Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi            - Monitor kemampuan pasien untuk beraktivitas            - Anjurkan pasien untuk miring kanan-kiri dan duduk            - Dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi</p>

			<p>kebutuhan ADLs. - Ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan</p> <p>Wilda</p>
--	--	--	---

### CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/ No.CM : Ny. "T"/ 01.72.48.06      Ruang : Bougenvil 2

HR/T GL/J AM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PELAKSANAAN	EVALUASI (SOAP)
Sabtu, 6 Juni 2015 / 21.00 WIB	Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	<p style="text-align: center;">Jam 21.30 WIB - Mengkaji kemampuan pasien dalam mobilisasi</p> <p style="text-align: center;">Wilda</p> <p style="text-align: center;">Minggu, 7 Juni 2015 Jam 05.30 WIB - Membantu memenuhi ADLs pasien (memandikan, mengganti pakaian)</p> <p style="text-align: center;">Wilda</p>	<p style="text-align: center;">Minggu,7 Juni 2015 06.00 WIB S : pasien mengatakan belum beraktivitas dan takut bergerak karena masih terasa agak nyeri</p> <p style="text-align: center;">O : - Aktivitas pasien seperti mandi dan berpakaian masih dibantu, badan pasien wangi, bersih, pakaian sudah bersih</p> <p style="text-align: center;">A : Masalah hambatan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p style="text-align: center;">P : Lanjutkan intervensi - Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi - Monitor kemampuan pasien untuk beraktivitas - Anjurkan pasien untuk miring kanan-kiri dan duduk - Dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan ADLs - Ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan</p>

			bantuan jika diperlukan
			Wilda

### CATATAN PERKEMBANGAN

**Nama Pasien/ No.CM : Ny. "T"/ 01.72.48.06      Ruang : Bougenvil 2**

<b>HR/T GL/J AM</b>	<b>DIAGNOSA KEPERAWATAN</b>	<b>PELAKSANAAN</b>	<b>EVALUASI ( SOAP )</b>
Jumat, 5 Juni 2015 / 21.00 WIB	Resiko perdarahan berhubungan dengan trauma	<p style="text-align: center;">Jam 22.00 WIB - Memonitor tanda-tanda perdarahan  Wilda</p> <p style="text-align: center;">Sabtu, 6 Juni 2015 Jam 02.00 WIB - Memberikan obat kalnex 500mg melalui IV infus  Wilda</p> <p style="text-align: center;">Jam 06.00 WIB - Memonitor tanda-tanda vital  Wilda</p>	<p style="text-align: center;">Sabtu,6 Juni 2015 06.30 WIB S : -</p> <p style="text-align: center;">O : - Tidak ada tanda perdarahan dan hematuria, balutan luka kering - Produksi drain 90 cc - Jam 02.00 kalnex masuk - TD : 130/80 mmHg, N: 88 x/mnt, RR: 22 x/mnt, S: 37,4°C</p> <p style="text-align: center;">A : Masalah resiko perdarahan teratasi sebagian</p> <p style="text-align: center;">P : Lanjutkan intervensi - Monitor tanda-tanda perdarahan - Monitor nilai Hb dan Ht - Monitor vital sign - Kelola pemberian obat kalnex 500 mg/8jam</p> <p style="text-align: center;">Wilda</p>

### CATATAN PERKEMBANGAN

**Nama Pasien/ No.CM : Ny. "T"/ 01.72.48.06      Ruang : Bougenvil 2**

<b>HR/T GL/J AM</b>	<b>DIAGNOSA KEPERAWATAN</b>	<b>PELAKSANAAN</b>	<b>EVALUASI (SOAP)</b>
Sabtu, 6 Juni 2015 / 08. 00 WIB	Resiko perdarahan berhubungan dengan trauma	<p style="text-align: center;">Jam 08.30 WIB - Memonitor nilai Hb dan Ht</p> <p style="text-align: center;">Wilda</p> <p style="text-align: center;">Jam 10.00 WIB - Memberikan obat kalnex 500mg melalui IV infus</p> <p style="text-align: center;">Wilda</p> <p style="text-align: center;">Jam 12.30 WIB - Memonitor tanda-tanda vital</p> <p style="text-align: center;">Wilda</p>	<p style="text-align: center;">Sabtu, 6 Juni 2015 14. 30 WIB S : -</p> <p style="text-align: center;">O : - Hb: 9,2 g/dL (rendah) dan Ht: 27,2 % (rendah) - Obat Kalnex masuk - TD : 130/90 mmHg, N : 82 x/mnt, RR : 22 x/mnt, S : 36,6°C</p> <p style="text-align: center;">A : Masalah resiko perdarahan teratasi sebagian</p> <p style="text-align: center;">P: Lanjutkan intervensi - Monitor tanda- tanda perdarahan - Monitor nilai Hb dan Ht - Monitor vital sign - Kelola pemberian obat kalnex 500 mg/8jam</p> <p style="text-align: center;">Wilda</p>

### CATATAN PERKEMBANGAN

**Nama Pasien/ No.CM : Ny. "T"/ 01.72.48.06      Ruang : Bougenvil 2**

<b>HR/T GL/J AM</b>	<b>DIAGNOSA KEPERAWATAN</b>	<b>PELAKSANAAN</b>	<b>EVALUASI ( SOAP )</b>
Sabtu, 6 Juni 2015 / 14.00 WIB	Resiko perdarahan berhubungan dengan trauma	<p style="text-align: center;">Jam 16.00 WIB - Memonitor tanda-tanda perdarahan</p> <p style="text-align: center;">Wilda</p> <p style="text-align: center;">Jam 18.00 WIB - Memberikan obat kalnex 500mg melalui IV infus</p> <p style="text-align: center;">Wilda</p>	<p style="text-align: center;">Sabtu, 6 Juni 2015 20.10 WIB S : -</p> <p style="text-align: center;">O : - Tidak ada tanda perdarahan, tidak ada hematuria, urine jernih, balutan luka kering tidak ada rembesan darah - Produksi drain 5 cc - Obat kalnex masuk</p> <p style="text-align: center;">A : Masalah resiko perdarahan teratasi sebagian</p> <p style="text-align: center;">P : Lanjutkan intervensi - Monitor tanda- tanda perdarahan - Monitor nilai Hb dan Ht - Monitor vital sign - Kelola pemberian obat kalnex 500 mg/8jam</p> <p style="text-align: center;">Wilda</p>

### CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/ No.CM : Ny. "T"/ 01.72.48.06      Ruang : Bougenvil 2

HR/T GL/J AM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PELAKSANAAN	EVALUASI ( SOAP )
Sabtu, 6 Juni 2015 / 21.00 WIB	Resiko perdarahan berhubungan dengan trauma	<p style="text-align: center;">Jam 21.30 WIB - Memonitor tanda-tanda perdarahan</p> <p style="text-align: center;">Wilda</p> <p style="text-align: center;">Minggu, 7 Juni 2015 Jam 02.00 WIB - Memberikan obat kalnex 500mg melalui IV infus</p> <p style="text-align: center;">Wilda</p> <p style="text-align: center;">Jam 06.00 WIB - Memonitor tanda-tanda vital</p> <p style="text-align: center;">Wilda</p>	<p style="text-align: center;">Minggu, 7 Juni 2015 06.00 WIB S : -</p> <p style="text-align: center;">O : - Tidak ada tanda perdarahan dan hematuria, urine jernih, balutan luka kering - Produksi drain 5 cc - Jam 02.00 kalnex masuk - TD : 140/90 mmHg, N: 84 x/mnt, RR: 22 x/mnt, S : 36,7°C</p> <p style="text-align: center;">A : Masalah resiko perdarahan teratasi sebagian</p> <p style="text-align: center;">P : Lanjutkan intervensi - Monitor tanda-tanda perdarahan - Monitor nilai Hb dan Ht - Monitor vital sign - Kelola pemberian obat kalnex 500 mg/8jam</p> <p style="text-align: center;">Wilda</p>

## ASUHAN KEPERAWATAN

Nama Pasien : Ny "T"  
No. CM : 01.72.48.06

Ruang : Bougenvil 2

HR/ TGL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		PELAKSANAAN	EVALUASI
		TUJUAN	RENCANA TINDAKAN		
Jumat, 5 Juni 2015/ 15.00 WIB	Resiko perdarahan berhubungan dengan trauma ditandai dengan: DS : - DO : - terdapat balutan luka bekas operasi dan terpasang drain - pasien mendapat kalnex 500 mg/8 jam	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pasien menunjukkan blood lose severity dengan kriteria hasil: - Tidak ada hematuria - Hemoglobin dan hematokrit dalam batas normal	<b>Bleeding precautions</b> - Monitor tanda-tanda perdarahan - Monitor nilai Hb dan Ht - Monitor vital sign - Kelola pemberian obat kalnex 500 mg/8jam	Jumat, 5 Juni 2015 18.00 WIB - Memberikan obat kalnex 500mg melalui IV infus  Wilda  19.30 WIB - Memonitor tanda-tanda perdarahan  Wilda  20.00 WIB - Memonitor tanda-tanda vital  Wilda	Jumat, 5 Juni 2015 20.30 WIB S : -  O : - Jam 18.00 kalnex sudah masuk - Tidak ada tanda-tanda perdarahan, tidak ada hematuria - TD: 130/80 mmHg, N: 80x/mnt, RR: 22x/ mnt, Suhu : 36, 3°C  A : Masalah resiko perdarahan teratasi sebagian  P : Lanjutkan intervensi - Monitor tanda-tanda perdarahan - Monitor nilai Hb dan

					<p>Ht - Monitor vital sign - Kelola pemberian obat kalnex 500 mg/8jam</p> <p>Wilda</p>
--	--	--	--	--	--

### CATATAN PERKEMBANGAN

**Nama Pasien/ No.CM : Ny. "T"/ 01.72.48.06      Ruang : Bougenvil 2**

<b>HR/T GL/J AM</b>	<b>DIAGNOSA KEPERAWATAN</b>	<b>PELAKSANAAN</b>	<b>EVALUASI ( SOAP )</b>
Jumat, 5 Juni 2015 / 21.00 WIB	Resiko perdarahan berhubungan dengan trauma	<p style="text-align: center;">Jam 22.00 WIB - Memonitor tanda-tanda perdarahan  Wilda</p> <p style="text-align: center;">Sabtu, 6 Juni 2015 Jam 02.00 WIB - Memberikan obat kalnex 500mg melalui IV infus  Wilda</p> <p style="text-align: center;">Jam 06.00 WIB - Memonitor tanda-tanda vital  Wilda</p>	<p style="text-align: center;">Sabtu,6 Juni 2015 06.30 WIB S : -</p> <p style="text-align: center;">O : - Tidak ada tanda perdarahan dan hematuria, balutan luka kering - Produksi drain 90 cc - Jam 02.00 kalnex masuk - TD : 130/80 mmHg, N: 88 x/mnt, RR: 22 x/mnt, S: 37,4°C</p> <p style="text-align: center;">A : Masalah resiko perdarahan teratasi sebagian</p> <p style="text-align: center;">P : Lanjutkan intervensi - Monitor tanda-tanda perdarahan - Monitor nilai Hb dan Ht - Monitor vital sign - Kelola pemberian obat kalnex 500 mg/8jam</p> <p style="text-align: center;">Wilda</p>

### CATATAN PERKEMBANGAN

**Nama Pasien/ No.CM : Ny. "T"/ 01.72.48.06      Ruang : Bougenvil 2**

<b>HR/T GL/J AM</b>	<b>DIAGNOSA KEPERAWATAN</b>	<b>PELAKSANAAN</b>	<b>EVALUASI (SOAP)</b>
Sabtu, 6 Juni 2015 / 08. 00 WIB	Resiko perdarahan berhubungan dengan trauma	<p style="text-align: center;">Jam 08.30 WIB - Memonitor nilai Hb dan Ht</p> <p style="text-align: center;">Wilda</p> <p style="text-align: center;">Jam 10.00 WIB - Memberikan obat kalnex 500mg melalui IV infus</p> <p style="text-align: center;">Wilda</p> <p style="text-align: center;">Jam 12.30 WIB - Memonitor tanda-tanda vital</p> <p style="text-align: center;">Wilda</p>	<p style="text-align: center;">Sabtu, 6 Juni 2015 14. 30 WIB S : -</p> <p style="text-align: center;">O : - Hb: 9,2 g/dL (rendah) dan Ht: 27,2 % (rendah) - Obat Kalnex masuk - TD : 130/90 mmHg, N : 82 x/mnt, RR : 22 x/mnt, S : 36,6°C</p> <p style="text-align: center;">A : Masalah resiko perdarahan teratasi sebagian</p> <p style="text-align: center;">P: Lanjutkan intervensi - Monitor tanda- tanda perdarahan - Monitor nilai Hb dan Ht - Monitor vital sign - Kelola pemberian obat kalnex 500 mg/8jam</p> <p style="text-align: center;">Wilda</p>

### CATATAN PERKEMBANGAN

**Nama Pasien/ No.CM : Ny. "T"/ 01.72.48.06      Ruang : Bougenvil 2**

<b>HR/T GL/J AM</b>	<b>DIAGNOSA KEPERAWATAN</b>	<b>PELAKSANAAN</b>	<b>EVALUASI ( SOAP )</b>
Sabtu, 6 Juni 2015 / 14.00 WIB	Resiko perdarahan berhubungan dengan trauma	<p style="text-align: center;">Jam 16.00 WIB - Memonitor tanda-tanda perdarahan</p> <p style="text-align: center;">Wilda</p> <p style="text-align: center;">Jam 18.00 WIB - Memberikan obat kalnex 500mg melalui IV infus</p> <p style="text-align: center;">Wilda</p>	<p style="text-align: center;">Sabtu, 6 Juni 2015 20.10 WIB S : -</p> <p style="text-align: center;">O : - Tidak ada tanda perdarahan, tidak ada hematuria, urine jernih, balutan luka kering tidak ada rembesan darah - Produksi drain 5 cc - Obat kalnex masuk</p> <p style="text-align: center;">A : Masalah resiko perdarahan teratasi sebagian</p> <p style="text-align: center;">P : Lanjutkan intervensi - Monitor tanda-tanda perdarahan - Monitor nilai Hb dan Ht - Monitor vital sign - Kelola pemberian obat kalnex 500 mg/8jam</p> <p style="text-align: center;">Wilda</p>

### CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/ No.CM : Ny. "T"/ 01.72.48.06      Ruang : Bougenvil 2

HR/T GL/J AM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PELAKSANAAN	EVALUASI ( SOAP )
Sabtu, 6 Juni 2015 / 21.00 WIB	Resiko perdarahan berhubungan dengan trauma	<p style="text-align: center;">Jam 21.30 WIB - Memonitor tanda-tanda perdarahan</p> <p style="text-align: center;">Wilda</p> <p style="text-align: center;">Minggu, 7 Juni 2015</p> <p style="text-align: center;">Jam 02.00 WIB - Memberikan obat kalnex 500mg melalui IV infus</p> <p style="text-align: center;">Wilda</p> <p style="text-align: center;">Jam 06.00 WIB - Memonitor tanda-tanda vital</p> <p style="text-align: center;">Wilda</p>	<p style="text-align: center;">Minggu, 7 Juni 2015 06.00 WIB S : -</p> <p style="text-align: center;">O : - Tidak ada tanda perdarahan dan hematuria, urine jernih, balutan luka kering - Produksi drain 5 cc - Jam 02.00 kalnex masuk - TD : 140/90 mmHg, N: 84 x/mnt, RR: 22 x/mnt, S : 36,7°C</p> <p style="text-align: center;">A : Masalah resiko perdarahan teratasi sebagian</p> <p style="text-align: center;">P : Lanjutkan intervensi - Monitor tanda-tanda perdarahan - Monitor nilai Hb dan Ht - Monitor vital sign - Kelola pemberian obat kalnex 500 mg/8jam</p> <p style="text-align: center;">Wilda</p>

## ASUHAN KEPERAWATAN

Nama Pasien : Ny "T"  
No. CM : 01.72.48.06

Ruang : Bougenvil 2

HR/ TGL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		PELAKSANAAN	EVALUASI
		TUJUAN	RENCANA TINDAKAN		
Jumat, 5 Juni 2015/ 15.00 WIB	<p>Resiko perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan puasa ditandai dengan:</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga pasien mengatakan pasien disuruh puasa 3 hari</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak mukosa bibir kering</li> <li>- Dilakukan repair perforasi usus</li> <li>- Hb 9,2 g/dL</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan kebutuhan nutrisi pasien adekuat dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Membran mukosa lembab</li> <li>- Hb dalam batas normal (12,0-16,0 g/dL)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tinjau faktor yang mempengaruhi kemampuan untuk mencerna makanan</li> <li>- Observasi pasase flatus</li> <li>- Observasi membran mukosa</li> <li>- Monitor kadar Hb</li> <li>- Monitor intake dan output</li> <li>- Kolaborasi pemberian nutrisi parenteral</li> </ul>	<p>Jumat, 5 Juni 2015 Jam. 18.15</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Meninjau faktor yg mempengaruhi kemampuan untuk mencerna makanan</li> <li>- Mengobservasi membran mukosa</li> <li>- Mengobservasi pasase flatus</li> </ul> <p>Wilda</p>	<p>Jumat, 5 Juni 2015 20.30 WIB</p> <p>S : pasien mengatakan disuruh puasa 3 hari dan belum kentut</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Membran mukosa kering</li> </ul> <p>A : Masalah resiko perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tinjau faktor yang mempengaruhi kemampuan untuk mencerna makanan</li> <li>- Observasi pasase flatus</li> </ul>

					<ul style="list-style-type: none"><li>- Observasi membran mukosa</li><li>- Monitor kadar Hb</li><li>- Monitor intake dan output</li><li>- Kolaborasi pemberian nutrisi parenteral</li></ul> <p>Wilda</p>
--	--	--	--	--	--

**CATATAN PERKEMBANGAN**

**Nama Pasien/ No.CM : Ny. "T"/ 01.72.48.06      Ruang : Bougenvil 2**

<b>HR/T GL/J AM</b>	<b>DIAGNOSA KEPERAWATAN</b>	<b>PELAKSANAAN</b>	<b>EVALUASI ( SOAP )</b>
Jumat, 5 Juni 2015 / 21.00 WIB	Resiko perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan puasa	<p>Jam 22.00 WIB - Mengobservasi membran mukosa</p> <p>Sabtu, 6 Juni 2015 Jam 06.00 WIB - Mengobservasi pasase flatus - Memonitor intake dan output</p> <p>Wilda</p>	<p>Sabtu,6 Juni 2015 06.30 WIB S : pasien mengatakan belum kentut</p> <p>O : - Tampak membran mukosa kering - Intake 300cc dan output urine 400 cc</p> <p>A : Masalah resiko perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi - Tinjau faktor yang mempengaruhi kemampuan untuk mencerna makanan - Observasi pasase flatus - Observasi membran mukosa - Monitor kadar Hb - Monitor intake dan output - Kolaborasi pemberian nutrisi parenteral</p> <p>Wilda</p>

### CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/ No.CM : Ny. "T"/ 01.72.48.06      Ruang : Bougenvil 2

HR/T GL/J AM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PELAKSANAAN	EVALUASI (SOAP)
Sabtu, 6 Juni 2015 / 08. 00 WIB	Resiko perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan puasa	<p>Jam 08.30 WIB - Mengobservasi membran mukosa - Memonitor kadar Hb</p> <p>Wilda</p> <p>Jam 12.30 WIB - Memonitor intake dan output</p> <p>Wilda</p>	<p>Sabtu, 6 Juni 2015 14. 30 WIB S : -</p> <p>O : - Tampak membran mukosa kering - Hb: 9,2 g/dL (rendah) - Intake 500 cc dan output urine 350 cc - Pasien mendapat flutoid dan aminopluid</p> <p>A : Masalah resiko perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi - Tinjau faktor yang mempengaruhi kemampuan untuk mencerna makanan - Observasi pasase flatus - Observasi membran mukosa - Monitor kadar Hb - Monitor intake dan output - Kolaborasi pemberian nutrisi parenteral</p> <p>Wilda</p>

### CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/ No.CM : Ny. "T"/ 01.72.48.06      Ruang : Bougenvil 2

HR/T GL/J AM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PELAKSANAAN	EVALUASI (SOAP)
Sabtu, 6 Juni 2015 / 14.00 WIB	Resiko perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan puasa	<p>Jam 14.00 WIB - Memberikan nutrisi parenteral Flutoid 500 ml 30 tpm melalui IV infus</p> <p style="text-align: right;">Wilda</p> <p>Jam 18.00 WIB - Mengobservasi pasase flatus</p> <p style="text-align: right;">Wilda</p>	<p>Sabtu, 6 Juni 2015 20.10 WIB S : pasien mengatakan belum kentut dari kemarin</p> <p>O : - Pemberian flutoid melalui Iv infus sudah diberikan</p> <p>A : Masalah resiko perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi - Tinjau faktor yang mempengaruhi kemampuan untuk mencerna makanan - Observasi pasase flatus - Observasi membran mukosa - Monitor kadar Hb - Monitor intake dan output - Kelola pemberian nutrisi parenteral</p> <p style="text-align: right;">Wilda</p>

### CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/ No.CM : Ny. "T"/ 01.72.48.06      Ruang : Bougenvil 2

HR/T GL/J AM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PELAKSANAAN	EVALUASI (SOAP)
Sabtu, 6 Juni 2015 / 21.00 WIB	Resiko perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan puasa	<p style="text-align: center;">Jam 21.00 WIB - Memberikan nutrisi parenteral Aminopluit 500 ml 30 tpm melalui IV infus - Memonitor intake dan output</p> <p style="text-align: center;">Wilda</p> <p style="text-align: center;">Minggu, 7 Juni 2015 Jam 06.00 WIB - Mengobservasi pasase flatus - Mengobservasi membran mukosa</p> <p style="text-align: center;">Wilda</p>	<p style="text-align: center;">Minggu,7 Juni 2015 06.00 WIB S : pasien mengatakan sudah kentut 3 kali</p> <p style="text-align: center;">O : - Mukosa bibir tampak kering - Pemberian aminopluit melalui Iv infus sudah diberikan - Intake 500cc dan output urine 100 cc</p> <p style="text-align: center;">A : masalah resiko perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh belum teratasi</p> <p style="text-align: center;">P : Lanjutkan intervensi - Tinjau faktor yang mempengaruhi kemampuan untuk mencerna makanan - Observasi pasase flatus - Observasi membran mukosa - Monitor kadar Hb - Monitor intake dan output - Kelola pemberian nutrisi parenteral</p> <p style="text-align: center;">Wilda</p>

## ASUHAN KEPERAWATAN

Nama Pasien : Ny "T"  
No. CM : 01.72.48.06

Ruang : Bougenvil 2

HR/ TGL/ JAM	DIAGNOSA	PERENCANAAN		PELAKSANAAN	EVALUASI
		RENCANA	TINDAKAN		
Jumat, 5 Juni 2015/ 15.00 WIB	Resiko Infeksi berhubungan dengan Prosedur invasif dan trauma jaringan ditandai dengan : S : - O : - Terpasang infus Asering 30 tpm di tangan kanan terpasang DC (Dower Cateter), terpasang drain terdapat balutan luka bekas operasi kistektomi - mendapat Cefotaxime 1 gram/12 jam	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pasien menunjukkan risk control dengan kriteria hasil : - Pasien bebas dari tanda dan gejala infeksi (rubor, kalor, tumor, dolor, fungsiolæsa) - Pasien dan keluarga mengetahui tanda dan gejala infeksi	<b>Infection Protection</b> - Monitor tanda dan gejala infeksi - Inspeksi daerah tusukan infus dan genetalia - Menginspeksi daerah tusukan infus - Berikan perawatan vulva hygiene - Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi - Kelola pemberian analgetik	Jumat, 5 Juni 2015/ 18.00 WIB - Memonitor tanda dan gejala infeksi pada tusukan infus dan genetalia - Menginspeksi daerah tusukan infus Wilda	Jumat, 5 Juni 2015 20.30 WIB S : - O : - Tidak ada tanda dan gejala infeksi (rubor, kalor, tumor, dolor pada area tusukan dan area pemasangan kateter pada genetalia) - Area tusukan infus terlihat bersih A : Masalah Resiko Infeksi teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi - Monitor tanda dan gejala infeksi - Inspeksi daerah tusukan infus - Berikan perawatan vulva

					hygiene - Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi - Kelola pemberian analgetik
					Wilda

### CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/ No.CM : Ny. "T"/ 01.72.48.06      Ruang : Bougenvil 2

HR/T GL/J AM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PELAKSANAAN	EVALUASI ( SOAP )
Jumat, 5 Juni 2015 / 21.00 WIB	Resiko Infeksi berhubungan dengan Prosedur invasif dan trauma jaringan	<p style="text-align: center;">Jam 22.00 WIB - Memonitor tanda dan gejala infeksi pada tusukan infus dan genetalia</p> <p style="text-align: center;">Wilda</p> <p style="text-align: center;">Sabtu, 6 Juni 2015 Jam 02.00 WIB - Memberikan obat Cefotaxime 1gr melalui IV infus</p> <p style="text-align: center;">Wilda</p> <p style="text-align: center;">Jam 05.30 WIB - Menginspeksi daerah tusukan infus</p> <p style="text-align: center;">Wilda</p>	<p style="text-align: center;">Sabtu,6 Juni 2015 06.00 WIB S : -</p> <p style="text-align: center;">O : - Tidak ada tanda tanda infeksi seperti rubor, kalor, tumor, dolor pada area pemasangan infus dan genetalia - Jam 02.00 cefotaxime masuk</p> <p style="text-align: center;">A : Masalah Resiko Infeksi teratasi sebagian</p> <p style="text-align: center;">P : Lanjutkan intervensi - Monitor tanda dan gejala infeksi - Inspeksi daerah tusukan infus - Berikan perawatan vulva hygiene - Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi - Kelola pemberian analgetik</p> <p style="text-align: center;">Wilda</p>

### CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/ No.CM : Ny. "T"/ 01.72.48.06      Ruang : Bougenvil 2

HR/T GL/J AM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PELAKSANAAN	EVALUASI ( SOAP )
Sabtu, 6 Juni 2015 / 08. 00 WIB	Resiko Infeksi berhubungan dengan Prosedur invasif	<p>Jam 08.30 WIB - Memonitor tanda dan gejala infeksi pada tusukan infus dan genetalia</p> <p style="text-align: right;">Wilda</p> <p>Jam 14.00 WIB - Memberikan obat Cefotaxime 1gr melalui IV infus</p> <p style="text-align: right;">Wilda</p>	<p>Sabtu, 6 Juni 2015 14. 30 WIB S : -</p> <p>O : - Tidak ada tanda dan gejala infeksi pada area tusukan infus dan genetalia</p> <p>- Genetalia pasien bersih</p> <p>A : Masalah Resiko Infeksi teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi - Monitor tanda dan gejala infeksi - Inspeksi daerah tusukan infus - Berikan perawatan vulva hygiene - Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi - Kelola pemberian analgetik</p> <p style="text-align: right;">Wilda</p>

### CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/ No.CM : Ny. "T"/ 01.72.48.06      Ruang : Bougenvil 2

HR/T GL/J AM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PELAKSANAAN	EVALUASI ( SOAP )
Sabtu, 6 Juni 2015 / 14.00 WIB	Resiko Infeksi berhubungan dengan Prosedur invasif	<p>Jam 16.00 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memonitor tanda dan gejala infeksi (tidak ada rubor, kalor, tumor, dolor) pada tusukan infus dan genetalia</li> </ul> <p style="text-align: right;">Wilda</p> <p>Jam 19.00 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi</li> </ul> <p style="text-align: right;">Wilda</p>	<p>Sabtu, 6 Juni 2015 20.10 WIB</p> <p>S : pasien dan keluarga mengatakan mengerti tentang penjelasan dari perawat</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien dan keluarga terlihat memperhatikan dan mengangguk saat diberi penjelasan</li> <li>- Tidak ada tanda tanda infeksi pada area pemasangan infus dan genetalia</li> </ul> <p>A : Masalah resiko infeksi teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor tanda dan gejala infeksi</li> <li>- Inspeksi daerah tusukan infus</li> <li>- Berikan perawatan vulva hygiene</li> <li>- Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi</li> <li>- Kelola pemberian analgetik</li> </ul> <p style="text-align: right;">Wilda</p>

**CATATAN PERKEMBANGAN**

**Nama Pasien/ No.CM : Ny. "T"/ 01.72.48.06      Ruang : Bougenvil 2**

<b>HR/T GL/J AM</b>	<b>DIAGNOSA KEPERAWATAN</b>	<b>PELAKSANAAN</b>	<b>EVALUASI ( SOAP )</b>
Sabtu, 6 Juni 2015 / 21.00 WIB	Resiko Infeksi berhubungan dengan Prosedur invasif	<p>Jam 21.30 WIB - Memonitor tanda dan gejala infeksi pada tusukan infus dan genetalia</p> <p>Wilda</p> <p>Minggu, 7 Juni 2015 Jam 02.00 WIB - Memberikan obat Cefotaxime 1gr melalui IV infus</p> <p>Wilda</p>	<p>Minggu,7 Juni 2015 06.00 WIB S : -</p> <p>O : - Tidak ada tanda tanda infeksi seperti rubor, kalor, tumor, dolor pada area pemasangan infus dan genetalia - Jam 02.00 cefotaxime masuk</p> <p>A : Masalah Resiko Infeksi teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi - Monitor tanda dan gejala infeksi - Inspeksi daerah tusukan infus - Berikan perawatan vulva hygiene - Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi - Kelola pemberian analgetik</p> <p>Wilda</p>