

BAB II

KONSEP DASAR MEDIK

A. Pengertian

Tumor ovarium adalah tumor yang berasal dari sel-sel ovarium yang dapat bersifat jinak, borderline, dan ganas. Tumor ovarium bersifat jinak dapat berupa non-neoplasma atau neoplasma. tumor ganas pada ovarium (indung telur) yang paling sering ditemukan pada wanita berusia 50-70 tahun. Tumor ovarium bisa menyebar ke bagian lain seperti, panggul dan perut melalui sistem getah bening dan melalui sistem pembuluh darah menyebar ke hati dan paru-paru (Budiana,2017). Tumor ovarium adalah benjolan yang terdapat dalam ovarium, tumor ini berisi cairan, normalnya berukuran kecil yang terletak di indung telur. Tumor ovarium dapat terbentuk kapan saja, dari masa pubertas sampai masa menopause dan bisa terbentuk juga pada masa kehamilan. Epidemiologi tumor ovarium mempengaruhi wanita sebelum dan sesudah menopause (Anurogo,2016).

Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa tumor ovarium adalah tumor yang disebabkan oleh sel sel yang abnormal yang berkembang dalam ovarium. Tumor ini dapat bersifat jinak dan ganas, yang berisi cairan. Gejala yang sering timbul dikeluhkan adalah perut yang semakin membesar, perut tidak nyaman, dan nyeri pada area perut dan punggung. Tumor ovarium juga dapat menyebar ke bagian lain seperti panggul, hati dan paru-paru.

B. Proses Terjadinya Masalah

1. Presipitasi dan Predisposisi

a Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi adalah kondisi atau karakteristik yang membuat seseorang lebih rentan terhadap penyakit. Dalam kasus tumor ovarium, faktor predisposisi meliputi:

1) Genetik

a) Mutasi Gen BRCA1 dan BRCA2: Mutasi pada gen BRCA1 dan BRCA2 secara signifikan meningkatkan risiko tumor ovarium.

b) Lynch Syndrome: Mutasi pada gen-gen MMR (Mismatch Repair), seperti MLH1, MSH2, MSH6, dan PMS2, meningkatkan risiko tumor ovarium.

2) Riwayat Keluarga

Memiliki anggota keluarga dekat (ibu, saudara perempuan, anak perempuan) dengan tumor ovarium atau tumor payudara meningkatkan risiko.

3) Usia

Risiko tumor ovarium meningkat dengan bertambahnya usia, dengan sebagian besar kasus terjadi pada wanita yang berusia di atas 50 tahun.

4) Endometriosis

Kondisi di mana jaringan endometrium tumbuh di luar rahim dan telah dikaitkan dengan peningkatan risiko beberapa jenis tumor ovarium, terutama endometrioid dan clear cell carcinoma.

5) Faktor Reproduksi dan Hormon

Tidak pernah hamil (nulliparitas), menarche dini, menopause terlambat, dan penggunaan terapi hormon pasca-menopause meningkatkan risiko. Gangguan pembentukan hormone dan pembentukan sel yang tidak normal, sel telur gagal keluar.

6) Riwayat Tumor Lain

Riwayat pernah terkena tumor payudara, tumor kolon, atau tumor endometrium dapat meningkatkan risiko tumor ovarium.

b Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi adalah faktor yang dapat memicu atau mempercepat perkembangan penyakit pada individu yang sudah memiliki predisposisi. Dalam kasus tumor ovarium, faktor presipitasi meliputi:

1) Paparan Asbestos dan Talk

Paparan terhadap asbestos dan penggunaan bedak talk di daerah genital telah dikaitkan dengan peningkatan risiko tumor ovarium.

2) **Obesitas**

Obesitas meningkatkan risiko tumor ovarium, kemungkinan karena peningkatan kadar estrogen dalam tubuh.

3) **Diet**

Diet tinggi lemak dan rendah serat dapat meningkatkan risiko tumor ovarium.

4) **Terapi Penggantian Hormon**

Penggunaan terapi hormon estrogen tanpa progesteron setelah menopause dapat memicu perkembangan tumor ovarium pada wanita yang sudah memiliki faktor predisposisi.

5) **Faktor Lingkungan**

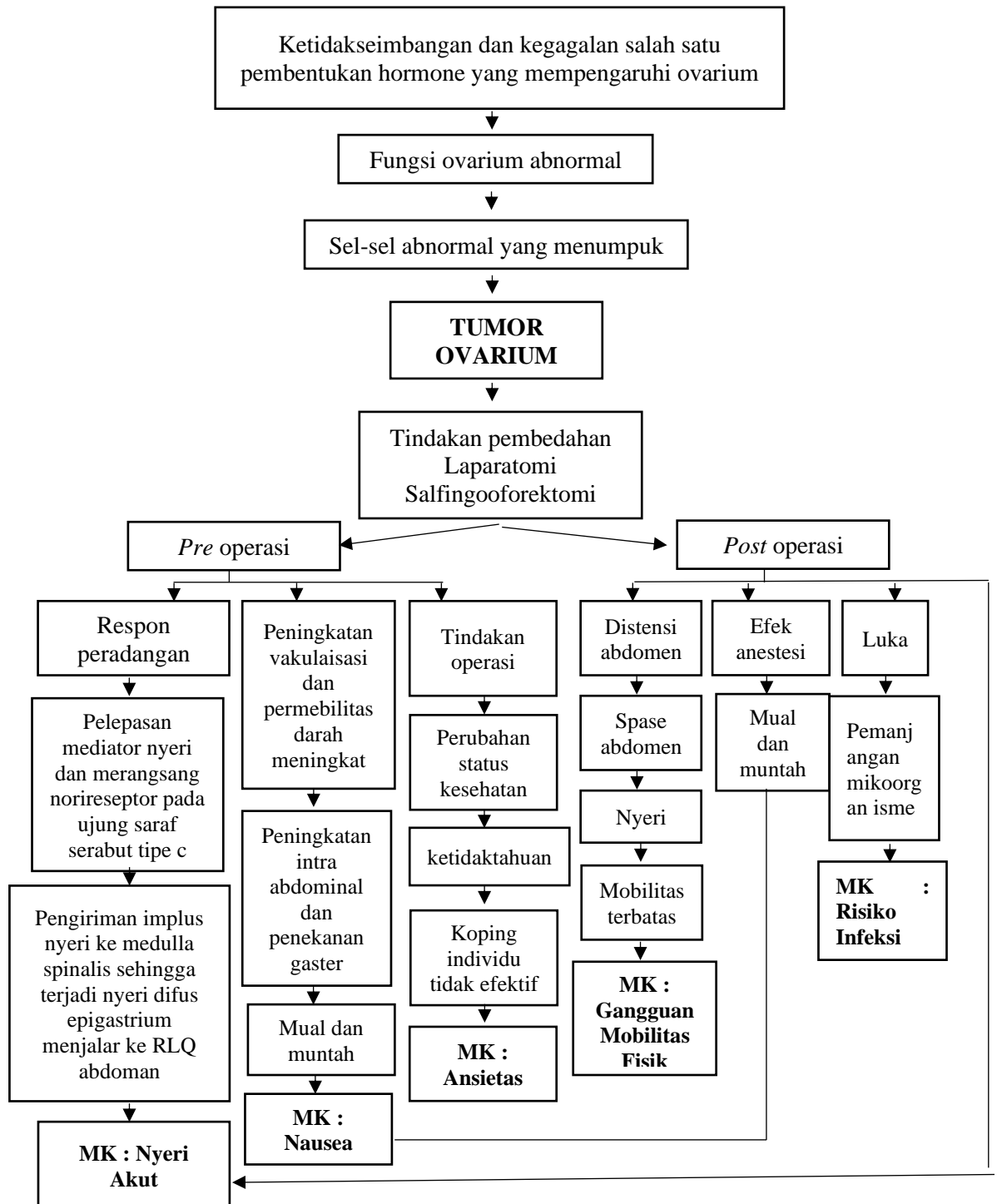
Paparan bahan kimia tertentu, polusi, dan radiasi juga dapat berperan sebagai faktor presipitasi.

2. Patofisiologi

Fungsi ovarium yang normal tergantung pada jumlah hormone. Ovarium tidak akan berfungsi normal jika tubuh wanita tidak bisa memproduksi hormone dalam jumlah yang tepat. Fungsi ovarium yang abnormal akan menyebabkan penimbunan folikel yang tidak sempurna dalam ovarium dan menyebabkan terbentuknya tumor dalam ovarium. Terjadi mutasi abnormal pada gen BRCA1 yang menyebabkan kelainan kromosom dimana sel-sel abnormal menumpuk/terakumulasi. Teori androgen: Androgen memainkan peran yang sangat penting dalam

perkembangan tumor ovarium. Hal ini didasarkan pada temuan eksperimental bahwa epitel ovarium mengandung reseptor androgen. Eksperimen invitro menunjukkan bahwa androgen dapat merangsang pertumbuhan epitel ovarium normal dan sel tumor ovarium. Ada androgen yang merangsang pertumbuhan sel epitel ovarium. Faktor makanan menyebabkan adanya karsinogen, dan sel-sel ovarium mengakumulasi karsinogen, Ketika virus menyerang sel ovarium, virus menyerang sel ovarium dan sel abnormal menumpuk (Heddy., 2023)

3. Pathway



Gambar 2. 1 Pathway Tumor Ovarium

Sumber : Shahmy, 2023

4. Klasifikasi

Menurut Prawiroharjo (2014), klasifikasi keganasan pada ovarium menurut FIGO (*Federation International De Gynecologis Obstetrics*) adalah sebagai berikut

Tabel 2. 1 Klasifikasi Tumor Ovarium

	Kategori
Stadium I	Tumor terbatas pada ovarium
Ia	Tumor terbatas pada 1 ovarium, kapsul utuh, tidak ada tumor pada permukaan luar, tidak terdapat sel tumor pada cairan asites atau pada bilasan peritoneum
Ib	Tumor terbatas pada kedua ovarium, kapsul utuh, tidak terdapat tumor pada permukaan luar, tidak terdapat sel tumor pada bilasan peritoneum
Ic	Tumor terbatas pada satu atau dua ovarium dengan satu dari tanda- tanda sebagai berikut : kapsul pecah, tumor pada permukaan luar kapsul. Sel tumor positif pada cairan asites atau bilasan peritoneum
Stadium II	Tumor mengenai satu atau dua ovarium dengan perluasan ke pelvis
Ila	Perluasan dan implan ke uterus atau tuba fallopi. Tidak ada sel tumor di cairan asites atau bilasan peritoneum
Ilb	Perluasan ke organ pelvis lainnya. Tidak ada sel tumor di cairan asites atau bilasan peritoneum
Ilc	Tumor pada stadium Ila/Ilb dengan sel tumor positif pada cairan asites atau bilasan peritoneum
Stadium III	Tumor mengenai satu atau dua ovarium dengan metastasis ke peritoneum yang dipastikan secara mikroskopik diluar pelvis atau metastasis ke kelenjar getah bening regional
IIIa	Metastasis peritoneum mikroskopik di luar pelvis
IIIb	Metastasis peritoneum mikroskopik diluar pelvis dengan diameter terbesar 2 cm atau kurang
IIIc	Metastasis peritoneum diluar pelvis dengan diameter terbesar lebih dari 2 cm atau metastasis kelenjar getah bening regional
IV	Metastasis jauh diluar rongga peritoneum. Bila terdapat efusi pleura, maka cairan pleura mengandung sel tumor positif. Termasuk metastasis pada parenkim hati.

5. Manifestasi Klinik

Menurut Fauzia (2020) tanda dan gejala pada pasien tumor ovarium adalah :

- a. Perut membesar merasa adanya tekanan
- b. Dyspareunia
- c. Berat badan meningkat karena adanya massa/benjolan/asites
- d. Peningkatan lingkaran abdomen
- e. Tekanan panggul
- f. Kembung
- g. Nyeri punggung
- h. Konstipasi
- i. Nyeri abdomen
- j. Urgensi kemih
- k. Dyspepsia
- l. Perdarahan abnormal
- m. Peningkatan ukuran pinggang
- n. Nyeri tungkai
- o. Nyeri panggul

6. Pemeriksaan Diagnostic

- a. Pemeriksaan laboratorium

Pasien yang diduga tumor/tumor ovarium harus menjalani pemeriksaan darah lengkap dan pemeriksaan kimia darah. Tes

laboratorium biasanya dilakukan untuk memeriksa ekspresi CA-125 pada pasien yang mengalami gejala mirip dengan sindrom iritasi usus besar. Ekspresi biomarker serum CA-125 ditemukan meningkat pada 80% kasus tumor ovarium epitel. Spesifisitas dan nilai prediksi positif CA-125 lebih tinggi pada wanita pascamenopause. Biomarker prediktif lainnya pada pasien tumor/tumor ovarium adalah HE4, yang terutama digunakan untuk menilai perkembangan penyakit. Untuk tumor/tumor ovarium non-epitel, tes penghambat A/B dapat digunakan untuk tumor tali pusat dan stroma, dan tes AFP dan beta-HCG dapat digunakan untuk tumor embrionik (Nurlan., 2022)

b. Pemeriksaan CT-SCAN

Dalam beberapa kasus, pemindaian tomografi komputer (CT-SCAN) atau pemindaian MRI dapat digunakan untuk membedakan tumor, seperti tumor ovarium atau tumor gastrointestinal primer. Karakteristik gambar CT dan MRI biasanya ditentukan oleh morfologi internal tumor, sifat histologis, vaskularisasi tumor, dan fitur topografi CT scan direkomendasikan untuk menentukan stadium tumor dan memprediksi resektabilitas tumor. Pemindaian MRI dapat digunakan untuk menentukan jenis lesi yang tidak dapat ditentukan dengan USG atau CT (Akbar,2021).

c. Pencitraan

Ultrasonografi dapat membantu mengklasifikasikan massa adneksi sebagai massa jinak atau maligna karena dapat dengan detail

memvisualisasikan morfologi massa ovarium. Ultrasonografi dapat menunjukkan arsitektur dan vaskularitas adanya asites (Nurlan, 2022).

7. Komplikasi

Menurut Arafah (2018) komplikasi yang muncul antara lain sebagai berikut :

- a. Pecahnya tumor: menyebabkan gejala sakit perut, mual, dan muntah yang parah
- b. Torsi tumor (twist): drainase vena terhalang oleh tumor yang menyebabkan penyumbatan. Penderita diserang rasa sakit yang sangat parah di perut bagian bawah disertai rasa mual, muntah, dan syok bila kondisinya menjadi lebih parah.
- c. Infeksi: demam, sakit perut, distensi perut, peningkatan jumlah sel darah putih, dan peningkatan suhu tubuh yang akan menyebabkan perbedaan peritonitis (radang pada lapisan dalam perut yang melapisi organ tubuh)
- d. Perubahan tumor jinak menjadi ganas: tumor tumbuh dengan cepat dalam waktu singkat. Pasien merasa kembung di bagian perut atau lambung, kehilangan nafsu makan;
- e. Gejala anemia: pasien stadium lanjut mengalami gejala pendarahan, kehilangan nafsu makan, obstruksi usus, penurunan berat badan, kehilangan energi, rasa tidak nyaman pada perut.

- f. Ruptur tumor : Dapat menyebabkan nyeri mendadak dan perdarahan internal.
- g. Metastasis: Pada tumor ovarium, sel-sel tumor dapat menyebar ke organ lain seperti hati, paru-paru, dan peritoneum, menyebabkan gejala sesuai dengan organ yang terlibat.

8. Penatalaksanaan Medis

Menurut Ratnawati (2018), penanganan pada penderita tumor ovarium bergantung pada seberapa bahayanya tumor tersebut, dan bagaimana kondisi pasien. Terdapat dua jenis operasi yang akan dilakukan pada penderita tumor ovarium. Jenis operasi dibagi berdasarkan status keparahan penderita, yaitu:

a *Salpingo-ooforektomi*

Salpingo-ooforektomi adalah pemotongan tuba fallopi (*salpingectomy*) dan ovarium (*ooforektomi*). Sebuah unilateral *salpingo-ooforektomi* tepat untuk pasien yang ovariumnya tidak dapat dipertahankan, termasuk kasus kehamilan ektopik terganggu yang mengalami ruptur yang mengalami hemodinamik tidak stabil, torsi adneksa di mana ovarium dan tuba yang mengalami nekrotik, sebuah abses tuba ovarium yang tidak mengalami perbaikan antibiotik (Ward et al, 2015).

1) Indikasi *Salpingo-ooforektomi*

- a) Elektif : Operasi pembedahan pengangkatan ovarium dan tuba secara bersamaan yang secara umum untuk histerektomi untuk

penyakit jinak, untuk mengurangi risiko bertambahnya kelainan ovarium.

- b) Keganasan: tumor ovarium, tumor uterus, atau metastasis ke ovarium dari keganasan primer jauh seperti karsinoma gastrointestinal, payudara dan paru.
- c) Kehamilan ektopik terganggu.
- d) Abses tubovarian.
- e) Endometriosis.

2) Kontra indikasi Salpingo-ooforektomi

Tidak ada kontraindikasi absolut untuk salpingo-ooforektomi. Risiko prosedur harus dipertimbang terlebih dahulu terhadap manfaat potensial untuk setiap pasien (Ward et al, 2015). Pada pasien ini didapatkan keluhan nyeri saat haid, nyeri pada pelvis, dan nyeri saat senggama. Pasien ini juga berada pada usia subur, dimana usia subur merupakan salah satu faktor resiko endometriosis.

b Laparotomi

Laparotomi atau sayatan yang dibuat pada perut dengan ukuran besar dan lebar. Kegiatan pembedahan ini untuk mempermudah jalannya dokter melakukan pengangkatan tumor. Biasanya pembedahan jenis ini diterapkan pada penderita yang memiliki tumor sangat besar dan diduga jenis itu merupakan awal keganasan.

C. 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 Shahmy (2023) & Tim Pokja PPNI (2017).

1. Diagnosa keperawatan yang sering muncul pada tahap *pre* operasi menurut Shahmy (2023) & Tim Pokja PPNI (2017), yaitu:
 - a. Nyeri akut (D.0077)
 - b. Nausea (D.0076)
 - c. Ansietas (D.0080)
2. Diagnosa keperawatan yang sering muncul pada tahap *post* operasi menurut Shahmy (2023) & Tim Pokja PPNI (2017), yaitu:
 - a. Nyeri Akut (D.0077)
 - b. Risiko infeksi (D.0142)
 - c. Gangguan mobilitas (D.0054)

D. Intervensi Keperawatan

Berdasarkan standar luaran keperawatana Indonesia Tim Pokja PPNI (2018), dan standar intervensi keperawatan Indonesia Tim Pokja PPNI (2018), ada beberapa tujuan, kriteria hasil, serta rencana intervensi yang biasa dilakukan pada pasien operasi tumor ovarium sebagai berikut

Tabel 2. 2 Rencana Intervensi Keperawatan Pre Operasi

No.	Diagnosa keperawatan	Perencanaan		
		Tujuan	intervensi	Rasional
1.	Nyeri akut (D.0077)	<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <p>Tingkat Nyeri (L.08066)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Kesulitan tidur menurun 5. Ketegangan otot menurun 6. Perasaan depresi menurun 7. Anoreksi menurun 8. Pupil diltasi menurun 9. Frekuensi nadi membaik 10. Pola napas membaik 11. Pola tidur membaik 	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p>	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Mengetahui skala nyeri 3. Mengetahui respon nyeri non verbal 4. Mengetahui factor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Mengetahui pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Mengetahui pengaruh nyeri pada kualitas hidup 7. Mengetahui pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Mengetahui keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tehnik non farmakologi mampu meredakan nyeri. 2. Kontrol lingkungan mampu mempengaruhi nyeri. 3. Pasien memiliki jam tidur yang cukup

No.	Diagnosa keperawatan	Perencanaan		
		Tujuan	intervensi	Rasional
			<ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnotis, akupresure, terapi musik,, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 3. Fasilitasi istirahat tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi nyeri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>	<ol style="list-style-type: none"> 4. Mengetahui jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi nyeri. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengetahui penyebab , periode, dan pemicu nyeri 2. Pasien mengetahui strategi meredakan nyeri 3. Pasien mampu memonitor nyeri secara mandiri 4. Mengetahui pemakaian analgetik dengan tepat 5. Pasien mampu meneraokan terapi yang sudah diajarkan secara mandiri <p>Kolaborasi Obat analgetik mampu meredakan nyeri.</p>

No.	Diagnosa keperawatan	Perencanaan		
		Tujuan	intervensi	Rasional
2.	Nausea (D.0076)	<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan tingkat nausea menurun dengan kriteria hasil:</p> <p>Tingkat Nausea (L.12111)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan mual menurun 2. Perasaan ingin muntah menurun 3. Keringat dingin menurun 4. Takikardia membaik 	<p>Manajemen Mual (I. 03117)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pengalaman mual. 2. Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mis. Nafsu makan, aktivitas, kinerja, tanggung jawab dan tidur) 3. Identifikasi factor penyebab mual (mis. Pengobatan dan prosedur) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kurangi dan hilangkan keadaan penyebab mual (mis. Kecemasan, ketakutan, kelelahan) 2. Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup 2. Anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual 3. Ajarkan penggunaan tehnik non farmakologi <p>Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi pemberian antiemetic, jika perlu</p>	<p>Obsevasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui pengalaman mual 2. Mengetahui dampak mual terhadap kualitas hidup 3. Mengetahui factor penyebab mual <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak membuat pasien merasa mual 2. Makanan yang menarik dan dalam jumlah yang kecil mampu mengurangi mual. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidur dan istirahat yang cukup mengurangi rasa mual 2. Mengurangi bau mulut dan menjaga kebersihan mulut 3. Pasien mampu mengurangi rasa mual dengan tehnik yang sudah diajarkan. <p>Kolaborasi</p> <p>Obat antiemetic mampu mengurangi dan mengatasi mual muntah.</p>

No.	Diagnosa keperawatan	Perencanaan		
		Tujuan	intervensi	Rasional
3.	Ansietas (D.0080)	<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil :</p> <p>Tingkat ansietas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbelisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi 2. Perilaku gelisah menurun 3. Pucat menurun 4. Konsentrasi menurun 5. Pola tidur membaik 6. Perasaan keberdayaan membaik 7. Orentasi membaik 	<p>Reduksi Ansietas</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stresor) 2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan 3. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan 3. Pahami situasi yang membuat ansietas 4. Dengarkan dengan penuh perhatian 5. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 6. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan 7. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan 8. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang <p>Edukasi</p>	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stresor) 2. Mengetahui kemampuan mengambil keputusan 3. Mengetahui tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rasa kepercayaan terjalin sehingga pasien lebih terbuka dengan perawat 2. Mampu mengurangi tingkat kecemasan pasien 3. Mengetahui situasi yang membuat ansietas 4. Pasien memiliki tempat untuk meluapkan perasaannya 5. Pendekatan yang tenang mampu mengurangi rasa ansietas pasien 6. Menempatkan barang yang membuat pasien tenang 7. Mengetahui factor yang memicu ansietas 8. Mampu mengalihkan kecemasan pasien. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui prosedur tindakan yang akan dilakukan. 2. Mengetahui mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis

No.	Diagnosa keperawatan	Perencanaan		
		Tujuan	intervensi	Rasional
			<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami 2. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis 3. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu 4. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan 5. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 6. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan 7. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat 8. Latih teknik relaksasi <p>Kolaborasi Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu</p>	<ol style="list-style-type: none"> 3. Menemani dan mengurangi kecemasan 4. Mengalihkan kecemasan pasien. 5. Mampu mengungkapkan perasaan dan persepsi yang dirasakan 6. Mengurangi kecemasan 7. Mampu mempertahankan rasa kepercayaan dan mengurangi kecemasan 8. Mampu mengurangi kecemasan <p>Kolaborasi Obat ansietas mampu menurunkan tingkat ansietas pasien, jika perlu</p>

Tabel 2. 3 Rencana Intervensi Keperawatan Post Operasi

No.	Diagnosa keperawatan	Perencanaan		
		Tujuan	intervensi	Rasional
1.	Nyeri akut (D.0077)	<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <p>Tingkat Nyeri (L.08066)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Kesulitan tidur menurun 5. Ketegangan otot menurun 6. Perasaan depresi menurun 7. Anoreksi menurun 8. Pupil dilatasi menurun 9. Frekuensi nadi membaik 10. Pola napas membaik 11. Pola tidur membaik 	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnotis, akupresure, 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Mengetahui skala nyeri 3. Mengetahui respon nyeri non verbal 4. Mengetahui factor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Mengetahui pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Mengetahui pengaruh nyeri pada kualitas hidup 7. Mengetahui pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Mengetahui keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tehnik non farmakologi mampu meredakan nyeri. 2. Kontrol lingkungan mampu mempengaruhi nyeri. 3. Pasien memiliki jam tidur yang cukup 4. Mengetahui jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi nyeri.

No.	Diagnosa keperawatan	Perencanaan		
		Tujuan	intervensi	Rasional
			terapi musik,, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 3. Fasilitasi istirahat tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi nyeri Edukasi 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	Edukasi 1. Pasien mengetahui penyebab , periode, dan pemicu nyeri 2. Pasien mengetahui strategi meredakan nyeri 3. Pasien mampu memonitor nyeri secara mandiri 4. Mengetahui pemakaian analgetik dengan tepat 5. Pasien mampu meneraokan terapi yang sudah diajarkan secara mandiri Kolaborasi Obat analgetik mampu meredakan nyeri.

No.	Diagnosa keperawatan	Perencanaan		
		Tujuan	intervensi	Rasional
2.	Risiko Infeksi (D.0142)	<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil :</p> <p>Tingkat Infeksi (L.14137)</p> <ol style="list-style-type: none"> Kebersihan tangan meningkat Kebersihan badan meningkat Demam, kemerahan, nyeri dan bengkak menurun Kadar sel darah putih meningkat. 	<p>Pencegahan Infeksi (I.14539)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik Batasi jumlah pengunjung <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Berikan perawatan kulit pada area edema. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien. Pertahankan teknik aseptik pada klien berisiko tinggi. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Jelaskan tanda dan gejala infeksi Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar Ajarkan etika batuk Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi Anjurkan meningkatkan asupan cairan. <p>Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu</p>	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengetahui tanda dan gejala infeksi local dan sistemik Mengurangi penyebaran infeksi ke pasien maupun pengunjung. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengurangi tingkat keparahan edema pasien. Memutus rantai penularan infeksi dari pasien ke perawat Mencegah terjadinya infeksi pada pasien berisiko tinggi. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien mengetahui tanda dan gejala infeksi Memutus rantai penularan infeksi dan mencegah terjadinya infeksi Mengurangi risiko penularan infeksi melalui udara Asupan yang bernutrisi mampu meningkatkan imun tubuh. Mengurangi terjadinya risiko infeksi karena dehidrasi <p>Kolaborasi</p> <p>Pemberian imunisasi mampu mengurangi terjadinya infeksi dan meningkatkan imun tubuh.</p>

3.	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)	<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>Mobilitas Fisik (L.05042)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstermitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Nyeri menurun 4. Kecemasan menurun 5. Kelemahan fisik menurun 	<p>Dukungan Mobilisasi (I. 05173)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. 2. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi melakukan pergerakan, bila perlu 2. Libatkan keluarga untuk membantu pasien. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. 2. Mengetahui kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membantu pasien memudahkan dalam mobilisasi 2. Mengajarkan keluarga agar mampu melakukannya dengan pasien secara mandiri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Mencegah kekakuan pada otot dan sendi
----	-----------------------------------	---	---	---