

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. E DENGAN POST SALPINGO-
OOFOREKTOMI POD 0 ATAS INDIKASI KISTA OVARIUM DEXTRA
DI RUANG DELIMA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH CIAMIS**

KARYA TULIS ILMIAH

Disusun Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan
Program Studi Diploma III Keperawatan
Di Institut Kesehatan Karsa Husada Garut

Disusun Oleh:

FADILAH NURIAH
NIM : KHGA23011



**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN DAN KEBIDANAN
INSTITUT KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
TAHUN 2026**

LEMBAR PERSETUJUAN

PERBAIKAN KTI

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. E DENGAN
POST *SALPINGO-OOFOREKTOMI* POD 0 ATAS
INDIKASI KISTA OVARIUM DEXTRA DI RUANG
DELIMA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH CIAMIS

NAMA : FADILAH NURIAH

NIM : KHGA23011

Menyatakan bahwa mahasiswa tersebut sudah melaksanakan sidang dan
perbaikan karya tulis ilmiah

Garut, Juli 2026

Menyetujui,

Penelaah I

Penelaah II



Eva Daniati, S.Kep., Ners., M.Pd.

Wieda Widyatry Q., S.Kep., Ns., M.Kep

Mengetahui,

Ketua Program Studi DIII
Keperawatan Institut Karsa Husada
Garut

Pembimbing



Eva Daniati, S.Kep., Ners., M.Pd.

K. Dewi Budiarti, M.Kep.

LEMBAR PENGESAHAN

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. E DENGAN POST SALPINGO-
OOFOREKTOMI POD 0 ATAS INDIKASI KISTA OVARIUM DEXTRA DI
RUANG DELIMA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH CIAMIS**

Disusun oleh:

FADILAH NURIAH

KHGA23011

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis ilmiah ini telah disidangkan dihadapan Tim Penguji Program Studi
DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan Institut Karsa
Husada Garut

Menyetujui,

Pembimbing



K. Dewi Budiarti, M.Kep.

Tugas akhir ini telah diterima dan di sahkan sebagai salah satu persyaratan untuk
memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan

Mengesahkan,
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan
Dan Kebidanan



Sulastini, S.Kep., Ners., M.Kep

Mengetahui,
Ketua Program Studi DIII
Keperawatan Institut Karsa Husada
Garut



Eva Daniati, S.Kep., Ners., M.Pd

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa :

1. Karya Tulis Ilmiah Akhir saya ini, adalah asli dan belum pernah di ajukan untuk mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan (A.Md.Kep), baik dari Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kebidanan Institut Karsa Husada Garut maupun di perguruan tinggi lain.
2. Karya Tulis Ilmiah ini adalah murni gagasan, rumusan, dan analisis studi kasus saya sendiri tanpa bantuan pihak lain, kecuali dari arahan pembimbing.
3. Dalam Karya Tulis Ilmiah Akhir ini terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah pengarang dan di cantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan atau ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik dan lainnya, sesuai dengan norma yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kebidanan Institut Karsa Husada Garut.

Garut, September 2026



ABSTRAK

IV BAB, 144 Halaman, 12 Tabel, 2 Bagan, 3 Lampiran.

Karya tulis ilmiah ini dilatarbelakangi oleh tingginya angka kejadian tindakan *salpingo-ooforektomi* atas indikasi kista ovarium. Berdasarkan data rekam medis RSUD Ciamis, kasus *post salpingo-ooforektomi* menempati urutan pertama dengan angka kejadian 3 dari 5 kasus. Tujuan penulisan karya tulis ilmiah ini adalah agar penulis mampu melakukan asuhan keperawatan pada Ny. E *post salpingo-ooforektomi* POD 0 atas indikasi kista ovarium di Ruang Delima RSUD Ciamis. Metode yang digunakan adalah studi kasus dengan pendekatan deskriptif. Teknik pengumpulan data dilakukan melalui wawancara, pemeriksaan fisik, observasi, dan studi dokumentasi. Hasil pengkajian menunjukkan empat diagnosis keperawatan, yaitu nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, defisit perawatan diri, dan risiko infeksi. Intervensi yang diberikan meliputi manajemen nyeri, dukungan mobilisasi, dukungan perawatan diri, dan pencegahan infeksi. Implementasi dilakukan selama 4 × 24 jam. Hasil evaluasi menunjukkan bahwa nyeri akut teratasi sebagian, gangguan mobilitas fisik teratasi, defisit perawatan diri teratasi, dan risiko infeksi teratasi sebagian. Kesimpulannya, penulis mampu melaksanakan dan mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien *post salpingo-ooforektomi* secara sistematis mulai dari pengkajian, penetapan diagnosis, penyusunan intervensi, implementasi, hingga evaluasi.

Kata Kunci: Kista ovarium, *post salpingo-ooforektomi* , asuhan keperawatan.

Daftar Pustaka: 15 sumber (2016–2026).

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT, sholawat serta salam terlimpah curah kepada Nabi Muhammad SAW, yang mana atas segala rahmat dan karunia-Nya akhirnya penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan lancar dan tepat pada waktunya. Adapun judul dari karya tulis ini adalah “Asuhan Keperawatan Pada Ny. E 48 Tahun Dengan Post Salpingo-Ooforektomi POD 0 Atas Indikasi Kista Ovarium Dextra Di Ruang Delima Rumah Sakit Umum Daerah Ciamis” .Karya tulis ilmiah ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan program Diploma III Keperawatan di Institut Kesehatan Karsa Husada Garut. Terlepas dari segala kekurangan yang ada semoga karya tulis ini dapat bermanfaat dan memberikan pengetahuan pada pembaca khususnya mahasiswa mahasiswi di Kampus Institut Kesehatan Karsa Husada Garut

Pada kesempatan ini, penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada berbagai pihak atas segala bimbingan serta dukungan sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini, diantaranya kepada:

1. Bapak Dr. H. Hadiat MA selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani.
2. Bapak Dr. Iwan Wahyudi, S.Kep., Ners., M.Kep.selaku Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.
3. Ibu Eva Daniati, S.Kep., Ners., M.Pd. selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan di Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.
4. Ibu K. Dewi Budiarti, M.Kep., selaku pembimbing saya yang telah banyak memberikan bimbingan, saran, dan arahan dengan penuh kesabaran, perhatian, penuh tanggung jawab kepada penulis, sehingga penulis mampu menyelesaikan karya tulis ini.
5. Kepada seluruh staf dosen Institut Kesehatan Karsa Husada Garut yang telah memberikan dukungan dan bantuan kepada penulis dalam pembuatan karya tulis ini dan mendidik penulis selama tiga tahun di Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.

6. Ny. E beserta keluarga yang telah bekerja sama dalam melakukan asuhan keperawatan sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
7. Kedua orang tua tercinta, Ayah dan Ibu, yang selalu menjadi sumber kekuatan, semangat, dan inspirasi dalam setiap langkah kehidupan penulis. Terima kasih atas segala doa yang tidak pernah putus, kasih sayang yang tulus, pengorbanan yang tiada henti, serta dukungan moral maupun materi yang senantiasa diberikan hingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini. Tidak ada kata yang mampu menggambarkan besarnya cinta dan pengorbanan Ayah dan Ibu. Semoga pencapaian sederhana ini dapat menjadi salah satu bentuk kebanggaan dan langkah awal bagi penulis untuk membalas segala kebaikan yang telah diberikan. Semoga Allah SWT senantiasa melimpahkan kesehatan, kebahagiaan, dan keberkahan kepada Ayah dan Ibu.
8. Kepada kakak tercinta, Aa Bakti dan Kakak Yola, penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya atas segala doa, perhatian, kasih sayang, motivasi, serta dukungan yang tidak pernah putus, baik secara moral maupun materi, selama proses pendidikan ini. Terima kasih karena selalu hadir memberikan semangat di setiap proses yang penulis lalui. Semoga segala kebaikan yang telah diberikan menjadi amal ibadah, Allah SWT senantiasa melimpahkan kesehatan, kebahagiaan, serta kelancaran hingga proses persalinan nanti, dan semoga calon buah hati yang sedang dinantikan lahir dengan sehat, menjadi anak yang saleh atau salehah, serta membawa keberkahan bagi keluarga.
9. Kepada adik-adikku tersayang, Najwa, Dzakira, dan Yusuf, terima kasih telah menjadi warna dan kebahagiaan dalam setiap perjalanan penulis. Tawa, canda, dan tingkah lucu kalian selalu mampu menghibur serta menguatkan penulis di saat merasa lelah dan sedih. Semoga kelak kalian tumbuh menjadi pribadi yang baik, sukses, dan selalu dalam lindungan Allah Swt. Terima kasih telah menjadi salah satu alasan penulis untuk terus semangat meraih cita-cita.
10. Kepada keluarga yang Allah hadirkan tanpa hubungan darah, sahabat-sahabat terbaik penulis **Sis8**: Rahma Thahura, Aitia Nurhasanah, Revi Virginia, Yuni Yulianti, Camila Siti Sadiyah, Sri Rahmanisya, dan Natasha Marfefia, terima kasih telah menemani setiap langkah perjalanan ini. Kalian bukan hanya teman

kuliah, tetapi rumah yang selalu menghadirkan tawa di tengah lelah, pelukan dalam bentuk dukungan saat penulis hampir menyerah, dan keluarga yang membuat setiap proses terasa lebih ringan. Terima kasih telah tumbuh bersama, saling menguatkan, dan saling percaya hingga akhirnya kita berhasil melewati salah satu bab terpenting dalam hidup ini. Semoga langkah kita setelah ini selalu dimudahkan, persahabatan ini tidak pernah menemukan kata usai, dan suatu saat nanti kita dapat bertemu kembali sebagai versi terbaik dari diri kita masing-masing.

11. Kepada teman seperjuangan bimbingan, Revi dan Syakira, penulis mengucapkan terima kasih atas kebersamaan, dukungan, motivasi, serta semangat yang selalu diberikan selama proses penyusunan skripsi ini. Terima kasih telah menjadi teman yang selalu saling menguatkan dan saling menyemangati dalam setiap proses. Terima kasih atas perjuangan yang kita lalui bersama, datang setiap pagi, bahkan sebelum matahari terbit, demi mengikuti bimbingan dan mengejar impian yang sama. Semoga segala perjuangan yang telah kita lalui menjadi kenangan indah, serta mengantarkan kita pada kesuksesan dan cita-cita yang telah lama diperjuangkan
12. Terakhir, kepada diri saya sendiri, Fadilah Nuriah. Terima kasih telah memilih untuk tetap bertahan, bangkit setiap kali merasa lelah, dan tidak menyerah meskipun banyak hal yang harus dihadapi selama proses penyusunan karya tulis ilmiah ini. Terima kasih karena telah percaya bahwa setiap perjuangan akan menemukan akhirnya. Semoga langkah ini menjadi awal dari perjalanan yang lebih baik, penuh keberkahan, dan membawa manfaat bagi banyak orang. Tetaplah menjadi pribadi yang kuat, ikhlas, dan tidak pernah berhenti berjuang. Allah Swt. selalu memiliki rencana terbaik untuk setiap doa dan usaha. Aamiin.
13. Teruntuk teman-teman 3A D3 Keperawatan terutama terimakasih, semoga kita beretemu kembali dengan jalan sukses masing-masing.

Garut, 09 Juli 2026

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
PERBAIKAN KTI	iii
LEMBAR PERNYATAAN	iv
ABSTRAK	i
KATA PENGANTAR.....	ii
DAFTAR ISI.....	v
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR BAGAN	viii
DAFTAR LAMPIRAN	ix
BAB I.....	1
PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	4
C. Metode Telaah	5
D. Sistematika Penulisan	6
BAB II	8
TINJAUAN TEORI	8
A. Konsep Kista Ovarium.....	8
1. Definisi Kista Ovarium	8
2. Etiologi.....	9
3. Jenis-Jenis Kista Ovarium.....	10
4. Manifestasi Klinis	13
5. Patofisiologi	14
6. Pemeriksaan penunjang.....	18
7. Komplikasi	18
8. Penatalaksanaan	20
B. KONSEP <i>SALPINGOOFOREKTOMI</i>	21

1. Definisi.....	21
2. Indikasi.....	22
3. Jenis-jenis.....	23
4. Komplikasi yang mungkin terjadi.....	23
C. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN.....	27
1. Pengkajian Keperawatan.....	27
2. Diagnosa Keperawatan.....	44
3. Perencanaan Keperawatan	45
4. Implementasi Keperawatan.....	51
5. Evaluasi Keperawatan.....	51
BAB III.....	52
TINJAUAN KASUS.....	52
A. TINJAUAN KASUS	52
1. PENGKAJIAN.....	52
2. DIAGNOSA KEPERAWATAN	63
3. PROSES KEPERAWATAN	65
B. PEMBAHASAN	86
1. Tahap Pengkajian	86
2. Diagnosa Keperawatan.....	90
3. Intervensi Keperawatan.....	92
4. Implementasi Keperawatan.....	95
5. Evaluasi Keperawatan.....	97
BAB IV	100
KESIMPULAN DAN REKOMENDASI	100
A. KESIMPULAN	100
B. REKOMENDASI.....	101
DAFTAR PUSTAKA.....	103
LEMBAR BIMBINGAN	108

DAFTAR TABEL

Tabel 1. 1 Distribusi Kasus Post Salpingo-Ooforektomi Berdasarkan Indikasi di RSUD Ciamis Periode Januari–Mei 2026	3
Tabel 2. 1 Analisa Data	42
Tabel 2. 2 Perencanaan Nyeri Akut.....	45
Tabel 2. 3 Perencanaan Gangguan Mobilitas Fisik.....	47
Tabel 2. 4 Perencanaan Gangguan citra tubuh	47
Tabel 2. 5 Perencanaan Defisit Perawatan Diri.....	49
Tabel 2. 6 Perencanaan Risiko Infeksi	50
Tabel 3. 1 Pola Aktivitas Sehari-hari.....	59
Tabel 3. 2 Hasil Laboratorium	60
Tabel 3. 3 Terapi Medis.....	60
Tabel 3. 4 Analisa Data	60
Tabel 3. 5 Proses Keperawatan	65
Tabel 3. 6 Catatan Perkembangan.....	79

DAFTAR BAGAN

Bagan 2. 1 Pathway Kista Ovarium	17
Bagan 2. 2 Pathway Salpingo-ooforektomi	26

DAFTAR LAMPIRAN

- LAMPIRAN 1 : Lembar Bimbingan
- LAMPIRAN 2 : SAP Manajemen Nyeri Nonfarmakologis dengan Teknik Tarik Nafas Dalam
- LAMPIRAN 3 : Leaflet Teknik Tarik Nafas Dalam
- LAMPIRAN 4 : Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut *World Health Organization (WHO)*, kesehatan reproduksi adalah keadaan sejahtera secara fisik, mental, dan sosial yang utuh dalam semua aspek yang berkaitan dengan sistem reproduksi, fungsi, serta proses reproduksi, bukan hanya terbebas dari penyakit atau kecacatan. Konsep ini menekankan bahwa setiap individu memiliki hak untuk memperoleh informasi, layanan kesehatan, serta kemampuan dalam membuat keputusan yang aman dan bertanggung jawab terkait kesehatan reproduksinya. Oleh karena itu, pelayanan kesehatan reproduksi diberikan untuk membantu perempuan mencapai kualitas hidup yang optimal, menjaga kesehatan selama siklus reproduksi, serta mencegah dan menangani berbagai masalah kesehatan reproduksi yang dapat memengaruhi kesejahteraan mereka (Pratama et al.,2021)

Gangguan sistem reproduksi merupakan masalah kesehatan yang dapat terjadi pada perempuan maupun laki-laki akibat berbagai faktor, seperti infeksi, gangguan hormonal, kelainan genetik, gaya hidup, dan kelainan struktur organ reproduksi. Kondisi tersebut dapat memengaruhi kesehatan reproduksi, fungsi seksual, serta kesuburan individu sehingga berdampak pada kualitas hidup dan kesejahteraan secara keseluruhan. Pada perempuan, gangguan sistem reproduksi dapat berupa gangguan menstruasi, infeksi menular seksual, *infertilitas*, gangguan kehamilan, hingga kanker pada organ reproduksi.(Soputri et al., n.d.2025)

Berdasarkan data kesehatan reproduksi di Indonesia, terdapat beberapa penyakit reproduksi yang masih banyak ditemukan pada masyarakat, yaitu kanker serviks, kanker payudara, infeksi menular seksual (IMS), HIV/AIDS, vaginitis, penyakit radang panggul (PID), kista ovarium, mioma uteri, endometriosis, dan kanker ovarium. Penyakit-penyakit tersebut dapat disebabkan oleh berbagai faktor, seperti infeksi, gangguan

hormonal, faktor genetik, serta gaya hidup yang kurang sehat. Tingginya angka kejadian penyakit reproduksi di Indonesia menunjukkan pentingnya upaya promotif, preventif, deteksi dini, dan penanganan yang tepat untuk meningkatkan derajat kesehatan reproduksi masyarakat.(Kemenkes RI 2025)

Di antara berbagai penyakit pada sistem reproduksi perempuan, kista ovarium merupakan salah satu gangguan yang cukup sering ditemukan dan menjadi perhatian dalam bidang kesehatan reproduksi. Kista ovarium adalah kantong berisi cairan, jaringan, atau bahan semipadat yang tumbuh pada ovarium dan dapat bersifat jinak maupun ganas. Gangguan ini dapat terjadi pada berbagai kelompok usia, terutama wanita usia reproduktif, serta berpotensi memengaruhi fungsi organ reproduksi apabila tidak mendapatkan penanganan yang tepat.

Berdasarkan data tahun 2020, terdapat sekitar 14.896 kasus kista ovarium dengan angka kematian mencapai 9.581 jiwa. Secara lokal, fenomena tingginya angka kejadian gangguan reproduksi ini juga terpotret di RSUD Ciamis. Berdasarkan data rekam medis RSUD Ciamis, tercatat jumlah penderita kista ovarium pada tahun 2025 adalah sebanyak 22 orang. Sementara itu, pada tahun 2026 untuk periode Januari hingga April, angka kejadiannya mencapai 9 orang. Eksistensi data tersebut menunjukkan bahwa kasus kista ovarium merupakan masalah kesehatan nyata yang terjadi secara terus-menerus dan memerlukan perhatian khusus di wilayah tersebut.

Pada kasus kista ovarium, penatalaksanaan yang diberikan bergantung pada ukuran kista, jenis kista, gejala yang ditimbulkan, serta kemungkinan adanya keganasan. Salah satu prosedur pembedahan yang dapat dilakukan adalah salpingo-ooforektomi, yaitu tindakan pengangkatan ovarium beserta tuba falopi untuk mencegah perkembangan penyakit dan mengurangi risiko komplikasi lebih lanjut. Operasi kista ovarium harus dilakukan dengan prosedur *salpingo-ooforektomi*(pengangkatan indung telur dan saluran telur) jika kista dicurigai bersifat ganas (kanker), telah

merusak seluruh jaringan ovarium, atau terjadi komplikasi darurat seperti torsi ovarium (jaringan terpuntir) yang menghentikan aliran darah.

Salpingo-ooforektomi merupakan salah satu tindakan pembedahan ginekologi yang dilakukan pada pasien dengan berbagai indikasi sesuai kondisi klinis. Di RSUD Ciamis, tindakan ini juga dilakukan pada beberapa pasien dengan indikasi yang berbeda, seperti kista ovarium, *torsi ovarium*, maupun *salpingitis* dan *ooforitis*. Oleh karena itu, berikut disajikan data perbandingan kasus *post salpingo-ooforektomi* berdasarkan indikasi di RSUD Ciamis selama periode Januari–Mei 2026.

Tabel 1. 1 Distribusi Kasus *Post Salpingo-Ooforektomi* Berdasarkan Indikasi di RSUD Ciamis Periode Januari–Mei 2026

No	Jenis kasus	Jumlah	Presentase
1	<i>Post salpingo-ooforektomi</i> atas indikasi kista ovarium	3	60%
2	<i>Post salpingo-ooforektomi</i> atas indikasi torsi ovarium,	1	20%
3	<i>Post salpingooforektomi</i> atas indikasi <i>Salpingitis</i> dan <i>ooforitis</i>	1	20%
4	<i>Post salpingooforektomi</i> atas indikasi <i>endometriosis</i>	0	0%
5	<i>Post salpingooforektomi</i> atas indikasi kanker ovarium	0	0%
6	<i>Post salpingooforektomi</i> atas indikasi abses tuba ovarium	0	0%
7	<i>Post salpingooforektomi</i> atas indikasi kehamilan ektopik terganggu	0	0%
JUMLAH		5	100%

Sumber : Rekam Medis Rsud Ciamis Tahun 2026

Berdasarkan data yang diperoleh dari rekam medis RSUD Ciamis, jumlah pasien yang menjalani tindakan *salpingo-ooforektomi* selama periode penelitian sebanyak 5 kasus. Kasus terbanyak adalah *post salpingo-ooforektomi* atas indikasi kista ovarium sebanyak 3 kasus (60%), diikuti oleh *post salpingo-ooforektomi* atas indikasi torsi ovarium sebanyak 1 kasus (20%) dan *salpingitis* disertai *ooforitis* sebanyak 1 kasus (20%). Data tersebut menunjukkan bahwa kista ovarium merupakan indikasi yang paling dominan menyebabkan tindakan *salpingo-ooforektomi* di RSUD Ciamis selama periode penelitian.

Hal ini menunjukkan bahwa kista ovarium masih menjadi salah satu penyakit ginekologi yang paling sering memerlukan tindakan salpingo-ooforektomi. Tindakan tersebut umumnya dilakukan apabila kista berukuran besar, dicurigai ganas, telah merusak jaringan ovarium, atau disertai komplikasi seperti *torsi ovarium*. Kondisi pasca *salpingo-ooforektomi* yang tidak mendapatkan asuhan keperawatan secara tepat dapat meningkatkan risiko komplikasi pascaoperasi serta memperlambat proses pemulihan (recovery).

Di sinilah peran penting perawat dalam memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif, mulai dari manajemen nyeri, pemantauan tanda-tanda vital, pencegahan infeksi, hingga pemberian dukungan psikologis kepada pasien dan keluarga (Ganesha MediJurnal, 2021). Berdasarkan uraian tersebut, tingginya kejadian kista ovarium yang memerlukan tindakan *salpingo-ooforektomi* serta risiko komplikasi pascaoperasi menunjukkan pentingnya pemberian asuhan keperawatan yang komprehensif. Berdasarkan uraian tersebut, penulis tertarik untuk menyusun karya tulis ilmiah dalam bentuk studi kasus dengan judul **"Asuhan Keperawatan pada Ny. E dengan *POST SALPINGO-OOFOREKTOMI POD 0* atas Indikasi Kista Ovarium Dextra di Ruang Delima Rumah Sakit Umum Daerah Ciamis."**

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Tujuan secara umum ditulisnya karya ilmiah ini adalah untuk memperoleh gambaran nyata dalam asuhan keperawatan pada ny. E dengan *post salpingo-ooforektomi pod 0* atas indikasi kista ovarium dextra di ruang delima rumah sakit umum daerah ciamis.

2. Tujuan Khusus

- a. Penulis mampu melakukan pengkajian pada keperawatan pada ny. E dengan *post salpingo-ooforektomi pod 0* atas indikasi kista ovarium dextra di ruang delima rumah sakit umum daerah ciamis.

- b. Penulis mampu menegakkan diagnosa keperawatan sesuai dengan SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia) ny. E dengan *post salpingo-ooforektomi pod 0* atas indikasi kista ovarium dextra di ruang delima rumah sakit umum daerah ciamis.
- c. Penulis mampu menetapkan intervensi sesuai dengan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) pada ny. E dengan *post salpingo-ooforektomi pod 0* atas indikasi kista ovarium dextra di ruang delima rumah sakit umum daerah ciamis.
- d. Penulis mampu mengimplementasikan intervensi yang telah tersusun untuk mencapai kriteria hasil yang ditetapkan pada ny. E dengan *post salpingo-ooforektomi pod 0* atas indikasi kista ovarium dextra di ruang delima rumah sakit umum daerah ciamis.
- e. Penulis mampu mengevaluasi kemajuan keadaan pada ny. E dengan *post salpingo-ooforektomi pod 0* atas indikasi kista ovarium dextra di ruang delima rumah sakit umum daerah ciamis.
- f. Penulis mampu mendokumentasikan seluruh data yang ada dan tindakan yang telah dilakukan pada ny. E dengan *Post salpingo-ooforektomi pod 0* atas indikasi kista ovarium dextra di ruang delima rumah sakit umum daerah ciamis.

C. Metode Telaah

Metode penulisan karya ilmiah ini menggunakan metode deskriptif yang berbentuk studi kasus. Teknik data pengumpulan data pada kasus meliputi:

1. Wawancara

Penulis melakukan komunikasi langsung, melakukan Tanya jawab dengan pasien dan keluarga, bidan juga memberikan informasi yang dibutuhkan penulis.

2. Pemeriksaan Fisik

Penulis melakukan pemeriksaan fisik secara sistematis mulai dari kepala hingga kaki untuk memeriksa keadaan fisik pasien.

3. Dokumentasi atau catatan perawat

Yaitu pengumpulan data dengan cara mempelajari status pasien yang bersumber pada catatan dokter dan bidan untuk dijadikan salah satu dasar melaksanakan asuhan keperawatan.

4. Studi Pustaka

Yaitu menggunakan buku-buku literatur yang berkaitan untuk menunjang landasan teoritis.

5. Partisipasi aktif

Dalam pengumpulan data tidak terlepas dari peran aktif pasien dan keluarga. Pasien dan keluarga yang mau menerima asuhan keperawatan dengan baik sehingga dapat membantu penulis dalam mengumpulkan data dan melakukan tindakan keperawatan.

D. Sistematika Penulisan

Adapun sistematika penulisan yang digunakan dalam penyusunan pada Karya Tulis Ilmiah ini adalah sebagai berikut:

- | | |
|---------|---|
| BAB I | Merupakan pendahuluan, yang berisi latar belakang, tujuan yang meliputi umum dan khusus, metode telaahan dan sistematika penulisan. |
| BAB II | Merupakan tinjauan teoritis yang berisi tentang konsep dasar kista ovarium, konsep dasar salpingo-ooforektomi, konsep post salpingo-ooforektomi , serta konsep asuhan keperawatan pada pasien post salpingo-ooforektomi atas indikasi kista ovarium. |
| BAB III | Merupakan tinjauan kasus dan pembahasan, tinjauan kasus membahas tentang proses keperawatan yang sudah dilakukan secara nyata mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi sedangkan pembahasan berisi tentang yang di temukan antara kasus yang nyata dengan teori yang ada, mulai dari tahap pengkajian sampai dengan evaluasi. |

BAB IV Merupakan bab terakhir yang membuat kesimpulan dan rekomendasi, yang berisikan kesimpulan penulis setelah melaksanakan kegiatan asuhan keperawatan pada keluarga dan rekomendasi untuk perbaikan di masa yang akan datang.

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN- LAMPIRAN

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Kista Ovarium

1. Definisi Kista Ovarium

Kista ovarium adalah suatu pengumpulan cairan yang terjadi pada indung telur atau ovarium. Cairan yang terkumpul ini dibungkus oleh selaput yang terbentuk dari lapisan terluar ovarium Terdapat berbagai macam tumor yang dapat timbul pada ovarium yaitu tumor neoplastic bersifat jinak dan tidak pernah menyebar di luar ovarium dan tipe lainnya adalah maligna / ganas dan dapat menyebar kebagian-bagian tubuh lainnya. (Fatkhiah et al., 2019)

Kista ovarium adalah jaringan baru yang tumbuh pada ovarium dan bisa bersifat jinak maupun ganas. Banyak orang bingung apakah kista itu sama dengan tumor. Beberapa literatur medis memang menyamakan keduanya, namun ada juga yang memisahkannya. Alasan pemisahan ini adalah karena kista berbentuk kantong abnormal yang berisi cairan, sementara tumor umumnya berupa gumpalan jaringan padat. Karena perbedaan karakteristik tersebut, kedua istilah ini sering kali dibedakan dalam dunia medis.(Puspita et al., 2021)

Kista ovarium adalah salah satu jenis tumor jinak ginekologi yang paling umum terlihat pada perempuan selama masa reproduksi mereka. Kista ini berupa kantong yang dipenuhi cairan, mirip dengan balon yang penuh air, yang terletak di ovarium. Meskipun umumnya kista ovarium tidak bersifat ganas, perhatian khusus diperlukan meskipun ukurannya kecil untuk memastikan bahwa kista tersebut bukan kanker. Kista ovarium dapat dikategorikan sebagai tumor ovarium yang neoplastik maupun non-neoplastik. Kista ini bisa hadir dalam berbagai ukuran, baik kecil maupun besar, serta dapat berbentuk kistik atau padat, jinak atau ganas, yang berada di ovarium. Selama

kehamilan, jenis tumor ovarium yang paling sering ditemukan adalah kista dermoid, kista coklat, atau kista lutein.(vallerie et al 2023)

2. Etiologi

Kista ovarium dapat terjadi akibat berbagai faktor yang mempengaruhi fungsi normal ovarium. Penyebab yang paling umum adalah gangguan proses ovulasi yang menyebabkan terbentuknya kista fungsional, seperti kista folikel dan kista korpus luteum. Kista folikel terjadi ketika folikel gagal pecah dan melepaskan sel telur saat ovulasi, sehingga cairan tetap tertahan di dalam folikel dan membentuk kista. Sedangkan kista korpus luteum terbentuk ketika korpus luteum setelah ovulasi tidak mengalami degenerasi secara normal dan justru terisi cairan atau darah. Jenis kista ini umumnya bersifat jinak dan sering menghilang sendiri dalam beberapa siklus menstruasi. Selain gangguan ovulasi, ketidakseimbangan hormon reproduksi juga berperan dalam pembentukan kista ovarium, terutama pada wanita dengan gangguan menstruasi atau penggunaan terapi hormonal tertentu (Smeltzer & Bare, 2021)

Selain kista fungsional, terdapat pula kista patologis yang terbentuk akibat pertumbuhan jaringan abnormal pada ovarium. Jenis ini meliputi endometrioma yang terjadi pada pasien endometriosis, kistadenoma yang berkembang dari permukaan ovarium, serta kista dermoid yang berasal dari sel germinal ovarium. Faktor risiko lain yang dapat meningkatkan kejadian kista ovarium antara lain obesitas, infertilitas, menstruasi dini, riwayat keluarga dengan kanker ovarium, dan penggunaan obat penyubur kandungan. Pada beberapa kasus, infeksi panggul kronis juga dapat mempengaruhi kondisi ovarium dan meningkatkan risiko terbentuknya kista. Oleh karena itu, penting dilakukan pengkajian menyeluruh terhadap faktor risiko dan riwayat kesehatan pasien untuk membantu menentukan penyebab dan penatalaksanaan yang tepat pada kista ovarium (Black & Hawks, 2021; Kemenkes RI, 2020).

3. Jenis-Jenis Kista Ovarium

Menurut Putri (2019), kista ovarium merupakan gangguan indung telur yang bersifat fisiologis atau patologis. Berdasarkan tingkat keganasan kista dibagi menjadi dua yaitu non neoplastik dan neoplastik.

a. Kista ovarium non neoplastik jinak

1) Kista Folikel

Kista folikel disebabkan oleh kegagalan folikel ovarium yang pecah pada saat ovulasi. Ukuran diameter kista folikel pada umumnya tidak lebih dari 5 cm. Kista folikel bersifat fisiologis dan tidak memerlukan perawatan. Kista folikel dapat terjadi pada segala usia tetapi lebih sering terjadi pada wanita usia produktif dan menopause. Kista folikel ini dapat dideteksi dengan vaginal ultrasound/USG vagina.

Kista folikel biasanya tidak menunjukkan gejala dan menghilang dalam waktu <60 hari. Jika muncul gejala akan menyebabkan siklus menstruasi periode berikutnya memanjang atau memendek. Pemeriksaan untuk kista <4 cm adalah pemeriksaan ultrasonografi awal dan pemeriksaan ulang dalam waktu 4-8 minggu. Sedangkan pada kista > 4 cm atau kista menetap dapat diberikan pemberian kontrasepsi oral selama 4-8 minggu yang akan menyebabkan kista menghilang sendiri (Prawirohardjo, 2020).

2) Kista Korpus Luteum

Dalam keadaan normal korpus luteum akan mengecil dan menjadi korpus albicans. Terkadang korpus luteum mempertahankan diri (korpus luteum persistens), perdarahan yang terjadi di dalamnya menyebabkan terjadinya kista. Kista korpus luteum berukuran ≥ 3 cm, diameter kista sebesar 10 cm dan cairan berwarna merah coklat karena darah tua. Kista korpus luteum merupakan perdarahan yang terjadi pada korpus luteum dan tidak dapat berdegenerasi di 14 hari setelah periode

menstruasi terakhir. Keluhan yang dirasakan yaitu nyeri pada panggul, amenorea diikuti oleh perdarahan tidak teratur dan gangguan haid. Pemeriksaan untuk kista korpus luteum dengan pelvic ultrasound. Dilakukan tindakan operasi (kistektomi ovari) atas dugaan kehamilan ektopik terganggu (Prawirohardjo, 2020).

3) Kista Lutein

Kista lutein biasanya bilateral, kecil dan jarang terjadi dibandingkan kista folikel atau korpus luteum. Kista lutein berisi cairan berwarna kekuning-kuningan. Kista lutein merupakan kista yang tumbuh akibat pengaruh hormon Human Corioni Gonadotropin (HCG). Meskipun jarang ditemui, kista ini berhubungan dengan mola hidatidosa, koriokarsinoma dan sindrom ovarium polikistik. Kista ini biasanya bilateral dan bisa menjadi sebesar ukuran tinju. Kista lutein dapat terjadi pada kehamilan, umumnya berasal dari korpus luteum hematoma. Gejala yang timbul biasanya rasa penuh atau menekan pada pelvis (Prawirohardjo, 2020).

4) Sindrom Ovarium Polikistik

Sindrom ovarium polikistik biasa disebut dengan kista stein-laventhal. Keadaan ini menunjukkan adanya beberapa kista folikel inaktif pada ovarium yang mengganggu fungsi ovarium. Kista ini disebabkan oleh ketidakseimbangan hormonal. Ditandai dengan kedua ovarium membesar 2–3 kali, bersifat polikistik, ovarium berwarna pucat, permukaan rata dan licin, dan berdinding tebal. Pemeriksaan untuk stein-laventhal yaitu laparoskopi. (Prawirohardjo, 2020).

b. Kista ovarium neoplastik jinak yaitu:

1) Kista Ovarii Simpleks

Kista ovarii simpleks merupakan kista yang permukaannya rata dan halus, biasanya bertangkai, sering kali bilateral dan

menjadi besar, dinding tipis dan cairan dalam kista jernih. Dinding kista tampak lapisan epitel kubik. Pengangkatan kista ini dengan reseksi ovarium, namun jaringan yang dikeluarkan untuk segera diperiksa secara histologik untuk mengetahui adanya keganasan (Mumpuni & Andang, 2013).

2) Kistadenoma Ovarii Musinosum

Kista ini berbentuk multilokuler dan biasanya unilateral, dapat tumbuh menjadi ukuran sangat besar. Pada kista yang ukurannya besar tidak lagi dapat ditemukan ovarium yang normal. Gambaran klinik terjadi perdarahan dalam kista dan perubahan degeneratif, yang menimbulkan perlekatan kista dengan omentum, usus-usus dan peritoneum parietale. Dinding kista agak tebal, berwarna putih keabu-abuan. Pada pembukaan terdapat cairan lendir, kental, melekat dan berwarna kuning hingga coklat. Penatalaksanaan dengan pengangkatan dengan atau tanpa salpingo ooforektomi tergantung besarnya kista (Mumpuni & Andang, 2013).

3) Kistadenoma Ovarii Serosum

Kista ini berasal dari epitel permukaan ovarium (germinal epithelium). Pada umumnya kista ini tidak mencapai ukuran yang sangat besar dibandingkan kistadenoma ovarii musinosum. Permukaan tumor biasanya licin, berongga satu, berwarna keabu-abuan. Ukuran kista yang kecil, tetapi permukaannya penuh dengan pertumbuhan papiler (solid papilloma). Penatalaksanaan pada kista ini umumnya sama seperti pada kistadenoma ovarii musinosum. Namun karena kemungkinan keganasan lebih besar, maka diperlukan pemeriksaan teliti terhadap tumor yang dikeluarkan. Bahkan kadang-kadang perlu diperiksa sediaan yang dibekukan untuk menentukan tindakan selanjutnya saat operasi (Mumpuni & Andang, 2013).

4) Kista Endometroid

Kista ini biasanya unilateral dengan permukaan licin, terdapat satu lapisan sel-sel pada dinding menyerupai lapisan epitel endometrium. Terjadi akibat adanya bagian endometrium yang berada diluar rahim. Kista ini berkembang bersamaan dengan tumbuhnya lapisan endometrium setiap bulannya yang mengakibatkan nyeri hebat, terutama saat menstruasi dan infertilitas (Mumpuni & Andang, 2013).

5) Kista dermoid

Kista dermoid merupakan teratoma kistik jinak dengan struktur ektodermal diferensiasi sempurna dan lebih menonjol daripada entoderm dan mesoderm. Kista ini diduga berasal dari sel telur melalui proses partenogenesis dan bisa menjadi ganas seperti karsinoma epidermoid. Dinding kista terlihat putih keabu-abuan, agak tipis, konsistensi sebagian kistik kenyal dan sebagian padat. Kandungan tidak hanya cairan melainkan elemen ektodermal, mesodermal dan entoderm. Dapat ditemukan kulit, rambut, kelenjar sebacea, gigi (ektodermal), tulang rawan, serat otot jaringan ikat (mesodermal), mukosa traktus gastrointestinal, epitel saluran pernafasan, dan jaringan tiroid (endotermal). Gejala klinik kista dermoid dapat terjadi torsi tangkai dengan nyeri mendadak pada lower abdomen. Terjadi sobekan dinding kista sehingga isi kista keluar dalam rongga peritoneum. Terapi pada kista dermoid dengan pengangkatan seluruh ovarium (Mumpuni & Andang, 2013).

4. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis kista ovarium bervariasi tergantung pada ukuran, jenis, dan adanya komplikasi pada kista. Sebagian besar kista ovarium berukuran kecil tidak menimbulkan gejala dan sering ditemukan secara tidak sengaja saat pemeriksaan ultrasonografi.

Namun, ketika ukuran kista membesar, pasien umumnya mengeluhkan nyeri pada perut bagian bawah atau panggul akibat peregangan kapsul ovarium. Nyeri dapat bersifat ringan hingga berat, hilang timbul, atau menetap. Selain itu, pasien juga dapat mengalami rasa penuh atau tertekan pada abdomen, perut membesar, gangguan menstruasi seperti menoragia atau siklus menstruasi tidak teratur, serta nyeri saat berhubungan seksual (dyspareunia). Pada beberapa kasus, pembesaran kista dapat menekan kandung kemih dan usus sehingga menyebabkan sering berkemih, konstipasi, atau gangguan eliminasi lainnya (Mobeen et al., 2023).

Apabila terjadi komplikasi seperti ruptur atau torsi ovarium, gejala yang muncul dapat menjadi lebih berat dan bersifat akut. Torsi ovarium biasanya ditandai dengan nyeri abdomen mendadak yang sangat hebat, disertai mual, muntah, pucat, dan kelemahan akibat terganggunya aliran darah ke ovarium. Sedangkan ruptur kista dapat menyebabkan perdarahan intraabdomen yang memicu nyeri tajam mendadak dan tanda iritasi peritoneum. Pada beberapa pasien dengan kista ovarium patologis atau ganas, dapat ditemukan penurunan berat badan, cepat lelah, asites, serta gangguan nafsu makan. Oleh karena itu, pengkajian gejala secara menyeluruh sangat penting untuk membantu menentukan tingkat keparahan penyakit dan mencegah terjadinya komplikasi yang lebih serius (Nezhat et al., 2024).

5. Patofisiologi

Menurut (Prawirohardjo 2020) perkembangan ovarium setelah lahir didapatkan kurang lebih sebanyak 1.000.000 sel germinal yang akan menjadi folikel, dan sampai pada umur satu tahun ovarium berisi folikel kistik dalam berbagai ukuran yang dirangsang oleh peningkatan gonadotropin secara mendadak, bersamaan dengan lepasnya steroid fetoplasental yang merupakan umpan balik negatif pada hipotalamus-pituitari neonatal. Pada awal pubertas sel germinal

berkurang menjadi 300.000 sampai 500.000 unit dari selama 35-40 tahun dalam masa kehidupan reproduksi, 400-500 mengalami proses ovulasi, folikel primer akan menipis sehingga pada saat menopause tinggal beberapa ratus sel germinal. pada rentang 10-15 tahun sebelum menopause terjadi peningkatan hilangnya folikel berhubungan dengan peningkatan FSH.

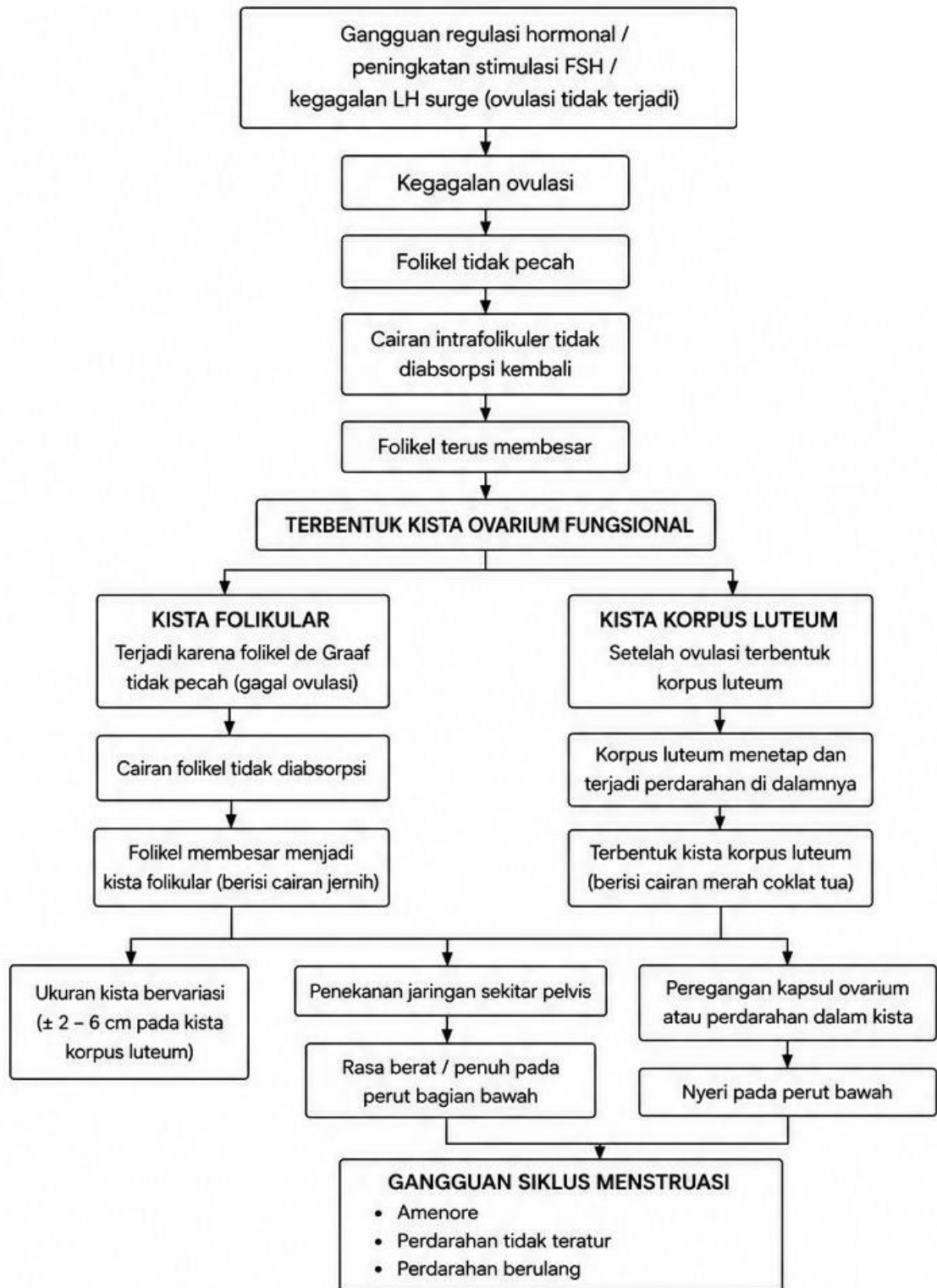
Peningkatan hilangnya folikel kemungkinan disebabkan peningkatan stimulasi FSH. Pada masa reproduksi akan terjadi maturasi folikel yang khas termasuk ovulasi dan pembentukan korpus luteum. Proses ini terjadi akibat interaksi hipotalamus-hipofisis-gonad di mana melibatkan folikel dan korpus luteum, hormone steroid, gonadotropin hipofisis dan faktor autokrin atau parakrin bersatu untuk menimbulkan ovulasi. Kista ovarium yang berasal dari proses ovulasi normal disebut kista fungsional jinak. Kista dapat berupa folikular dan luteal. Kista ini terjadi karena kegagalan ovulasi (LH surge) dan kemudian cairan intrafolikel tidak diabsorpsi kembali. Pada beberapa keadaan, kegagalan ovulasi juga dapat terjadi secara artificial dimana gonatropin diberikan secara berlebihan untuk menginduksi ovulasi.

Hipotalamus menghasilkan gonadotrophin releasing hormone (GnRH), yang disekresi secara pulspasi dalam rentang kritis. Kemudian GnRH memacu hipofisis untuk menghasilkan gonadotropin (FSH dan LH) yang disekresi secara pulspasi juga. Segera setelah menopause tidak ada folikel ovarium yang tersisa. Terjadi peningkatan FSH 10-20 kali lipat dan peningkatan LH sekitar 3 kali lipat dan kadar maksimal dicapai 1-3 tahun pasca menopause, selanjutnya terjadi penurunan yang bertahap walaupun sedikit pada kedua gonadotropin tersebut. Peningkatan kadar FSH dan LH pada saat kehidupan merupakan bukti pasti terjadi kegagalan ovarium.

Ukuran kista ovarium bervariasi, misalnya kista korpus luteum yang berukuran sekitar 2 cm 6 cm, dalam keadaan normal lambat laun

akan mengecil dan menjadi korpus albicans. Kadang-kadang korpus luteum akan mempertahankan diri, perdarahan yang sering terjadi di dalamnya menyebabkan terjadinya kista, berisi cairan berwarna merah coklat tua karena darah tua. Korpus luteum dapat menimbulkan gangguan haid, berupa amnorea diikuti perdarahan tidak teratur. Adanya kista dapat pula menyebabkan rasa berat di perut bagian bawah dan perdarahan berulang .

Bagan 2. 1 Pathway Kista Ovarium



Sumber: Prawirohardjo (2020), Berek & Novak's Gynecology (2020)

6. Pemeriksaan penunjang

Kista ovarium dapat dilakukan pemeriksaan lanjut yang dapat dilaksanakan dengan:

- a. Laparoscopi: pemeriksaan ini sangat berguna untuk mengetahui apakah tumor berasal dari ovarium atau tidak, dan untuk menentukan sifat-sifat tumor itu.
- b. Ultrasonografi: dengan pemeriksaan ini dapat ditentukan letak dan batas tumor, apakah tumor berasal dari uterus, ovarium, atau kandung kencing, apakah tumor kistik atau solid, dan dapat dibedakan pula antara cairan dalam rongga perut yang bebas dan yang tidak.
- c. Foto rontgen: pemeriksaan ini berguna untuk menentukan adanya hidrotoraks.
- d. CA-125: memeriksa kadar protein di dalam darah yang disebut CA-125.
- e. Kadar CA-125 juga meningkat pada perempuan subur, meskipun tidak ada proses keganasan. Tahap pemeriksaan CA-125 biasanya dilakukan pada perempuan yang berisiko terjadi proses keganasan, kadar normal CA-125 (0-35 u/ml). (Suryoadji et al., 2022)

7. Komplikasi

Menurut Putri (2019), Hal yang paling ditakutkan dari penyakit kista ovarium ialah berubah menjadi ganas dan banyak terjadi komplikasi. komplikasi yang dapat terjadi pada kista ovarium yaitu:

- a. Perdarahan ke dalam kista

Perdarahan kista biasanya terjadi sedikit-sedikit dan berangsur menyebabkan pembesaran pada kista dan menimbulkan gejala klinik yang minimal. Tetapi jika perdarahan terjadi tiba-tiba dengan jumlah yang sangat banyak dapat menimbulkan distensi cepat dan nyeri abdomen secara mendadak. Selain itu, tidak ada patokan mengenai ukuran besar kista yang berpotensi pecah. Ada kista yang

berukuran 5 cm sudah pecah, namun ada pula yang sampai berukuran 20 cm belum pecah. Pecahnya kista menyebabkan pembuluh darah robek dan menimbulkan terjadinya perdarahan.

b. Torsio (Putaran Tangkai)

Torsio terjadi pada tumor dengan diameter 5 cm atau lebih. Putaran tangkai menimbulkan tarikan ligamentum infundibulo pelvikum terhadap peritonium parietale yang menimbulkan rasa sakit. Jika putaran tangkai berjalan terus, akan menimbulkan nekrosis hemoragik dalam tumor, jika tidak segera dilakukan tindakan, dapat merobek dinding kista dengan perdarahan abdominal atau peradangan sekunder. Jika putaran tangkai terjadi perlahan, tumor melekat pada omentum.

c. Infeksi kista ovarium

Infeksi pada kista terjadi akibat infeksi asenden dari serviks, tuba dan menuju lokus ovulasi, sampai abses. Keluhan infeksi kista ovarium yaitu badan panas, nyeri pada abdomen, perut terasa tegang, diperlukan pemeriksaan laparotomi dan laboratorium untuk mengetahui adanya infeksi pada kista.

d. Robek dinding kista (rupture)

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

e. Degenerasi keganasan

Degenerasi ganas berlangsung pelan “silent killer”. Terdiagnosa setelah stadium lanjut, diagnosa dini karsinoma ovarium menggunakan pemeriksaan tumor marker CA-125 untuk mengetahui terjadinya degenerasi ganas

8. Penatalaksanaan

Menurut Nugroho (2021), penatalaksanaan kista ovarium bergantung pada gejala, jenis, dan ukuran kista yang dialami. Penanganan kista ovarium dapat berupa:

- a. Tanpa tindakan, dilakukan pada kista fungsional yang cenderung dapat hilang dengan sendirinya dalam 1–2 siklus menstruasi. Eksisi kista dilakukan apabila kista menetap untuk menyingkirkan kemungkinan adanya keganasan.
- b. Observasi, yaitu pemantauan secara berkala apabila kista tidak menimbulkan gejala dan tidak dicurigai bersifat ganas. Sebagian besar kista fungsional dapat menghilang setelah satu atau dua siklus menstruasi.
- c. Terapi hormonal, diberikan pada kista ovarium berukuran < 4 cm, meskipun manfaatnya dalam mempercepat penyembuhan kista masih belum terbukti secara pasti.
- d. Pemberian preparat analgetik, bertujuan untuk mengurangi keluhan nyeri yang dialami pasien, terutama pada kista fungsional yang terjadi selama kehamilan.
- e. Menghilangkan faktor penyebab, seperti pengangkatan mola hidatidosa, penghancuran koriokarsinoma, serta penghentian terapi HCG atau klomifen sitrat.
- f. Laparotomi eksplorasi, yang dapat disertai dengan tindakan sistektomi ovarium atau ooforektomi pada kista ovarium yang persisten, dicurigai ganas, atau berukuran > 4 cm.
- g. Salpingo-ooforektomi, yaitu tindakan pembedahan berupa pengangkatan ovarium dan tuba falopi pada sisi yang terkena. Tindakan ini dilakukan pada kista ovarium yang berukuran besar, persisten, telah merusak jaringan ovarium, mengalami komplikasi seperti torsi atau ruptur, maupun pada kasus yang dicurigai atau terbukti mengalami keganasan. Dalam beberapa kasus, *salpingo*

ooforektomi menjadi pilihan utama untuk mencegah penyebaran penyakit dan mengurangi risiko komplikasi lebih lanjut.

B. KONSEP *SALPINGOOFOREKTOMI*

1. Definisi

Salpingektomi dan *salpingo-ooforektomi* adalah prosedur bedah yang melibatkan pengangkatan tuba falopi dan ovarium, masing-masing. *Salpingektomi* secara khusus menargetkan satu atau kedua tuba falopi dan sering dilakukan untuk menyelidiki atau mengobati massa yang mungkin bersifat kanker. *Salpingo-ooforektomi* melibatkan pengangkatan satu atau kedua ovarium, yang sering terjadi bersamaan dengan histerektomi pada wanita pascamenopause yang diduga menderita keganasan yang berhubungan dengan organ reproduksi. (Dumlao, 2024)

Salpingo-oophorectomy adalah prosedur bedah yang melibatkan pengangkatan satu atau kedua ovarium dan tuba falopi wanita. Istilah "salpingo" merujuk pada tuba falopi, sedangkan "oophorectomy" berkaitan dengan ovarium. Prosedur ini sering dilakukan untuk mengatasi berbagai kondisi ginekologis, termasuk kista ovarium, endometriosis, dan beberapa jenis kanker. Dengan mengangkat organ reproduksi ini, prosedur ini bertujuan untuk mengurangi gejala, mencegah perkembangan penyakit, atau mengurangi risiko kanker (apollo 2025).

Salpingo-oophorektomi adalah pengangkatan tuba falopi (*salpingektomi*) dan ovarium (*oophorektomi*). Salpingo-oophorektomi unilateral tepat dilakukan pada pasien yang ovariumnya tidak dapat dipertahankan, termasuk kasus kehamilan ektopik ruptur dengan ketidakmampuan untuk mencapai hemostasis tanpa pengangkatan tuba dan ovarium, torsi adneksa di mana ovarium dan tuba mengalami nekrosis, abses tuboovarium yang tidak responsif terhadap antibiotik, atau massa ovarium jinak di mana tidak ada jaringan ovarium normal

yang tersisa yang dapat dipertahankan. Salpingo-oophorektomi bilateral umumnya terdiri dari tiga jenis: elektif pada saat histerektomi untuk kondisi jinak, profilaksis pada wanita dengan peningkatan risiko kanker ovarium, atau karena keganasan.(medscape 2024)

2. Indikasi

Menurut Berek (2020) dan *American College of Obstetricians and Gynecologists* (2023), tindakan *salpingo-ooforektomi* dilakukan pada kondisi sebagai berikut:

- a. Kista ovarium berukuran besar atau kompleks, terutama yang menetap, menimbulkan gejala, atau dicurigai mengalami keganasan
- b. Tumor ovarium jinak maupun ganas, terutama apabila tumor tidak dapat dipisahkan dari jaringan ovarium normal atau terdapat kecurigaan keganasan.
- c. Kanker ovarium, sebagai bagian dari prosedur pembedahan untuk mengangkat sumber utama penyakit dan melakukan staging.
- d. Endometriosis berat, terutama apabila telah terjadi kerusakan ovarium yang luas, nyeri kronis yang tidak membaik dengan terapi konservatif, atau pasien tidak lagi menginginkan fertilitas.
- e. Kehamilan ektopik yang mengalami komplikasi, khususnya bila disertai kerusakan tuba dan ovarium akibat ruptur atau perdarahan hebat.
- f. Torsi ovarium, apabila ovarium dan tuba telah mengalami nekrosis sehingga tidak dapat dipertahankan.
- g. Abses tubo-ovarium yang tidak membaik setelah terapi antibiotik atau drainase, sehingga diperlukan tindakan pembedahan.
- h. Pencegahan kanker ovarium pada wanita dengan risiko genetik tinggi, seperti pembawa mutasi gen BRCA1 atau BRCA2, melalui tindakan risk-reducing bilateral salpingo-oophorectomy (RRSO)

3. Jenis-jenis

Menurut Berek (2020), tindakan ooforektomi atau pengangkatan ovarium dapat diklasifikasikan menjadi beberapa jenis berdasarkan jumlah ovarium yang diangkat, keterlibatan organ reproduksi lain, serta indikasi klinis pasien. Jenis-jenis ooforektomi meliputi:

- a. Ooforektomi unilateral, yaitu tindakan pembedahan untuk mengangkat satu ovarium, yang umumnya dilakukan pada kelainan yang hanya mengenai satu sisi ovarium, seperti kista ovarium jinak atau tumor yang terlokalisasi.
- b. Ooforektomi bilateral, yaitu tindakan pengangkatan kedua ovarium. Prosedur ini umumnya dilakukan pada kasus kanker ovarium, penyakit ovarium bilateral, atau sebagai tindakan pencegahan pada wanita dengan risiko tinggi mengalami kanker ovarium, seperti pembawa mutasi gen BRCA1 atau BRCA2.
- c. Salpingo-ooforektomi, yaitu tindakan pengangkatan ovarium disertai tuba falopi pada sisi yang sama (unilateral) atau kedua sisi (bilateral). Prosedur ini sering dilakukan karena ovarium dan tuba falopi memiliki hubungan anatomi yang erat serta berbagi suplai darah melalui pembuluh darah ovarika dan uterina, sehingga pengangkatan keduanya sering memberikan hasil terapi yang lebih optimal.
- d. Ooforektomi dengan histerektomi, yaitu pengangkatan ovarium yang dilakukan bersamaan dengan histerektomi (pengangkatan uterus). Prosedur ini biasanya dilakukan pada pasien dengan keganasan ginekologi, endometriosis berat, atau penyakit jinak tertentu yang memerlukan pengangkatan rahim dan ovarium secara bersamaan.

4. Komplikasi yang mungkin terjadi

Menurut (Berek, 2020), komplikasi yang dapat terjadi setelah tindakan ooforektomi maupun *salpingo-ooforektomi* meliputi komplikasi umum pembedahan ginekologi, yaitu perdarahan, infeksi, cedera

organ di sekitar lokasi operasi, komplikasi anestesi, dan tromboemboli. Selain itu, pada tindakan pengangkatan ovarium bilateral dapat terjadi menopause bedah yang berdampak terhadap fungsi reproduksi serta kesehatan jangka panjang.

a. Perdarahan

Perdarahan merupakan salah satu komplikasi intraoperatif maupun pascaoperasi yang dapat terjadi akibat cedera pembuluh darah ovarium, ligamentum infundibulopelvikum, atau pembuluh darah di sekitar pelvis. Perdarahan yang berat dapat menyebabkan ketidakstabilan hemodinamik sehingga memerlukan transfusi darah maupun tindakan operasi ulang untuk mencapai hemostasis (Berek, 2020).

b. Infeksi

Infeksi dapat terjadi pada luka operasi, rongga panggul, maupun saluran kemih. Faktor risiko infeksi meliputi lamanya prosedur operasi, kontaminasi selama tindakan, serta kondisi klinis pasien. Manifestasi klinis berupa demam, nyeri yang meningkat, kemerahan pada luka operasi, dan keluarnya cairan purulen dari luka (Berek, 2020).

c. Cedera organ di sekitar ovarium

Karena ovarium berada berdekatan dengan ureter, kandung kemih, usus, dan pembuluh darah besar, tindakan ooforektomi berisiko menyebabkan cedera pada organ-organ tersebut. Cedera dapat dikenali selama operasi maupun setelah operasi dan mungkin memerlukan tindakan koreksi lebih lanjut (Berek, 2020).

d. Komplikasi anestesi

Komplikasi anestesi dapat berupa mual, muntah, reaksi hipersensitivitas terhadap obat anestesi, gangguan pernapasan, hingga komplikasi kardiovaskular, meskipun kejadian berat relatif jarang terjadi (Hoffman et al., 2023).

e. Tromboemboli vena

Pembedahan ginekologi meningkatkan risiko terjadinya tromboemboli vena, termasuk Deep Vein Thrombosis (DVT) dan emboli paru. Oleh karena itu, pencegahan tromboemboli melalui mobilisasi dini dan tromboprolifaksis dianjurkan pada pasien dengan faktor risiko tertentu (ACOG, 2023).

f. Ruptur kista atau tumor

Pada tindakan pengangkatan kista atau tumor ovarium dapat terjadi ruptur selama operasi. Pada kasus keganasan, ruptur intraoperatif dapat menyebabkan penyebaran sel tumor ke rongga peritoneum sehingga memengaruhi penentuan stadium penyakit dan prognosis pasien (Berek, 2020).

g. Infertilitas dan menopause bedah

Ooforektomi bilateral menyebabkan hilangnya fungsi ovarium sehingga produksi ovum dan hormon estrogen berhenti. Akibatnya pasien mengalami infertilitas permanen serta menopause bedah apabila tindakan dilakukan sebelum menopause alami (Berek, 2020).

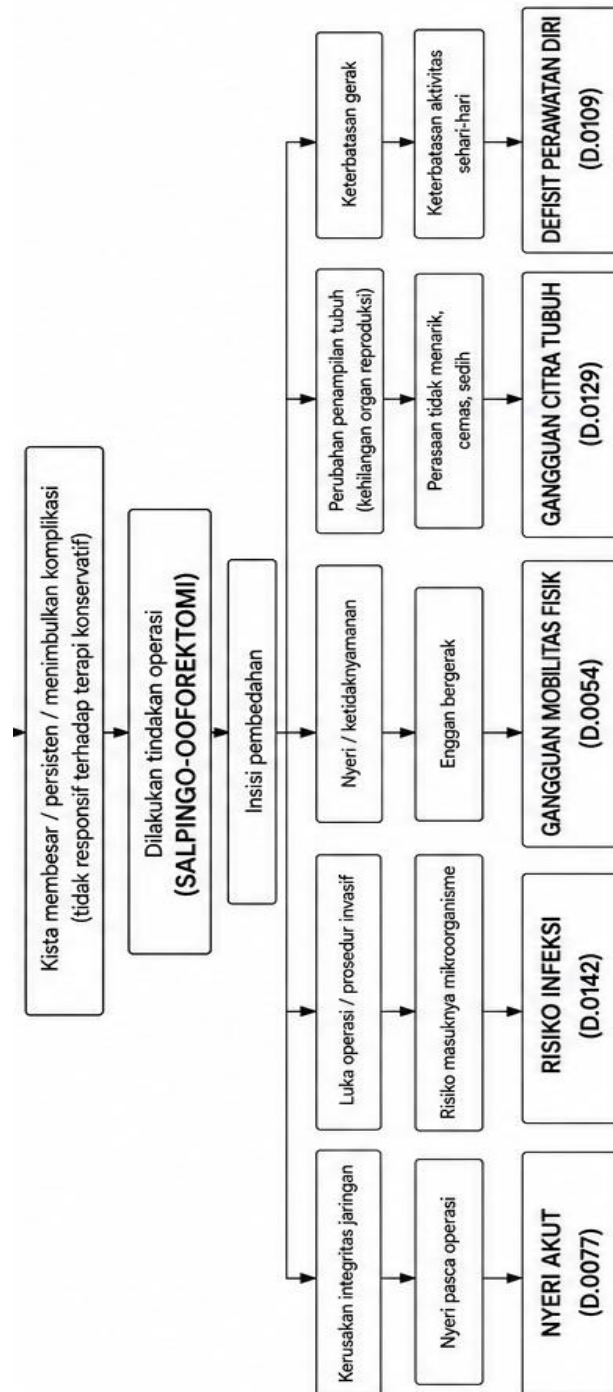
h. Peningkatan risiko penyakit kardiovaskular

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa ooforektomi bilateral sebelum menopause berkaitan dengan peningkatan risiko penyakit kardiovaskular akibat hilangnya efek protektif hormon estrogen terhadap sistem kardiovaskular (Parker et al., 2019).

i. Peningkatan risiko gangguan neurologi

Penelitian kohort yang dilakukan oleh Rocca dkk. menunjukkan bahwa wanita yang menjalani ooforektomi bilateral sebelum menopause memiliki risiko lebih tinggi mengalami gangguan kognitif, demensia, dan parkinsonisme dibandingkan wanita yang ovariumnya

Bagan 2. 2 Pathway Salpingo-ooforektomi



Sumber : Prawirohardjo (2020), Berek & Novak's Gynecology (2020), dan SDKI DPP PPNI (2017).

C. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN

Proses keperawatan adalah pendekatan berbasis ilmu yang diterapkan oleh perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan secara terstruktur, teratur, dan berkesinambungan kepada pasien. Tujuan dari proses ini adalah untuk mengenali masalah kesehatan, menetapkan kebutuhan pasien, merancang langkah-langkah, melaksanakan tindakan, serta menilai hasil yang dicapai demi meningkatkan kualitas kesehatan pasien secara maksimal. Proses keperawatan terdiri atas lima langkah, yakni pengumpulan data, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Kelima langkah tersebut saling terkait dan membentuk suatu rangkaian yang berkelanjutan dalam penyampaian pelayanan keperawatan yang bermutu. (Widuri et al., 2023)

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap pertama dalam proses keperawatan yang dilakukan secara sistematis untuk mengumpulkan, memverifikasi, dan mendokumentasikan data mengenai kondisi kesehatan pasien. Pengkajian bertujuan untuk mengetahui status kesehatan, kebutuhan dasar, serta masalah yang dialami pasien sehingga dapat menjadi dasar dalam menentukan diagnosis keperawatan dan tindakan yang tepat. Data yang dikumpulkan terdiri dari data subjektif dan data objektif. Data subjektif merupakan informasi yang didapat dari pasien atau keluarganya, seperti keluhan rasa sakit, mual, atau ketidaknyamanan yang dirasakan. Sementara itu, data objektif adalah informasi yang diperoleh melalui pengamatan, pemeriksaan fisik, pemeriksaan tambahan, dan hasil pengukuran, seperti tekanan darah, suhu tubuh, frekuensi detak jantung, hasil laboratorium, serta keadaan luka pasca bedah.

a. Identitas klien dan penanggung jawab

Identitas merupakan data demografi yang digunakan untuk mengenali karakteristik pasien dan menjadi dasar dalam proses pengkajian keperawatan. Data identitas meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, suku atau bangsa, pendidikan, pekerjaan, status

perkawinan, alamat, nomor rekam medis, diagnosis medis, serta data lain yang berkaitan dengan kondisi pasien (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan utama

Keluhan utama adalah gejala atau masalah kesehatan terpenting dan paling mengganggu yang membuat seseorang mencari pertolongan medis. Pada pasien pasca operasi salpingo-ooforektomi, keluhan utama yang paling sering ditemukan adalah nyeri akut pada daerah insisi atau abdomen akibat trauma pembedahan.(Openstax, 2024)

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Riwayat kesehatan sekarang adalah catatan rinci mengenai kondisi medis yang sedang dialami pasien, termasuk kronologi lengkap dari awal munculnya gejala hingga alasan pasien mencari pertolongan medis saat ini. Pengkajian keluhan utama pada pasien dapat dilakukan menggunakan pendekatan PQRST, yaitu:

a) *Palliative/Provocative*

Mengidentifikasi faktor yang memicu atau mengurangi nyeri. Pada pasien post salpingo-ooforektomi, nyeri abdomen umumnya disebabkan oleh trauma pembedahan dan insisi operasi. Nyeri biasanya bertambah saat pasien bergerak, mengubah posisi, batuk, atau melakukan aktivitas tertentu, dan berkurang setelah istirahat atau pemberian analgesik.

b) *Quality/Quantity*

Mendesripsikan sifat dan intensitas nyeri yang dirasakan pasien, seperti nyeri tertarik, tertusuk, berdenyut, atau terasa seperti teriris pada area bekas operasi. Pengkajian ini membantu memahami karakteristik nyeri yang dialami pasien.

c) *Region/Radiation*

Menentukan lokasi nyeri dan apakah nyeri menjalar ke area lain. Pada pasien POST SALPINGO-OOFOREKTOMI , nyeri biasanya terlokalisasi pada daerah abdomen bawah atau area insisi pembedahan dan dapat menjalar ke daerah panggul atau punggung bawah.

d) *Severity/Scale*

Mengukur tingkat keparahan nyeri menggunakan skala numerik 0–10. Pada pasien POST SALPINGO-OOFOREKTOMI , nyeri umumnya berada pada skala sedang hingga berat (4–8), terutama pada 24–48 jam pertama pascaoperasi dan saat melakukan mobilisasi.

e) *Timing*

Menjelaskan waktu mulai timbulnya nyeri, durasi, frekuensi, dan pola kemunculannya. Pada pasien POST SALPINGO-OOFOREKTOMI , nyeri biasanya mulai dirasakan setelah efek anestesi berkurang dan dapat berlangsung secara terus-menerus atau hilang timbul, terutama pada 1–3 hari pertama pascaoperasi.

3) *Riwayat Kesehatan Dahulu*

Riwayat kesehatan dahulu merupakan data mengenai penyakit atau masalah kesehatan yang pernah dialami pasien sebelum menderita penyakit saat ini. Pengkajian ini bertujuan untuk mengidentifikasi kondisi medis yang dapat menjadi faktor risiko, penyebab, maupun penyerta penyakit yang sedang dialami sehingga dapat membantu dalam menentukan diagnosis dan rencana asuhan keperawatan (Herdman & Kamitsuru, 2021).

Pada pasien dengan kista ovarium yang menjalani tindakan salpingo-ooforektomi, perawat perlu mengkaji apakah pasien pernah mengalami kista ovarium sebelumnya, riwayat tumor ovarium, endometriosis, penyakit radang panggul, gangguan hormonal, maupun riwayat operasi ginekologi. Selain itu, perlu

dikaji adanya penyakit penyerta seperti hipertensi, diabetes melitus, gangguan pembekuan darah, atau penyakit kronis lainnya yang dapat memengaruhi proses pembedahan dan penyembuhan luka pascaoperasi (Berek, 2020; Hoffman et al., 2023).

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Riwayat kesehatan keluarga merupakan data mengenai penyakit yang pernah atau sedang dialami oleh anggota keluarga sedarah, seperti orang tua, saudara kandung, kakek, nenek, maupun kerabat dekat. Pengkajian ini bertujuan untuk mengidentifikasi adanya faktor genetik atau penyakit hereditas yang dapat meningkatkan risiko terjadinya suatu penyakit pada pasien (Herdman & Kamitsuru, 2021).

Pada pasien dengan kista ovarium yang menjalani salpingo-ooforektomi, perawat perlu mengkaji apakah terdapat anggota keluarga yang memiliki riwayat kista ovarium, tumor ovarium, kanker ovarium, kanker payudara, atau kanker kolorektal karena beberapa kasus memiliki hubungan dengan faktor genetik. Selain itu, perlu dikaji adanya riwayat penyakit keturunan atau penyakit kronis dalam keluarga, seperti diabetes melitus, hipertensi, penyakit jantung, dan kelainan darah, yang dapat memengaruhi kondisi kesehatan pasien maupun proses perawatan pascaoperasi (Berek, 2020; Hoffman et al., 2023).

c. Riwayat obsterti

Riwayat obstetri adalah rekam medis yang mencatat seluruh pengalaman kehamilan dan persalinan seorang wanita di masa lalu, termasuk kondisi sebelum dan sesudah melahirkan. Untuk mengetahui riwayat obsterti pada kista ovarium yang perlu dikaji adalah :

1) Pengkajian riwayat haid

Dilakukan untuk mengetahui usia menarche, keteraturan siklus menstruasi, lama menstruasi, jumlah perdarahan, hari pertama haid terakhir (HPHT), serta adanya keluhan seperti dismenore atau

perdarahan abnormal. Data tersebut digunakan untuk menilai fungsi reproduksi dan membantu mengidentifikasi adanya gangguan pada sistem reproduksi wanita yang berhubungan dengan kondisi pasien (Mustikawati, 2022). Selanjutnya, pada pasien post operasi salpingo-ooforektomi, riwayat menstruasi juga penting untuk mengevaluasi perubahan fungsi reproduksi setelah tindakan pembedahan, terutama pada pasien yang menjalani *salpingo-ooforektomi* bilateral karena dapat mengalami menopause bedah (Berek, 2020).

2) Riwayat kehamilan dan persalinan

Riwayat kehamilan dan persalinan merupakan bagian dari pengkajian kesehatan reproduksi yang bertujuan untuk memperoleh informasi mengenai jumlah kehamilan (gravida), jumlah persalinan (para), jumlah abortus, jumlah anak yang masih hidup, usia kehamilan saat persalinan, jenis persalinan, serta adanya komplikasi selama kehamilan, persalinan, maupun masa nifas. Pengkajian ini dilakukan untuk mengetahui status reproduksi pasien, mengidentifikasi faktor risiko yang dapat memengaruhi kondisi kesehatan saat ini, serta menjadi dasar dalam perencanaan asuhan keperawatan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020).

Pada pasien post operasi *salpingo-ooforektomi*, riwayat kehamilan dan persalinan dikaji untuk mengetahui status fertilitas pasien sebelum tindakan operasi, riwayat komplikasi obstetri, serta jumlah anak yang masih hidup. Informasi tersebut juga bermanfaat dalam memberikan edukasi mengenai dampak tindakan *salpingo-ooforektomi* terhadap fungsi reproduksi, terutama pada pasien yang menjalani *salpingo-ooforektomi* bilateral (Berek, 2020).

3) Riwayat Perkawinan

Pada pasien post operasi *salpingo-ooforektomi*, riwayat perkawinan dikaji untuk mengetahui status reproduksi pasien, rencana memiliki keturunan, serta kesiapan pasien dan pasangan

dalam menghadapi perubahan fungsi reproduksi setelah tindakan operasi, terutama apabila dilakukan *salpingo-ooforektomi* bilateral yang dapat menyebabkan infertilitas permanen dan menopause bedah (Berek, 2020).

d. Aktivitas sehari hari

1) Nutrisi

Pada pasien post op seringkali terjadi *ponv*, *ponv* terjadi akibat stimulasi pada pusat muntah di batang otak belakang yang mendapatkan sinyal dari *ctz* (zona pemicu kemoreseptor). obat anestesi seperti *opioid*, *N2O*, dan agen inhalasi langsung merangsang daerah ini sehingga otak "menginstruksikan" tubuh untuk merasa mual dan muntah. Pasien secara bertahap kembali ke diet normal dibawah pendekatan konvensional yaitu dengan minum cairan bening setelah *flatus* spontan (Ghina et al., 2024)

2) Eliminasi

Pada pasien post operasi, eliminasi urin dapat mengalami keterlambatan karena efek anestesi, sedangkan eliminasi *fekal* dapat terganggu akibat penurunan motilitas usus pascaoperasi dan kurangnya mobilisasi.(Astuti et al., 2026)

3) Istirahat dan Tidur

Pada pasien post operasi, kualitas tidur juga dapat menurun akibat nyeri luka operasi, lingkungan rumah sakit, dan ketidaknyamanan selama masa pemulihan.(Hamdiah & Budiyo, 2022)

4) *Personal Hygiene*

Pada pasien post operasi, kemampuan melakukan personal hygiene dapat menurun karena keterbatasan gerak dan nyeri sehingga sering memerlukan bantuan keluarga atau tenaga kesehatan.(Dwitanta et al., 2023)

5) Aktivitas

Pada pasien post operasi, aktivitas fisik menjadi lebih terbatas karena adanya luka operasi, nyeri (Dwitanta et al., 2023)

6) Kebutuhan Berpakaian

Pasien post operasi umumnya dapat mengalami kesulitan mengenakan atau melepas pakaian karena keterbatasan gerak dan rasa nyeri sehingga membutuhkan bantuan orang lain. (Dwitanta et al., 2023)

e. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

Keadaan umum pasien post operasi merupakan gambaran kondisi pasien secara menyeluruh setelah tindakan pembedahan. Pada fase awal pascaoperasi, pasien dapat tampak lemah akibat efek anestesi, kehilangan darah, serta respons tubuh terhadap trauma pembedahan. Namun, dapat dijumpai tanda-tanda seperti tampak diam, apatis, meringis, atau gelisah akibat nyeri yang dirasakan (Elsa, 2024)

2) Kesadaran

Kesadaran pada pasien post operasi merupakan salah satu aspek penting yang harus dikaji untuk menilai keberhasilan pemulihan setelah tindakan anestesi dan pembedahan. Pada fase awal pascaoperasi, pasien umumnya mengalami penurunan tingkat kesadaran akibat efek residu obat anestesi sehingga tampak mengantuk (somnolen) dan memberikan respons yang lambat terhadap rangsangan. Seiring berkurangnya efek anestesi, tingkat kesadaran akan pulih secara bertahap hingga pasien mencapai kondisi *compos mentis*, yaitu sadar penuh, mampu mengenali diri, waktu, tempat, serta dapat mengikuti perintah sederhana. Pasien dinyatakan siap dipindahkan dari ruang pemulihan ke ruang perawatan apabila tingkat kesadaran telah kembali baik disertai

tanda-tanda vital yang stabil, pernapasan adekuat, dan refleks protektif telah kembali.(Widodo et al., 2021)

3) Tanda tanda vital

a) Tekanan Darah (TD)

Tekanan darah pada pasien post operasi dapat mengalami perubahan akibat efek anestesi, kehilangan cairan atau darah, serta respons tubuh terhadap nyeri dan stres pembedahan. Pada fase awal pascaoperasi, pasien dapat mengalami hipotensi atau hipertensi sementara. Seiring dengan membaiknya kondisi pasien, tekanan darah diharapkan kembali stabil dalam rentang normal, yaitu 90–120 mmHg sistolik dan 60–80 mmHg diastolic (Elsa,2024)

b) Nadi

Nadi pada pasien post operasi perlu dipantau secara berkala karena dapat mengalami perubahan akibat efek anestesi, nyeri, kehilangan darah, atau respons stres setelah pembedahan. Pada fase awal pascaoperasi, frekuensi nadi dapat meningkat (takikardia) sebagai respons terhadap nyeri atau hipovolemia, namun akan kembali stabil seiring membaiknya kondisi pasien. Frekuensi nadi normal pada orang dewasa berkisar antara 60–100 kali/menit.(Elsa,2024)

c) Respirasi

Respirasi pada pasien post operasi umumnya berada dalam batas normal, yaitu 16–20 kali/menit. Namun, frekuensi dan pola napas dapat mengalami perubahan akibat efek anestesi, nyeri, maupun obat analgesik. Oleh karena itu, respirasi perlu dipantau secara berkala untuk mendeteksi adanya gangguan pernapasan atau komplikasi pascaoperasi.(Sudadi,2016)

d) Saturasi

Saturasi oksigen pada pasien post operasi umumnya berada dalam batas normal, yaitu $\geq 95\%$. Namun, saturasi dapat

menurun akibat efek anestesi, hipoventilasi, atau komplikasi pernapasan pascaoperasi.(Sudadi, 2016)

4) *Head to Toe*

a) Kepala

Pemeriksaan fisik kepala pada pasien post operasi *salpingo-ooforektomi* dilakukan melalui inspeksi dan palpasi untuk menilai kondisi kepala, wajah, mata, hidung, telinga, dan mulut. Kepala dinilai bentuk, ukuran, dan simetrinya serta adanya benjolan, deformitas, edema, atau lesi pada kulit kepala. Rambut dinilai berdasarkan kebersihan, warna, distribusi, dan kekuatannya, sedangkan kulit kepala diperiksa untuk mengetahui adanya ketombe, luka, infeksi, maupun kelainan lainnya.(Brunner & Suddarth (2022))

Wajah diamati untuk menilai kesimetrisan, warna kulit, dan ekspresi pasien. Pada pasien post operasi, wajah dapat tampak pucat akibat kehilangan darah selama pembedahan serta tampak meringis atau menyeringai sebagai respons terhadap nyeri pada daerah insisi operasi. Pemeriksaan mata meliputi konjungtiva, sklera, pupil, dan refleks cahaya. Konjungtiva normal tampak merah muda, namun dapat terlihat pucat apabila terjadi penurunan kadar hemoglobin akibat perdarahan selama atau setelah tindakan operasi. Sklera normal tampak putih dan tidak ikterik, sedangkan pupil umumnya isokor dengan refleks cahaya positif. .(Brunner & Suddarth (2022))

Hidung diperiksa untuk menilai bentuk, kebersihan, adanya sekret atau perdarahan, serta kepatenan jalan napas. Pada pasien yang mendapatkan anestesi umum, perlu diperhatikan adanya sisa sekret yang dapat mengganggu jalan napas. .(Brunner & Suddarth (2022))

Pemeriksaan telinga meliputi bentuk, simetri, kebersihan liang telinga, serta adanya sekret atau tanda infeksi. Selanjutnya,

pemeriksaan mulut dilakukan dengan menilai kondisi bibir, mukosa mulut, lidah, gigi, dan gusi. Bibir dan mukosa mulut dapat tampak kering akibat puasa sebelum operasi, penggunaan obat-obatan anestesi, maupun asupan cairan yang belum optimal pada periode pascaoperasi. (Brunner & Suddarth (2022))

Lidah dinilai kebersihannya, sedangkan gigi dan gusi diperiksa untuk mengetahui adanya karies, perdarahan, atau kelainan lain yang dapat memengaruhi kondisi umum pasien. Seluruh hasil pemeriksaan pada area kepala digunakan sebagai data dasar untuk menilai kondisi umum pasien serta mendeteksi adanya komplikasi atau perubahan yang terjadi setelah tindakan operasi.(Brunner & Suddarth (2022))

b) Leher

Meliputi pemeriksaan adanya pembesaran kelenjar getah bening, pembesaran kelenjar tiroid, serta bendungan vena jugularis. Post salpingo-ooforektomi umumnya tidak ditemukan pembesaran kelenjar getah bening, pembesaran kelenjar tiroid, maupun bendungan vena jugularis.(Brunner & Suddarth (2022))

c) Dada dan Punggung

Pemeriksaan fisik dada pada pasien post operasi *salpingo-ooforektomi* meliputi inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi untuk menilai kesimetrisan bentuk dada, frekuensi, irama, dan kedalaman pernapasan, penggunaan otot bantu napas, ekspansi dada, bunyi napas, serta bunyi jantung. Pada periode pascaoperasi, pasien dapat mengalami pernapasan dangkal (shallow breathing), peningkatan frekuensi napas (takipnea), dan penurunan ekspansi dinding dada akibat nyeri pada daerah insisi abdomen serta efek residu anestesi. Kondisi tersebut menyebabkan pasien cenderung menghindari inspirasi dalam dan batuk efektif, sehingga meningkatkan risiko retensi sekret, hipoventilasi, dan atelektasis.

Pada auskultasi, bunyi napas normal terdengar vesikuler dan simetris pada kedua lapang paru tanpa bunyi napas tambahan seperti ronki maupun wheezing. Pemeriksaan jantung meliputi penilaian frekuensi dan irama denyut jantung serta bunyi jantung. Pada pasien post operasi, denyut jantung dapat meningkat sebagai respons terhadap nyeri, stres, atau kehilangan cairan, sedangkan bunyi jantung umumnya reguler dengan bunyi S1 dan S2 yang jelas tanpa *murmur*, *gallop*, maupun bunyi jantung tambahan lainnya. (Brunner & Suddarth (2022))\

d) Payudara/Mammae

Meliputi bentuk dan ukuran payudara, kondisi puting susu, warna areola, serta adanya benjolan atau nyeri tekan. Pada pasien kista ovarium maupun POST SALPINGO-OOFOREKTOMI umumnya tidak ditemukan kelainan pada payudara, puting susu, maupun areola. (Hamdiah & Budiyo, 2022)

e) Abdomen

Pemeriksaan fisik abdomen pada pasien post operasi *salpingo-ooforektomi* dilakukan melalui inspeksi, auskultasi, perkusi, dan palpasi. Pada inspeksi dinilai bentuk dan simetri abdomen, kondisi kulit, adanya distensi, bekas atau luka insisi operasi, balutan luka, serta pemasangan drain apabila ada. Lokasi luka operasi disesuaikan dengan jenis tindakan pembedahan. Pada prosedur laparotomi, luka umumnya berada pada regio hipogastrium (suprapubik) atau insisi garis tengah abdomen bawah, sedangkan pada prosedur laparoskopi terdapat beberapa luka insisi kecil pada regio umbilikal dan abdomen bagian bawah. Balutan luka dinilai kebersihan, kekeringan, dan keutuhannya, serta diamati adanya rembesan darah atau cairan dari luka operasi. (Bickley, L. S. (2021))

Pada auskultasi dilakukan penilaian terhadap bising usus pada keempat kuadran abdomen. Pada periode awal pascaoperasi, bising usus dapat menurun atau tidak terdengar akibat efek anestesi, penggunaan obat analgesik opioid, serta manipulasi saluran cerna selama pembedahan. Kembalinya bising usus secara bertahap menunjukkan pemulihan motilitas gastrointestinal. Selanjutnya dilakukan perkusi untuk menilai adanya bunyi timpani atau pekak yang dapat menggambarkan kondisi udara maupun cairan di dalam rongga abdomen.(Luckey A,2021)

Palpasi dilakukan secara hati-hati dengan menghindari penekanan langsung pada area insisi. Pemeriksaan ini bertujuan untuk menilai adanya nyeri tekan, ketegangan otot abdomen (*muscle guarding*), distensi, massa, maupun pembesaran organ. Pada pasien post operasi *salpingo-ooforektomium*nya ditemukan nyeri tekan di sekitar area luka operasi, terutama pada regio hipogastrium atau lokasi insisi, disertai keterbatasan gerak akibat nyeri. Pada pasien yang menjalani laparoskopi, nyeri juga dapat dirasakan di sekitar regio umbilikalis, kuadran kanan bawah, dan kuadran kiri bawah, bahkan sebagian pasien mengeluhkan nyeri pada bahu akibat iritasi diafragma oleh sisa gas karbon dioksida yang digunakan selama prosedur.(Gupta B, et al. (2019).)

Selain itu, kondisi luka operasi harus dikaji secara menyeluruh meliputi adanya perdarahan, hematoma, kemerahan, edema, peningkatan suhu di sekitar luka, keluarnya cairan serosa maupun purulen, bau tidak sedap, serta penyatuan tepi luka. Pengkajian tersebut bertujuan untuk mendeteksi secara dini adanya infeksi atau gangguan proses penyembuhan luka. Pemeriksaan abdomen juga mencakup penilaian terhadap kemampuan pasien mengeluarkan flatus dan defekasi sebagai

indikator pulihnya fungsi saluran cerna setelah operasi, serta mengidentifikasi adanya tanda-tanda komplikasi seperti ileus pascaoperasi atau perdarahan intraabdomen.(Sandy-Hodgetts K, et al. (2017))

f) Ekstremitas Atas dan Bawah

Pemeriksaan fisik ekstremitas pada pasien post operasi *salpingo-ooforektomim* meliputi penilaian kesimetrisan ekstremitas atas dan bawah, warna kulit, suhu, kekuatan otot, rentang gerak, adanya edema, sianosis, serta kemampuan mobilisasi. Pada periode awal pascaoperasi, pasien umumnya mengalami keterbatasan dalam menggerakkan ekstremitas akibat nyeri pada daerah insisi, efek residu anestesi, dan kelemahan sementara sehingga aktivitas seperti duduk, berdiri, dan berjalan masih memerlukan bantuan.(Astuti et al., 2026)

Pada ekstremitas atas juga perlu dikaji adanya pemasangan infus beserta kondisi lokasi pemasangan untuk mendeteksi tanda-tanda flebitis, seperti kemerahan, nyeri, bengkak, atau peningkatan suhu lokal. Sementara itu, pada ekstremitas bawah dilakukan penilaian terhadap adanya edema, refleks patela, kekuatan otot, serta tanda-tanda deep vein thrombosis (DVT), seperti pembengkakan unilateral, nyeri betis, kemerahan, dan peningkatan suhu pada tungkai akibat imobilisasi pascaoperasi. Selain itu, kemampuan pasien menggerakkan ekstremitas secara aktif maupun pasif perlu dievaluasi sebagai indikator pemulihan fungsi muskuloskeletal dan keberhasilan mobilisasi dini.(Astuti et al., 2026)

g) Genitalia

Pemeriksaan fisik ekstremitas pada pasien post operasi *salpingo-ooforektomim* meliputi penilaian kesimetrisan ekstremitas atas dan bawah, warna kulit, suhu, kekuatan otot, rentang gerak, adanya edema, sianosis, serta kemampuan

mobilisasi. Pada periode awal pascaoperasi, pasien umumnya mengalami keterbatasan dalam menggerakkan ekstremitas akibat nyeri pada daerah insisi, efek residu anestesi, dan kelemahan sementara sehingga aktivitas seperti duduk, berdiri, dan berjalan masih memerlukan bantuan.(Astuti et al., 2026)

Pada ekstremitas atas juga perlu dikaji adanya pemasangan infus beserta kondisi lokasi pemasangan untuk mendeteksi tanda-tanda flebitis, seperti kemerahan, nyeri, bengkak, atau peningkatan suhu lokal. Sementara itu, pada ekstremitas bawah dilakukan penilaian terhadap adanya edema, refleks patela, kekuatan otot, serta tanda-tanda deep vein thrombosis (DVT), seperti pembengkakan unilateral, nyeri betis, kemerahan, dan peningkatan suhu pada tungkai akibat imobilisasi pascaoperasi. Selain itu, kemampuan pasien menggerakkan ekstremitas secara aktif maupun pasif perlu dievaluasi sebagai indikator pemulihan fungsi muskuloskeletal dan keberhasilan mobilisasi dini.(Brunner & Suddarth (2022))

f. Konsep Diri

Pasien POST SALPINGO-OOFOREKTOMI dapat mengalami respons psikologis berupa kecemasan terhadap kondisi kesehatan, proses penyembuhan luka, dan fungsi reproduksi, namun juga memiliki harapan agar segera sembuh, nyeri berkurang, serta dapat kembali beraktivitas seperti biasa. Kemampuan pasien menerima tindakan operasi sebagai bagian dari pengobatan, memperoleh dukungan keluarga, dan mendapatkan komunikasi yang baik dari tenaga kesehatan berperan penting dalam meningkatkan adaptasi psikologis dan kualitas hidup selama masa pemulihan (Zarbo et al., 2022)

g. Aspek sosial

Pasien *post salpingo-ooforektomi* dapat mengalami perubahan pada aspek sosial, terutama dalam menjalankan peran di keluarga dan aktivitas sehari-hari selama masa pemulihan. Keterbatasan aktivitas

akibat nyeri dan proses penyembuhan dapat menyebabkan pasien membutuhkan bantuan serta dukungan dari pasangan dan keluarga. Dukungan sosial yang baik, komunikasi yang efektif dengan tenaga kesehatan, dan keterlibatan keluarga dalam proses perawatan berperan penting dalam meningkatkan adaptasi pasien, mengurangi stres, serta mempertahankan kualitas hidup setelah tindakan *salpingo-ooforektomi* (Ha et al., 2025)

h. Aspek spiritual

Pasien post salpingo-ooforektomi dapat memanfaatkan spiritualitas sebagai sumber kekuatan selama proses pemulihan. Aktivitas spiritual, seperti berdoa, beribadah, dan berserah diri kepada Tuhan sesuai dengan keyakinannya, dapat membantu meningkatkan ketenangan, harapan, serta kemampuan pasien dalam menghadapi nyeri, kecemasan, dan perubahan kondisi kesehatan setelah menjalani operasi (Ramezani et al., 2020).

i. Aspek Pengetahuan

Pasien post salpingo-ooforektomi memerlukan pengetahuan yang memadai mengenai penyakit yang dialami, tujuan tindakan operasi, perawatan luka, penggunaan obat, pembatasan aktivitas, tanda dan gejala komplikasi, serta jadwal kontrol setelah pulang. Pemberian edukasi yang efektif dapat meningkatkan pemahaman pasien, kepatuhan terhadap terapi, kemampuan melakukan perawatan mandiri, serta membantu mempercepat proses pemulihan pascaoperasi (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2023).

j. Analisa Data

Analisa data adalah proses mengelompokkan, menghubungkan, dan menginterpretasikan data hasil pengkajian (data subjektif dan data objektif) untuk mengidentifikasi masalah pasien sehingga dapat ditegakkan diagnosis keperawatan yang tepat. Analisa data merupakan tahap yang menghubungkan hasil pengkajian dengan diagnosis

keperawatan, sehingga menjadi dasar dalam penyusunan intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

Tabel 2. 1 Analisa Data

No	Data Fokus	Etiologi	Masalah Keperawatan
1	Data Mayor Subjektif: 1. Mengeluh nyeri. Objektif: 1. Tampak meringis. 2. Bersikap protektif (misalnya menjaga atau memegang area yang nyeri). 3. Gelisah. 4. Frekuensi nadi meningkat. 5. Sulit tidur. Data Minor Subjektif: 1. Tidak tersedia data minor subjektif. Objektif: 1. Tekanan darah meningkat. 2. Frekuensi napas meningkat. 3. Nafsu makan menurun. 4. Proses berpikir terganggu. 5. Menarik diri. 6. Berfokus pada diri sendiri. 7. Diaforesis (berkeringat berlebihan). .	Agen pencedera fisik (insisi pembedahan)	Nyeri Akut (D.0077)
2	Data Mayor Subjektif: 1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas. Objektif: 1. Gerakan otot menurun. 2. Rentang gerak (Range of Motion/ROM) menurun. Data Minor Subjektif: 1. Nyeri saat bergerak. 2. Enggan melakukan pergerakan. Objektif: 1. Sendi kaku. 2. Gerakan terbatas. 3. Fisik lemah.	Nyeri	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

No	Data Fokus	Etiologi	Masalah Keperawatan
3	Data Mayor Subjektif : 1. Mengungkapkan perubahan pada bagian tubuh. Objektif : - Data Minor Subjektif : 1. Mengungkapkan kehilangan bagian tubuh. 2. Mengungkapkan perasaan negatif terhadap perubahan tubuh. 3. Mengungkapkan kekhawatiran terhadap reaksi atau penolakan orang lain. 4. Mengungkapkan fokus berlebihan pada perubahan tubuh. Objektif (DO): 1. Menyembunyikan atau menunjukkan bagian tubuh secara berlebihan. 2. Menghindari melihat atau menyentuh bagian tubuh. 3. Fokus berlebihan pada penampilan tubuh. 4. Respons nonverbal terhadap perubahan tubuh. 5. Perubahan keterlibatan sosial.	Efek Tindakan (pembedahan)	Gangguan Citra Tubuh
4	Data Mayor Subjektif (DS): 1. Menolak melakukan perawatan diri. Objektif (DO): 1. Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/toileting secara mandiri (sesuai jenis defisit perawatan diri yang dialami). 2. Minat melakukan perawatan diri kurang. 3. Ketidakmampuan mempertahankan kebersihan diri. Data Minor Subjektif (DS):- Objektif (DO): 1. Tampak lemah. 2. Rentang gerak menurun. 3. Tampak tidak rapi. 4. Bau badan.	Kelemahan	Defisit perawatan diri (D.0191)

No	Data Fokus	Etiologi	Masalah Keperawatan
	5. Rambut kusut. 6. Kuku panjang dan kotor. 7. Memerlukan bantuan dalam melakukan perawatan diri.		
5	Factor Risiko: 1. Penyakit kronis (mis: diabetes melitus) 2. Efek prosedur invasif 3. Malnutrisi 4. Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan 5. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (gangguan peristaltik; kerusakan integritas kulit; perubahan sekresi pH; penurunan kerja siliaris; ketuban pecah lama; ketuban pecah sebelum waktunya; merokok; statis cairan tubuh) 6. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (penurunan hemoglobin; imunosupresi; leukopenia; supresi respon inflamasi; vaksinasi tidak adekuat)		Risiko Infeksi (D.0142)

SUMBER: SDKI 2017

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

- Nyeri akut (D.0077) berhubungan dengan agen pencedera fisik.
- Gangguan mobilitas fisik (D.0054) berhubungan dengan nyeri.
- Gangguan citra tubuh (D.0083) berhubungan dengan efek Tindakan (pembedahan)
- Defisit perawatan diri (D.0191) berhubungan dengan kelemahan.
- Risiko infeksi (D.0142) berhubungan dengan efek prosedur invasif.

3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan adalah tahap lanjutan setelah pengkajian dan penetapan diagnosa keperawatan. Tahap ini berfungsi sebagai pedoman tertulis yang merinci rencana tindakan keperawatan sesuai dengan kebutuhan pasien, berdasarkan diagnosa yang telah ditentukan. Oleh karena itu, perencanaan yang efektif harus disusun berdasarkan diagnosa keperawatan yang telah dirumuskan secara akurat (Y. Pasaribu, 2020).

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D0077) (SDKI, 2017)

- 1) Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x8jam diharapkan Tingkat nyeri menurun
- 2) Kriteria Hasil:
 - a) Keluhan nyeri menurun
 - b) Meringis menurun
 - c) Tekanan darah membaik
 - d) Pola tidur membaik (SLKI, 2018)

Tabel 2. 2 Perencanaan Nyeri Akut

Intervensi	Rasional
Manajemen Nyeri (I.08238) Obsevasi: 1) Identifikasi lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2) Identifikasi skala nyeri 3) Identifikasi respon s nyeri non verbal 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah	Observasi: 1) Untuk menentukan dan membedakan karakteristik khususnya nyeri 2) Untuk mengetahui tingkat nyeri 3) Untuk mengetahui bagaimana respon nyeri non verbal 4) Untuk mengetahui faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5) Untuk mengetahui pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6) Untuk mengetahui budaya terhadap respon nyeri 7) Untuk mengetahui pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8) Untuk mengetahui dan menilai keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan

Intervensi	Rasional
diberikan 9) Monitor Efek samping penggunaan analgetik Terapeutik: 10) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terrbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 11) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 12) Fasilitasi istirahat dan tidur 13) Pertimbangan jenis dan sumber nyeri dalaam pemilihan setrategi meredakan nyeri Edukasi: 14) Jelaskan penyebab, periode, dan penyebaran nyeri 15) Jelaskan strategi meredakan nyeri 16) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 17) Anjurkan menggunakan analgenk analgetik secara tepat 18) Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi: 19) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu (SIKI,2018)	9) Untuk melihat dan mengetahui efek samping penggunaan obat Terapeutik: 10) Mengalihkan perhatian dan sensasi nyeri sehingga klien akan lupa terhadap nyeri yang dirasa 11) Agar lingkungan dapat terkontrol dan dapat memberikan kenyamanan 12) Untuk memberikan istirahat tidur 13) Untuk mengetahui perbedaan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi: 14) Untuk mengetahui penyebab, periode dan pemicu nyeri 15) Untuk mengetahui strategi meredakan nyari 16) Agar klien bisa mengontrol nyeri secara mandiri 17) Dapat meempercepat dan konsisten dalam proses terapi 18) Dapat mengetahui teknik untuk meredakan nyeri secara non farmakologis Kolaborasi 19) Untuk membantu meredakan nyeri

SUMBER : SIKI 2018

2. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan kelemahan (D0045)

- 1) Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x8jam diharapkan mobilitas fisik meningkat
- 2) Kriteria hasil:
 1. Pergerakan ekstremitas meningkat
 2. Kekuatan otot meningkat
 3. Rentang gerak (ROM) meningkat

Tabel 2. 3 Perencanaan Gangguan Mobilitas Fisik

Intervensi	Rasional
Dukungan Mobilisasi (I.05173) Obsevasi: 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Teurapeutik: 5) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis.pagar tempat tidur) 6) Fasilitasi melakukan pergerakan 7) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi: 8) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 9) Anjurkan melakukan mobilisasi dini 10) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur.	Observasi: 1) untuk mengetahui adanya nyeri pada pasien 2) untuk mengetahui toleransi aktivitas fisik dalam melakukan pergerakan 3) untuk melihat dan mengetahui frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum aktivitas 4) Untuk mengetahui kondisi umum selama melakukan mobilisasi Teurapeutik: 5) dapat memfasilitasi aktivitas mobilisasi menggunakan alat bantu 6) dapat mempermudah dalam melakukan pergerakan 7) agar keluarga berperan dalam membantu proses penyembuhan Edukasi: 8) agar klien mengetahui tujuan dalam mobilisasi 9) untuk mempercepat proses penyembuhan 10) Agar pasien mampu melakukan mobilisasi sederhana secara mandiri

SUMBER : SIKI 2018

3. Gangguan citra tubuh (D.0083) berhubungan dengan efek Tindakan

- 1) Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x8 jam citra tubuh meningkat
- 2) Kriteria hasil:
 - a) Melihat bagian tubuh membaik
 - b) Menyentuh bagian tubuh membaik
 - c) Verbalisasi kecacatan bagian tubuh membaik
 - d) Verbalisasi kehilangan bagian tubuh membaik

Tabel 2. 4 Perencanaan Gangguan citra tubuh

Intervensi	Rasional
Promosi Citra Tubuh (I.09305) Observasi : 1) Identifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan 2) Identitas budaya, agama, jenis kelamin, dan terkait umur citra tubuh 3) Identifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi sosial	Observasi 1) Mengetahui harapan pasien terhadap citra tubuh sesuai tahap perkembangan. 2) Mengetahui faktor yang memengaruhi persepsi citra tubuh. 3) Mendeteksi dampak perubahan citra tubuh terhadap interaksi

Intervensi	Rasional
4) Pantau frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri 5) Pantau apakah pasien dapat melihat bagian tubuh yang berubah Terapi 1) Diskusikan perubahan tubuh dan fungsi 2) Diskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri 3) Diskusikan perubahan akibat pubertas, kehamilan, dan penuaan 4) Diskusikan kondisi stres yang mempengaruhi citra tubuh (mis: luka, penyakit, gangguan) 5) Diskusikan cara mengembangkan harapan citra tubuh secara realistis 6) Diskusikan persepsi pasien dan keluarga tentang perubahan citra tubuh Edukasi 1) menjelaskan kepada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh 2) Anjurkan mengungkapkan gambaran diri sendiri terhadap citra tubuh 3) Anjurkan menggunakan alat bantu (mis: pakaian, wig, kosmetik) 4) Anjurkan mengikuti kelompok pendukung (mis: kelompok sebaya) 5) Latih fungsi tubuh yang dimiliki 6) Latih peningkatan penampilan diri (mis: berdandan) 7) Latih mengungkapkan kemampuan diri kepada orang lain maupun kelompok	sosial. 4) Menilai tingkat ketidakpuasan terhadap diri sendiri. 5) Menilai penerimaan pasien terhadap perubahan fisik. Terapeutik 1) Meningkatkan pemahaman dan penerimaan terhadap perubahan tubuh. 2) Membantu meningkatkan harga diri pasien. 3) Memberikan pemahaman mengenai perubahan tubuh. 4) Membantu mengembangkan coping yang adaptif. 5) Membantu membentuk harapan yang realistis. 6) Meningkatkan dukungan keluarga terhadap pasien. Edukasi 1) Meningkatkan pengetahuan keluarga dalam mendukung pasien. 2) Membantu pasien mengekspresikan perasaan. 3) Meningkatkan kepercayaan diri terhadap penampilan. 4) Meningkatkan dukungan emosional dan adaptasi. 5) Meningkatkan kemampuan fungsi tubuh. 6) Meningkatkan kepuasan terhadap penampilan. 7) Meningkatkan harga diri dan interaksi sosial.

Sumber: SIKI 2018

4. Defisit perawatan diri (D.0191) berhubungan dengan kelemahan.

1) Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x8 jam, Perawatan Diri meningkat

2) Kriteria hasil:

1. Kemampuan mandi meningkat.
2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat.
3. Kemampuan berhias meningkat
4. Kemampuan makan meningkat

5. Kemampuan toileting meningkat.
6. Kemandirian melakukan aktivitas perawatan diri meningkat.
7. Kebersihan tubuh meningkat.

Tabel 2. 5 Perencanaan Defisit Perawatan Diri

Intervensi	Rasional
Dukungan Perawatan Diri (I.11348) Observasi: 1. Identifikasi tingkat kemandirian pasien dalam melakukan perawatan diri. 2. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, makan, dan toileting. 3. Identifikasi hambatan melakukan perawatan diri (misalnya nyeri, kelemahan, atau keterbatasan mobilitas). Terapeutik: 1. Sediakan lingkungan yang mendukung pelaksanaan perawatan diri. 2. Sediakan alat bantu kebersihan diri sesuai kebutuhan. 3. Dampingi pasien dalam melakukan perawatan diri sampai mampu melakukannya secara mandiri. 4. Bantu pasien melakukan perawatan diri bila diperlukan. 5. Berikan kesempatan kepada pasien untuk melakukan perawatan diri sesuai kemampuan. 6. Pertahankan privasi pasien selama melakukan perawatan diri. Edukasi 1. Anjurkan melakukan perawatan diri secara bertahap sesuai kemampuan. 2. Ajarkan cara melakukan perawatan diri yang benar dan aman. 3. Anjurkan keluarga memberikan dukungan dan bantuan sesuai kebutuhan tanpa mengurangi kemandirian pasien.	Observasi 1. Mengetahui tingkat kemandirian pasien sebagai dasar dalam menentukan kebutuhan bantuan dan intervensi keperawatan. 2. Menentukan kebutuhan alat bantu untuk mendukung keamanan, kenyamanan, dan kemandirian pasien dalam melakukan perawatan diri. 3. Mengetahui faktor yang menghambat kemampuan pasien dalam melakukan perawatan diri sehingga dapat diberikan penanganan yang tepat. Terapeutik 1. Menciptakan lingkungan yang aman dan nyaman sehingga memudahkan pasien melakukan perawatan diri. 2. Mempermudah pasien dalam memenuhi kebutuhan perawatan diri sesuai kemampuan. 3. Meningkatkan rasa aman, kepercayaan diri, dan kemandirian pasien dalam melakukan perawatan diri. 4. Membantu memenuhi kebutuhan dasar pasien serta mencegah kelelahan dan cedera selama masa pemulihan. 5. Melatih kemampuan fungsional dan meningkatkan kemandirian pasien secara bertahap. 6. Menjaga martabat, kenyamanan, dan kepercayaan diri pasien selama melakukan perawatan diri. Edukasi 1. Meningkatkan kemampuan pasien melakukan perawatan diri secara bertahap sesuai toleransi aktivitas.

Intervensi	Rasional
	2. Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan pasien dalam melakukan perawatan diri secara benar dan aman. 3. Meningkatkan dukungan keluarga sehingga dapat memotivasi pasien dan membantu mencapai kemandirian dalam perawatan diri.

Sumber:SIKI 2018

5. Resiko infeksi dibuktikan dengan kerusakan integritas kulit (D 0142)

- 1) Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x8 jam tingkat infeksi menurun
- 2) Kriteria hasil
 - a) Kemerahan menurun
 - b) Bengkak menurun
 - c) Kultur area luka membaik
 - d) Kurtur darah membaik

Tabel 2. 6 Perencanaan Risiko Infeksi

Intervensi	Rasional
Pencegahan infeksi (I.14539) Obsevasi: 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistematik Terapeutik: 2) Batasi jumlah pengunjung 3) Berikan perawatan kulit pada area edema 4) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 5) Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi Edukasi: 6) jelaskan tanda dan gejala infeksi 7) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 8) Ajarkan etika batuk 9) Ajarkan cara memeriksa kondisi	Observasi: 1. Untuk mengetahui tanda dan gejala infeksi yang muncul pada pasien Terapeutik: 2) Untuk meminimalisir terjadinya port the entry dari pengunjung luar 3) Untuk mengetahui perkembangan kondisi luka 4) Untuk memutuskan rantai penularan bakteri 5) Untuk mempertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi Edukasi: 6) Agar pasien dan keluarga tau tanda dan gejala infeksi 7) Untuk mencegah infeksi dan pasien dapat menerapkan cuci tangan sebagai Tindakan utama

Intervensi	Rasional
luka atau luka operasi 10) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 11) Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi: 12) Kolaborasi pemberian antibiotik/imunisasi, jika perlu	dalam mencegah infeksi 8) Agar tidak mengalami penyebaran bakteri 9) Untuk memberikan informasi mengenai tanda infeksi 10) Untuk membantu proses pemulihan 11) Untuk membantu proses pemulihan Kolaborasi: 12) Untuk membantu mengurangi infeksi bakteri

SUMBER : SIKI 2018

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan rangkaian tindakan nyata yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien mencapai perbaikan kondisi kesehatan. Tindakan ini disesuaikan dengan kriteria hasil yang diharapkan dan mencakup dukungan, pengobatan, pendidikan bagi klien dan keluarga, serta upaya pencegahan terhadap kemungkinan masalah kesehatan di masa mendatang. (Safitri, 2020)

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah proses untuk menilai secara objektif sejauh mana hasil yang telah direncanakan sebelumnya telah tercapai. Dalam keperawatan, evaluasi berfungsi untuk meninjau kembali seluruh tahapan proses keperawatan, mulai dari pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, hingga evaluasi, guna mengidentifikasi keberhasilan atau kekeliruan dalam tindakan keperawatan yang telah dilakukan. Evaluasi merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan yang bertujuan untuk menilai sejauh mana tindakan keperawatan yang telah diberikan mampu mencapai tujuan yang direncanakan dalam mengatasi masalah kesehatan pasien. (Rahmatia, 2021)

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. TINJAUAN KASUS

1. PENGKAJIAN

a. IDENTITAS

1) IDENTITAS PASIEN

Nama	: Ny. E
Usia	: 48 Tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Alamat	: Karangtengah 2/16 ciamis
Status perkawinan	: Menikah
Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA sederajat
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga
No rekam medis	: 100.86.51.23
Diagnose medis	: Post salpingooforektomi a/i kista ovarium
Status obstetri	: P0A0
Tanggal masuk rs	: 07.05.2026
Tanggal pengkajian	: 08.05.2026
Ruang rawat	: Ruang Delima RSUD CIAMIS

2) IDENTITAS PENANGGUNG JAWAB

Nama	: TN.C
Usia	: 50 Tahun
Jenis kelamin	: Laki-laki
Hubungan dengan pasien	: Suami

b. Riwayat Kesehatan

1) Alasan masuk rs

Klien mengatakan pada tanggal 4 Mei 2026 klien merasa nyeri pada perut bagian bawah , pada awalnya klien merasa

hanya nyeri haid biasa tetapi karna nyerinya tidak hilang meskipun sudah minum obat nyerinya tidak kunjung hilang meskipun sudah minum obat nyerinya bertambah dan berdampak hingga klien tidak mampu bangkit dari tempat tidur kemudian suami klien membawa klien ke igd rsud ciamis kemudian dilakukan pemeriksaan usg dan saat di usg didapati hasil kista ovarium pada ovarium sebelah kanan dengan diameter 12x5 cm. setelah nyeri klien reda klien di perbolehkan pulang dan klien di jadwalkan operasi pada tanggal 08 Mei 2026

2) Keluhan utama

Klien mengeluh nyeri pada perut bagian bawah

3) Riwayat Kesehatan Sekarang

Klien mengeluhh nyeri pada perut bagian bawah (pada luka operasi)

P: klien mengatakan nyeri bertambah apabila klien bergerak dan nyeri mereda apabila klien beristirahat / mengurangi gerak

Q: klien mengatakan nyeri terasa seperti tersayat

R: klien mengatakan nyeri hanya terasa pada perut bagian bawah (luka operasi)

S: klien mengatakan skala nyeri 5 (0-10)

T: klien mengatakan nyerinya hilang timbul dan apabila terasa durasi nya +- 2 detik.

4) Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien mengatakan mempunyai Riwayat penyakit batu empedu dan di operasi pada bulan Januari 2026, saat dikaji klien mengatakan tidak mempunyai Riwayat penyakit hipertensi ,diabetes melitus dll.

5) Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan di keluarga tidak ada Riwayat penyakit keturunan dan tidak ada penyakit menular di keluarganya

,keluarga tidak ada yang memiliki riwayat penyakit kista ovarium.

c. Riwayat obbstetri dan Ginekologi

1) Riwayat menstruasi

Menarche :usia 15 tahun (+- kelas 2 smp)

Lama haid :2-3 hari

Siklus haid :28-30 hari sekali

Banyaknya :sedikit

Sifat darah :cair, kadang di sertai dismenorhia

2) Riwayat perkawinan

Usia perkawinan :10 tahun

Pernikahan ke :ke 1

3) Riwayat kehamilan

Klien mengatakan belum pernah hamil.

d. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

Klien sakit sedang , klien tampak meringis , klien tampak protektif memegang perut bawah .

2) Kesadaran

Composmentis E4V5M6

3) Tanda tanda vital

Tekanan darah : 153/93 mmHg

Nadi : 108x/menit

Respirasi : 22x/menit

Suhu :36,8 c

Spo2 : 99 %

4) *Head to toe*

a) Kepala

Warna rambut hitam tampak beberapa uban , rambut pendek sebau ,tampak rambut rapi dan sudah di sisir dan diikat, penyebaran rambut merata, kulit kepala tampak bersih, kepala

klien simetris di garis tengah tubuh, simetris kanan kiri, bentuk kepala bulat, tidak teraba benjolan ataupun nyeri tekan. rambut tampak lepek

(1) Wajah

Ekspresi meringis sesekali, terdapat cloasma di pipi kanan kiri klien

(2) Mata

Mata klien simetris antara kanan dan kiri, konjungtiva tidak anemis, sklera putih, bola mata dapat digerakkan ke segala arah, reflek pupil ketika diberi Cahaya pupil mengecil, fungsi penglihatan jelas ketika di instruksikan membaca, keadaan mata bersih, tidak ada nyeri tekan, alis simetris dapat di gerakkan, bulu mata penyebaran merata, kelopak mata dapat di kedipkan, tidak ada keluhan.

(3) Hidung

Lubang hidung simetris antara kanan dan kiri, hidung bersih, tidak ada secret, fungsi penciuman baik terbukti dapat membedakan bau kayu putih, tidak ada nyeri tekan, pernafasan 20x/ menit tidak ada suara nafas tambahan, suara nafas vesikuler.

(4) Telinga

Letak telinga simetris kiri dan kanan, tidak ada serumen, fungsi pendengaran baik terbukti dapat menjawab pertanyaan yang dilontarkan oleh perawat dan pengkaji, tidak memakai alat bantu dengar, tidak ada nyeri tekan

(5) Mulut dan gigi

Mulut bersih, bibir simetris atas bawah, palatum utuh, gigi bersih, gigi geraham kanan tanggal, klien mampu mengunyah tanpa hambatan, tidak ada memakai gigi palsu, tidak ada nyeri tekan, bibir dan mulut lembab, mulut terasa pahit

(6) Leher

Tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran vena jugularis, fungsi menelan baik, terbukti klien dapat menelan makan tanpa ada keluhan, tidak ada nyeri tekan.

b) Dada

(1) Paru paru

Pengembangan dada simetris kanan dan kiri, bunyi nafas vesikuler, tidak ada bunyi tambahan, tidak ada wheezing, ronchi (-), respirasi 20 x/ menit.

(2) Jantung

Bunyi jantung S1/S2 lup dup, Irama jantung regular, TD 153/93 mmHg,

(3) Payudara

Bentuk payudara simetris kanan kiri, puting menonjol, areola berwarna hitam kecoklatan, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan.

c) Abdomen

Bentuk perut cembung, terdapat keloid pada region epigastric sepanjang 10 cm menurut pengkajian luka tersebut adalah luka operasi batu empedu pada bulan Januari 2026, terdapat luka tertutup kasa hypafix di regio umbilical memanjang ke hypogastric, luka sepanjang 15 cm dengan posisi memanjang ke bawah vertical, saat di auskultasi bising usus 6x / menit, terdapat nyeri tekan nyeri dengan skala 5 (0-10), nyeri bertambah ketika bergerak dan reda ketika istirahat, nyeri seperti tersayat dan nyeri hilang timbul, tidak terdapat distensi abdomen.

d) Genitalia

Keadaan genitalia bersih , tidak terdapat darah di pampers, di underpad bersih, klien terpasang kateter dengan pengeluaran urin di urine bag dalam 5 jam operasi 500 cc, warna urine kuning kecoklatan jernih, tidak ada hematuria, rambut pubis merata, tidak ada nyeri tekan.

e) Ekstremitas

(1) Ekstremitas Atas

Klien tampak terbaring, pergerakan tangan baik, kekuatan otot 5/5, tangan kanan terpasang infus rl 20 tpm, tangan kanan kiri simetris.,crt<2 detik. turgor kulit kembali cepat (< 2 detik, Pergerakan klien dibantu oleh keluarga dan perawat

(2) Ekstremitas Bawah

Ekstremitas bawah mampu mengangkat tidak bisa melawan gravitasi, kekuatan otot 3/3, klien mengatakan cemas saat akan bergerak, klien mengatakan sulit menggerakkan kaki (pengaruh anestesi), klien tampak lemah.pergerakan klien dibantu oleh perawat dan keluarga .

e. Konsep diri

1) Identitas Diri

Klien seorang perempuan berusia 48 tahun dan beragama Islam.

2) Peran Diri

Klien berperan sebagai istri dalam keluarganya.

3) Ideal Diri

Klien mengatakan ingin segera sembuh, nyeri berkurang, dan dapatsegera pulang ke rumah agar dapat kembali menjalankan aktivitas seperti biasa.

4) Harga Diri

Klien mengatakan merasa dihargai, diperhatikan, dan mendapat dukungan dari suami serta anggota keluarganya selama menjalani perawatan di rumah sakit.

5) Gambaran Diri

Klien mengatakan terdapat perubahan pada tubuhnya setelah menjalani operasi, seperti adanya luka operasi dan pengangkatan ovarium. Klien menerima perubahan tersebut sebagai bagian dari proses pengobatan, tidak merasa malu atau rendah diri, serta mampu beradaptasi dengan kondisi yang dialaminya.

f. Aspek Psikologi

- 1) Persepsi diri, klien berharap kondisinya segera membaik, luka operasi cepat sembuh, nyeri berkurang, dan dapat segera pulang ke rumah serta kembali beraktivitas seperti biasa.
- 2) Klien menerima tindakan operasi yang telah dijalani sebagai upaya pengobatan dan menunjukkan sikap kooperatif selama menjalani perawatan.
- 3) Klien beberapa kali bertanya kepada perawat mengenai perkembangan kondisi kesehatannya, perawatan luka operasi, serta kapan diperbolehkan pulang.

g. Aspek Sosial

Hubungan klien dengan keluarganya baik, terbukti banyak keluarga yang menjaga klien. Pola komunikasi klien baik, terbukti klien dapat berkomunikasi dengan baik dan benar.

h. Aspek Spiritual

Klien adalah seorang muslim dan klien selalu berdoa untuk kesembuhannya.

i. Pola koping

Apabila klien mempunyai masalah, klien selalu memecahkan masalahnya dengan cara bermusyawarah bersama suaminya dan keluarganya.

j. Kebiasaan seksual

Hubungan seksual sebelum operasi klien tidak memiliki gangguan dalam berhubungan suami istri

k. Pola aktivitas sehari-hari

Tabel 3. 1 Pola Aktivitas Sehari-hari

N0	Jenis Aktivits	Di Rumah	Di Rumas Sakit
1	Nutrisi a. Makanan Frekuensi Jenis Porsi Cara Keluhan b. Minuman Jenis Frekuensi Cara	3x/Hari Nasi+lauk pauk 1 porsi Mandiri Tidak ada keluhan Air putih 6-7 gelas/hari Mandiri	Baru 1x makan Nasi+lauk pauk 1/4 porsi Di bantu Tidak ada keluhan Air Putih 1/2Gelas Mandiri
2	Eliminasi a. BAB Frekuensi Konsistensi Warna Bau b. BAK Frekuensi Warna Bau Cara	1x/Hari Padat Khas veses Khas veses 5-6x/Hari Kuning jernih Khas urin Mandiri	Belum BAB Belum BAB Khas Veses Khas vese 3-4x/Hari Kuning pekat Khas urin Dipakaikan kateter
3	Pola iatirahat a. Tidur siang Kuantitas Keluhan b. Tidur malem Kuantitas Keluhan	1-2 jam/Hari Baik Tidak ada keluhan 6-7jam/Hari Baik Tidak ada Keluhan	Tidur 1-2 jam Baik Tidak ada keluhan 6-7jam/Hari Baik Tidak ada keluhan
4	Personal hygiene a. Mandi b. Gosok gigi c. Keramas d. Ganti baju e. Cara	2x/Hari 2x/Hari 1 minggu 3x 2x/Hari Mandiri	Klien mengatakan belum mandi sejak masuk RS Belum gosok gigi Belum keramas 1x/hari Dibantu

l. Data penunjang

Nama :Ny.E
 Alamat :Kp. Karangtengah,Ciamis
 Tanggal : 08 Mei 2026 15.00 WIB

Tabel 3. 2 Hasil Laboratorium

PEMERIKSAAN	HASIL	UNIT	NILAI NORMAL
HEMATOLOGI			
Hemoglobin	12.1	g/d	13 – 18
Hematokrit	38.2	%	35 – 47
JumlahLekosit	13.960	/mm3	3.800 – 10. 600
JumlahTrombosit	403.000	/mm3	150.000 – 440.000
Jumlah Eritrosit	4.6	Juta/mm3	4.5-6.5

Tabel 3. 3 Terapi Medis

No	Nama Obat	Dosis	Rute
1.	Infus RL	20 Tpm	IV
2.	Cefotaxim	2x1gr	IV
3.	Keterolac	3x30mg	IV
4.	Asam mefenamat	3x1 tablet	Oral
5	Cinolon N	1x500mg	Luar

m. Analisa data

Tabel 3. 4 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	Data Subjektif : 1) Klien mengeluh nyeri perut bagian bawah 2) Nyeri bertambah apabila klien bergerak dan nyeri mereda ketika klien mengurangi pergerakan atau beristirahat . 3) Nyeri terasa seperti tersayat. 4) Klien mengatakan nyeri hanya terasa	Pasien menjalani tindakan <i>salpingo-ooforektomi</i> yang menyebabkan terbentuknya luka operasi akibat insisi pembedahan. Insisi tersebut mengakibatkan kerusakan jaringan sehingga memicu respons inflamasi dengan pelepasan mediator inflamasi seperti prostaglandin, histamin, dan bradikinin. Mediator inflamasi kemudian merangsang reseptor nyeri (nosiseptor), sehingga impuls nyeri	Nyeri akut (D.0077)

No	Data	Etiologi	Masalah
	pada perut bagian bawah (luka operasi). 5) Skala nyeri 5(0-10). 6) Klien mengeluh nyerinya hilang timbul apabila terasa nyerinya terasa 2 detik. Data Objektif : 1) Klien tampak meringis 2) Klien bersikap protektif memegang perut 3) Klien post op salpingooforektomi atas indikasi kista ovarium POD 0 4) Terdapat luka di perut regio umbilical memanjang 15 cm hingga ke regio hipogastrik 5) Tekanan darah 153/93 mmHg 6) Nadi 108x/menit	dihantarkan melalui serabut saraf ke sumsum tulang belakang dan diteruskan ke otak. Otak menginterpretasikan impuls tersebut sebagai sensasi nyeri, sehingga pasien mengalami nyeri akut yang ditandai dengan keluhan nyeri pada area operasi.	
2	Data Subjektif : 1) Pasien mengeluh nyeri saat bergerak 2) Klien mengatakan sulit menggerakkan ekstremitas bawah karena masih merasa nyeri (dalam pengaruh anestesi) 3) Klien merasa cemas saat bergerak Data Objektif : 1) Kekuatan otot ekstremitas bawah 3 2) Klien mampu mengangkat kedua kaki tapi tidak mampu menahan gravitasi 3) Rentang Gerak menurun 4) Gerakan terbatas hanya bisa	Tindakan <i>salpingo-ooforektomi</i> menyebabkan terbentuknya luka operasi yang menimbulkan nyeri akut. Nyeri pada area insisi, ditambah dengan efek residu anestesi berupa kelemahan dan penurunan kekuatan otot, menyebabkan pasien membatasi pergerakan untuk menghindari peningkatan nyeri. Pembatasan gerak tersebut mengakibatkan penurunan kemampuan mengubah posisi, berpindah, dan berjalan, sehingga pasien mengalami gangguan mobilitas fisik.	Gangguan mobilitas fisik (D.0054)

No	Data	Etiologi	Masalah
	mengangkat tanpa bisa melawan gravitasi 5) Fisik tampak lemah		
4	Data Subjektif: 1) Klien mengatakan tidak bisa melakukan pergerakan dengan mandiri dan harus dibantu oleh keluarga Data Objektif: 1) Rambut tampak lepek 2) Keadaan pasien tampak lemah 3) Pasien tampak tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri karena terdapat nyeri di abdomen post operasi salpingooforektomi 4) Pergerakan klien dibantu perawat dan keluarga	Adanya luka post op salphyngooforektomi yang merangsang saraf sensorik sehingga menimbulkan nyeri. Pasien menjadi takut bergerak karena takut meningkatkan rasa nyeri sehingga gerakan pasien menjadi terbatas, tidak mampu ke toilet dan menyebabkan defisit perawatan diri.	Defisit perawatan diri (D 0109)
3	Faktor Risiko : 1) Klien post operasi salpingooforektomi 2) Leukosit 13.960 Juta/mm ³	Tindakan operasi menyebabkan insisi pembedahan yang mengakibatkan terputusnya kontinuitas jaringan kulit. Hilangnya integritas kulit menyebabkan fungsi pertahanan tubuh menurun sehingga mikroorganisme lebih mudah masuk ke dalam tubuh. Apabila proses penyembuhan luka terhambat akibat nutrisi yang tidak adekuat, respons imun menjadi kurang optimal. Kondisi tersebut meningkatkan risiko invasi mikroorganisme sehingga pasien berisiko mengalami infeksi.	Risiko Infeksi (D.0142)

2. DIAGNOSA KEPERAWATAN

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

Data subjektif :

- 1) Klien mengeluh nyeri perut bagian bawah

P: Nyeri bertambah apabila klien bergerak dan nyeri mereda ketika klien mengurangi pergerakan atau beristirahat .

Q: Nyeri terasa seperti tersayat.

R:Klien mengatakan nyeri hanya terasa pada perut bagian bawah (luka operasi).

S: Skala nyeri 5(0-10).

T :Klien mengeluh nyerinya hilang timbul apabila terasa nyerinya terasa 2 detik.

Data Objektif :

- 1) Klien tampak meringis
- 2) Klien bersikap protektif memegang perut
- 3) Klien post op salpingooforektomi atas indikasi kista ovarium POD 0
- 4) Terdapat luka di perut regio umbilical memanjang 15 cm hingga ke regio hipogastrik
- 5) Tekanan darah 153/93 mmHg
- 6) Nadi 108x/menit

- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri ditandai dengan

Data Subjektif :

- 1) Klien mengeluh nyeri saat bergerak
- 2) Klien mengatakan sulit menggerakkan ekstremitas bawah
- 3) Klien merasa cemas saat bergerak

Data Objektif :

- 1) Kekuatan otot ekstremitas bawah 3 (mampu mengangkat tetapi tidak bisa melawan gravitasi)

- 2) Rentang gerak menurun
- 3) Geakan terbatas
- 4) Fisik tampak lemah
- 1) Risiko infeksi dibuktikan dengan
- 2)

c. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan di tandai dengan:

Data Subjektif:

- 1) Klien mengatakan tidak bisa melakukan pergerakan dengan mandiri dan harus dibantu oleh keluarga

Data Objektif:

- 1) Rambut tampak lepek
- 2) Keadaan pasien tampak lemah
- 3) Pasien tampak tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri karena terdapat nyeri di abdomen post operasi
- 4) Pergerakan klien dibantu perawat dan keluarga

d. Risiko Infeksi ditandai dengan

Ds:

Faktor Risiko :

- 1. Klien post operasi salphyngooforektomi
- 2. Leukosit 13.960 /mm³

3. PROSES KEPERAWATAN

Tabel 3. 5 Proses Keperawatan

N o	Diagnosa	Luaran	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
1	Nyeri akut bd agen pencedera fisik dd Data subjektif : 1. Klien mengeluh nyeri perut bagian bawah 2. Nyeri bertambah apabila klien bergerak dan nyeri mereda ketika klien mengurangi pergerakan atau beristirahat 3. Nyeri terasa seperti tersayat. 4. Klien mengatakan nyeri hanya terasa pada perut bagian bawah (luka operasi). 5. Skala nyeri 5(0-10). 6. Klien mengeluh nyerinya hilang	Setelah dilakukan intervensi selama 7 X 24 jam maka tingkat nyeri (L.08066) menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun	Manajemen Nyeri (I.08238) Obsevasi: 1. Identifikasi lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri	Observasi: 1. Untuk menentukan dan membedakan karakteristik khususnya nyeri 2. Untuk mengetahui tingkat nyeri	Tanggal 08/05/2026 Pukul 13.00 WIB 1. Mengidentifikasi lokasi,karakteristik nyeri Respon: Klien mengatakan nyeri di perut bawah, nyeri terasa seperti tersayat,dan nyeri terasa hilang timbul 2. Mengidentifikasi skala nyeri Respon: Klien mengatakan nyerinya skala 5 (0-10)	08/05/2026 Pukul 14.00 WIB S: 1. klien mengatakan nyeri masih terasa dengan skala nyeri masih 5 (0-10) O: 1. klien tampak meringis sesekali 2. Klien tampak memegang bagian perut (dari luar baju) 3. Klien tampak tidak

No	Diagnosa	Luaran	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
	timbul apabila terasa nyerinya terasa 2 detik. Data Objektif : 1) Klien tampak meringis 2) Klien bersikap protektif memegang perut 3) Klien post op salpingooforekto mi atas indikasi kista ovarium POD 0 4) Terdapat luka di perut regio umbilical memanjang 15 cm hingga ke regio hipogastrik 5) Tekanan darah 153/93 mmHg 6) Nadi 108x/menit		7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor Efek samping penggunaan analgetik	3. Untuk mengetahui bagaimana respon nyeri non verbal 4. Untuk mengetahui faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Untuk mengetahui pengetahuan	3. Mengidentifikasi dampak nyeri terhadap kualitas hidup R: Nyeri klien mengakibatkan klien tampak lemah ,pergerakan terbatas dan klien tampak sering meringis Pukul 11.00 WIB 4. Mengajarkan teknik non farmakologis R: Klien di ajarkan teknik relaksasi nafas dalam dan tampak mengikuti apa yang di ajarkan 5. Kolaborasi pemberian analgetic	nyaman dengan kondisinya A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi manajemen nyeri

No	Diagnosa	Luaran	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
				dan keyakinan tentang nyeri 6. Untuk mengetahui budaya terhadap respon nyeri 7. Untuk mengetahui pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Untuk mengetahui dan menilai keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Untuk melihat dan mengetahui	R: Klien diberikan obat injeksi ketorolac 2mg via iv dan klien tampak kooperatif Pukul 12.00 WIB 6. Cek ttv R: TD: 143/90 mmHg N: 91x/menit R: 22x/menit Spo2: 98%	

No	Diagnosa	Luaran	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
			Terapeutik: 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangan jenis	efek samping penggunaan obat Terapeutik: 1. Mengalihkan perhatian dan sensasi nyeri sehingga klien akan lupa terhadap nyeri yang dirasa 2. Untuk memberikan istirahat tidur 3. Untuk mengetahui perbedaan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri		

No	Diagnosa	Luaran	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
			dan sumber nyeri dalaam pemilihan setrategi meredakan nyeri Edukasi: 1. Jelaskan penyebab, periode, dan penyebaran nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgenk analgetik secara tepat 5. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri	Edukasi: 1. Untuk mengetahui penyebab, periode dan pemicu nyeri 2. Untuk mengetahui strategi meredakan nyari 3. Agar klien bisa 4. mengontrol nyeri secara mandiri 5. Dapat meempercepat dan konsisten dalam proses terapi 6. Dapat mengetahui		

No	Diagnosa	Luaran	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
			Kolaborasi: 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	teknik untuk meredakan nyeri secara non farmakologis Kolaborasi 1. Untuk membantu meredakan nyeri		
2	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri ditandai dengan Data Subjektif : 1. Klien mengeluh nyeri saat bergerak 2. Klien mengatakan sulit menggerakkan ekstremitas bawah 3. Klien merasa cemas saat bergerak Data objektif : 1. Kekuatan otot ekstremitas bawah	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 X 24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat Kriteria hasil: 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat	Dukungan Mobilisasi (I.05173) Obsevasi: 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi	Observasi: 1. Untuk mengetahui adanya nyeri pada pasien 2. Untuk mengetahui toleransi aktivitas fisik dalam melakukan pergerakan 3. Untuk melihat dan mengetahui frekuensi jantung dan tekanan darah	Tanggal 08/05/2026 Pukul 13.00 WIB 1. Mengidentifikasi keluhan fisik R: Klien mengeluh nyeri sehingga enggan untuk bergerak dan ekstremitas bawah masih sulit digerakkan karena masih dibawah	Tanggal 08/05/2026 Pukul 14.00 WIB S: 1. Klien mengatakan masih cemas untuk bergerak 2. Klien masih takut saat akan bergerak O: 1. Klien tampak

No	Diagnosa	Luaran	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
	3 (mampu mengangkat tetapi tidak bisa melawan gravitasi) 2. Rentang gerak menurun 3. Gerakan terbatas 4. Fisik tampak lemah		4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Teurapeutik: 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis.pagar tempat tidur) 2. Fasilitasi melakukan pergerakan 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi: 1. Jelaskan tujuan	sebelum aktivitas 4. Untuk mengetahui kondisi umum selama melakukan mobilisasi Teurapeutik: 1. Dapat memfasilitasi aktivitas mobilisasi menggunakan alat bantu 2. Dapat mempermudah dalam melakukan pergerakan 3. Agar keluarga berperan dalam membantu proses penyembuhan Edukasi: 1. Agar klien	pengaruh anestesi 2. Mengidentifikasi Toleransi pergerakan R: Klien mulai belajar bergerak miring kanan kiri 3. Memfasilitasi pergerakan R: Bed terpasang rel untuk berpegangan, dan saat mika mikir klien dibantu. 4. Mengedukasi pentingnya mobilisasi R : Klien tampak paham	ragu untuk bergerak 2. Pergerakan klien tampak terbatas 3. Kekuatan otot 3 A: Masalah belum teratasi P: lanjutkan intervensi dukungan mobilisasi

No	Diagnosa	Luaran	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
			dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur.	mengetahui tujuan dalam mobilisasi 2. Untuk mempercepat proses penyembuhan a. Agar pasien mampu melakukan mobilisasi sederhana secara mandiri	mengenai pentingnya mobilisasi	
3	Risiko infeksi dibuktikan dengan Do: Faktor Risiko : 1. Klien post operasi salphyngooforekto mi 2. Leukosit 13.960 Juta/mm ³	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 7X8 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil: 1. Kemerahan menurun 2. Nyuri menurun 3. Bengkak menurun	Pencegahan infeksi (I.14539) Obsevasi: 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistematik Terapeutik: 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Berikan perawatan kulit pada area	Observasi: 1. Untuk mengetahui tanda dan gejala infeksi yang muncul pada pasien Terapeutik: 1. Untuk meminimalisir terjadinya port the entry dari	Tanggal 08/05/2026 13.00 wib 1. Menilai tanda infeksi lokal Respon : Luka tampak tertutup kassa steril 2. Mengedukasi klien untuk meningkatkan nutrisi R:	Tanggal 08/05/2026 14.00 wib S: 1. Klien mengatakan merasa nyeri di perut di bagian luka operasi O: 1. Klien tampak meringis

No	Diagnosa	Luaran	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
		4. Kultur area luka mambaiK 5. Kadar sel darah putih membaik	edema 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi Edukasi: 13) jelaskan tanda dan gejala infeksi 14) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 15) Ajarkan etika batuk 16) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 17) Anjurkan	pengunjung luar 2. Untuk mengetahui perkembangan kondisi luka 3. Untuk memutuskan rantai penularan bakteri 4. Untuk mempertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi Edukasi: 1. Agar pasien dan keluarga tau tanda dan gejala infeksi 2. Untuk mencegah infeksi dan pasien dapat menerapkan cuci tangan sebagai Tindakan utama	Klien mengganggu kepala dan berkata paham terhadap apa yang di sampaikan 3. Kolaborasi obat antibiotik R: klien diberikan obat cefotaxime via iv	2. Luka tampak tertutup lasa steri dan hypæ A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi pencegahan infeksi

No	Diagnosa	Luaran	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
			meningkatkan asupan nutrisi 18) Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi: 1. Kolaborasi pemberian antibiotik/imunisasi, jika perlu	dalam mencegah infeksi 3. Agar tidak mengalami penyebaran bakteri 4. Untuk memberikan informasi mengenai tanda infeksi 5. Untuk membantu proses pemulihan 6. Untuk membantu proses pemulihan Kolaborasi: 1. Untuk membantu mengurangi infeksi bakteri		

No	Diagnosa	Luaran	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
4.	Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan di tandai dengan: Data Subjektif: 1) Klien mengatakan tidak bisa melakukan pergerakan dengan mandiri dan harus dibantu oleh keluarga Data Objektif: 1) Rambut tampak lepek 2) Keadaan pasien tampak lemah 3) Pasien tampak tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri karena terdapat nyeri di abdomen post operasi 4) Pergerakan klien dibantu perawat dan keluarga	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam, diharapkan kemampuan perawatan diri meningkat. Dengan kriteria hasil: 1) Kemampuan mandi meningkat 2) Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 3) Kemampuan ke toilet meningkat 4) Mempertahankan kebersihan diri meningkat	Dukungan Perawatan Diri (I.11348) Observasi: 1. Identifikasi tingkat kemandirian pasien dalam melakukan perawatan diri. 2. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, makan, dan toileting. 3. Identifikasi hambatan melakukan perawatan diri (misalnya nyeri,	Observasi: 1. Mengetahui tingkat kemandirian pasien sebagai dasar dalam menentukan kebutuhan bantuan dan intervensi keperawatan. 2. Menentukan kebutuhan alat bantu untuk mendukung keamanan, kenyamanan, dan kemandirian pasien dalam melakukan perawatan diri. 3. Mengetahui faktor yang menghambat kemampuan pasien dalam	08/5/2026 13.00WIB 1. Mengidentifikasi tingkat kemandirian pasien dalam melakukan perawatan diri serta mengkaji hambatan yang dialami. Respon : Pasien mengatakan masih merasa nyeri pada area luka operasi saat bergerak dan masih memerlukan bantuan dalam memenuhi	08/5/2026 14.00WIB S : 1. Pasien mengatakan masih merasa nyeri pada luka operasi saat bergerak 2. Pasien mengatakan masih memerlukan bantuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari. 3. Pasien mengatakan memahami anjuran untuk melakukan

No	Diagnosa	Luaran	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
			kelemahan, atau keterbatasan mobilitas). Terapeutik: 1) Sediakan lingkungan yang mendukung pelaksanaan perawatan diri. 2) Sediakan alat bantu kebersihan diri sesuai kebutuhan. 3) Dampingi pasien dalam melakukan perawatan diri sampai mampu melakukannya secara mandiri.	melakukan perawatan diri sehingga dapat diberikan penanganan yang tepat. Terapeutik 1) Menciptakan lingkungan yang aman dan nyaman sehingga memudahkan pasien melakukan perawatan diri. 2) Mempermudah pasien dalam memenuhi kebutuhan perawatan diri sesuai kemampuan. 3) Meningkatkan rasa aman, kepercayaan diri, dan kemandirian pasien dalam	kebutuhan perawatan diri. 2. Membantu pasien makan Respon: Pasien tampak mampu makan secara mandiri 3. Menyediakan lingkungan yang mendukung pelaksanaan perawatan diri. Respon : Klien didekatkan dengan handuk untuk mengelap keringat 4. Menganjurka	aktivitas secara bertahap sesuai kemampuannya. O : 1. Pasien tampak masih lemah mobilisasi terbatas. 2. Pasien tampak mampu makan secara mandiri dengan gerakan perlahan. 3. Pasien masih memerlukan bantuan dalam memenuhi

No	Diagnosa	Luaran	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
			4) Bantu pasien melakukan perawatan diri bila diperlukan. 5) Berikan kesempatan kepada pasien untuk melakukan perawatan diri sesuai kemampuan. 6) Pertahankan privasi pasien selama melakukan perawatan diri. Edukasi	melakukan perawatan diri. 4) Membantu memenuhi kebutuhan dasar pasien serta mencegah kelelahan dan cedera selama masa pemulihan. 5) Melatih kemampuan fungsional dan meningkatkan kemandirian pasien secara bertahap. 6) Menjaga martabat, kenyamanan, dan kepercayaan diri pasien selama melakukan perawatan diri. Edukasi	n keluarga memberikan dukungan dan bantuan sesuai kebutuhan tanpa mengurangi kemandirian Respon: Keluarga mengatakan paham dan akan selalu membantu klien.	sebagian kebutuhan perawatan diri. 4. Keluarga tampak mendampingi dan bersedia membantu pasien selama masa perawatan. A: Masalah berhasil teratasi. P : Lanjutkan intervensi Dukungan Perawatan Diri

No	Diagnosa	Luaran	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
			1) Anjurkan melakukan perawatan diri secara bertahap sesuai kemampuan. 2) Ajarkan cara melakukan perawatan diri yang benar dan aman. 3) Anjurkan keluarga memberikan dukungan dan bantuan sesuai kebutuhan tanpa mengurangi kemandirian pasien.	1) Meningkatkan kemampuan pasien melakukan perawatan diri secara bertahap sesuai toleransi aktivitas. 2) Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan pasien dalam melakukan perawatan diri secara benar dan aman. 3) Meningkatkan dukungan keluarga sehingga dapat memotivasi pasien dan membantu mencapai kemandirian dalam perawatan diri.		

CATATAN PERKEMBANGAN

Tabel 3. 6 Catatan Perkembangan

NO	TANGGAL	CATATAN PERKEMBANGAN	PARAF
1	09/05/2026 Sabtu 07.00 WIB Shoft Pagi DX 1	S: 1. Klien mengatakan nyeri berkurang 2. Klien mengatakan nyeri skala 4(0-10) 3. Klien mangatakan nyerimasih terasa di perut bagian bawah 4. Nyeri terasa hilang timbul O: 1. Klien masih tampak meringis 2. Klien masih tampak memegang perut (di ats luka) 3. Klien tampak tidak nyaman A: Nyeri akut teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi I: 08.00 wib 1. Mengukur ttv R: TD: 138/90 mmHg N:98X/menit RR: 20X/Menit' Spo2: 98% Suhu: 37 ° c 2. Mengidentifikasi skala nyeri R: Skala nyeri 4 (0-10) 3. Mengobservasi hal yang meredakan nyeri R: Klien mengatakan nyaman dengan posisi tidur terlentang 4. Mengajarkan teknik relaksasi nnapas dalam R: Klien paham dan mampu mengulangi teknik relaksasi nafas dalam 5. Memfasilitasi istirahat dan tidur R: klien difasilitasi tidur dengan suhu ruang sedikit dingin dan posisi terlentang E: Nyeri akut Teratasi sebagian	Fadilah N
2	09/05/2026 Sabtu 07.00 WIB	S: 1. Klien mengatakan nyeri pada saat bergerak berkurang	Fadilah N

	Shift Pagi DX 2	2. Klien sudah bisa miring kiri dan kanan dan sudah belajar duduk di tepi tempat tidur O: 1. Aktivitas dibantu keluarga (mandi,makan) 2. Kateter urine dilepas untuk melatih mobilisasi pasien 3. Klien tampak masih lemah 4. Kekuatan otot ekstremitas bawah 4 A: Ganggua mobilitas fisik teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi I: 08.00 WIB 1. mengidentifikasi keluhan fisik R:Klien mengatakan nyeri saat bergerak masih ada tapi sudah berkurang 2. Memfasilitasi melakukan pergerakan R: Klien mengatakan perlu dibantu oleh keluarga saat mmelakukan pergerakan 3. Menganjurkan klien belajar berjalan R: klien mengatakan paham dan mencoba belajar berjalan E: Ganggua mobilitas fisik teratasi sebagian	
	09/05/2026 Sabtu 07.00 WIB Shoft Pagi DX 3	S : 1. Pasien mengatakan badannya sudah tidak lengket karena sudah mandi dibantu keluarga 2. Pasien mengatakan sudah membersihkan perineumnya dibantu oleh keluarga. O: 1. Pasien tampak sudah bisa mengganti pakaian sendiri dibantu oleh keluarga 2. Pasien tampak bersih dan rapi 3. Perawatan diri pasien tampak masih dibantu oleh keluarga A : Defisit perawatan diri teratasi sebagian P : Pertahankan Intervensi I : 08.00 WIB 1. Menganjurkan pasien untuk konsisten dalam perawatan diri Respon: Klien mengatakan paham dan akan mengikuti untuk konsisten dalam perawatan diri	Fadilah N

		2. Menganjurkan pasien selalu memperhatikan kebersihan Respon : Klien mengatakan dirinya akan selalu memperhatikan kebersihan tubuhnya dan juga lingkungan E : Defisit perawatan diri teratasi Sebagian	
4	09/05/2026 Sabtu 07.00 WIB Shift Pagi DX 4	S: 1. Klien mengatakan nyeri bekas luka operasi masih terasa O: 1. Suhu 36,8 °C 2. Tidak ada kemerahan,panas danbengkak di sekitar luka 3. Lingkungan klien tampak bersih 4. Tidak tampak adanya pengeluaran nanah di luka 5. Luka tampak bersih dan ditutup oleh kasa steril dan hypafix A: Risiko infeksi teratasi sebagian P: Pertahankan intervensi I: 10.00 WIB 1. Memonitor Tanda Infeksi R: Kemerahan (-) Bengkak (-) Panas (-) Nyeri masih ada skala 4 Keluar nanah (-) 2. Memberikan Obat Antibiotik R: Klien di injeksikan obat cefotaxim via iv E: Risiko infeksi Teratasi Sebagian	Fadilah N
5	Minggu 10/05/2026 07.00 WIB Shift Pagi Dx 1	S: 1. Klien mengatakan nyeri masih ada tetapi berkurang menjadi skala 3 (0-10) O: 1. Klien tampak meringis setiap bangun dari bed A: Nyeri akut teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi I: 13.00 WIB 1. Mengobservasi ttv R: Td: 130/80 mmHg	Fadilah N

		N: 98x/menit RR: 20x/Menit Spo2: 99% Suhu : 37°C 2. Mengidentifikasi Nyeri R: Klien mengatakan nyeri di bagian luka operasi nyeri dibagian bawah perut bawah dengan skala 2 (0-10) Nyeri terasa hilang timbul 3. Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam R: Klien relaksasi nafas dalam 4. kolaborasi pemberian analgetic R: Klien diberikan asam mefenamat via oral E: Nyeri akut Teratasi Sebagian	
6	Minggu 10/05/2026 07.00 WIB Shift Pagi Dx 2	S: 1. Klien mengatakan nyeri di bagian perut masih terasa saat banyak bergerak 2. Klien mengatakan nyeri skala 2(010) 3. Klien mengatakan sudah mampu berjalan tetapi masih dibantu keluarga 4. Klien mengatakan sudah mampu untuk mobilisasi tetapi tetap di bantu keluarga O: 1. Klien sudah tampak mampu mobilisasi berjalan tetapi masih dibantu keluarga A: Gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian P: Pertahankan intervensi I: 13.00 WIB 1. menganjurkan mobilisasi mandiri R: Klien tampak melakukan pergerakan sendiri E: Gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian	Fadilah N
7	Minggu 10/05/2026 07.00 WIB Shift Pagi Dx 3	Jam 09.00 WIB S: 1. Pasien mengatakan sudah bisa mandi 2. Pasien mengatakan sudah bisa berjalan sendiri 3. Pasien mengatakan sudah bisa ke toilet tetapi masih di bantu oleh keluarga O:	Fadilah N

		1. Pasien tampak sudah bisa mengganti pakaian sendiri 2. Pasien tampak bersih dan rapi 3. Perawatan diri pasien sebagian tampak masih dibantu oleh keluarga A : Defisit perawatan diri teratasi sebagian P : hentikan intervensi I : - E : Defisit perawatan diri teratasi	
8	10/05/2026 07.00 WIB Shift Pagi Dx 4	S; 1. Klien mengatakan luka operasi masih nyeri skala 2(0-10) O: 1. Luka tampak kering 2. Suhu 37 °C 3. Tidak ada kemerahan,panas danbengkak di sekitar luka 4. Lingkungan klien tampak bersih 5. Tidak tampak adanya pengeluaran nanah di luka 6. Luka tampak bersih dan ditutup oleh kasa steril dan hypafix A: Risiko Infeksi teratasi sebagian sebagian P: Pertahankan intevensi I: 13.00 WIB 1. Membeikan antibiotik R: klien diberikan cefotaxim via iv dan klien kooperatif E: Risiko Infeksi Teratasi sebagian	Fadilah N
9	Senin 11/05/2026 08.00 WIB Shift Pagi DX 1	S: 1. Klien mengatakan nyeri sudah mereda 2. Nyeri skala 1(0-10) dan jarang terasa O: 1. Klien tampak sudah tidak meringis 2. Klien tampak sudah tidak protektif memegang luka 3. Ttv : Td 128/80 mmHg N: 98x/menit RR:22x/menit Spo2:99%	Fadilah N

		A: Nyeri akut teratasi sebagian P: Intervensi dihentikan (klien rencana pulang) I: 12.00 WIB 1. Penyuluhan Teknik non farmakologis meredakan nyeri R: klien kooperatif saat diberikan penyuluhan dan mampu menyebutkan kembali apa yang di sampaikan Keluarga paham cara meredakan nyeri dengan teknik nonfarmakologis E: Nyeri akut teratasi sebagian	
10	Senin 11/05/2026 08.00 WIB Shift Pagi DX 2	S: 1. Klien mengatakan sudah mampu untuk berjalan dan mobilisasi dengan mandiri 2. Klien mengatakan nyeri mereda skala nyeri 1(0-10) O: 1. Klien tampak berjalan sendiri tanpa bantuan 2. Klien sudah tampak sudah mobilisasi tanpa adanya hambatan 3. Kekuatan otot ekstremitas bawah 5 4. pergerakan klien tampak bebas A: Gangguan mobilitas fisik teratasi P: Hentikan intervensi I: 10.00 wib 1. Edukasi beraktivitas yang ringan, pasien di siapkan rencana pulang E: Gangguan mobilitas fisik teratasi	Fadilah N
11	Senin 11/05/2026 08.00 WIB Shift Pagi DX 3	Jam 09.00 WIB S: 1. Pasien mengatakan sudah mampu ke toilet dengan mandiri 2. Pasien mengatakan sudah Membersihkan badannya dengan kain basah secara mandiri O: 1. Pasien tampak bersih dan rapi 2. pasien tampak sudah mampu makan sendiri 3. Perawatan diri pasien sudah mandiri (makan, mandi dan toilet mandiri) A : Defisit perawatan diri teratasi sebagian	Fadilah N

		P : hentikan intervensi I : Edukasi Rencana Pulang E : Defisit perawatan diri teratasi	
12	Senin 11/05/2026 08.00 WIB Shift Pagi DX 4	S: 1. Klien mengatakan nyeri berkurang O: 1. Luka tampak bersih saat dilakukan ganti perban 2. Tidak ada tanda infeksi 3. Kemerahan (-) 4. Bengkak (-) 5. Panas (-) 6. Nyeri skala 1 7. Keluar nanah (-) A: Risiko infeksi tidak terjadi P: Intervensi dipertahankan ,klien dianjurkan kontrol 3 hari kemudian. I: 10.00 WIB 1. Mengganti balutan R: saat dibersihkan luka,luka tampak bersih tidak ada nanah, tidak ada kemerahan dan tidak ada bengkak , 2. Mengoleskan salep antibiotik R: luka klien di oleskan salep cinolon N 3. Penyuluhan perawatan luka operasi R: klien dan keluarga mentakan paham cara merawat luka operasi E: Risiko infeksi teratasi sebagian	Fadilah N

B. PEMBAHASAN

Pada bagian ini, penulis akan membahas lebih lanjut kasus yang telah dijelaskan pada bab sebelumnya, yaitu Asuhan Keperawatan pada Ny. E Usia 48 Tahun dengan post salpingo-ooforektomi pod 0 atas Indikasi Kista Ovarium Dextra di Ruang Delima Rumah Sakit Umum Daerah Ciamis. Asuhan keperawatan dilaksanakan mulai tanggal 08 Mei 2026 sampai dengan tanggal 11 Mei 2026. Pembahasan ini menguraikan kesesuaian dan perbedaan antara teori dengan praktik yang ditemukan di lapangan, yang disusun berdasarkan tahapan proses keperawatan, meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

1. Tahap Pengkajian

Data pengkajian pada Ny. E usia 48 tahun dengan POST SALPINGO-OOFOREKTOMI POD 0 atas indikasi kista ovarium dextra menunjukkan bahwa pasien mengeluh nyeri pada luka operasi di perut bagian bawah. Berdasarkan hasil pengkajian menggunakan metode PQRST didapatkan nyeri bertambah saat bergerak dan berkurang saat beristirahat, nyeri dirasakan seperti tersayat, terlokalisasi pada luka operasi, dengan intensitas skala 5 (0–10), serta bersifat hilang timbul. Pada pemeriksaan fisik tampak pasien meringis, memegang daerah abdomen secara protektif, dan terdapat luka operasi sepanjang ± 15 cm pada regio umbilikal hingga hipogastrium yang masih tertutup kasa hypafix. Hasil pemeriksaan tanda vital menunjukkan tekanan darah 153/93 mmHg, nadi 108 kali per menit, respirasi 22 kali per menit, suhu tubuh 36,8°C, dan saturasi oksigen 99%.

Menurut Potter dan Perry (2021), nyeri akut merupakan pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan yang terjadi secara tiba-tiba dengan durasi kurang dari tiga bulan. Pada pasien pascaoperasi, insisi pembedahan menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan sehingga memicu pelepasan mediator

inflamasi, seperti prostaglandin, histamin, serotonin, dan bradikinin yang merangsang reseptor nyeri dan menghantarkan impuls ke sistem saraf pusat. Nyeri juga menyebabkan aktivasi sistem saraf simpatis yang dapat mengakibatkan peningkatan tekanan darah, frekuensi nadi, dan frekuensi pernapasan. Hal tersebut sesuai dengan kondisi Ny. E yang mengalami nyeri pada luka operasi disertai peningkatan tekanan darah dan nadi serta tampak meringis ketika bergerak.

Selain nyeri, hasil pengkajian menunjukkan bahwa Ny. E mengalami keterbatasan mobilitas. Pasien mengatakan takut bergerak karena khawatir nyeri bertambah, masih merasa lemah akibat efek anestesi, kekuatan otot ekstremitas bawah 3/5, serta memerlukan bantuan keluarga dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari seperti mandi, mengganti pakaian, dan berpindah posisi di tempat tidur. Kondisi ini menunjukkan bahwa aktivitas pasien masih terganggu akibat proses pembedahan. Menurut Kozier, Erb, Berman, dan Snyder (2021), gangguan mobilitas fisik pada pasien pascaoperasi dapat terjadi akibat nyeri, kelemahan otot, efek anestesi, serta adanya rasa takut untuk bergerak karena khawatir luka operasi terbuka.

Mobilisasi yang tertunda dapat menghambat proses penyembuhan, menurunkan kekuatan otot, serta meningkatkan risiko komplikasi seperti trombosis vena dalam, atelektasis, konstipasi, dan kekakuan sendi. Oleh karena itu, mobilisasi dini secara bertahap sangat dianjurkan sesuai kemampuan pasien. Kondisi Ny. E sesuai dengan teori tersebut karena pasien masih membatasi pergerakan akibat nyeri dan kelemahan sehingga memerlukan bantuan keluarga dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

Keterbatasan mobilitas yang dialami Ny. E juga berdampak pada kemampuan pasien dalam memenuhi kebutuhan perawatan diri. Hasil pengkajian menunjukkan pasien mengatakan masih memerlukan bantuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari, seperti mandi,

mengganti pakaian, dan berpindah posisi di tempat tidur karena nyeri pada luka operasi saat bergerak. Pada pemeriksaan objektif, pasien tampak lemah, mobilisasi masih terbatas, dan aktivitas perawatan diri masih dibantu oleh keluarga. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas perawatan diri belum optimal akibat nyeri dan keterbatasan mobilitas pascaoperasi.

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) (PPNI, 2017), defisit perawatan diri merupakan ketidakmampuan melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri secara mandiri, seperti mandi, berpakaian, makan, berhias, dan toileting. Kondisi ini dapat disebabkan oleh nyeri, kelemahan fisik, gangguan mobilitas, maupun penurunan kekuatan otot sehingga pasien memerlukan bantuan dalam memenuhi kebutuhan dasar sehari-hari. Pada fase awal pascaoperasi, nyeri akibat luka insisi dan keterbatasan mobilitas sering kali menyebabkan pasien belum mampu melakukan aktivitas perawatan diri secara mandiri sehingga membutuhkan bantuan dari keluarga maupun tenaga kesehatan.

Kondisi Ny. E sesuai dengan teori tersebut karena nyeri akibat luka operasi menyebabkan pasien membatasi pergerakan sehingga kemampuan melakukan aktivitas perawatan diri menjadi berkurang. Pasien masih memerlukan bantuan keluarga dalam memenuhi sebagian kebutuhan sehari-hari sampai kondisi fisik membaik dan mobilitas meningkat secara bertahap. Oleh karena itu, diagnosis keperawatan Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan kelemahan telah sesuai dengan data hasil pengkajian dan kondisi klinis pasien.

Hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan jumlah leukosit sebesar $13.960/\text{mm}^3$, lebih tinggi dibandingkan nilai normal. Meskipun demikian, hasil observasi menunjukkan luka operasi masih tertutup kasa hypafix, tampak bersih, tidak terdapat rembesan darah maupun cairan, serta tidak ditemukan kemerahan, pembengkakan, ataupun sekret pada

daerah luka. Suhu tubuh pasien juga masih dalam batas normal, yaitu 36,8°C. Menurut Brunner dan Suddarth (2018), tindakan pembedahan menyebabkan hilangnya kontinuitas kulit sebagai pertahanan utama tubuh terhadap mikroorganisme sehingga setiap pasien pascaoperasi memiliki risiko mengalami infeksi.

Pada fase inflamasi, tubuh akan meningkatkan jumlah leukosit sebagai respons fisiologis terhadap trauma jaringan untuk membantu proses fagositosis dan penyembuhan luka. Oleh karena itu, peningkatan leukosit pada awal pascaoperasi tidak selalu menunjukkan adanya infeksi apabila tidak disertai tanda klinis seperti demam, kemerahan, edema, nyeri yang semakin berat, atau keluarnya sekret purulen dari luka operasi. Meskipun demikian, kondisi tersebut tetap memerlukan pemantauan secara berkala untuk mendeteksi kemungkinan terjadinya infeksi sedini mungkin.

Berdasarkan hasil pengkajian, terdapat kesesuaian antara teori dan kondisi yang dialami Ny. E. Pasien mengalami nyeri akut akibat trauma pembedahan yang ditandai dengan keluhan nyeri skala 5, ekspresi meringis, dan perilaku protektif pada area luka operasi. Nyeri tersebut menyebabkan pasien mengalami gangguan mobilitas fisik sehingga aktivitas sehari-hari masih memerlukan bantuan keluarga. Keterbatasan mobilitas tersebut juga berdampak pada menurunnya kemampuan pasien dalam melakukan perawatan diri sehingga pasien masih memerlukan bantuan dalam memenuhi kebutuhan dasar sehari-hari. Selain itu, adanya luka operasi dan peningkatan jumlah leukosit menempatkan pasien pada risiko infeksi, meskipun pada saat pengkajian belum ditemukan tanda dan gejala infeksi. Oleh karena itu, diagnosis keperawatan yang ditegakkan pada Ny. E, yaitu nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, defisit perawatan diri, dan risiko infeksi, telah sesuai dengan data pengkajian serta teori yang ada.

2. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian yang telah dilakukan, penulis memperoleh berbagai data subjektif dan objektif yang selanjutnya dianalisis sesuai dengan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI). Analisis tersebut dilakukan dengan mengidentifikasi kesesuaian antara data yang diperoleh dengan tanda dan gejala mayor, tanda dan gejala minor, maupun faktor risiko pada setiap diagnosis keperawatan. Dengan pendekatan tersebut, diagnosis yang ditegakkan diharapkan mampu menggambarkan kondisi pasien secara tepat sehingga dapat menjadi dasar dalam penyusunan rencana asuhan keperawatan. Berdasarkan hasil analisis tersebut, penulis menetapkan tiga diagnosis keperawatan pada Ny. E, yaitu nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, dan risiko infeksi.

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) (D.0077)

Menurut SDKI (PPNI, 2017), nyeri akut merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual maupun fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berlangsung kurang dari tiga bulan. Pada pasien pascaoperasi, tindakan pembedahan menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan sehingga memicu pelepasan mediator inflamasi yang mengaktifasi reseptor nyeri. Berdasarkan hasil pengkajian pada Ny. E, ditemukan data yang mendukung penegakan diagnosis nyeri akut. Keluhan pasien telah memenuhi tanda dan gejala mayor SDKI, yaitu pasien mengeluh nyeri pada daerah luka operasi, tampak meringis, serta bersikap protektif dengan memegang area abdomen. Selain itu, ditemukan pula tanda dan gejala minor berupa skala nyeri 5 (0–10), tekanan darah meningkat menjadi 153/93 mmHg, dan frekuensi nadi 108 kali per menit sebagai respons fisiologis terhadap nyeri. Oleh karena itu,

penulis merumuskan diagnosis keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) karena telah sesuai dengan kriteria diagnosis dalam SDKI.

- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dan kelemahan fisik pascaoperasi (D.0054)

Menurut SDKI (PPNI, 2017), gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam melakukan gerakan tubuh secara mandiri dan terarah pada satu atau lebih ekstremitas. Kondisi ini dapat disebabkan oleh nyeri, kelemahan fisik, penurunan kekuatan otot, maupun efek tindakan pembedahan. Berdasarkan hasil pengkajian pada Ny. E, diperoleh data yang mendukung penegakan diagnosis gangguan mobilitas fisik.

Data yang ditemukan telah memenuhi tanda dan gejala mayor SDKI, yaitu pasien mengeluh sulit bergerak, kemampuan menggerakkan ekstremitas bawah menurun, serta kekuatan otot ekstremitas bawah 3/5. Selain tanda mayor, ditemukan pula tanda dan gejala minor berupa gerakan tampak terbatas, kondisi fisik lemah, pasien memerlukan bantuan keluarga dalam melakukan aktivitas sehari-hari, serta merasa takut bergerak karena khawatir nyeri bertambah. Berdasarkan data tersebut, penulis menetapkan diagnosis gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dan kelemahan fisik pascaoperasi sesuai dengan indikator diagnosis pada SDKI.

- c. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan (D.0109)

Menurut SDKI (PPNI, 2017), defisit perawatan diri merupakan ketidakmampuan melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri secara mandiri. Kondisi ini dapat disebabkan oleh kelemahan, gangguan muskuloskeletal, gangguan neuromuskular, maupun penurunan motivasi. Berdasarkan hasil pengkajian pada Ny. E, diperoleh data yang mendukung penegakan diagnosis defisit perawatan diri. Data yang ditemukan telah

memenuhi tanda dan gejala mayor SDKI, yaitu pasien tidak mampu melakukan aktivitas perawatan diri secara mandiri dan memerlukan bantuan dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari. Selain itu, ditemukan tanda dan gejala minor berupa pasien tampak lemah, mobilisasi terbatas, kekuatan otot ekstremitas bawah 3/5, serta aktivitas sehari-hari seperti mandi, mengganti pakaian, dan berpindah posisi masih dibantu oleh keluarga. Berdasarkan data tersebut, penulis menetapkan diagnosis Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan kelemahan karena telah sesuai dengan indikator diagnosis yang terdapat dalam SDKI.

d. Risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif (D.0142)

Menurut SDKI (PPNI, 2017), risiko infeksi adalah kondisi ketika individu berisiko mengalami peningkatan kerentanan terhadap invasi organisme patogen akibat adanya faktor risiko tertentu. Berdasarkan hasil pengkajian pada Ny. E, ditemukan beberapa faktor risiko yang mendukung penegakan diagnosis risiko infeksi. Pasien memiliki luka operasi *salpingo-ooforektomi* sepanjang ± 15 cm, masih terpasang infus intravena dan kateter urin sebagai prosedur invasif, serta hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan jumlah leukosit sebesar $13.960/\text{mm}^3$. Meskipun belum ditemukan tanda klinis infeksi seperti demam, kemerahan, pembengkakan, atau keluarnya sekret pada luka operasi, kondisi tersebut menunjukkan bahwa pasien memiliki kerentanan mengalami infeksi. Oleh karena itu, penulis merumuskan diagnosis keperawatan risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif sebagai upaya pencegahan terjadinya komplikasi infeksi selama masa perawatan.

3. Intervensi Keperawatan

Rencana tindakan keperawatan disusun berdasarkan hasil pengkajian, kondisi klinis pasien, serta mengacu pada Standar Intervensi

Keperawatan Indonesia (SIKI) yang diterbitkan oleh Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). Penyusunan intervensi bertujuan untuk memberikan asuhan keperawatan yang sistematis, terarah, dan sesuai dengan kebutuhan pasien sehingga tujuan dan luaran keperawatan dapat tercapai secara optimal. Berdasarkan hasil analisis data, penulis menyusun rencana tindakan keperawatan sesuai dengan tiga diagnosis yang telah ditegakkan, yaitu nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, dan risiko infeksi.

Pada diagnosis nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi), penulis menyusun rencana tindakan dengan mengacu pada intervensi Manajemen Nyeri dalam SIKI. Tujuan yang diharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×8 jam adalah menurunnya tingkat nyeri dengan kriteria hasil mengacu pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), yaitu keluhan nyeri menurun, ekspresi meringis berkurang, tekanan darah membaik, serta pola tidur meningkat. Intervensi yang direncanakan meliputi tindakan observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi sesuai standar SIKI, seperti melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, memberikan teknik nonfarmakologis, memberikan edukasi mengenai pengendalian nyeri, serta berkolaborasi dalam pemberian terapi sesuai program medis. Perencanaan tersebut disusun agar nyeri pasien dapat teratasi sehingga kenyamanan meningkat dan proses pemulihan pascaoperasi berlangsung secara optimal.

Pada diagnosis gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dan kelemahan fisik pascaoperasi, penulis menyusun rencana tindakan dengan mengacu pada intervensi Dukungan Mobilisasi dalam SIKI. Tujuan yang diharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×8 jam adalah meningkatnya kemampuan mobilitas pasien dengan kriteria hasil mengacu pada SLKI, yaitu peningkatan kekuatan otot, rentang gerak, dan kemampuan melakukan mobilisasi sesuai kondisi pasien. Intervensi yang direncanakan meliputi tindakan observasi,

terapeutik, edukasi, dan kolaborasi, seperti mengidentifikasi hambatan mobilisasi, memfasilitasi mobilisasi secara bertahap, melibatkan keluarga dalam proses mobilisasi, serta memberikan edukasi mengenai pentingnya mobilisasi dini untuk mempercepat pemulihan. Perencanaan tersebut diharapkan mampu meningkatkan kemampuan mobilisasi pasien serta mencegah terjadinya komplikasi akibat tirah baring setelah tindakan pembedahan.

Pada diagnosis defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan, penulis menyusun rencana tindakan dengan mengacu pada intervensi Dukungan Perawatan Diri (I.11348) dalam SIKI. Tujuan yang diharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×8 jam adalah meningkatnya kemampuan perawatan diri pasien dengan kriteria hasil mengacu pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), yaitu meningkatnya kemandirian dalam melakukan aktivitas perawatan diri sesuai kemampuan, berkurangnya ketergantungan terhadap bantuan orang lain, serta meningkatnya kemampuan memenuhi kebutuhan sehari-hari. Intervensi yang direncanakan meliputi tindakan observasi, terapeutik, dan edukasi, seperti mengidentifikasi tingkat kemandirian pasien, mengidentifikasi hambatan dalam melakukan perawatan diri, memberikan kesempatan kepada pasien untuk melakukan aktivitas sesuai kemampuan, membantu memenuhi kebutuhan perawatan diri bila diperlukan, serta mengajarkan pasien dan keluarga melakukan perawatan diri secara bertahap. Perencanaan tersebut disusun agar kemampuan perawatan diri pasien meningkat secara bertahap sehingga kemandirian pasien dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari dapat tercapai selama masa pemulihan pascaoperasi.

Pada diagnosis risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif, penulis menyusun rencana tindakan dengan mengacu pada intervensi Pencegahan Infeksi dalam SIKI. Tujuan yang diharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×8 jam adalah menurunnya tingkat risiko infeksi dengan kriteria hasil mengacu pada SLKI, yaitu

tidak ditemukannya tanda dan gejala infeksi selama masa perawatan. Intervensi yang direncanakan meliputi tindakan observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi sesuai standar SIKI, seperti memantau kondisi luka operasi, mempertahankan teknik aseptik, memberikan edukasi mengenai pencegahan infeksi, serta berkolaborasi dalam terapi sesuai program medis. Perencanaan tersebut disusun sebagai upaya preventif untuk meminimalkan risiko infeksi dan mendukung proses penyembuhan luka pascaoperasi secara optimal.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tahap pelaksanaan dari rencana tindakan yang telah disusun berdasarkan hasil pengkajian dan diagnosis keperawatan. Pelaksanaan tindakan dilakukan sesuai kondisi klinis pasien dengan mengacu pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) sehingga intervensi yang diberikan tepat sasaran dan mendukung pencapaian luaran keperawatan. Pada kasus Ny. E usia 48 tahun dengan POST SALPINGO-OOFOREKTOMI POD 0 atas indikasi kista ovarium dextra, implementasi keperawatan difokuskan pada tiga diagnosis, yaitu nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, dan risiko infeksi.

Pada diagnosis nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi), implementasi keperawatan dilaksanakan dengan mengacu pada intervensi Manajemen Nyeri sesuai SIKI. Tindakan yang dilakukan meliputi pengkajian nyeri secara komprehensif menggunakan metode PQRST, pengukuran skala nyeri, pemberian teknik relaksasi napas dalam sebagai terapi nonfarmakologis, menciptakan lingkungan yang nyaman, memberikan edukasi mengenai pengendalian nyeri, serta melakukan kolaborasi sesuai program terapi medis. Pelaksanaan tindakan tersebut bertujuan membantu menurunkan intensitas nyeri, meningkatkan kenyamanan pasien, serta mendukung proses pemulihan pascaoperasi. Menurut PPNI (2018), implementasi manajemen nyeri

dilakukan melalui tindakan observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi untuk membantu mengurangi intensitas nyeri serta meningkatkan kenyamanan pasien.

Pada diagnosis gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dan kelemahan fisik pascaoperasi, implementasi keperawatan dilaksanakan dengan mengacu pada intervensi Dukungan Mobilisasi sesuai SIKI. Tindakan yang dilakukan meliputi mengidentifikasi hambatan mobilisasi, menilai toleransi aktivitas, membantu pasien melakukan mobilisasi secara bertahap sesuai kemampuan, melibatkan keluarga dalam proses mobilisasi, serta memberikan edukasi mengenai pentingnya mobilisasi dini setelah operasi. Pelaksanaan tindakan tersebut bertujuan meningkatkan kemampuan mobilitas pasien, mencegah komplikasi akibat imobilisasi, serta mempercepat proses pemulihan. Menurut PPNI (2018), implementasi dukungan mobilisasi dilakukan melalui tindakan observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi untuk meningkatkan kemampuan pergerakan pasien secara optimal.

Pada diagnosis Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan kelemahan, implementasi keperawatan dilakukan sesuai dengan intervensi Dukungan Perawatan Diri (I.11348) dalam SIKI. Tindakan yang dilakukan meliputi mengidentifikasi tingkat kemandirian pasien dalam melakukan perawatan diri, membantu pasien memenuhi kebutuhan makan sesuai kemampuan, menganjurkan pasien melakukan aktivitas secara bertahap sesuai toleransi, serta mengedukasi keluarga agar memberikan bantuan sesuai kebutuhan tanpa mengurangi kemandirian pasien. Selama pelaksanaan tindakan, pasien tampak kooperatif, mampu makan secara mandiri dengan gerakan perlahan, memahami edukasi yang diberikan, dan keluarga bersedia mendukung serta membantu pasien selama proses pemulihan. Implementasi tersebut dilakukan untuk meningkatkan kemampuan pasien dalam melakukan

perawatan diri secara bertahap hingga mencapai kemandirian sesuai kondisi fisiknya.

Pada diagnosis risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif, implementasi keperawatan dilaksanakan dengan mengacu pada intervensi Pencegahan Infeksi sesuai SIKI. Tindakan yang dilakukan meliputi observasi terhadap tanda dan gejala infeksi, pemantauan kondisi luka operasi dan balutan, mempertahankan teknik aseptik selama tindakan keperawatan, menerapkan kebersihan tangan, memberikan edukasi mengenai pencegahan infeksi, serta melakukan kolaborasi sesuai program terapi medis. Pelaksanaan tindakan tersebut bertujuan mencegah terjadinya infeksi selama masa perawatan dan mendukung proses penyembuhan luka pascaoperasi. Menurut PPNI (2018), implementasi pencegahan infeksi dilakukan melalui tindakan observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi untuk meminimalkan risiko infeksi pada pasien yang menjalani prosedur invasif.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan yang bertujuan untuk menilai keberhasilan tindakan keperawatan berdasarkan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan. Evaluasi dilakukan dengan membandingkan kondisi pasien sebelum dan sesudah diberikan asuhan keperawatan serta mengacu pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI). Setelah melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny. E usia 48 tahun dengan POST SALPINGO-OOFOREKTOMI atas indikasi kista ovarium dextra selama 4x24 jam, penulis mengevaluasi tiga diagnosis keperawatan, yaitu nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, dan risiko infeksi.

Pada diagnosis nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077), hasil evaluasi menunjukkan bahwa setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x24 jam terjadi penurunan intensitas

nyeri dari skala 4 menjadi skala 1 (0–10). Selain itu, ekspresi meringis berkurang dan pasien tampak lebih nyaman saat beristirahat. Meskipun demikian, masalah dinyatakan teratasi sebagian karena pasien masih merasakan nyeri ringan akibat luka insisi pascaoperasi yang masih dalam proses penyembuhan. Selain itu, target intervensi keperawatan direncanakan selama 7×24 jam, sedangkan asuhan keperawatan hanya dapat dilaksanakan selama 4×24 jam karena keterbatasan waktu perawatan. Oleh karena itu, tujuan keperawatan belum tercapai secara optimal dan masalah ditetapkan sebagai teratasi sebagian.

Pada diagnosis gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (D.0054), hasil evaluasi menunjukkan adanya peningkatan kemampuan mobilisasi setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4×24 jam. Pasien telah mampu melakukan mobilisasi secara mandiri, kekuatan otot meningkat menjadi 5/5, serta mampu berjalan tanpa bantuan. Keberhasilan tersebut didukung oleh berkurangnya nyeri sehingga pasien lebih leluasa melakukan pergerakan dan mengikuti latihan mobilisasi yang diberikan. Berdasarkan hasil tersebut, masalah dinyatakan teratasi karena tujuan keperawatan dan kriteria hasil yang mengacu pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) telah tercapai.

Pada diagnosis defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan (D.0109), hasil evaluasi menunjukkan bahwa setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x24 jam, kemampuan perawatan diri pasien mengalami peningkatan. Pasien telah mampu memenuhi kebutuhan makan, melakukan personal hygiene sederhana, serta berpindah dan mengubah posisi secara mandiri sesuai toleransi aktivitasnya. Selain itu, pasien memahami anjuran untuk melakukan aktivitas secara bertahap sesuai kemampuannya. Berdasarkan hasil tersebut, masalah dinyatakan teratasi karena tujuan keperawatan dan

kriteria hasil yang mengacu pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) telah tercapai.

Pada diagnosis risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (D.0142), hasil evaluasi menunjukkan bahwa setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4×24 jam, tidak ditemukan tanda dan gejala infeksi pada luka operasi. Luka tampak bersih dan kering, tidak terdapat kemerahan, pembengkakan, maupun sekret, serta suhu tubuh pasien berada dalam batas normal. Meskipun demikian, masalah dinyatakan teratasi sebagian karena pasien masih berada dalam masa penyembuhan luka pascaoperasi dan pemantauan terhadap kemungkinan terjadinya infeksi dilakukan hingga luka sembuh total. Pada saat pasien pulang, luka masih memerlukan observasi lanjutan karena tanda-tanda infeksi dapat muncul selama proses penyembuhan, seperti luka menjadi basah, kemerahan, bengkak, keluar sekret, atau disertai peningkatan suhu tubuh. Oleh karena itu, intervensi pencegahan infeksi perlu tetap dilanjutkan dan pasien dianjurkan melakukan kontrol sesuai jadwal yang telah ditentukan.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. KESIMPULAN

Setelah penulis melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny. E usia 48 tahun dengan POST SALPINGO-OOFOREKTOMI POD 0 atas indikasi kista ovarium dextra di Ruang Delima Rumah Sakit Umum Daerah Ciamis pada tanggal 8–11 Mei 2026, maka penulis memperoleh beberapa kesimpulan sebagai berikut:

1. Penulis mampu melakukan pengkajian keperawatan secara komprehensif pada Ny. E dengan POST SALPINGO-OOFOREKTOMI atas indikasi kista ovarium dextra melalui pengumpulan data subjektif, data objektif, pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan penunjang sehingga diperoleh data yang mendukung penegakan diagnosis keperawatan.
2. Penulis mampu menegakkan diagnosis keperawatan sesuai dengan hasil pengkajian dan prioritas masalah yang ditemukan pada pasien, yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, dan risiko infeksi dibuktikan dengan prosedur invasif.
3. Penulis mampu menyusun intervensi keperawatan berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) sesuai dengan kebutuhan dan kondisi pasien sehingga tindakan yang direncanakan dapat menjadi pedoman dalam pemberian asuhan keperawatan.
4. Penulis mampu melaksanakan implementasi keperawatan sesuai dengan rencana tindakan yang telah disusun, meliputi manajemen nyeri, dukungan mobilisasi, pencegahan infeksi, edukasi kepada pasien dan keluarga, serta tindakan kolaboratif sesuai program terapi yang diberikan oleh tim medis.
5. Penulis mampu melakukan evaluasi terhadap seluruh tindakan keperawatan yang telah diberikan. Berdasarkan hasil evaluasi, diagnosis gangguan mobilitas fisik dan risiko infeksi berhasil teratasi

sesuai kriteria hasil yang ditetapkan, sedangkan diagnosis nyeri akut mengalami perbaikan namun masih teratasi sebagian karena pasien masih berada pada fase penyembuhan luka pascaoperasi saat diperbolehkan pulang.

6. Penulis mampu mendokumentasikan seluruh proses asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, penetapan diagnosis, perencanaan, implementasi, hingga evaluasi secara sistematis dalam bentuk karya tulis ilmiah sesuai dengan proses keperawatan

B. REKOMENDASI

Berdasarkan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan pada Ny. E dengan POST SALPINGO-OOFOREKTOMI atas indikasi kista ovarium dextra, penulis memberikan beberapa rekomendasi sebagai berikut:

1. Bagi Institusi Pendidikan

Institusi pendidikan diharapkan dapat terus mengembangkan pembelajaran mengenai asuhan keperawatan pada pasien pascaoperasi ginekologi, khususnya POST SALPINGO-OOFOREKTOMI . Selain itu, mahasiswa diharapkan memperoleh kesempatan yang lebih luas untuk mengembangkan kemampuan berpikir kritis dan keterampilan klinik dalam memberikan asuhan keperawatan berdasarkan evidence based practice.

2. Bagi Rumah Sakit

Rumah sakit diharapkan dapat terus meningkatkan mutu pelayanan keperawatan melalui penerapan standar asuhan keperawatan yang sesuai dengan SDKI, SIKI, dan SLKI. Selain itu, perlu dipertahankan pelaksanaan edukasi kepada pasien dan keluarga mengenai mobilisasi dini, manajemen nyeri, pencegahan infeksi, serta perawatan luka operasi sebelum pasien dipulangkan agar proses pemulihan dapat berlangsung secara optimal.

3. Bagi Perawat

Perawat diharapkan senantiasa memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif sesuai dengan standar profesi, melakukan pemantauan kondisi pasien secara berkesinambungan, serta meningkatkan edukasi kepada pasien dan keluarga mengenai pengendalian nyeri, mobilisasi bertahap, pemenuhan nutrisi, dan perawatan luka operasi. Selain itu, penerapan prinsip aseptik dan keselamatan pasien perlu dipertahankan dalam setiap tindakan keperawatan untuk mencegah terjadinya infeksi.

4. Bagi Pasien dan Keluarga

Pasien dan keluarga diharapkan dapat melanjutkan anjuran yang telah diberikan selama di rumah sakit, seperti melakukan mobilisasi secara bertahap sesuai kemampuan, mengonsumsi makanan bergizi tinggi protein untuk mempercepat penyembuhan luka, menjaga kebersihan luka operasi, mematuhi jadwal kontrol, serta segera datang ke fasilitas pelayanan kesehatan apabila muncul tanda-tanda infeksi, seperti luka bernanah, kemerahan, bengkak, demam, atau nyeri yang semakin berat.

DAFTAR PUSTAKA

- American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG]. (2023). *Management of adnexal masses: Clinical practice guideline no. 14*. Obstetrics & Gynecology.
- Astuti, Y., Studi Keperawatan, P., Kedokteran dan Ilmu Kesehatan, F., Muhammadiyah Yogyakarta, U., & Ring Road Selatan, J. (2026). *PENERAPAN MOBILISASI DINI TERHADAP KELANCARAN ELIMINASI URIN PADA IBU POST SECTIO CAESAREA: CASE STUDY*. <http://jurnal.globalhealthsciencegroup.com/index.php/IJNHS>
- Apollo Hospitals. (2025). *Salpingo-oophorectomy: Prosedur, biaya, risiko, dan pemulihan*. Apollo Hospitals.
- Black, J. M., & Hawks, J. H. (2021). *Medical-surgical nursing: Clinical management for positive outcomes* (11th ed.). Elsevier.
- Dumlao, A. C. (2024). Salpingectomy and salpingo-oophorectomy. *EBSCO Research Starters*.ABSCO
- Dwitanta, S., Nurachmah, E., & Adam, M. (2023). Studi Kasus: Penerapan Teori Self-Care Orem Pada Pasien Post Operasi Katup Mitral Case Study: Application of Orem's Self-Care Theory in Patients with Post-Mitral Valve Surgery. *Jurnal Keperawatan Malang*, 8(2), 367–377. <https://jurnal.stikespantiwaluya.ac.id/index.php/JPW>
- Fatkhiyah Prodi D-, N., Stikes, K., Mandala, B., & Slawi, H. (2019). *FAKTOR RISIKO KEJADIAN KISTA OVARIUM PADA WANITA USIA REPRODUKSI DI RSKIA KASIH IBU KOTA TEGAL* (Vol. 10, Number 1).
- Ha, X., Feng, Z., Xia, J., Liu, Z., Wang, J., Ke, Z., Lin, Y., Chen, Y., Wen, H., & Wu, X. (2025). Psychophysical and social impact of risk-reducing salpingo-oophorectomy in China: a cross-sectional study. *International Journal of Gynecological Cancer*. <https://doi.org/10.1016/j.ijgc.2025.102135>
- Hamdiah, D.-, & Budiyanto, A. (2022). Hubungan Antara Nyeri dan Kecemasan dengan Kualitas Tidur pada Pasien Pasca Operasi di Ruang Bedah. *Ghidza: Jurnal Gizi Dan Kesehatan*, 6(2), 191–199. <https://doi.org/10.22487/ghidza.v6i2.564>
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (Eds.). (2021). *NANDA International nursing diagnoses: Definitions and classification 2021–2023* (12th ed.). Thieme.

- Hoffman, B. L., Schorge, J. O., Halvorson, L. M., Hamid, C. A., Corton, M. M., & Schaffer, J. I. (2023). *Williams gynecology* (4th ed.). McGraw-Hill Education.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). *Mengenal Kista Ovarium dan Penanganannya*. Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan.
- Medscape. (2024). Salpingo-oophorectomy technique, classifications, and approaches. Medscape Reference: General Surgery & Gynecology.
- Mustikawati, N. (2022). *Asuhan keperawatan maternitas pada gangguan sistem reproduksi*. Salemba Medika
- Nezhat, C., Nezhat, F., & Nezhat, C. (2024). *Clinical Management of Ovarian Endometriotic Cyst (Chocolate Cyst): Diagnosis, Medical Treatment, and Minimally Invasive Surgery*. Worldwide EndoMarch & Nezhat Medical Center. [Nezhat Medical Portal](#)
- Nugroho, T. (2019). *Buku Ajar Ginekologi Untuk Mahasiswi Kebidanan*. Nuha Medika. Perpustakaan Universitas Tribhuwana Tungadewi.
- Parker, W. H., Jacoby, V. L., Shoupe, D., & Broder, M. S. (2019). Long-term outcomes of bilateral oophorectomy in benign gynecologic surgery. *New England Journal of Medicine*, 381(12), 1145-1153.
- Pratama, A., Wijaya, B., & Lestari, C. (2021). Edukasi Kesehatan Reproduksi Sebagai Upaya Peningkatan Kualitas Hidup Perempuan. *Humanism: Journal of Community Empowerment*, 3(2), 114–125. doi.org
- Prawirohardjo, S. (2020). *Ilmu Kebidanan* (Ed. 4). PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Puspita, A., Munir, M. A., & Faris, A. (2021). CASE REPORT : TREATMENT OF OVARIAN CYSTS WITH TOTAL HYSTERECTOMY AND BILATERAL SALFINGOOFERECTOMY. In *Jurnal Medical Profession (MedPro)* (Vol. 3, Number 2).
- Putri, R. H. (2019). *Pengalaman Pasien Kista Ovarium Dalam Pengobatan Non Farmakologi Dengan Kunyit Dan Air Kelapa* (Doctoral dissertation, University of Muhammadiyah Malang).
- Rahmatia, S. (2021). *Metodologi keperawatan: Tahapan evaluasi dan pengukuran kriteria hasil*. Trans Info Media.
- Ramezani, M., Ahmadi, F., Mohammadi, E., & Kazemnejad, A. (2020). Spiritual care in nursing: A concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 102, 103445.

- Rocca, W. A., Bower, J. H., Maraganore, D. M., Ahlskog, J. E., Grossardt, B. R., & de Andrade, M. (2021). Increased risk of cognitive impairment or dementia after early oophorectomy. *The Lancet Neurology*, 20(5), 371-379.
- Safitri, A. (2020). *Konsep dasar dan aplikasi dokumentasi implementasi keperawatan*. Pustaka Baru Press.
- Sa, G., Hasibuan, adah, Budi Setyawati, M., Hanum Nur Adriyani Program Studi Keperawatan Anesthesiologi, F., Kesehatan, F., Harapan Bangsa, U., Raden Patah No, J., Banyumas, K., & Tengah, J. (2024). *GAMBARAN WAKTU MUNCULNYA PERISTALTIK USUS PADA PASIEN DENGAN POST GENERAL ANESTESI DI RUMAH SAKIT UMUM*. <http://jurnal.globalhealthsciencegroup.com/index.php/JPPP>
- Soputri, N., Ratuningrum, R., Tri, A., Supriarti, M., Sri, N., Sirait, H., Kristina, Y., Dwi, R., Putri, P., Iriani, V., Soputri, A. N., & Santi, M. Y. (n.d.). *MASALAH DAN GANGGUAN PADA SISTEM REPRODUKSI*.
- Suryoadji, K. A., Ridwan, A. S., Fauzi, A., Kusuma, F., Program, S., Kedokteran, F., Kedokteran, U., Indonesia, J., Ginekologi, D. O., Obstetri, D., Ginekologi, D., & Kedokteran, F. (2022). DIAGNOSIS DAN TATALAKSANA PADA KISTA OVARIUM: A LITERATURE REVIEW. *Jurnal Khazanah*, 14(1). <https://journal.uui.ac.id/khazanah>
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik (Edisi 1). Jakarta: DPP PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan (Edisi 1). Jakarta: DPP PPNI.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan (Edisi 1). Jakarta: DPP PPNI.
- Widodo, U., Fitriani, C., Wisudarti, R., Krispratama, A., Anesthesiologi, D., Intensif, T., Kedokteran, F., Masyarakat, K., & Keperawatan, D. (2021). TINJAUAN PUSAT OPTIMALISASI KESELAMATAN PASIEN DI POST-ANESTHESIA CARE UNIT. In *Jurnal Komplikasi Anestesi* (Vol. 8, Number 3).
- Widuri, S., Kep, N., & Med, M. E. (2023). *BUKU AJAR PROSES KEPERAWATAN DAN BERPIKIR KRITIS*. <https://pub.candle.or.id/index.php/pub>
- Zarbo, C., Brugnera, A., Frigerio, L., Celi, C., Compare, A., Dessì, V., Giordano, R., Malandrino, C., Sina, F. P., Strepparava, M. G., Tessitore, I. V., Ventura, M., & Fruscio, R. (2022). Cancer Anxiety Mediates the Association Between

Satisfaction With Medical Communication and Psychological Quality of Life After Prophylactic Bilateral Salpingo-Oophorectomy. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.840931>

LAMPIRAN

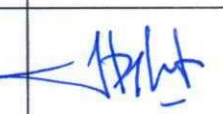
LEMBAR BIMBINGAN

Nama: Fadilah Nuriah

NIM: KHGA23011

Dosen Pembimbing: K.Dewi Budiarti,S.Kp.,M.Kep.

Judul: Asuhan Keperawatan Pada Ny. E 48 Tahun Dengan Post Salpingo-Ooforektomi Pod 0 Atas Indikasi Kista Ovarium Dextra Di Ruang Delima Rumah Sakit Umum Daerah Ciamis

No	Tanggal	Pokok Bahasan	Catatan	Paraf Dosen Pembimbing	Paraf Mahasiswa
1	18 Juni 2026	Bab 1	1. Tambahkan data kista ovarium 2. Jangan terlalu banyak teori		
2	22 Juni 2026	Bab 1	1. Data salphyngooforektomi di RSUD Ciamis 2. Penulisan		
3	25 Juni 2026	Bab II	1. Penulisan 2. Tinjauan teori 3. Asuhan keperawatan		
4	30 Juni 2026	Bab II	1. Penulisan 2. Tambahkan sumber sitasi		
5	02 Juli 2026	Bab III	1. Penulisan 2. Penambahan diagnosa askep 3. Penomoran di intervensi		
6	03 Juli 2026	BAB III	1. Asuhan keperawatan di perbaiki tata letaknya		
7	06 Juli 2026	BAB IV Abstrak	1. Perbaiki abstrak		
8	07 juli 2026		ACC sidang		

Satuan Acara Penyuluhan

Pokok pembahasan	:Promosi Kesehatan tentang Manajemen Nyeri Nonfarmakologis dengan Teknik Tarik Nafas Dalam
Sub pokok pembahasan	:Pengertian nyeri, pengertian teknik relaksasi napas dalam, manfaat, tujuan, mekanisme kerja, indikasi, kontraindikasi, langkah-langkah melakukan teknik relaksasi napas dalam,
Sasaran	: Ny.E dan Keluarga
Tanggal	: 08 Mei 2026
Tempat	: Ruang Perawatan 3 Delima RSUD Ciamis
Waktu	: 13.00-13.45 (45 menit)
Penyuluh	:Fadilah Nuriah

A. Tujuan

- Tujuan umum

Setelah mengikuti penyuluhan mengenai manajemen nyeri nonfarmakologis dengan teknik relaksasi napas dalam, diharapkan peserta mampu memahami dan mempraktikkan teknik relaksasi napas dalam secara benar sebagai salah satu upaya mengurangi nyeri.

- Tujuan khusus

Setelah diberikan penyuluhan diharapkan pasien mampu :

1. Menjelaskan pengertian nyeri
2. Menjelaskan pengertian teknik relaksasi napas dalam
3. Menjelaskan tujuan teknik relaksasi napas dalam
4. Menyebutkan manfaat teknik relaksasi napas dalam
5. Menjelaskan mekanisme teknik relaksasi napas dalam dalam menurunkan nyeri
6. Menyebutkan indikasi dan kontraindikasi teknik relaksasi napas dalam
7. Mempraktikkan langkah-langkah teknik relaksasi napas dalam dengan benar

8. Menjelaskan hal-hal yang perlu diperhatikan selama melakukan teknik relaksasi napas dalam

B. Materi

Materi penyuluhan yang akan disampaikan meliputi :

1. Pengertian nyeri
2. Pengertian teknik relaksasi napas dalam
3. Tujuan teknik relaksasi napas dalam
4. Manfaat teknik relaksasi napas dalam
5. Mekanisme kerja teknik relaksasi napas dalam
6. Indikasi teknik relaksasi napas dalam
7. Kontraindikasi teknik relaksasi napas dalam
8. Langkah-langkah melakukan teknik relaksasi napas dalam
9. Hal-hal yang perlu diperhatikan selama melakukan teknik relaksasi napas dalam

C. Media

- A. Leaflet
- B. PPT
- C. Poster
- D. Video demonstrasi (bila tersedia)

D. Metode penyuluhan :

- Ceramah
- Demonstrasi
- Diskusi
- Tanya jawab

E. Kegiatan penyuluhan

No	Tahap	Waktu	kegiatan	
			penyuluh	peserta
1	Perkenalan dan Pembukaan	5 menit	Memberikan salam, memperkenalkan diri dan anggota kelompok, menjelaskan tujuan penyuluhan, manfaat kegiatan, kontrak waktu, serta membagikan leaflet kepada peserta.	Menjawab salam, memperkenalkan diri (bila diminta), menerima leaflet, mendengarkan penjelasan, dan memperhatikan tujuan penyuluhan.
2	Kegiatan inti	30 menit	Menjelaskan pengertian nyeri, pengertian teknik relaksasi napas dalam, tujuan, manfaat, mekanisme kerja, indikasi, kontraindikasi, langkah-langkah melakukan teknik relaksasi napas dalam, serta hal-hal yang perlu diperhatikan. Penyuluh kemudian mendemonstrasikan teknik relaksasi napas dalam dan memberikan kesempatan kepada peserta untuk mempraktikkan serta mengajukan pertanyaan. Teknik ini dijelaskan sebagai salah satu intervensi nonfarmakologis yang efektif membantu menurunkan intensitas nyeri.	Mendengarkan materi, memperhatikan demonstrasi, mempraktikkan teknik relaksasi napas dalam sesuai arahan penyuluh, aktif bertanya, dan berdiskusi mengenai materi yang belum dipahami.

3	Penutup	10 menit	Melakukan evaluasi dengan memberikan pertanyaan kepada peserta mengenai materi yang telah disampaikan. Penyuluh memberikan umpan balik, menyimpulkan materi, memotivasi peserta untuk menerapkan teknik relaksasi napas dalam sebagai salah satu cara mengurangi nyeri, kemudian menutup kegiatan dengan salam.	Menjawab pertanyaan evaluasi, menyampaikan kesan atau pertanyaan terakhir, mendengarkan kesimpulan, dan menjawab salam penutup.
---	---------	-------------	---	---

F. Evaluasi materi

1. Menjelaskan pengertian nyeri
2. Menjelaskan pengertian teknik relaksasi napas dalam
3. Menyebutkan tujuan teknik relaksasi napas dalam
4. Menyebutkan manfaat teknik relaksasi napas dalam dalam membantu mengurangi nyeri
5. Menjelaskan mekanisme kerja teknik relaksasi napas dalam dalam menurunkan persepsi nyeri
6. Menjelaskan indikasi dan kontraindikasi teknik relaksasi napas dalam.
7. mempraktikkan langkah-langkah teknik relaksasi napas dalam dengan benar.
8. Menyebutkan hal-hal yang perlu diperhatikan selama melakukan teknik relaksasi napas dalam.

G. Evaluasi audiens

1. Peserta hadir dan mengikuti kegiatan penyuluhan dari awal hingga akhir
2. Peserta memperhatikan materi yang disampaikan oleh penyuluh

3. Peserta aktif selama kegiatan penyuluhan, baik dengan bertanya maupun menjawab pertanyaan
4. Peserta mampu menjawab pertanyaan evaluasi mengenai materi manajemen nyeri dengan teknik relaksasi napas dalam
5. Peserta mampu mempraktikkan teknik relaksasi napas dalam sesuai langkah-langkah yang telah diajarkan
6. Peserta memahami manfaat teknik relaksasi napas dalam sebagai salah satu metode nonfarmakologis untuk membantu mengurangi nyeri
7. Peserta menunjukkan sikap antusias dan termotivasi untuk menerapkan teknik relaksasi napas dalam secara mandiri apabila mengalami nyeri atau sesuai anjuran tenaga kesehatan.

Materi

A. Pengertian Nyeri

Nyeri merupakan pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual maupun potensial atau menyerupai kondisi tersebut. Nyeri bersifat subjektif, sehingga setiap individu dapat merasakan intensitas, karakteristik, dan respons yang berbeda meskipun penyebab nyerinya sama. Persepsi nyeri dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti usia, jenis kelamin, kondisi psikologis, budaya, pengalaman sebelumnya, tingkat kecemasan, serta lingkungan sekitar. Oleh karena itu, penilaian nyeri tidak hanya didasarkan pada kondisi fisik pasien, tetapi juga mempertimbangkan aspek emosional dan psikososial yang dapat memengaruhi persepsi seseorang terhadap nyeri. Dalam praktik pelayanan kesehatan, nyeri telah diakui sebagai tanda vital kelima (*the fifth vital sign*) karena keberadaannya perlu dinilai secara rutin untuk menentukan intervensi yang tepat (International Association for the Study of Pain [IASP], 2022).

Secara fisiologis, nyeri terjadi akibat adanya rangsangan berbahaya (*noxious stimulus*) yang diterima oleh reseptor nyeri (*nociceptor*) pada jaringan tubuh. Rangsangan tersebut kemudian dihantarkan melalui serabut saraf perifer menuju medula spinalis dan diteruskan ke otak untuk dipersepsikan sebagai nyeri. Proses terjadinya nyeri melibatkan empat tahapan utama, yaitu transduksi, transmisi, modulasi, dan persepsi. Pada tahap transduksi, rangsangan mekanik, termal, atau kimia diubah menjadi impuls listrik. Selanjutnya impuls dihantarkan menuju sistem saraf pusat melalui proses transmisi. Setelah mencapai medula spinalis dan otak, impuls nyeri dapat dimodulasi oleh berbagai neurotransmitter, seperti endorfin dan serotonin, sebelum akhirnya dipersepsikan sebagai rasa nyeri oleh korteks serebri. Pemahaman mengenai mekanisme tersebut menjadi dasar dalam menentukan berbagai strategi penatalaksanaan nyeri, baik melalui terapi farmakologis maupun nonfarmakologis (Bentley et al., 2023).

Berdasarkan durasinya, nyeri dibedakan menjadi nyeri akut dan nyeri kronis. Nyeri akut merupakan nyeri yang berlangsung dalam waktu singkat dan umumnya berhubungan dengan cedera jaringan atau prosedur medis, sedangkan nyeri kronis berlangsung lebih dari tiga bulan atau melebihi proses penyembuhan normal. Selain itu, nyeri juga dapat diklasifikasikan berdasarkan mekanismenya menjadi nyeri nosiseptif, nyeri neuropatik, dan nyeri campuran. Nyeri nosiseptif terjadi akibat stimulasi reseptor nyeri pada jaringan yang mengalami kerusakan, sedangkan nyeri neuropatik disebabkan oleh gangguan atau kerusakan pada sistem saraf. Setiap jenis nyeri memerlukan pendekatan penatalaksanaan yang berbeda sehingga identifikasi karakteristik nyeri menjadi langkah penting dalam penyusunan rencana asuhan keperawatan maupun terapi medis (World Health Organization, 2023).

Dalam praktik keperawatan, penilaian nyeri dilakukan secara komprehensif menggunakan instrumen yang telah terstandarisasi, seperti *Numeric Rating Scale (NRS)*, *Visual Analog Scale (VAS)*, maupun *Faces Pain Scale-Revised (FPS-R)* sesuai usia dan kondisi pasien. Hasil pengkajian tersebut menjadi dasar dalam menentukan intervensi yang paling tepat, termasuk penggunaan teknik relaksasi napas dalam sebagai salah satu metode manajemen nyeri nonfarmakologis. Pendekatan nonfarmakologis semakin banyak direkomendasikan karena mampu membantu menurunkan intensitas nyeri, meningkatkan kenyamanan pasien, mengurangi kecemasan, serta mendukung efektivitas terapi farmakologis. Oleh karena itu, pemahaman mengenai konsep dasar nyeri sangat penting bagi pasien, keluarga, maupun tenaga kesehatan agar proses pengelolaan nyeri dapat dilakukan secara optimal dan berpusat pada kebutuhan pasien (Joseph et al., 2022).

A. Pengertian Teknik Relaksasi Napas Dalam

Teknik relaksasi napas dalam (*deep breathing relaxation technique*) merupakan salah satu intervensi nonfarmakologis yang dilakukan dengan mengatur pola pernapasan secara perlahan, dalam, dan terkontrol untuk menciptakan keadaan relaksasi fisik maupun psikologis. Teknik ini dilakukan dengan menarik napas secara perlahan melalui hidung, menahan napas selama beberapa detik, kemudian menghembuskannya secara perlahan melalui mulut. Pola pernapasan tersebut bertujuan meningkatkan ventilasi paru, memperbaiki pertukaran oksigen dan karbon dioksida, serta membantu tubuh mencapai kondisi relaksasi. Dalam praktik keperawatan, teknik relaksasi napas dalam banyak digunakan sebagai intervensi mandiri karena mudah dipelajari, tidak memerlukan alat khusus, relatif aman, dan dapat diterapkan pada berbagai kelompok usia maupun kondisi klinis yang mengalami nyeri (Joseph et al., 2022).

Teknik relaksasi napas dalam bekerja dengan mengaktivasi sistem saraf parasimpatis yang berperan dalam menurunkan respons stres tubuh. Aktivasi tersebut menyebabkan penurunan aktivitas sistem saraf simpatis sehingga denyut jantung, tekanan darah, frekuensi pernapasan, dan ketegangan otot menjadi lebih stabil. Selain itu, teknik ini juga meningkatkan oksigenasi jaringan dan merangsang pelepasan neurotransmitter, seperti endorfin, yang berfungsi sebagai analgesik alami tubuh. Kombinasi perubahan fisiologis tersebut mampu menurunkan persepsi nyeri, mengurangi kecemasan, serta meningkatkan rasa nyaman pada pasien. Oleh karena itu, teknik relaksasi napas dalam sering direkomendasikan sebagai terapi pendamping bersama pengobatan farmakologis untuk memperoleh hasil manajemen nyeri yang lebih optimal (Bentley et al., 2023).

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa teknik relaksasi napas dalam memiliki efektivitas dalam membantu menurunkan intensitas nyeri pada berbagai kondisi, seperti nyeri pascaoperasi, nyeri muskuloskeletal, nyeri akibat prosedur medis, nyeri persalinan, hingga nyeri kronis. Selain

memberikan manfaat terhadap pengendalian nyeri, latihan napas dalam juga diketahui mampu mengurangi tingkat kecemasan, meningkatkan kualitas tidur, memperbaiki fungsi respirasi, serta meningkatkan kualitas hidup pasien. Karena manfaatnya yang luas, teknik ini telah menjadi salah satu intervensi keperawatan berbasis bukti (*evidence-based nursing intervention*) yang banyak diterapkan di rumah sakit maupun pelayanan kesehatan primer sebagai bagian dari pendekatan holistik dalam mengatasi nyeri (Serrano-Ibáñez et al., 2024).

Dalam penerapannya, teknik relaksasi napas dalam perlu diajarkan secara benar oleh tenaga kesehatan agar pasien mampu melakukannya secara mandiri. Edukasi yang diberikan meliputi posisi tubuh yang nyaman, cara menarik dan menghembuskan napas, lama setiap siklus pernapasan, serta frekuensi latihan yang dianjurkan. Keterlibatan keluarga juga penting dalam memberikan dukungan dan mengingatkan pasien untuk melakukan latihan secara rutin sesuai anjuran. Dengan pemahaman yang baik mengenai teknik relaksasi napas dalam, pasien diharapkan mampu memanfaatkan metode ini sebagai salah satu strategi nonfarmakologis yang aman, mudah, dan efektif dalam membantu mengurangi nyeri serta meningkatkan kenyamanan selama proses penyembuhan (Prasetyo et al., 2025).

B. Tujuan Teknik Relaksasi Napas Dalam

Teknik relaksasi napas dalam merupakan salah satu intervensi nonfarmakologis yang bertujuan membantu pasien mengurangi intensitas nyeri melalui mekanisme relaksasi fisiologis dan psikologis. Tujuan utama teknik ini adalah menciptakan kondisi tubuh yang lebih rileks sehingga respons tubuh terhadap nyeri dapat diminimalkan. Ketika seseorang mengalami nyeri, tubuh akan mengaktifkan sistem saraf simpatis yang menyebabkan peningkatan denyut jantung, tekanan darah, frekuensi pernapasan, serta ketegangan otot. Melalui latihan napas yang dilakukan secara perlahan, dalam, dan teratur, aktivitas sistem saraf parasimpatis akan meningkat sehingga respons stres tubuh menurun dan pasien menjadi lebih

tenang. Dengan demikian, teknik relaksasi napas dalam bertujuan membantu pasien mengendalikan persepsi nyeri tanpa sepenuhnya bergantung pada terapi farmakologis (Joseph et al., 2022).

Selain membantu mengurangi nyeri, teknik relaksasi napas dalam juga bertujuan meningkatkan fungsi fisiologis tubuh. Pernapasan yang dalam dan terkontrol dapat meningkatkan ventilasi paru sehingga pertukaran oksigen dan karbon dioksida berlangsung lebih efektif. Peningkatan suplai oksigen ke jaringan tubuh membantu memenuhi kebutuhan metabolisme sel, mempercepat proses penyembuhan, serta mengurangi ketegangan otot yang sering muncul akibat nyeri. Teknik ini juga bertujuan menstabilkan tanda-tanda vital, seperti tekanan darah, denyut nadi, dan frekuensi pernapasan, sehingga kondisi pasien menjadi lebih nyaman selama menjalani proses perawatan. Oleh karena itu, teknik relaksasi napas dalam tidak hanya memberikan manfaat terhadap pengendalian nyeri, tetapi juga berkontribusi dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis tubuh (Bentley et al., 2023).

Tujuan lain dari teknik relaksasi napas dalam adalah meningkatkan kemampuan pasien dalam mengelola nyeri secara mandiri. Edukasi mengenai teknik ini memungkinkan pasien untuk berpartisipasi aktif dalam proses pengobatan dengan menerapkan latihan napas secara rutin ketika nyeri muncul. Kemampuan mengendalikan nyeri secara mandiri dapat meningkatkan rasa percaya diri, mengurangi ketergantungan terhadap obat analgesik, serta meningkatkan kepatuhan pasien terhadap program terapi yang diberikan. Selain itu, latihan napas dalam juga bertujuan mengurangi kecemasan, stres, dan ketakutan yang sering menyertai kondisi nyeri, sehingga pasien mampu menghadapi proses penyembuhan dengan kondisi psikologis yang lebih baik (Serrano-Ibáñez et al., 2024).

Dalam praktik keperawatan, teknik relaksasi napas dalam bertujuan mendukung pemberian asuhan keperawatan yang bersifat holistik, yaitu memperhatikan kebutuhan fisik, psikologis, sosial, dan emosional pasien. Intervensi ini dapat diterapkan pada berbagai kelompok pasien, seperti

pasien pascaoperasi, pasien dengan penyakit kronis, pasien kanker, ibu bersalin, maupun pasien yang menjalani prosedur medis yang menimbulkan nyeri. Dengan berbagai tujuan tersebut, teknik relaksasi napas dalam diharapkan mampu menjadi salah satu strategi nonfarmakologis yang efektif untuk meningkatkan kenyamanan pasien, mempercepat proses pemulihan, serta meningkatkan kualitas hidup secara keseluruhan (Wang et al., 2023).

C. Manfaat Teknik Relaksasi Napas Dalam

Teknik relaksasi napas dalam merupakan salah satu intervensi nonfarmakologis yang memberikan berbagai manfaat bagi pasien yang mengalami nyeri. Manfaat utama dari teknik ini adalah membantu menurunkan intensitas nyeri melalui mekanisme relaksasi tubuh. Ketika seseorang melakukan pernapasan secara perlahan dan teratur, tubuh akan mengalami penurunan aktivitas sistem saraf simpatis sehingga ketegangan otot berkurang dan tubuh memasuki keadaan lebih rileks. Kondisi tersebut menyebabkan persepsi terhadap nyeri menjadi lebih rendah sehingga pasien merasakan peningkatan kenyamanan selama menjalani perawatan. Selain itu, teknik relaksasi napas dalam dapat menjadi terapi pendamping yang efektif untuk meningkatkan keberhasilan pengelolaan nyeri bersama terapi farmakologis tanpa menimbulkan efek samping yang berarti (Joseph et al., 2022).

Selain membantu mengurangi nyeri, teknik relaksasi napas dalam juga memberikan manfaat terhadap fungsi fisiologis tubuh. Pernapasan yang dilakukan secara perlahan dan dalam mampu meningkatkan ventilasi paru sehingga pertukaran oksigen dan karbon dioksida berlangsung lebih optimal. Peningkatan oksigenasi jaringan membantu memenuhi kebutuhan metabolisme sel, mengurangi kelelahan, serta mendukung proses penyembuhan jaringan yang mengalami kerusakan. Teknik ini juga diketahui mampu menurunkan frekuensi denyut jantung, tekanan darah, dan frekuensi pernapasan sehingga kondisi hemodinamik pasien menjadi lebih stabil. Dengan demikian, latihan napas dalam tidak hanya bermanfaat dalam

mengurangi nyeri, tetapi juga membantu mempertahankan keseimbangan fisiologis tubuh selama proses penyembuhan (Bentley et al., 2023).

Manfaat lain dari teknik relaksasi napas dalam adalah meningkatkan kesehatan psikologis pasien. Nyeri sering kali disertai dengan kecemasan, stres, rasa takut, bahkan gangguan tidur yang dapat memperburuk kondisi pasien. Melalui latihan napas dalam, pasien dapat mengendalikan respons emosional terhadap nyeri sehingga tingkat kecemasan menurun dan rasa tenang meningkat. Beberapa penelitian juga menunjukkan bahwa latihan pernapasan secara rutin mampu meningkatkan kualitas tidur, memperbaiki konsentrasi, serta meningkatkan kualitas hidup pada pasien dengan berbagai kondisi klinis. Oleh karena itu, teknik relaksasi napas dalam menjadi salah satu intervensi yang mendukung pendekatan holistik dalam pelayanan keperawatan karena memberikan manfaat terhadap aspek fisik maupun psikologis pasien (Serrano-Ibáñez et al., 2024).

Dalam praktik pelayanan kesehatan, teknik relaksasi napas dalam memiliki manfaat karena mudah diajarkan, tidak membutuhkan alat khusus, dapat dilakukan di rumah maupun di fasilitas pelayanan kesehatan, serta dapat diterapkan pada berbagai kelompok usia sesuai kondisi pasien. Intervensi ini juga meningkatkan partisipasi aktif pasien dalam proses pengelolaan nyeri sehingga pasien menjadi lebih mandiri dalam mengatasi keluhan yang dirasakan. Dukungan keluarga dalam mengingatkan dan mendampingi pasien melakukan latihan napas dalam secara rutin akan meningkatkan keberhasilan intervensi tersebut. Dengan berbagai manfaat yang dimiliki, teknik relaksasi napas dalam direkomendasikan sebagai salah satu strategi nonfarmakologis yang aman, efektif, dan berbasis bukti dalam membantu menurunkan nyeri serta meningkatkan kenyamanan pasien selama menjalani proses perawatan (Prasetyo et al., 2025).

D. Mekanisme Kerja Teknik Relaksasi Napas Dalam dalam

Teknik relaksasi napas dalam menurunkan nyeri melalui berbagai mekanisme fisiologis dan psikologis yang saling berkaitan. Ketika

seseorang menarik napas secara perlahan dan dalam, kemudian menghembuskannya secara terkontrol, tubuh akan mengaktivasi sistem saraf parasimpatis dan menekan aktivitas sistem saraf simpatis. Aktivasi sistem saraf parasimpatis menyebabkan tubuh berada dalam kondisi relaksasi yang ditandai dengan penurunan denyut jantung, tekanan darah, frekuensi pernapasan, serta ketegangan otot. Kondisi relaksasi tersebut membantu mengurangi respons stres yang muncul akibat nyeri sehingga pasien merasa lebih tenang dan nyaman. Selain itu, pernapasan yang teratur juga meningkatkan ventilasi paru sehingga suplai oksigen ke jaringan tubuh menjadi lebih optimal dan membantu mempercepat proses pemulihan sel yang mengalami kerusakan (Bentley et al., 2023).

Mekanisme lain yang berperan dalam penurunan nyeri adalah meningkatnya pelepasan endorfin selama melakukan teknik relaksasi napas dalam. Endorfin merupakan neurotransmiter alami yang diproduksi oleh tubuh dan berfungsi sebagai analgesik endogen. Senyawa ini bekerja dengan menghambat penghantaran impuls nyeri menuju otak sehingga persepsi terhadap nyeri menjadi berkurang. Selain endorfin, latihan napas dalam juga berperan dalam menurunkan kadar hormon stres, seperti kortisol dan katekolamin, yang biasanya meningkat ketika seseorang mengalami nyeri atau kecemasan. Penurunan hormon stres tersebut membantu menciptakan rasa nyaman, mengurangi ketegangan emosional, serta meningkatkan kemampuan tubuh dalam mengendalikan rasa nyeri secara alami tanpa ketergantungan penuh pada terapi farmakologis (Joseph et al., 2022).

Dari aspek neurologis, teknik relaksasi napas dalam juga berkaitan dengan teori *Gate Control of Pain*. Teori ini menjelaskan bahwa impuls sensorik tertentu dapat memengaruhi mekanisme “gerbang” pada medula spinalis yang mengatur penghantaran impuls nyeri menuju otak. Ketika tubuh berada dalam kondisi relaksasi, aktivitas sistem saraf menjadi lebih seimbang sehingga penghantaran impuls nyeri dapat berkurang. Selain itu, fokus pasien terhadap pola pernapasan selama latihan juga mengalihkan perhatian dari sensasi nyeri (*distraction*), sehingga persepsi nyeri menjadi

lebih rendah. Oleh karena itu, teknik relaksasi napas dalam tidak hanya bekerja melalui perubahan fisiologis, tetapi juga melalui perubahan persepsi dan respons psikologis terhadap nyeri (Serrano-Ibáñez et al., 2024).

Dalam praktik keperawatan, mekanisme kerja teknik relaksasi napas dalam menjadikannya sebagai salah satu intervensi nonfarmakologis yang efektif untuk mendukung pengelolaan nyeri secara holistik. Teknik ini dapat dikombinasikan dengan terapi farmakologis maupun intervensi nonfarmakologis lainnya, seperti distraksi, terapi musik, atau relaksasi otot progresif, sehingga hasil pengendalian nyeri menjadi lebih optimal. Penerapan latihan napas dalam secara rutin juga membantu pasien meningkatkan kemampuan mengontrol respons tubuh terhadap nyeri, mengurangi kecemasan, meningkatkan rasa nyaman, dan mempercepat proses pemulihan. Oleh karena itu, teknik relaksasi napas dalam direkomendasikan sebagai bagian dari asuhan keperawatan berbasis bukti dalam berbagai kondisi klinis yang disertai nyeri (Wang et al., 2023).

E. Indikasi Teknik Relaksasi Napas Dalam dalam

Teknik relaksasi napas dalam merupakan salah satu intervensi nonfarmakologis yang dapat diterapkan pada berbagai kondisi klinis yang disertai nyeri maupun kecemasan. Intervensi ini direkomendasikan bagi pasien yang mengalami nyeri ringan hingga sedang, baik akibat penyakit maupun tindakan medis. Selain membantu mengurangi intensitas nyeri, teknik relaksasi napas dalam juga bertujuan meningkatkan kenyamanan, menurunkan respons stres, serta membantu pasien lebih rileks selama menjalani proses perawatan. Karena pelaksanaannya sederhana dan tidak memerlukan alat khusus, teknik ini dapat diterapkan di rumah sakit, puskesmas, maupun di rumah sebagai bagian dari upaya pengelolaan nyeri secara mandiri setelah pasien memperoleh edukasi dari tenaga kesehatan. Penerapan teknik relaksasi napas dalam juga dapat dikombinasikan dengan terapi farmakologis maupun intervensi nonfarmakologis lainnya untuk

memperoleh hasil yang lebih optimal dalam pengendalian nyeri (Joseph et al., 2022).

Teknik relaksasi napas dalam diindikasikan pada pasien yang mengalami nyeri pascaoperasi, seperti setelah operasi abdomen, ortopedi, maupun tindakan bedah lainnya. Selain itu, teknik ini juga dapat diberikan pada pasien yang mengalami nyeri akibat penyakit kronis, seperti osteoarthritis, nyeri punggung bawah, kanker, maupun penyakit muskuloskeletal lainnya. Pada bidang maternitas, latihan napas dalam banyak digunakan untuk membantu mengurangi nyeri selama proses persalinan serta meningkatkan kemampuan ibu dalam mengendalikan kontraksi. Teknik ini juga dapat diterapkan pada pasien yang menjalani prosedur medis yang berpotensi menimbulkan nyeri, seperti pemasangan infus, pengambilan darah, pelepasan *chest tube*, maupun tindakan keperawatan lainnya. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa penerapan teknik relaksasi napas dalam pada kondisi-kondisi tersebut mampu membantu menurunkan intensitas nyeri dan meningkatkan kenyamanan pasien selama menjalani tindakan medis (Kök et al., 2025).

Selain pada kondisi yang disertai nyeri, teknik relaksasi napas dalam juga diindikasikan bagi pasien yang mengalami kecemasan, stres, gangguan tidur, atau ketegangan emosional yang dapat memperberat persepsi nyeri. Pasien dengan penyakit kronis sering mengalami kecemasan terhadap kondisi kesehatannya sehingga latihan napas dalam dapat membantu menciptakan rasa tenang dan meningkatkan kemampuan pasien dalam menghadapi proses pengobatan. Intervensi ini juga bermanfaat bagi pasien yang memerlukan latihan pengendalian pernapasan, seperti pasien dengan gangguan pernapasan ringan yang masih mampu mengikuti instruksi tenaga kesehatan. Namun demikian, sebelum memberikan intervensi, perawat perlu melakukan pengkajian menyeluruh terhadap kondisi pasien agar teknik relaksasi napas dalam diberikan sesuai indikasi dan kebutuhan individu (Serrano-Ibáñez et al., 2024).

Dalam praktik keperawatan, penentuan indikasi teknik relaksasi napas dalam harus mempertimbangkan kondisi fisik, tingkat kesadaran, kemampuan komunikasi, serta kesiapan pasien untuk mengikuti instruksi. Edukasi yang diberikan kepada pasien dan keluarga mengenai tujuan, manfaat, dan cara melakukan teknik relaksasi napas dalam juga menjadi bagian penting agar intervensi dapat dilakukan secara benar dan berkesinambungan. Dengan penerapan yang tepat sesuai indikasi, teknik relaksasi napas dalam diharapkan mampu menjadi salah satu strategi nonfarmakologis yang efektif dalam membantu mengurangi nyeri, meningkatkan kenyamanan, serta mendukung proses penyembuhan pasien secara menyeluruh (Prasetyo et al., 2025).

F. Kontraindikasi Teknik Relaksasi Napas Dalam

Teknik relaksasi napas dalam merupakan salah satu intervensi nonfarmakologis yang aman dan efektif dalam membantu mengurangi nyeri pada berbagai kondisi klinis. Namun, penerapannya tidak dapat dilakukan pada semua pasien tanpa mempertimbangkan kondisi kesehatan yang mendasarinya. Sebelum mengajarkan atau menerapkan teknik relaksasi napas dalam, tenaga kesehatan perlu melakukan pengkajian secara menyeluruh terhadap kondisi fisik, tingkat kesadaran, kemampuan berkomunikasi, serta fungsi sistem pernapasan pasien. Pengkajian tersebut bertujuan untuk memastikan bahwa pasien mampu mengikuti instruksi dengan baik dan tidak memiliki kondisi medis yang dapat membahayakan apabila melakukan latihan pernapasan secara dalam dan terkontrol. Dengan demikian, penentuan kontraindikasi menjadi bagian penting dalam menjaga keamanan pasien selama pelaksanaan intervensi nonfarmakologis (Joseph et al., 2022).

Teknik relaksasi napas dalam tidak dianjurkan pada pasien yang mengalami gangguan pernapasan akut, seperti gagal napas, serangan asma berat, eksaserbasi penyakit paru obstruktif kronis (PPOK), edema paru akut, maupun kondisi lain yang menyebabkan pasien mengalami kesulitan

bernapas secara signifikan. Pada kondisi tersebut, latihan menarik napas dalam dapat meningkatkan beban kerja otot pernapasan sehingga berpotensi memperburuk keadaan klinis pasien. Selain itu, pasien yang mengalami hiperventilasi, saturasi oksigen yang tidak stabil, atau memerlukan bantuan ventilasi mekanik juga memerlukan penanganan khusus sehingga teknik relaksasi napas dalam tidak menjadi prioritas utama sebelum kondisi pasien dinyatakan stabil oleh tenaga kesehatan (Bentley et al., 2023).

Kontraindikasi juga dapat ditemukan pada pasien yang mengalami penurunan kesadaran, gangguan kognitif berat, delirium, atau kondisi neurologis yang menyebabkan pasien tidak mampu memahami maupun mengikuti instruksi yang diberikan. Keberhasilan teknik relaksasi napas dalam sangat bergantung pada kemampuan pasien dalam mengatur pola pernapasan sesuai arahan tenaga kesehatan. Oleh karena itu, pasien yang tidak mampu bekerja sama atau tidak dapat mempertahankan konsentrasi selama latihan memiliki risiko melakukan teknik yang kurang tepat sehingga manfaat yang diperoleh menjadi tidak optimal. Pada beberapa kondisi tertentu, seperti nyeri yang sangat berat, kecemasan ekstrem, atau gangguan psikiatri yang belum terkontrol, latihan relaksasi napas dalam dapat ditunda sampai kondisi pasien lebih stabil dan mampu mengikuti instruksi dengan baik (Serrano-Ibáñez et al., 2024).

Dalam praktik keperawatan, kontraindikasi teknik relaksasi napas dalam tidak berarti pasien tidak dapat memperoleh intervensi nonfarmakologis lainnya. Perawat dapat memilih alternatif yang lebih sesuai, seperti terapi musik, distraksi, relaksasi otot progresif, guided imagery, atau metode nonfarmakologis lainnya berdasarkan hasil pengkajian dan kondisi pasien. Evaluasi selama pelaksanaan intervensi juga perlu dilakukan secara berkala untuk memastikan bahwa pasien tetap merasa nyaman dan tidak mengalami keluhan seperti pusing, sesak napas, atau kelelahan akibat latihan pernapasan. Dengan mempertimbangkan indikasi dan kontraindikasi secara tepat, teknik relaksasi napas dalam dapat

diterapkan secara aman, efektif, dan memberikan manfaat maksimal dalam mendukung manajemen nyeri berbasis bukti (Wang et al., 2023).

G. Langkah-Langkah Melakukan Teknik Relaksasi Napas Dalam

Teknik relaksasi napas dalam merupakan intervensi nonfarmakologis yang mudah dilakukan, namun pelaksanaannya harus mengikuti langkah-langkah yang benar agar manfaat yang diperoleh dapat optimal. Sebelum memulai latihan, pasien dianjurkan berada pada lingkungan yang tenang, nyaman, dan memiliki sirkulasi udara yang baik untuk meminimalkan gangguan selama proses relaksasi. Perawat terlebih dahulu menjelaskan tujuan, manfaat, dan prosedur teknik relaksasi napas dalam agar pasien memahami setiap tahapan yang akan dilakukan. Selanjutnya, pasien diposisikan senyaman mungkin, seperti duduk dengan punggung bersandar atau berbaring dalam posisi semifowler sesuai kondisi klinis. Posisi tubuh yang nyaman membantu mengurangi ketegangan otot serta mempermudah proses inspirasi dan ekspirasi secara maksimal (Prasetyo et al., 2025).

Setelah pasien berada pada posisi yang nyaman, latihan dimulai dengan meminta pasien menutup mata apabila merasa lebih rileks. Pasien kemudian diminta menarik napas secara perlahan melalui hidung selama kurang lebih empat detik sambil merasakan rongga dada dan abdomen mengembang secara maksimal. Setelah inspirasi penuh, pasien diminta menahan napas selama dua hingga tiga detik untuk memberikan kesempatan terjadinya pertukaran oksigen yang lebih optimal di alveolus. Selanjutnya, pasien menghembuskan napas secara perlahan melalui mulut selama sekitar enam hingga delapan detik sambil merasakan tubuh menjadi lebih rileks. Selama latihan berlangsung, pasien dianjurkan memusatkan perhatian pada irama pernapasan dan menghindari pikiran yang dapat memicu stres atau kecemasan sehingga efek relaksasi dapat tercapai secara maksimal (Joseph et al., 2022).

Siklus menarik, menahan, dan menghembuskan napas dilakukan secara berulang sebanyak lima hingga sepuluh kali atau disesuaikan dengan

toleransi dan kondisi pasien. Selama latihan, perawat perlu mengamati ekspresi wajah, pola pernapasan, tingkat kenyamanan, serta respons fisiologis pasien untuk memastikan latihan berlangsung dengan aman. Apabila pasien mengeluhkan pusing, sesak napas, kelelahan, atau merasa tidak nyaman, latihan harus dihentikan sementara dan dilakukan evaluasi terhadap kondisi pasien. Setelah seluruh rangkaian latihan selesai, pasien dianjurkan tetap duduk atau berbaring selama beberapa menit sambil bernapas secara normal agar tubuh dapat beradaptasi kembali sebelum melanjutkan aktivitas. Evaluasi terhadap intensitas nyeri menggunakan skala nyeri yang sesuai juga perlu dilakukan untuk mengetahui efektivitas intervensi yang telah diberikan (Serrano-Ibáñez et al., 2024).

Dalam praktik keperawatan, teknik relaksasi napas dalam dapat dilakukan secara mandiri oleh pasien setelah memperoleh edukasi dan demonstrasi dari tenaga kesehatan. Latihan dianjurkan dilakukan secara rutin, terutama ketika nyeri mulai muncul atau sebelum menjalani prosedur medis yang berpotensi menimbulkan nyeri. Keterlibatan keluarga dalam mendampingi serta mengingatkan pasien untuk melakukan latihan secara teratur dapat meningkatkan keberhasilan intervensi. Dengan penerapan langkah-langkah yang benar dan dilakukan secara konsisten, teknik relaksasi napas dalam dapat menjadi salah satu strategi nonfarmakologis yang efektif dalam membantu menurunkan intensitas nyeri, meningkatkan kenyamanan, serta mendukung proses penyembuhan pasien secara optimal (Wang et al., 2023).

H. Hal-Hal yang Perlu Diperhatikan Selama Melakukan Teknik Relaksasi Napas Dalam

Pelaksanaan teknik relaksasi napas dalam memerlukan perhatian terhadap beberapa aspek agar intervensi dapat berlangsung secara aman, nyaman, dan efektif. Sebelum memulai latihan, pasien perlu dipastikan berada dalam kondisi yang stabil, mampu berkomunikasi dengan baik, serta dapat mengikuti instruksi yang diberikan oleh tenaga kesehatan.

Lingkungan pelaksanaan juga perlu diupayakan tenang, memiliki pencahayaan yang cukup, serta bebas dari gangguan yang dapat mengalihkan konsentrasi pasien. Posisi tubuh harus dibuat nyaman mungkin, baik dalam posisi duduk maupun berbaring, sehingga proses inspirasi dan ekspirasi dapat dilakukan secara maksimal tanpa menimbulkan ketegangan otot. Persiapan yang baik sebelum latihan akan membantu pasien lebih mudah mencapai kondisi relaksasi dan memperoleh manfaat optimal dari teknik relaksasi napas dalam (Joseph et al., 2022).

Selama latihan berlangsung, pasien perlu diarahkan untuk bernapas secara perlahan, dalam, dan teratur tanpa memaksakan kapasitas paru-parunya. Tarikan napas yang terlalu cepat atau terlalu kuat dapat menyebabkan hiperventilasi yang ditandai dengan keluhan pusing, kesemutan, atau rasa melayang. Oleh karena itu, perawat perlu mengingatkan pasien agar mempertahankan ritme pernapasan yang nyaman sesuai kemampuan masing-masing. Selain memperhatikan pola napas, pasien juga dianjurkan memusatkan perhatian pada proses inspirasi dan ekspirasi serta menghindari pikiran yang dapat meningkatkan kecemasan atau stres. Fokus terhadap irama pernapasan akan membantu meningkatkan efek relaksasi dan mengurangi persepsi terhadap nyeri yang dirasakan (Bentley et al., 2023).

Perawat perlu melakukan observasi terhadap respons pasien selama pelaksanaan teknik relaksasi napas dalam. Beberapa aspek yang perlu dipantau meliputi ekspresi wajah, frekuensi pernapasan, denyut nadi, tingkat kenyamanan, serta perubahan intensitas nyeri setelah latihan dilakukan. Apabila pasien mengeluhkan sesak napas, pusing, nyeri dada, kelelahan, atau tampak mengalami kesulitan mengikuti latihan, maka teknik relaksasi napas dalam harus segera dihentikan dan kondisi pasien dievaluasi lebih lanjut. Selain itu, evaluasi menggunakan skala nyeri sebelum dan sesudah intervensi juga penting dilakukan untuk mengetahui efektivitas teknik relaksasi napas dalam sebagai bagian dari manajemen nyeri nonfarmakologis (Serrano-Ibáñez et al., 2024).

Keberhasilan teknik relaksasi napas dalam juga dipengaruhi oleh konsistensi latihan dan dukungan dari keluarga maupun tenaga kesehatan. Pasien dianjurkan melakukan latihan secara rutin sesuai anjuran, terutama ketika nyeri mulai dirasakan atau sebelum menjalani prosedur yang berpotensi menimbulkan nyeri. Edukasi yang diberikan kepada keluarga mengenai cara mendampingi dan mengingatkan pasien melakukan latihan secara benar akan meningkatkan keberhasilan intervensi. Dengan memperhatikan seluruh aspek tersebut, teknik relaksasi napas dalam dapat diterapkan secara aman, memberikan manfaat yang optimal dalam mengurangi nyeri, meningkatkan rasa nyaman, serta mendukung proses penyembuhan pasien secara menyeluruh (Wang et al., 2023).

I. Peran Keluarga dalam Mendukung Manajemen Nyeri dengan Teknik Relaksasi Napas Dalam

Keluarga memiliki peran yang sangat penting dalam mendukung keberhasilan manajemen nyeri, khususnya melalui penerapan teknik relaksasi napas dalam. Dalam pendekatan asuhan keperawatan yang berpusat pada pasien (*patient-centered care*), keluarga dipandang sebagai sistem pendukung utama yang berkontribusi terhadap proses penyembuhan dan peningkatan kualitas hidup pasien. Dukungan keluarga dapat berupa dukungan emosional, informasi, motivasi, maupun bantuan secara langsung dalam pelaksanaan latihan relaksasi napas dalam. Kehadiran anggota keluarga yang memberikan perhatian, semangat, dan rasa aman mampu membantu mengurangi kecemasan pasien sehingga pasien lebih mudah mencapai kondisi relaksasi selama latihan berlangsung. Kondisi psikologis yang lebih tenang akan meningkatkan efektivitas teknik relaksasi napas dalam dalam membantu mengurangi persepsi nyeri (Wang et al., 2023).

Selain memberikan dukungan emosional, keluarga juga berperan sebagai pendamping dalam pelaksanaan teknik relaksasi napas dalam. Setelah memperoleh edukasi dari tenaga kesehatan, anggota keluarga dapat membantu mengingatkan pasien mengenai waktu latihan, mempersiapkan

lingkungan yang tenang dan nyaman, serta membimbing pasien mengikuti setiap langkah teknik relaksasi napas dalam dengan benar. Pendampingan tersebut sangat penting, terutama pada pasien lanjut usia, pasien pascaoperasi, maupun pasien dengan penyakit kronis yang memerlukan latihan secara rutin. Keterlibatan keluarga akan meningkatkan kepatuhan pasien dalam melakukan latihan sehingga manfaat yang diperoleh dari teknik relaksasi napas dalam dapat dirasakan secara optimal. Oleh karena itu, edukasi tidak hanya diberikan kepada pasien, tetapi juga kepada keluarga sebagai bagian dari proses asuhan keperawatan yang komprehensif (Prasetyo et al., 2025).

Keluarga juga berperan dalam melakukan observasi sederhana terhadap respons pasien selama menjalani latihan relaksasi napas dalam. Anggota keluarga dapat memperhatikan perubahan ekspresi wajah, tingkat kenyamanan, pola pernapasan, maupun keluhan yang disampaikan pasien setelah latihan dilakukan. Informasi tersebut dapat disampaikan kepada tenaga kesehatan sebagai bahan evaluasi terhadap efektivitas intervensi yang telah diberikan. Selain itu, keluarga juga perlu memahami tanda-tanda yang mengharuskan latihan dihentikan, seperti munculnya sesak napas, pusing, nyeri dada, atau keluhan lain yang menunjukkan pasien mengalami ketidaknyamanan selama latihan. Dengan demikian, keterlibatan keluarga tidak hanya meningkatkan keberhasilan terapi, tetapi juga membantu menjaga keamanan pasien selama melakukan teknik relaksasi napas dalam (Joseph et al., 2022).

LOGO KAMPUS DI SINI

INSTITUT KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT

TEKNIK TARIK NAPAS DALAM (Slow Deep Breathing)

Cara Sederhana Mengurangi Nyeri Tanpa Obat

APA ITU TEKNIK TARIK NAPAS DALAM?

Teknik tarik napas dalam (Slow Deep Breathing) adalah latihan pernapasan yang dilakukan secara perlahan, dalam, dan teratur untuk membantu tubuh menjadi lebih rileks sehingga nyeri berkurang.

Teknik ini:

- Mudah dilakukan
- Dapat dilakukan kapan saja
- Aman
- Tidak membutuhkan alat

Tahukah Anda?

Nyeri merupakan tanda vital kelima yang perlu dinilai dan ditangani dengan tepat.

APA ITU NYERI?

Nyeri adalah rasa tidak nyaman yang dialami seseorang akibat kerusakan jaringan atau rangsangan tertentu. Setiap orang dapat merasakan nyeri dengan tingkat yang berbeda-beda.

Nyeri dapat menyebabkan:

- Tidak nyaman
- Sulit bergerak
- Sulit tidur
- Cemas
- Proses penyembuhan menjadi lebih lambat

TEKNIK TARIK NAPAS DALAM (Slow Deep Breathing)

Cara Sederhana Mengurangi Nyeri Tanpa Obat

Nyeri Reda

Tubuh Rileks

Pernapasan Lebih Baik

Hidup Lebih Nyaman

Disusun Oleh:
FADILAH NURIAH
NIM. KHGA23011
INSTITUT KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT



MANFAAT

-  Mengurangi nyeri
-  Membuat tubuh lebih rileks
-  Mengurangi kecemasan
-  Menurunkan ketegangan otot
-  Membantu pernapasan lebih baik
-  Membantu proses penyembuhan



Nyeri Reda Hidup Lebih Nyaman

Tarik napas perlahan...
Hidup lebih tenang, nyeri berkurang...

LANGKAH-LANGKAH TEKNIK TARIK NAPAS DALAM

-  Duduk atau berbaring dengan posisi nyaman.
-  Pejamkan mata bila nyaman.
-  Tarik napas perlahan melalui hidung selama 4 detik.
-  Tahan napas selama 2 – 3 detik.
-  Hembuskan perlahan melalui mulut selama 6 – 8 detik.
-  Ulangi sebanyak 5 – 10 kali atau sesuai kemampuan.



Lakukan secara teratur untuk hasil yang optimal.



Lakukan setiap kali nyeri muncul atau sesuai anjuran tenaga kesehatan.

HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN

-  Lakukan di tempat yang tenang.
-  Jangan terburu-buru saat bernapas.
-  Bernapas secara perlahan dan teratur.

Hentikan latihan bila merasa:

-  Pusing
-  Sesak napas
-  Nyeri dada
-  Tidak nyaman



PERAN KELUARGA

-  Memberikan semangat kepada pasien.
-  Mengingatkan latihan secara rutin.
-  Mendampingi saat melakukan latihan.
-  Membantu menciptakan suasana yang tenang.



Disusun Oleh:

FADILAH NURIAH
NIM. KHGA23011
INSTITUT KESEHATAN
KARSA HUSADA GARUT

LOGO KAMPUS DI SINI



Tarik napas yang benar dapat membantu tubuh lebih rileks, mengurangi nyeri, dan mempercepat proses pemulihan.