

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. A.L.U DENGAN GANGGUAN
REPRODUKSI : POST HISTEREKTOMI DI RUANG EDELWEIS 1 RSUD. PROF.
Dr. W.Z JOHANNES KUPANG**



ELISABETH PANDANG
PO.530320115064

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI D-III KEPERAWATAN
2018**

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. A.L.U DENGAN GANGGUAN
REPRODUKSI : POST HISTEREKTOMI DI RUANG EDELWEIS 1 RSUD. PROF.
Dr. W.Z JOHANNES KUPANG**

**Karya Tulis Ilmiah Ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk
Menyelesaikan Studi Pada Program Studi Diploma III Keperawatan Dan Mendapatkan
Gelar Ahli Madya Keperawatan**



ELISABETH PANDANG
PO.530320115064

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN**

2018

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Elisabeth Pandang

NIM : PO.530320115064

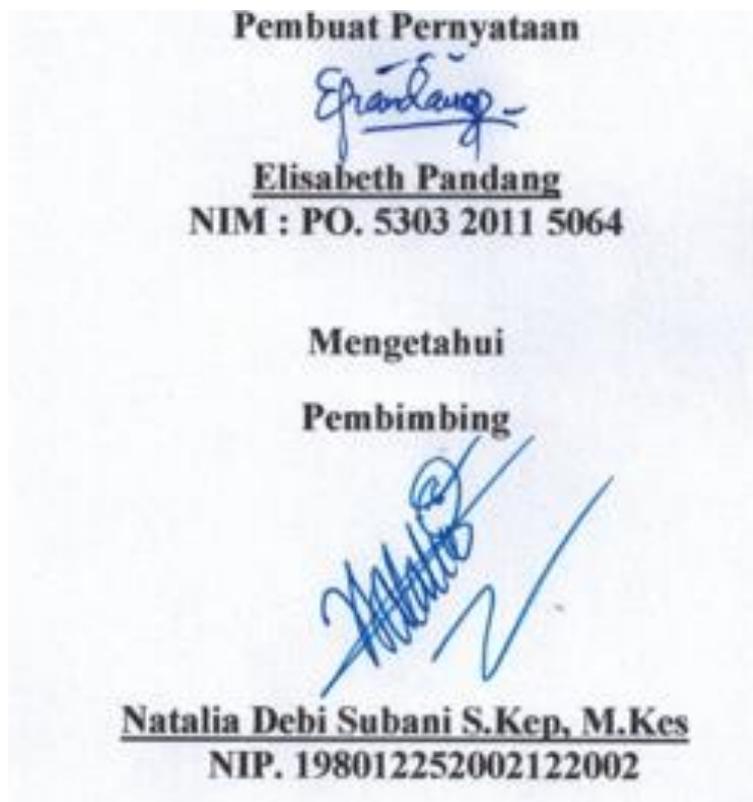
Program Studi : D-III Keperawatan

Institusi : Poltekkes Kemenkes Kupang

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

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Studi Kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, 09 Juli 2018



LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah oleh Elisabeth Pandang NIM : PO.530320115064 dengan judul Asuhan Keperawatan Pada Ny. A.L.U Dengan Gangguan Reproduksi : Post Histerektomi di Ruang Edelweis 1 Rsud. Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Pada Taggal 06 Juli 2018

Mengetahui
Pembimbing

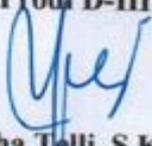


Natalia Debi Subani S.Kep, M.Kes
NIP. 198012252002122002

LEMBAR PENGESAHAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah oleh Elisabeth Pandang NIM : PO.530320115064 dengan judul Asuhan Keperawatan Pada Ny. A.L.U Dengan Gangguan Reproduksi : Post Histerektomi di Ruang Edelweis 1 Rsud. Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 9 Juli 2018.

Dewan penguji

<p style="text-align: center;">Penguji 1</p> <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;"><u>Yuliana Dafrovati, S.Kep. Ns, MSc</u> NIP. 197202181997032001</p>	<p style="text-align: center;">Penguji II</p> <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;"><u>Natalia Debi Subani S.Kep, M.Kes</u> NIP. 198012252002122002</p>
<p style="text-align: center;">Mengetahui Ketua Jurusan Keperawatan</p> <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;"><u>M. Margaretha U.W., SKp., MHSc</u> NIP : 195602171986032001</p>	<p style="text-align: center;">Mengetahui Ketua Prodi D-III Keperawatan</p> <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;"><u>Margaretha Telli, S.Kep, Ns., MSc-PH</u> NIP : 19770727202000032002</p>



BIODATA PENULIS

Nama Lengkap : Elisabeth Pandang

Tempat tanggal lahir : Lokory, 14 September 1982

Jenis kelamin : Perempuan

Alamat : Jln. Timor Raya, Km 8 Oesapa

Riwayat Pendidikan :

1. Tamat SDN Dedekadu Waikabubak Tahun 1996
2. Tamat SLTP Negeri 2 Waikabubak Tahun 1999
3. Tamat Sekolah Perawat Kesehatan Waikabubak Tahun 2002
4. Sejak Tahun 2015 Kuliah di Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

MOTTO

“Ora et Labora”

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas kasih dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dalam bentuk Studi Kasus dengan “ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. A.L.U DENGAN GANGGUAN REPRODUKSI : POST HISTEREKTOMI DI RUANG EDELWEIS 1 RSUD. PROF. Dr. W.Z JOHANNES KUPANG”

Penulis menyadari dalam menyelesaikan Studi Kasus ini penulis banyak mengalami hambatan. Melalui kesempatan ini penulis dengan tulus hati menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Ibu Natalia Debi Subani, S.Kep., M.Kes, selaku pembimbing yang dengan penuh kesabaran dan ketelitian telah membimbing penulis dengan totalitasnya sehingga Studi Kasus ini dapat terselesaikan dengan baik.
2. Ibu Yuliana Dafroyati, S.Kep., Ns., MSc, selaku penguji yang telah meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran untuk menguji penulis dan mengarahkan penulis dalam menyelesaikan Studi Kasus ini.
3. Ibu M. Margaretha U. W., SKp., MHSc, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kupang yang telah memberikan ijin dan kesempatan bagi penulis untuk menyelesaikan Studi Kasus ini.
4. Bapak Drs. Jefrin Sambara, Apt., MSi, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis dalam menyelesaikan Studi Kasus ini.
5. Seluruh staf dosen dan karyawan Prodi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan Studi Kasus ini.

6. Seluruh Staf Ruang Edelweis 1 RSUD. Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang yang membantu penulis dalam proses pelaksanaan Studi Kasus ini.
7. Semua anggota keluarga yang dengan sabar selalu memberikan dukungan doa dan motivasi untuk menyelesaikan Studi Kasus ini.
8. Teman - teman angkatan 2015 tingkat III terkhususnya Reguler B yang selalu memberikan saran, dukungan dan semangat buat penulis dalam menyelesaikan Studi Kasus ini.

Akhir kata, penulis menyadari bahwa Studi Kasus ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, segala kritik dan saran yang membangun sangat diharapkan agar dapat digunakan penulis untuk menyelesaikan Studi Kasus ini selanjutnya.

Kupang, 28 Juni 2018

Penulis

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. A.L.U DENGAN GANGGUAN REPRODUKSI : POST HISTEREKTOMI DI RUANG EDELWEIS 1 RSUD. PROF. Dr. W.Z JOHANNES KUPANG

Oleh : Elisabeth Pandang

Histerektomi merupakan tindakan pembedahan untuk mengangkat rahim. Tujuan dari karya tulis ini adalah mengetahui asuhan keperawatan pada Ny. A.L.U dengan gangguan reproduksi : post histerektomi di Ruang Edelweis 1 RSUD. Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang. Desain penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan bentuk karya tulis ilmiah. Teknik pengumpulan data dideskripsikan secara relatif dan dilakukan dengan teknik wawancara (hasil anamnesis berisi tentang identitas pasien, keluhan utama, riwayat kesehatan sekarang dan dahulu), observasi atau pemeriksaan fisik. Hasil studi kasus pada Ny. A.L.U. dengan post histerektomi didapatkan empat masalah keperawatan yaitu : nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik, resiko infeksi berhubungan dengan prosedur infasif, ensitas berhubungan dengan perubahan status kesehatan, kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang paparan sumber informasi.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 hari didapatkan pasien mengatakan nyeri berkurang dan tidak ada infeksi pada area abdomen. Simpulan dari studi kasus ini adalah pemberian asuhan keperawatan selama 3 hari pada pasien menunjukkan pasien dapat beraktifitas namun masih dibantu oleh perawat dan keluarga, tidak ada tanda infeksi selama perawatan.

Kata kunci : Asuhan keperawatan, Histerektomi.

DAFTAR ISI

Halaman Judul	
Lembar Persetujuan	i
Lembar Pengesahan	ii
Pernyataan Keaslian Tulisan	iii
Biodata Penulis	iv
Kata Pengantar	v
Daftar Isi	vii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang Masalah	1
1.2 Tujuan Studi Kasus	2
1.3 Manfaat Studi Kasus	3
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	5
2.1 Konsep Histerektomi	5
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan.....	16
BAB 3 HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	24
3.1 Hasil Studi Kasus	24
3.2 Pembahasan	38
BAB 4 PENUTUP	47
4.1 Kesimpulan	47
4.2 Saran	48
DAFTAR PUSTAKA	49

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Histerektomi adalah suatu prosedur pembedahan pengangkatan uterus yang dilakukan oleh ahli kandungan. Histerektomi total dilakukan jika prosedur pembedahan mengangkat seluruh uterus termasuk serviks, korpus dan fundus uteri. Histerektomi parsial dilakukan jika prosedur pembedahan mengangkat uterus, tetapi meninggalkan serviks uteri (Rasjidi, 2008).

Pada awal decade ke-20 histerektomi menjadi tindakan yang sering dilakukan pada penyakit kandungan. Histerektomi merupakan pengobatan definitif untuk gangguan perdarahan uterus dan memiliki tingkat kepuasan paling tinggi dibandingkan berbagai bentuk pengobatan lainnya. Histerektomi merupakan tindakan operasi yang aman dengan kerusakan organ fiseral berkisar 0,5-2% serta tingkat kematian sebesar 0,5-2 per 1000 (Ibnu Pranoto, 2009).

Tindakan histerektomi dilakukan sebanyak 6,1-8,6 tindakan per 1000 wanita di seluruh dunia dan sekitar 75% telah dilakukan pada wanita usia 20-40 tahun. Pada usia 60 tahun, 30% wanita Amerika telah menjalani operasi ini dan hampir 90% disebabkan kelainan yang bersifat jinak terutama fibroid (Ibnu Pranoto, 2009). Di Indonesia prevalensi histerektomi belum diketahui secara pasti. Data dari bagian Obstetri Ginekologi Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo Jakarta menunjukkan bahwa setiap tahun kurang lebih 230 tindakan histerektomi dilakukan dengan berbagai macam tujuan seperti mengatasi perdarahan dan kanker serviks (Gozali, Junisaf & Santoso, 2004) Histerektomi menyebabkan kehilangan

fungsi tubuh. Keadaan ini membentuk kekhawatiran pasien. Keluarga biasanya memikirkan tentang pasien untuk kembali ke hidup normal produktif. Dalam usaha mengatasi permasalahan tersebut, individu menggunakan coping yang bersifat membangun (konstruktif) ataupun coping bersifat merusak (destruktif). Coping yang membangun akan menghasilkan respon yang adaptif yaitu aktualisasi diri dan konsep diri yang positif (Suliswati, 2005).

Berdasarkan masalah diatas, maka penulis merasa tertarik untuk melakukan studi kasus Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan reproduksi : Post Histerektomi untuk mengetahui bagaimana perawatan dan pengobatan secara lebih terperinci dengan menerapkan proses keperawatan yang komprehensif.

1.2 Tujuan Studi Kasus

1.2.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui upaya menurunkan kejadian post histerektomi di Rumah Sakit Umum Prof. Dr. W.Z. Yohannes Kupang.

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Mampu melakukan pengkajian pada pasien dengan gangguan reproduksi : post histerektomi.
2. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan gangguan reproduksi : post histerektomi.
3. Mampu menyusun rencana asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan reproduksi : post histerektomi.
4. Mampu melakukan tindakan keperawatan pada pasien dengan gangguan reproduksi : post histerektomi.

5. Mampu melakukan evaluasi pada pasien dengan gangguan reproduksi : post histerektomi.

1.3 Manfaat Studi Kasus

1.3.1 Manfaat Teori

Sebagai referensi dalam mengembangkan ilmu keperawatan di masa yang akan datang khususnya pada pasien dengan gangguan reproduksi : post histerektomi.

1.3.2 Manfaat Praktis

1. Bagi peneliti

Menambah wawasan dan sebagai bahan acuan bagi peneliti selanjutnya dalam mengembangkan penelitian lanjutan terhadap pasien dengan gangguan reproduksi : post histerektomi.

2. Bagi Institut Pendidikan

Hasil Penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan acuan bagi pengembangan keilmuan khususnya di program studi ilmu keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang dalam bidang Keperawatan Medikal Bedah.

3. Bagi Institut RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang

Hasil Penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan dan evaluasi yang diperlukan dalam Pelaksanaan Praktek Keperawatan yang tepat terkhususnya untuk pasien gangguan reproduksi : post histerektomi.

4. Bagi pasien

Mengetahui tentang pentingnya dilakukan tindakan histerektomi.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Histerektomi

2.1.1 Pengertian Histerektomi

Histerektomi berasal dari bahasa latin *histera* yang berarti kandungan, rahim, atau uterus, dan *ectomi* yang berarti memotong. Jadi histerektomi adalah suatu prosedur pembedahan mengangkat rahim yang dilakukan oleh ahli kandungan. Dikatakan histerektomi total jika prosedur pembedahan mengangkat seluruh rahim termasuk serviks atau mulut rahim, korpus dan fundus uteri. Dikatakan histerektomi parsial jika prosedur pembedahan mengangkat rahim, tetapi meninggalkan serviks uteri atau mulut rahim (Rasjidi Imam, 2008).

Histerektomi adalah salah satu tindakan pembedahan besar tersering di area ginekologi dan merupakan tindakan pembedahan besar tersering di Amerika Serikat. Alasan dilakukannya histerektomi adalah endometriosis (12,8%), kanker (12,6%), perdarahan abnormal (9,5%), penyakit infeksi panggul (3,7%), dan prolaps uteri (3,10%) (Rock & Jones 2008).

Histerektomi adalah tindakan operatif yang dilakukan untuk mengangkat rahim, baik sebagian (subtotal) tanpa serviks uteri ataupun seluruhnya (total) berikut serviks uteri (Prawirohardjo, 2001).

2.1.2 Etiologi

1. Fibroid, yaitu tumor jinak rahim, terutama jika tumor ini menyebabkan perdarahan berkepanjangan, nyeri panggul, anemia, atau penekanan pada kandung kencing.

2. Endometriosis, dimana dinding rahim bagian dalam seharusnya tumbuh di rahim saja, tetapi ikut tumbuh di indung telur (ovarium), tuba Fallopi, atau organ perut dan rongga panggul lainnya.
3. Prolapsus uteri, yaitu keluarnya kandungan melalui vagina (Manuaba, 2012).

2.1.3 Indikasi & Kontra Indikasi

1. Indikasi:

- a. Ruptur uteri.
- b. Perdarahan yang tidak dapat dikontrol dengan cara-cara yang ada, misalnya pada :
 - Atonia uteri.
 - Afibrinogenemia atau hipofibrinogenemia pada solusio plasenta dan lainnya.
 - *Couvelaire* uterus tanpa kontraksi.
 - Arteri uterina terputus.
 - Plasenta inkreta dan perkreta.
 - Hematoma yang luas pada rahim.
- c. Infeksi intrapartal berat.
- d. Pada keadaan ini biasanya dilakukan operasi Porro, yaitu uterus dengan isinya diangkat sekaligus.
- e. Uterus miomatosus yang besar.
- f. Kematian janin dalam rahim dan missed abortion dengan kelainan darah
- g. Kanker leher rahim.

2. Kontra Indikasi

- a. Atelektasis
- b. Luka infeksi

- c. Infeksi saluran kencing
- d. Tromboflebitis
- e. Embolisme paru-paru.
- f. Terdapat jaringan parut, inflamasi, atau perubahan endometrial pada adneksa
- g. Riwayat laparotomi sebelumnya (termasuk perforasi appendix) dan abses pada cul-de-sac Douglas karena diduga terjadi pembentukan perlekatan (Rasjidi, 2008).

2.1.4 Jenis Operasi Histerektomi

1. Histerektomi parsial (subtotal)

Pada histerektomi jenis ini, rahim diangkat, tetapi mulut rahim (serviks) tetap dibiarkan. Oleh karena itu, penderita masih dapat terkena kanker mulut rahim sehingga masih perlu pemeriksaan pap smear (pemeriksaan leher rahim) secara rutin.

2. Histerektomi total

Pada histerektomi ini, rahim dan mulut rahim diangkat secara keseluruhan. Keuntungan dilakukan histerektomi total adalah ikut diangkatnya serviks yang menjadi sumber terjadinya karsinoma dan prekanker. Akan tetapi, histerektomi total lebih sulit daripada histerektomi supraservikal karena insiden komplikasinya yang lebih besar.

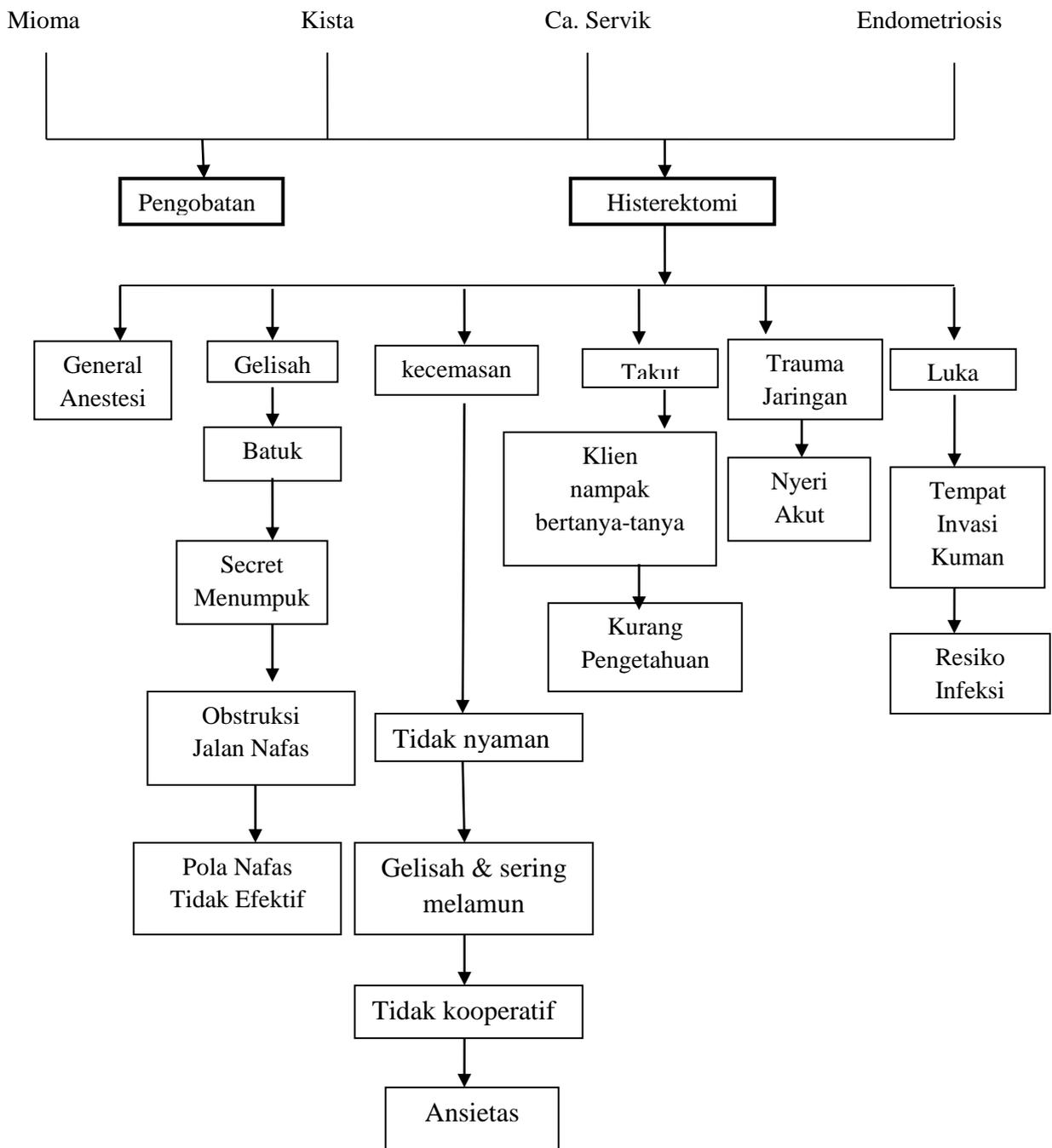
3. Histerektomi dan salpingo-ooforektomi bilateral

Histerektomi ini mengangkat uterus, mulut rahim, kedua tuba falopii, dan kedua ovarium. Pengangkatan ovarium menyebabkan keadaan penderita seperti menopause meskipun usianya masih muda.

4. Histerektomi radikal

Histerektomi ini mengangkat bagian atas vagina, jaringan dan kelenjar limfe disekitar kandung. Operasi ini biasanya dilakukan pada beberapa jenis kanker tertentu untuk bisa menyelamatkan nyawa penderita (Rasjidi, 2008).

PATHWAY POST HISTEREKTOMI



2.1.5 Pemeriksaan Diagnostik

Laboratorium, darah lengkap, urine lengkap, gula darah, tes fungsi hati, ureum, kreatinin darah.

2.1.6 Teknik Operasi Histerektomi

Pilihan teknik pembedahan tergantung pada indikasi pengangkatan uterus, ukuran uterus, lebarnya vagina, dan juga kondisi pendukung lainnya. Lesi prekanker dari serviks, uterus, dan kanker ovarium biasanya dilakukan histerektomi abdominal, sedangkan pada leiomioma uteri, dilakukan histerektomi abdominal jika ukuran tumor tidak memungkinkan diangkat melalui histerektomi vaginal.

1. Histerektomi abdominal

Pengangkatan kandungan dilakukan melalui irisan pada perut, baik irisan vertikal maupun horisontal (Pfanenstiel). Keuntungan teknik ini adalah dokter yang melakukan operasi dapat melihat dengan leluasa uterus dan jaringan sekitarnya dan mempunyai cukup ruang untuk melakukan pengangkatan uterus. Cara ini biasanya dilakukan pada mioma yang berukuran besar atau terdapat kanker pada uterus. Kekurangannya, teknik ini biasanya menimbulkan rasa nyeri yang lebih berat, menyebabkan masa pemulihan yang lebih panjang, serta menimbulkan jaringan parut yang lebih banyak.

2. Histerektomi vaginal

Dilakukan melalui irisan kecil pada bagian atas vagina. Melalui irisan tersebut, uterus (dan mulut rahim) dipisahkan dari jaringan dan pembuluh darah di sekitarnya kemudian dikeluarkan melalui vagina. Prosedur ini biasanya digunakan pada

prolapsus uteri. Kelebihan tindakan ini adalah kesembuhan lebih cepat, sedikit nyeri, dan tidak ada jaringan parut yang tampak.

3. Histerektomi laparoskop

Teknik ini ada dua macam yaitu histerektomi vagina yang dibantu laparoskop (laparoscopically assisted vaginal hysterectomy, LAVH) dan histerektomi supraservikal laparoskop (laparoscopic supracervical hysterectomy, LSH). LAVH mirip dengan histerektomi vaginal, hanya saja dibantu oleh laparoskop yang dimasukkan melalui irisan kecil di perut untuk melihat uterus dan jaringan sekitarnya serta untuk membebaskan uterus dari jaringan sekitarnya. LSH tidak menggunakan irisan pada bagian atas vagina, tetapi hanya irisan pada perut. Melalui irisan tersebut laparoskop dimasukkan. Uterus kemudian dipotong-potong menjadi bagian kecil agar dapat keluar melalui lubang laparoskop. Kedua teknik ini hanya menimbulkan sedikit nyeri, pemulihan yang lebih cepat, serta sedikit jaringan parut. Tindakan pengangkatan rahim menggunakan laparoskop dilakukan menggunakan anestesi (pembiusan) umum atau total. Waktu yang diperlukan bervariasi tergantung beratnya penyakit, berkisar antara 40 menit hingga tiga jam. Pada kasus keganasan stadium awal, tindakan histerektomi radikal dapat pula dilakukan menggunakan laparoskop. Untuk ini diperlukan waktu operasi yang relatif lebih lama. Apabila dilakukan histerektomi subtotal, maka jaringan rahim dikeluarkan menggunakan alat khusus yang disebut morcellator sehingga dapat dikeluarkan melalui lubang 10 mm. Apabila dilakukan histerektomi total, maka jaringan rahim dikeluarkan melalui vagina, kemudian vagina dijahit kembali. Operasi dilakukan umumnya menggunakan empat lubang kecil berukuran 5- 10 mm, satu di pusar dan tiga di perut bagian bawah.

2.1.7 Komplikasi Histerektomi

1. Thrombosis vena

Komplikasi histerektomi radikal yang lebih jarang terjadi tetapi membahayakan jiwa adalah thrombosis vena dalam dengan emboli paru-paru, insiden emboli paru-paru mungkin dapat dikurangi dengan penggunaan ambulasi dini, bersama-sama dengan heparin subkutan profilaksis dosis rendah pada saat pembedahan dan sebelum mobilisasi sesudah pembedahan yang memadai.

2. Infeksi

Infeksi oleh karena adanya mikroorganisme pathogen, antitoksiknya didalam darah atau jaringan lain membentuk pus.

3. Pembentukan fistula

Saluran abnormal yang menghubungkan 2 organ atau menghubungkan 1 organ dengan bagian luar. Komplikasi yang paling berbahaya dari histerektomi radikal adalah fistula atau striktura ureter. Keadaan ini sekarang telah jarang terjadi, karena ahli bedah menghindari pelepasan ureter yang luas dari peritoneum parietal, yang dulu bisa dilakukan. Drainase penyedotan pada ruang retroperineal juga digunakan secara umum yang membantu meminimalkan infeksi.

4. Perdarahan intraoperatif

Biasanya tidak terlalu jelas, dan ahli bedah ginekologis sering kali kurang dalam memperkirakan darah yang hilang (underestimate). Hal tersebut dapat terjadi, misalnya, karena pembuluh darah mengalami retraksi ke luar dari lapangan operasi dan ikatannya lepas.

5. Kerusakan pada kandung kemih.

Paling sering terjadi karena langkah awal yang memerlukan diseksi untuk memisahkan kandung kemih dari serviks anterior tidak dilakukan pada bidang avaskular yang tepat.

6. Kerusakan ureter

Jarang dikenali selama histerektomi vaginal walaupun ureter sering kali berada dalam resiko kerusakan. Kerusakan biasanya dapat dihindari dengan menentukan letak ureter berjalan dan menjauhi tempat tersebut.

7. Kerusakan usus

Dapat terjadi jika loop usus menempel pada kavum douglas, menempel pada uterus atau adneksa. Walaupun jarang, komplikasi yang serius ini dapat diketahui dari terciumnya bau feses atau melihat material fekal yang cair pada lapangan operasi. Pentalaksanaan memerlukan laparotomi untuk perbaikan atau kolostomi.

8. Penyempitan vagina yang luas

Disebabkan oleh pemotongan mukosa vagina yang berlebihan. Lebih baik keliru meninggalkan mukosa vagina terlalu banyak daripada terlalu sedikit. Komplikasi ini memerlukan insisi lateral dan packing atau stinit vaginal, mirip dengan rekonstruksi vagina.

2.1.8 Pencegahan Komplikasi

1. Pencegahan perlekatan

Perlekatan dapat dicegah dengan cara manipulasi jaringan secara lembut dan hemostasis yang seksama. Untuk mempertahankan integritas serosa usus, pemasangan tampon digunakan apabila usus mengalami intrusi menghalangi

lapangan pandang operasi. Untuk mencegah infeksi, darah harus dievakuasi dari kavum peritonei. Hal ini dapat dilakukan dengan mencuci menggunakan larutan RL dan melakukan reperitonealisasi defek serosa dengan hati-hati

2. Drainase

Pada luka bersih (aseptic), pemasangan drain untuk mengevakuasi cairan yang berasal dari sekresi luka dan darah berguna untuk mencegah infeksi. Pada luka terinfeksi pemasangan drain dapat membantu evakuasi pus dan sekresi luka dan menjaga luka tetap terbuka. System drainase ada yang bersiat pasif (drainase penrose), aktif (drainase suction) da juga ada yang bersiat terbuka atau tertutup.

3. Pencegahan thrombosis vena dalam dan emboli

Saat praoperasi, perlu dicari faktor resiko. Usahakan menurunkan berat badan dan memperbaiki keadaan umum pasien sampai optimal. Kontrasepsi oral harus dihentikan minimal empat minggu sebelum operasi. Mobilisasi pasien dilakukan sedini mungkin dan diberikan terapi fisik dan latihan paru.

a. Upaya intraoperasi, dilakukan hemostasis yang teliti san pencegahan infeksi.

Selain itu, cegah juga hipoksia dan hipotensi selama pembiusan. Hindari statis vena sedapat mungkin, terutama dengan memperhatikan posisi kaki.

b. Pada pascaoperasi, antikoagulasi farmkologis dan fisik dilanjutkan. Upaya fisik

meliputi mobilisasi dini pada 4-6 jam pertama pascaoperasi, bersamaan dengan fisioterapi. Disamping itu bisa juga dnegan pemakaian stocking ketat dan mengangkat kaki.

2.1.9 Penatalaksanaan

1. Preoperative

Setengah bagian abdomen dan region pubis serta perineal dicukur dengan sangat cermat dan dibersihkan dengan sabun dan air (beberapa dokter bedah tidak menganjurkan pencukuran pasien). Traktus intestinal dan kandung kemih harus dikosongkan sebelum pasien dibawa ke ruang operasi untuk mencegah kontaminasi dan cedera yang tidak sengaja pada kandung kemih atau traktus intestinal. Edema dan pengirigasi antiseptic biasanya diharuskan pada ^{malam} hari sebelum hari pembedahan, pasien mendapat sedative. Medikasi praoperasi yang diberikan pada pagi hari pembedahan akan membantu pasien rileks.

2. Postoperative

Prinsip-prinsip umum perawatan pasca operatif untuk bedah abdomen diterapkan, dengan perhatian khusus diberikan pada sirkulasi perifer untuk mencegah tromboflebitis dan TVP (perhatikan varicose, tingkatkan sirkulasi dengan latihan tungkai dan menggunakan stoking).

2.1.10 Pemulihan dan Diet Pasca Operasi

Pemulihan dari operasi histerektomi biasanya berlangsung dua hingga enam minggu. Selama masa pemulihan, pasien dianjurkan untuk tidak banyak bergerak yang dapat memperlambat penyembuhan bekas luka operasi. Dari segi makanan, disarankan untuk menghindari makanan yang menimbulkan gas seperti kacang buncis, kacang panjang, brokoli, kubis dan makanan yang terlalu pedas. Seperti setelah operasi lainnya, makan makanan yang kaya protein dan meminum cukup air akan membantu proses pemulihan.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian

1. Identitas Pasien

Riwayat kesehatan meliputi hal-hal berikut :

- a. Riwayat kesehatan saat ini, yaitu keluhan utama yang menyebabkan klien pergi ke rumah sakit, misalnya perdarahan per vagina diluar siklus haid, berdarah pascakoitus, nyeri abdomen, amenorrhoe dan hipermenorrhoe, dan pengeluaran cairan vagina yang berbau.
- b. Riwayat kesehatan keluarga, riwayat anggota keluarga yang pernah menderita penyakit yang sama dengan penyakit yang dialami klien saat ini.
- c. Riwayat tumbuh kembang klien, meliputi usia, menarche, lama siklus haid, usia saat pertama kali klien melakukan hubungan seksual, banyaknya kehamilan dan persalinan, adanya pasangan yang lebih dari satu, berapa kali klien menikah, dan kondisi perkembangan fisik klien saat ini.
- d. Riwayat psikososial klien, mencakup kemampuan klien untuk menerima penyakitnya serta harapan terhadap pengobatan yang akan dijalani, hubungan klien terhadap suami dan orang lain, respon suami/keluarga terhadap klien dilihat dari segi keuangan keluarga.
- e. Konsep diri klien meliputi gambaran diri, peran, dan identitas ketika klien mengalami gangguan terhadap gambaran dirinya yang berkaitan dengan kehilangan sistem reproduksi akibat histerektomi. Sebagai wanita, klien merasa tidak berguna lagi karena kehilangan fungsi reproduksinya. Akibat operasi yang telah dijalani, klien akan merasa ketergantungan sehingga merubah peran klien sebagai ibu dan

istri. Perlu diperhatikan pula raut muka pasien yang sedih, serta keluhan klien yang merasa bahwa dirinya tidak berguna lagi dan hanya akan menyusahkan orang lain.

- f. Riwayat kebiasaan sehari-hari, yang meliputi pemenuhan kebutuhan istirahat dan tidur.

2. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik klien histerektomi meliputi tinggi badan, lingkaran abdomen, tanda-tanda vital, keluhan klien berupa nyeri pada saat BAB, nyeri abdomen akut, kelelahan, hipertensi, penurunan berat badan, adanya perdarahan, pengeluaran sekret melalui vagina, dan perdarahan pascakoitus.

3. Prioritas Keperawatan

- a. Mendukung adaptasi terhadap perubahan
- b. Mencegah komplikasi
- c. Memberikan informasi tentang prosedur/prognosis dan kebutuhan pengobatan(Rasjidi, 2008).

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan kerusakan inkontinitus jaringan sekunder.
2. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan ketidaknyamanan pasca operasi.
3. Perubahan pola aktivitas berhubungan dengan pembatasan aktivitas setelah operasi.
4. Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan trauma pada kulit atau tindakan operasi.
5. Kurang pengetahuan tentang penyakit berhubungan dengan kurang paparan sumber informasi.
6. Cemas berhubungan dengan status kesehatan.

2.2.3 Intervensi Dan Rasional

1. Nyeri akut berhubungan dengan kerusakan inkontinitus jaringan sekunder.

Tujuan :

- a. Ekspresi wajah pasien rileks.
- b. Mengungkapkan penurunan nyeri.

Kriteria Hasil :

- a. Melaporkan nyeri / ketidaknyamanan hilang / terkontrol
 - b. Mendemonstrasikan penggunaan teknik relaksasi
 - c. Menunjukkan penurunan tegangan, rileks, mudah bergerak.
- Intervensi : Kaji tingkat nyeri klien, perhatikan lokasi, lamanya dan intensitas nyeri

Rasional : Untuk mengetahui skala nyeri dengan pengkajian PQRST.

- Intervensi : Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat anti nyeri sesuai indikasi (analgetik).

Rasional : Analgetik dapat mencegah atau mengurangi intensitas nyeri.

- Intervensi : Berikan posisi dan tindakan kenyamanan dasar (reposisi, gosok punggung dan aktivitas hiburan) pada klien.

Rasional : Meningkatkan relaksasi dan membantu memfokuskan kembali perhatian.

- Intervensi : Ajarkan teknik relaksasi dengan cara tarik nafas dalam dan hembuskan lewat mulut secara pelan – pelan sampai pasien tenang.

Rasional : Memungkinkan pasien untuk berpartisipasi secara aktif dan meningkatkan kontrol.

2. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan ketidaknyamanan pasca operasi.

Tujuan : Bunyi nafas normal, nafas tidak koping hidung, tidak terjadi.

Kriteria Hasil : Mempertahankan pola pernafasan normal / efektif, bebas sianosis, dengan GDA dalam batas normal pasien.

– Intervensi : Atur posisi kepala ekstensi atau sesuai sesuai kebutuhan untuk mempertahankan ventilasi.

Rasional : Untuk melancar jalan nafas.

– Intervensi : Bantuan untuk merubah posisi bentuk dan nafas dalam.

Rasional : Untuk mengefektifkan jalan nafas.

– Intervensi : Kaji ada hipoksia.

Rasional : Untuk mengurangi terjadinya henti nafas.

– Intervensi : Monitor respiration rate.

Rasional : Untuk mengetahui perkembangan jalan nafas.

3. Perubahan pola aktivitas berhubungan dengan pembatasan aktivitas setelah operasi.

Tujuan :

a. Melakukan aktivitas sesuai kemampuan.

b. Kebutuhan tubuh pasien terpenuhi.

Kriteria Hasil :

a. Berpartisipasi pada aktivitas yang diinginkan, memenuhi perawatan diri sendiri.

b. Mencapai peningkatan toleransi aktivitas yang dapat diukur, dibuktikan oleh menurunnya kelemahan dan kelelahan.

– Intervensi : Pantau aktivitas yang dapat dilakukan pasien.

Rasional : Untuk mengetahui tingkat kelemahan pasien.

– Intervensi : Bantu pasien untuk ambulasi dini dan tingkatkan aktivitas sesuai kemampuan pasien.

Rasional : Untuk mengetahui tingkat aktivitas.

– Intervensi : Bantu pasien dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari.

Rasional : Untuk membantu dalam pemenuhan kebutuhan pasien.

4. Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan trauma pada kulit atau tindakan operasi.

Tujuan :

a. Penyembuhan luka tepat waktu.

b. Tidak ada tanda-tanda infeksi

Kriteria Hasil :

a. Dapat mengidentifikasi intervensi untuk mencegah / menurunkan risiko infeksi.

b. Menunjukkan teknik perubahan pola hidup untuk meningkatkan lingkungan yang nyaman.

– Intervensi : Monitor luka operasi.

Rasional : Untuk mengetahui keadaan luka pada pasien.

– Intervensi : Rawat luka sesuai prinsip.

Rasional : Untuk mengurangi resiko infeksi.

– Intervensi : pertahankan cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan.

Rasional : Untuk menghindari terjadinya penularan penyakit.

– Intervensi : Monitor tanda-tanda vital

Rasional : Untuk mengetahui keadaan umum pasien.

– Intervensi : Kolaborasi pemberian anti biotik sesuai indikasi

Rasional : Untuk mencegah terjadinya infeksi.

5. Cemas berhubungan dengan status kesehatan

- Intervensi : bina hubungan saling percaya

Rasional : mempermudah intervensi

- Intervensi : libatkan keluarga

Rasional : mengurangi kecemasan

- Intervensi: jelaskan semua prosedur

Rasional : membantu klien dalam meningkatkan pengetahuan tentang status kesehatan dan meningkatkan kontrol kecemasan

- Intervensi : hargai pengetahuan klien tentang pentyakitnya

Rasional : merasa dihargai

- Intervensi : bantu klien untuk mengefektifkan sumber suport

Rasional : dukungan akan memberikan keyakinan terhadap pernyataan harapan untuk sembuh.

2.2.4 Implementasi

Pelaksanaan tindakan disesuaikan dengan intervensi keperawatan yang telah dibuat.

2.2.5 Evaluasi

Evaluasi disesuaikan dengan kriteria hasil yang telah dibuat.

BAB 3

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 Hasil Studi Kasus

3.1.1 Gambaran Tempat atau Lokasi Penelitian

RSUD Prof. Dr.W. Z. Johannes Kupang adalah Rumah Sakit tipe B yang sudah menjadi badan layanan umum, Tempat penelitian yang saya lakukan di ruang Edelweis sebagai ruang kelas III untuk pasien – pasien ginekologi. Ruangan 1 dan 2 tergabung dengan nama ruangan Edelweis 1 dan 2 yang terdiri dari 10 kamar masing – masing kamar 1 bed, kemudian di ruangan Edelweis 3 yang terdiri dari 9 kamar dengan masing – masing kamar terdiri dari 3 – 4 bed.

3.1.2 Karakteristik Pasien (Identitas Pasien)

Nama pasien adalah Ny.A.L.U. dirawat diruang Edelweis RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang. Umur pasien 46 tahun, jenis kelamin perempuan, Suku sabu, menganut Agama Katolik, Pekerjaan pasien adalah ibu rumah tangga, pendidikan terakhir SD (Sekolah Dasar), dan bertempat tinggal di Pasir Panjang.

3.1.3 Hasil pengumpulan data

3.1.3.1 Pengkajian

Pengkajian dan pengumpulan data tentang status sehat-sakit pasien pada tanggal 25 juni 2018 jam 12.00 wita. Proses pengumpulan data tentang status sehat – sakit pasien dengan menggunakan pendekatan wawancara, pemeriksaan fisik, dan data pendukung seperti hasil laboratorium . Data tentang status sehat- sakit pasien dapat dikategorikan menjadi data subjektif dan data objektif. Data subjektif diperoleh dengan

menggunakan pendekatan wawancara. Berdasarkan sumber data, data dibedakan menjadi data primer dan data sekunder.

Data primer merupakan data yang diperoleh dari sumber asli (pasien), sedangkan data sekunder merupakan data yang diperoleh peneliti secara tidak langsung melalui orang ketiga (keluarga).

1. Wawancara

Hal-hal yang dikaji dengan cara wawancara adalah keluhan utama saat ini, riwayat kesehatan saat ini, riwayat kesehatan masa lalu, riwayat kesehatan keluarga, dan pola-pola kesehatan pasien.

a. Keluhan utama saat ini

Pasien mengatakan nyeri pada luka operasinya

P : pada saat bergerak

Q : seperti tertusuk jarum

R : perut .bagian kiri bawah

S : skala nyeri 4

T : sewaktu-waktu pada saat bergerak

b. Riwayat kesehatan saat ini

Pasien mengatakan sekitar bulan maret 2018 pasien mengalami menstruasi selama 16 hari dengan pengeluaran yang banyak, pasien melakukan pemeriksaan ke Puskesmas Pasir Panjang dan dirujuk ke Rumah Sakit SK. Lerik dan diopname selama 4 hari. Saat ini pasien mengeluh kwatir dan cemas dengan keadaannya, dan tidak merada nyaman dengan kondisinya saat ini, nafsu makan menurun, pasien nampak gelisah, sering ngelamun, dan sedikit berkeringat.

c. Riwayat kesehatan keluarga

Kedua orang tua pasien mengatakan tidak ada penyakit berat yang pernah dialami anggota keluarga yang lain dan biasanya penyakit yang di derita oleh anggota keluarganya seperti batuk, pilek dan demam.

d. Riwayat tumbuh kembang klien

Klien berumur 46 tahun, pasien mengatakan menarche saat umur 15 tahun, lama siklus haid selama 1 minggu, berhubungan pertama kali saat umur 20 tahun, hamil dan melakukan persalinan sebanyak 3x, menikah sebanyak 2x, saat ini pasien terbaring lemah di rumah sakit.

e. Riwayat psikologi

Klien mau menerima penyakitnya dan berharap dengan pengobatan yang dijalannya dapat membuat klien kembali sehat dan beraktivitas dengan baik, hubungan dengan suami dan orang lain baik, respon keluarga dengan klien sangat mendukung dalam faktor keuangan.

f. Konsep diri klien

Klien berperan sebagai istri dan ibu bagi keluarganya. Klien tidak mengalami gangguan terkait dengan kehilangan sistem reproduksinya karena klien beranggapan bahwa dengan jumlah anak yang dimilikinya saat ini klien sudah merasa cukup.

g. Riwayat kebiasaan sehari-hari

Klien mengatakan klien beristirahat dengan cukup namun tidak dapat tertidur pulas karena merasa nyeri akibat post operasi, klien hanya tertidur 4-5 jam.

2. Data fokus

Data objektif : Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi dan terasa perih , P : pada saat bergerak, Q : seperti tertusuk jarum, R : perut bagian kiri bawah, S : skala nyeri 4, T : sewaktu-waktu. pasien Nampak lemah, ekspresi wajah pasien tampak meringis kesakitan,TTV: TD 120/80 mmHg, Nadi: 100x/menit, suhu 37⁰C, dan RR 18x/menit. bibir kering, E:4, V:5, M:6, GCS: 15, CRT < 3 detik. Terdapat balutan pada abdomen. Auskultasi bunyi paru vesikuler, TB: 153cm, BB: 57kg.

3. Studi dokumentasi

Studi dokumentasi dilakukan untuk mendapatkan data mengenai hasil laboratorium dan pemeriksaan penunjang lainnya. Hasil yang didapatkan melalui studi dokumentasi berupa hasil laboratorium pada tanggal 23 juni 2018 (Preopp) : hemoglobin : 11,5gr/dl, hematokrit 36.0 %, WSD : 63.4 fl (Normal 37-54),Eosinofil : 0,4310³/μL. pada tanggal 25 juni 2018 (Post opp) yaitu: Hemaglobin: 13.0 (normal: 12.0-16.0 g/dl), Hematokrit 6,06% (normal: 4.20-5,40), Leukosit: 19,77 ³/μL (normal: 4.0-10.010³/μL), Limfosit: 0,55% (normal:1.00-3.70%), Monosit: 0,28³/μL (normal: 0,00-0,70³/μL), Neutrofil: 18,92% (normal: 1.50-7.00 10³/μL).

4. Pengobatan

Selama di rumah sakit pasien mendapat pengobatan seperti IVFD D5 % 20/mnt. injeksi cefotaxime 2x1 g. Injeksi ranitidin 2x1 ampul. Obat alinamin F dosis 3x1 tab. Cefadroxil 2x1 tab. Asam mefenamat 3x1 tab

5. Analisa Data

Berdasarkan hasil pengumpulan data maka dapat ditegakkan beberapa masalah keperawatan. Adapun masalah keperawatan yang dialami pasien berdasarkan hasil pengumpulan data adalah:

a. P :Nyeri akut

E : Agen cedera fisik

S : Pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi, P : pada saat bergerak, Q : seperti tertusuk jarum, R : perut bagian kiri bawah, S : skala nyeri 4, T : sewaktu-waktu. Pasien Nampak meringis kesakitan setiap kali bergerak, tanda vital: TD: 120/80 mmHg, nadi: 100x/menit, suhu: 37⁰C, RR: 18x/menit.

b. P :Resiko infeksi

E :Prosedur infasif.

S : Pasien menjalani pembedahan mioma uteri hari senin 25 juni 2018 pukul 11.05 wita dan terdapat luka post opp di perut bagian bawah.

c. P :Ansietas

E :Perubahan status kesehatan

S : Saat ini pasien mengeluh kwatir dan cemas dengan keadaannya, dan tidak merada nyaman dengan kondisinya saat ini, nafsu makan menurun, Pasien menganggap tindakan operasi sebagai ancaman bagi dirinya yang menimbulkan perasaan tidak nyaman, kwatir, sehingga muncul perasaan cemas dan gelisah, pasien nampak gelisah, sering ngelamun, dan sedikit berkeringat. Pasien namapak tidak kooperatif dengan petugas kesehatan dalam proses pengobatannya.

3.1.3.2 Diagnosa Keperawatan

Setelah mahasiswa mendapatkan data-data yang mendukung, maka mahasiswa menegak diagnosa keperawatan yaitu:

1. Analisa data untuk diagnosa pertama data subjektif yaitu Ny.A.L.U mengatakan saat ini merasakan nyeri bekas operasi diperut bagian bawah seperti tertusuk jarum dan nyeri muncul sewaktu-waktu waktu bergerak, data objektif yaitu Ny.A.L.U tampak lemah, ekspresi wajah tampak meringis kesakitan, skala nyeri 5TTV: tekanan darah 120/80MmHg, RR18x/m, S;37 °N;100x/m. Dari data-data tersebut dapat dirumuskan diagnosa keperawatan yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik.
2. Analisa data untuk diagnosa kedua, data subjektif yaitu:- data objektif Ny.A.L.U menjalani pembedahan hari senin 25 juni 2018 jam 11:05 dan terdapat luka pos operasi diperut bagian bawah, tampak ada balutan diperut dari data-data tersebut dirumuskan diagnosa keperawatan resiko infeksi berhubungan dengan prosedur infasif.
3. Analisa data untuk diagnosa ketiga, data subjektif Ny.A.L.U menyatakan khawatir dan cemas dengan keadaannya, dan tidak merasa nyaman dengan kondisinya saat ini pasien menganggap tindakan operasi sebagai ancaman bagi dirinya, khawatir sehingga muncul perasaan cemas dan pasien juga menyatakan nafsu makan berkurang. Data objektif Ny.A.L.U tampak gelisah, sering melamun, dan sedikit berkeringat dan pasien juga tidak kooperatif dengan petugas kesehatan dalam proses pengobatannya. Pasien hanya menghabiskan 1,4 porsi makan yang diberikan. Dari data-data tersebut dapat dirumuskan diagnosa keperawatan ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan.

4. Analisa data untuk diagnosa keempat, data subjektif yaitu Ny.A.LU menanyakan penyakitnya dan merasa takut. Data subjektif pasien tampak takut, cemas dan gelisah saat ditanyakan tentang penyakit yang di tanyakan tampak tidak tahu. Dari data-data tersebut dapat dirumuskan diagnosa keperawatan kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang paparan sumber informasi.

3.1.3.3 Rencana Keperawatan

Dalam intervensi keperawatan, peneliti menyatakan goal objektif rencana intervensi dan rasional, intervensi yang dibuat:

1. Diagnosa pertama adalah : Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik dipilih menjadi prioritas pertama karena dapat mengancam nyawa maka goal dari diagnosa ini pasien terbebas dari nyeri selama masa perawatan. Objektifnya : dalam jangka waktu 15-30 menit nyeri pasien berkurang atau hilang dengan kriteria hasil pasien melaporkan nyeri berkurang atau hilang, wajah rileks. TTV pasien dalam batas normal meliputi : 1. TTV: tekanan darah 120/80mmHg, RR18x/m, S:37, N:100x/m. Intervensi keperawatan yang dibuat dari diagnosa berhubungan dengan nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik. Intervensinya, lakukan pengkajian nyeri yang komprehensif meliputi: lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi , kualitas, intensitas dan faktor penyebab nyeri. Rasionalnya, untuk mengetahui skala nyeri dengan menggunakan pengkajian PQRST. Intervensinya, ajarkan prinsip-prinsip manajemen nyeri, Rasionalnya agar pasien mengetahui cara penanganan nyeri secara tepat, Intervensinya, ajarkan penggunaan teknik non-farmakologi seperti terapi relaksasi, distraksi, dan terapi musik, Rasionalnya, memungkinkan pasien untuk berpartisipasi secara aktif dalam mengontrol nyeri dan untuk memberikan rasa

nyaman, Intervensinya, dukung istirahat yang adekuat, Rasionalnya, untuk mengurangi nyeri dan memberikan rasa nyaman, Intervensinya dorong pasien untuk diskusikan pengalaman nyeri, Rasionalnya, agar pasien mampu mengungkapkan perasaannya mengenai nyeri yang dialami, Intervensinya kolaborasi pemberian analgetik, rasionalnya untuk mengurangi intensitas nyeri.

2. Diagnosa kedua resiko infeksi berhubungan dengan prosedur infasif dipilih menjadi prioritas kedua maka goal dari diagnosa ini yaitu : pasien terbebas dari resiko infeksi selama dalam masa perawatan. Objektif : dalam jangka waktu 1x24 jam pasien tidak mengalami infeksi dengan kriteria hasil : - tidak ada tanda infeksi. Intervensinya keperawatan yang dibuat untuk diagnosa resiko infeksi berhubungan dengan prosedur infrasif yaitu, Intervensinya ganti peralatan yang digunakan pasien, Rasionalnya untuk mencegah infeksi, Intervensinya batasi jumlah pengunjung minimal 2 orang, Rasionalnya untuk mengurangi pencemaran lingkungan pasien dari kuman dan bakteri luar, Intervensinya anjurkan pengunjung mencuci tangan pada saat memasuki ruangan pasien dan saat meninggalkan ruangan, Rasionalnya untuk mencegah penularan infeksi dari pengunjung ke pasien, Intervensinya ajarkan pasien dan keluarga teknik mencuci tangan enam langkah, Rasionalnya agar pasien dan keluarga mampu melakukan pencegahan terjadinya infeksi, Intervensinya pastikan teknik perawatan luka yang tepat, Rasionalnya untuk mencegah penularan infeksi dari alat-alat perawatan, Intervensinya cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan perawatan, Rasionalnya untuk mencegah penularan infeksi, Intervensinya tingkatkan intake nutrisi yang lengkap, Rasionalnya untuk meningkatkan daya tahan

tubuh pasien sehingga terhindar dari infeksi nosokomial, Intervensinya kolaborasi pemberian antibiotik, Rasionalnya untuk membunuh bakteri gram positif.

3. Diagnosa ketiga adalah ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan dipilih menjadi prioritas ketiga maka goal dari diagnosa ini yaitu: goal pasien tidak mengalami ansietas selama dalam masa perawatan, Objektif dalam jangka waktu 3x24 jam tidak mengalami ansietas dengan kriteria hasil:- pasien merasa tenang, cemas berkurang atau hilang.

Intervensi keperawatan yang dibuat untuk diagnosa ansietas berhubungan dengan perubahan status sosial. Intervensinya dengarkan dengan penuh perhatian. Kaji pengetahuan pasien mengenai situasi yang dialaminya dan beri dorongan kepada pasien, Rasionalnya untuk memberikan kesempatan kepada pasien agar bisa mengungkapkan perasaan yang sebenarnya tentang apa yang dirasakan saat ini dan juga untuk mengetahui tingkat kecemasan dan dirasakan pasien, Intervensinya secara seksama perhatikan kebutuhan fisik pasien, berikan makanan bergizi dan tingkatkan kualitas tidur disertai langkah-langkah yang memberikan rasa nyaman, Rasionalnya untuk memberikan rasa tenang dan mengalihkan perhatian pasien agar tidak terlalu memikirkan keadaannya saat ini, Intervensinya berikan penjelasan yang benar kepada pasien tentang semua tindakan keperawatan yang diberikan, Rasionalnya agar pasien bisa kooperatif dalam setiap perawatan tindakan yang diberikan, Intervensinya bila memungkinkan libatkan pasien dan keluarga dalam pengambilan keputusan tindakan perawatan yang diberikan, Rasionalnya untuk meningkatkan kerjasama antar perawat, pasien, keluarga dan meningkatkan rasa percaya pasien kepada perawat dalam memberikan tindakan perawatan, Intervensinya memberikan

kesempatan kepada keluarga untuk melakukan kunjungan ekstra, bila bermanfaat, Rasionalnya agar pasien tidak merasa sendirian dan bisa mengalihkan pikirannya dengan kehadiran keluarga didekatnya.

4. Diagnosa keempat adalah kurang pengetahuan tentang penyakit berhubungan dengan kurang paparan sumber informasi. Maka, goal dari diagnosa ini adalah setelah dilakukan tindakan perawatan pasien mampu mengurangi kurang pengetahuan dan objektifnya dalam jangka waktu 1x24jam pasien dapat mengerti tentang penyakitnya pasien mampu menunjukkan perasaannya tenang. Intervensi keperawatan yang dibuat berhubungan dengan diagnosa pengetahuan tentang penyakit berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi.

Intervensi : Kaji pengetahuan klien tentang penyakitnya, Rasional mempermudah dalam memberikan penjelasan pada klien, Intervensi jelaskan tentang proses penyakit (tanda dan gejala), identifikasi kemungkinan penyebab. Jelaskan kondisi tentang klien, Rasional meningkatkan pengetahuan dan mengurangi cemas, Intervensi jelaskan tentang program pengobatan, Rasional mempermudah intervensi, Intervensi diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin digunakan untuk mencegah komplikasi, Rasional mencegah keparahan penyakit, Intervensi instruksikan kapan harus ke pelayanan, Rasional untuk melanjutkan perawatan dan pengobatan, Intervensi tanyakan kembali pengetahuan klien tentang penyakit, prosedur perawatan dan pengobatan, Rasional untuk mengetahui sejauh mana pengetahuan klien tentang penyakitnya.

3.1.3.4 Implementasi Keperawatan.

1. Hari Pertama Senin 26 juni 2018 dilakukan implementasi :

- a. Diagnosa pertama : Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik. tindakan keperawatan yang sudah dilakukan:
 - Jam. 12.00 Mengukur TTV, TD: 120/80 mmHg, nadi: 100x/menit, suhu: 37⁰C, RR: 18x/menit,
 - Jam 12.30 Mengkaji skala nyeri (skala nyeri: 5).
 - Jam 13.00 Melakukan observasi reaksi nonverbal, hasil yang ditemukan: ekspresi wajah pasien tampak meringis kesakitan.
 - Jam 13.30 Mengajarkan teknik nonfarmakologi dan teknik relaksasi dengan mengajarkan teknik napas dalam.
 - Jam 13.40 Melayani paracetamol infus 500mg untuk anti nyeri.
- b. Diagnosa II: Resiko infeksi b/d prosedur infasif, tindakan keperawatan yang dilakukan :
 - Jam 08.30 Mengkaji tanda-tanda infeksi, hasil yang ditemukan: luka pasien tampak bersih.
 - Jam 09.00 Menganjurkan keluarga untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien.
 - Jam 09.30 Melayani injeksi cefotaxime: obat antibiotik indikasinya untuk mencegah infeksi, saluran kemih, infeksi Dosis yang diberikan 1 gram.
- c. Diagnosa III : Ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan, tindakan keperawatan yang dilakukan :
 - Jam 08.30 Mendengarkan dengan penuh perhatian.

- Jam 09.00 Mengkaji pengetahuan pasien mengenai situasi yang di alaminya dan beri dorongan kepada pasien.
- Jam 09.30 Secara seksama ,memperhatikan kebutuhan fisik pasien,berikan makanan bergizi dan tingkatkan kualitas tidur disertai langkah-langkah yang memberikan rasa nyaman.
- Jam 10.00 Memberikan penjelasan yang benar kepada pasien tentang semua tindakan.

d. Diagnosa IV : Kurang pengetahuan tentang penyakit berhubungan dengan kurang paparan sumber informasi,

Tindakan keperawatan yang dilakukan :

- Jam 09.30 Mengkaji pengetahuan klien tentang penyakitnya.
- Jam 10.00 Memberikan penjelasan tentang proses penyakit (tanda dan gejala).
- Jam 12.00 Mendiskusikan gaya hidup yang mungkin digunakan untuk mencegah komplikasi.

2. Hari kedua, Selasa 27juni 2018

a. Diagnosa I: Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik. tindakan keperawatan yang sudah dilakukan :

- Jam 08.00 Mengukur TTV, TD: 130/90 mmHg, nadi: 80x/menit, suhu: 367⁰C, RR: 18x/menit.
- Jam 08.30 Mengkaji skala nyeri (skala nyeri: 4)
- Jam 09.00 Melakukan observasi reaksi nonverbal, hasil yang ditemukan: ekspresi wajah pasien masih tampak meringis kesakitan.

- Jam 09.30 Mengajarkan teknik nonfarmakologi dan teknik relaksasi dengan Jam 10.00 mengajarkan teknik napas dalam.
 - Jam 12.00 Melayani alinamin-f 1 tablet P.O.
- b. Diagnosa II: keperawatan Resiko infeksi b/d prosedur infasif, tindakan keperawatan yang dilakukan:
- Jam 08.00 Mengkaji tanda-tanda infeksi, hasil yang ditemukan: luka pasien tampak bersih
 - Jam 08.30 Mengajarkan keluarga untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien.
 - Jam 09.00 Melayani injeksi cefotaxime: obat antibiotik indikasinya untuk mencegah infeksi, saluran kemih, infeksi Dosis yang diberikan 1 gram.
- c. Diagnosa III : Ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan, tindakan keperawatan yang dilakukan :
- Jam 09.00 Mendengarkan dengan penuh perhatian.kaji pengetahuan pasien mengenai situasi yang di alaminya dan beri dorongan kepada pasien.
 - Jam 10.00 Secara seksama,memperhatikan kebutuhan fisik pasien,berikan makanan bergizi dan tingkatkan kualitas tidur disertai langkah-langkah yang memberikan rasa nyaman.
 - Jam 11.30 Memberikan penjelasan yang benar kepada pasien tentang semua tindakan.
- d. Diagnosa IV : Kurang pengetahuan tentang penyakit berhubungan dengan kurang paparan sumber informasi,
- Tindakan keperawatan yang dilakukan :

- Jam 08.00 Mengkaji pengetahuan klien tentang penyakitnya.
- Jam 08.30 Memberikan penjelasan tentang proses penyakit (tanda dan gejala).
- Jam 10.00 Mendiskusikan gaya hidup yang mungkin digunakan untuk mencegah komplikasi.

3. Hari ketiga, Kamis 28 Juni 2018

a. Diagnosa I: Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik. tindakan keperawatan yang sudah dilakukan

- Jam 08.00 Mengukur TTV, TD: 130/90 mmHg, nadi: 96x/menit, suhu: 36,5⁰C, RR: 18x/menit.
- Jam 08.30 Mengkaji skala nyeri (skala nyeri: 2).
- Jam 09.30 Melakukan observasi reaksi nonverbal, hasil yang ditemukan: ekspresi wajah pasien sudah tampak rileks.
- Jam 09.30 Mengajarkan teknik nonfarmakologi dan teknik relaksasi dengan mengajarkan teknik napas dalam.
- Jam 12.00 Melayani alinamin-f 1 tablet.

b. Diagnosa II: keperawatan Resiko infeksi b/d prosedur infasif, tindakan keperawatan yang dilakukan:

- Jam 08.30 Merawat luka, hasil yang ditemukan: luka pasien tampak kering.
- Jam 08.30 Melayani inj.cefotaxime 1 gram 3). Jam 12.00 per iv.

3.1.3.5 Evaluasi

Setelah melaksanakan tahapan dalam proses keperawatan yang meliputi pengkajian, menetapkan diagnosa keperawatan, menentukan rencana/intervensi dan implementasi, tahapan terakhir adalah melakukan evaluasi atas rencana yang sudah

dilaksanakan. Evaluasi dalam bentuk catatan perkembangan yang terdiri dari: subyektif yaitu keluhan yang dirasakan oleh pasien, obyektif yaitu data yang diperoleh melalui observasi langsung, *assesment* dan *planning* adalah merupakan tindak lanjut yang akan dilakukan bila masalah belum teratasi.

Hari pertama, Selasa 26 juni 2018

- a. Diagnosa keperawatan Nyeri akut b/d agen cedera fisik, evaluasi yang dilakukan.

S: pasien mengatakan nyeri post operasi pada perut bagian bawah.

O: ekspresi wajah pasien tampak meringis kesakitan, skal nyeri: 5,

A: masalah nyeri akut belum teratasi,

P: intervensi 1-5 dilanjutkan

- b. Diagnosa keperawatan Resiko infeksi b/d prosedur inpasif, evaluasi :

S: (-),

O: luka pasien tampak bersih, jumlah leukosit: $19,17 \text{ } ^3/\mu\text{L}$,

A: masalah resiko infeksi sebagian teratasi (luka pasien tampak bersih dan kering),

P: intervensi 1-7 dilanjutkan.

- c. Diagnosa keperawatan Ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan,

Evaluasi :

S : Pasien mengatakan sudah bisa menerima keadaannya sekarang karena sudah di berikan penjelasan dari petugas kesehatan dan keluarga, tidur cukup dan nyenyak.

O : Pasien nampak tenang dan rileks, sudah bisa menghabiskan porsi makan yang berikan, pasien sudah kooperatif dengan petugas kesehatan dalam proses pengobatannya

A : Masalah ansietas teratasi.

P : intervensi dihentikan

- d. Diagnosa keperawatan Kurang pengetahuan tentang penyakit berhubungan dengan kurang paparan sumber informasi, Evaluasi :

S : pasien mengatakan sudah mengerti tentang penyakitnya (tanda dan gejala).

O : pasien tampak mengerti.

A : masalah pengetahuan teratasi.

P : intervensi dihentikan.

Hari kedua, rabu 27 Juni 2018

- a. Diagnosa keperawatan Nyeri akut b/d agen cedera fisik. Evaluasi yang dilakukan yaitu :

S : pasien mengatakan masih nyeri pada post operasi

O : ekspresi wajah pasien tampak meringis kesakitan, skal nyeri: 4,

A : masalah nyeri akut belum teratasi,

P : intervensi 1-6 dilanjutkan.

- b. Diagnosa keperawatan Resiko infeksi b/d prosedur inpasif. Evaluasi

S: (-),

O: luka pasien tampak bersih

A: masalah resiko infeksi sebagian teratasi (luka pasien tampak bersih dan kering),

P: intervensi 1-7 dilanjutkan.

Hari ketiga, kamis 28 juni 2018

- a. Diagnosa keperawatan Nyeri akut b/d agen cedera fisik. Evaluasi yang dilakukan

S: pasien mengatakan nyeri pada post opp sudah berkurang.

O: ekspresi wajah pasien tampak rileks, skala nyeri: 2,

A: masalah nyeri akut belum teratasi,

P: intervensi 1-6 dilanjutkan.

b. Diagnosa keperawatan Resiko infeksi b/d prosedur inpasif. Evaluasi

S: (-),

O: luka pasien tampak bersih,

A: masalah resiko infeksi sebagian teratasi (luka pasien tampak bersih dan kering),

P: intervensi dihentikan.

3.2 Pembahasan

Dalam pembahasan ini akan diuraikan kesenjangan-kesenjangan yang terjadi antara teori dan kasus nyata yang ditemukan saat memberikan asuhan keperawatan pada Ny.A.L.U dengan Post Histerektomi di ruang Edelweis RSUD. Prof. W. Z. Johannes Kupang. Pembahasan ini akan di bahas sesuai dengan proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implemantasi, dan evaluasi.

3.2.1 Pengkajian

Pengkajian pada kasus Ny.A.L.U pasien mengatakan mengalami haid yang lama sekitar 16 hari, saat ini mengeluh nyeri pada bagian perut sebelah kiri seperti tertusuk-tusuk jarum, lama nyeri kurang lebih 15 menit. Terdapat balutan pada abdomen, kondisi luka tampak bersih. Saat observasi tanda-tanda vital : TD: 120/80 mmHg, ND: 100x/menit, Suhu: 37°C, RR: 18x/menit.berdasarkan keterangan diatas dapat disimpulkan bahwa tidak terjadi kesenjangan antara teori dan kasus.

3.2.2 Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan keputusan klinik tentang respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan aktual atau potensial, dimana

berdasarkan pendidikan dan pengalamannya, perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga, menurunkan, membatasi, mencegah dan merubah status kesehatan klien (Herdman, 2012).

Diagnosa keperawatan dapat dibedakan menjadi diagnosa keperawatan aktual, resiko, kemungkinan dan kesejahteraan. Syarat untuk menegakan suatu diagnosa keperawatan maka diperlukan adanya *problem, etiology, symptom* (PES) menurut (herdman, 2012). Diagnosa keperawatan dalam buku aplikasi asuhan keperawatan brdasarkan NANDA NIC-NOC yang disusun oleh Amin & Hardi (2013) diagnosa yang dapat ditegakan pada pasien post histerektomi sebagai berikut : nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik dan resiko infeksi berhubungan dengan prosedur infasif, dan kurang pengetahuan tentang penyakit berhubungan dengan kurang paparan sumber informasi.

Pada kasus nyata diagnosa keperawatan yang ditegakan pada NY.A.L.U adalah nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik dan resiko infeksi berhubungan dengan prosedur infasif. Dan Ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan.

Berdasarkan hasil studi kasus dan teori Ahli dapat disimpulkan jika tidak ada kesenjangan antara kasus dan teori

3.2.3 Intervensi keperawatan

Secara teoritis, perencanaan disusun berdasarkan masalah yang ditemukan pada pasien dan prioritas masalah yang mengancam kehidupan dan membutuhkan penanganan segera. Tujuan yang dibuat di tetapkan lebih umum tetapi pada praktek nyata tujuan perawatan dimodifikasi sesuai kondisi pasien. Tujuan yang dibuat mempunyai batasan waktu, dapat diukur, dapat dicapai, rasional sesuai kemampuan

pasien, sedangkan intervensi disusun berdasarkan diagnosa keperawatan ditegakan (Herdman, 2012).

Pada kasus Ny.A.L.U. tidak ditemukan kesenjangan antara teori dengan kasus nyata dilahan praktek karena secara teori menurut NANDA NIC-NOC yang disusun oleh Amin & Hardi (2013). Diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik dan resiko infeksi berhubungan dengan prosedur infasif dan Ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan, kurang pengetahuan tentang penyakit berhubungan dengan kurang paparan sumber informasi diterapkan sesuai intervensi pada Ny.A.L.U..

Dalam tahap ini penulis mendapatkan fakta bahwa penetapan diagnosa dan intervensi keperawatan pada kasus nyata dan teori tidak terdapat kesenjangan.

3.2.4 Implementasi keperawatan

Berdasarkan teori, implementasi disusun berdasarkan diagnosa keperawatan yang ditegakan serta berorientasi pada pasien dan tindakan keperawatan yang direncanakan.

Menurut NANDA NIC-NOC yang disusun oleh Amin & Hardi (2013). Implementasi pada Ny.A.L.U. tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek nyata. Dimana pada kasus nyata , implementasi di lakukan sesuai dengan diagnosa dan intervensi yang telah ditetapkan berdasarkan teori seperti: Diagnosa Nyeri akut, tindakan yang lakukan: mengkaji skala nyeri meliputi PQRST, melakukan observasi reaksi nonverbal, mengajarkan teknik nonfarmakologi dan teknik relaksasi dengan mengajarkan teknik napas dalam. Diagnosa resiko infeksi tindakan yang dilakukan: mengkaji tanda-tanda infeksi, menganjurkan keluarga untuk mencuci tangan sebelum

dan sesudah kontak dengan pasien, merawat luka. Sehingga tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus.

3.2.5 Evaluasi keperawatan

Sebagai tahap akhir dari proses keperawatan setelah melakukan pengkajian, merumuskan diagnosa keperawatan, menetapkan perencanaan dan implementasi. Catatan perkembangan dilakukan sebagai bentuk evaluasi menggunakan (SOAP).

Evaluasi pada Ny.A.L.U sesuai dengan hasil implementasi yang dibuat pada kriteria obyektif yang ditetapkan. Dalam evaluasi untuk diagnosa nyeri akut dan resiko infeksi sudah teratasi.

Dari tahap ini, penulis mendapatkan fakta bahwa tidak semua kriteria evaluasi dapat di capai selama pasien dirawat di Rumah Sakit, semuanya membutuhkan waktu, proses, kemauan, ketaatan pasien dalam mengikuti perawatan dan pengobatan.

3.2.6 Keterbatasan Studi Kasus

3.2.6.1 Persiapan

Dalam penulisan studi kasus ini, banyak kendala yang penulis temui sehingga permasalahan ini mempengaruhi studi kasus ini. Kendala yang ditemukan adalah kurangnya ketersediaan fasilitas buku. Kendala lain yang ditemukan penulis yaitu: keterbatasan waktu dalam penyusunan dan penulisan studi kasus ini, waktu yang disediakan hanya selama 7 hari sehingga membutuhkan kemampuan lebih dalam penyusunan dan penulisan studi kasus ini. Selain itu wawancara yang dilakukan belum sepenuhnya seperti metode deskriptif (*deep interview*) pada penelitian kualitatif murni.

3.2.6.2 Hasil

Penulis merasa studi kasus ini mempunyai banyak keterbatasan dan masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu penulis mengharapkan masukan dari berbagai pihak yang membangun guna kesempurnaan studi kasus ini.

BAB 4

PENUTUP

4.1 Kesimpulan

Pada pasien Ny. A.L.U dengan kasus post histerektomi hari pertama di ruang Edelweiss rumah sakit umum W.Z.Johannes kupang, penulis menemukan masalah keperawatan sebagai berikut : nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik, Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur infasif pembedahan, dan Ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan, dan kurang pengetahuan tentang penyakit berhubungan dengan kurang paparan sumber informasi.. Untuk mengatasi masalah-maslaah yang muncul pada kasus ini, untuk rencana tindakan, penentuan kriteria waktu dalam asuhan keperawatan sebagian besar rencana atau intervensi keperawatan sesuai berdasarkan teori dapat diterapkan pada rencana tindakan kasus. kolaborasi dengan tim kesehatan lain sangat diperlukan dalam pelaksanaan intervensi keperawatan,dengan adanya kolaborasi sangat membantu penulis melakukan implementasi yang tepat sesuai dengan intervensi walaupun kemungkinan ada ketidaksempurnaan.

Untuk evaluasi hasil yang dilakukan oleh penulis pada dasarnya dapat terlaksana dengan baik, ada beberapa masalah keperawatan yang dapat teratasi dan ada juga yang teratasi sebagian atau belum teratasi. Pada dasarnya penulis ingin menunjukkan bahwa semua masalah keperawatan dapat teratasi meskipun belum sempurna. Dalam melaksanakan asuhan keperawatan diperlukan kerjasama yang baik dari berbagai pihak komponen rumah sakit atau tenaga medis yang berkompeten. Kerja sama ini dilakukan baik pasien, keluarga, perawat,

ataupun tenaga medis lainnya agar pasien mendapatkan asuhan keperawatan yang maksimal dan terbaik.

4.2 Saran

1. Pada setiap kehamilan sangat dianjurkan untuk melakukan antenatal care secara rutin sehingga dapat dievaluasi perkembangan janin dan keadaan ibu terkait dengan tekanan darahnya
2. Bagi tenaga kesehatan agar lebih meningkatkan jumlah dan kualitas pelayanan kebidanan terutama dalam memberi konseling bagi ibu hamil untuk selalu memeriksakan diri selama hamil secara rutin sehingga angka kejadian histerektomi dapat diminimalkan.
3. Bagi peneliti lain diharapkan lebih mengembangkan penelitian ini sehingga berguna untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Ghozali, S., & Junisaf, et al. 2004. *Perangai Seksual Pasca Histerektomi Total*. Indonesia J. Obstet Gynecol.24(2):82-84.
- Ibnu Pranoto, 2009. *Histerektomi Vaginal*. Yogyakarta. FK. UGM
- Manuaba, I.B.G., Chandranita Manuaba, dan I.B.G. Fajar Manuaba. *Pengantar Kuliah Obstetri*. Jakarta : Buku Kedokteran : EGC.
- NANDA NIC-NOC (2015-2017). *DIAGNOSIS KEPERAWATAN (Definisi & Klasifikasi) NANDA NIC-NOC Edisi jilid 10*. Media action
- Nurarif & Hardi, 2013. *Panduaan Penyusunan Asuhan Keperawatan Profesional*. Yoyakarta : Mediacion Publishing.
- Nurafif H. Amin & Kusuma Hardi. 2013. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) NIC-NOC*. Mediacion Publishing.
- Prawirohardjo, Sarwono, 2005. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka.
- Rasjidi, Imam. 2008. *Manual Histerektomi*. Jakarta : EGC
- Rock, J.A., & Jones III, H.W. 2008. *Te linde's operative gynecology*. (10th ed). Philadelphia : J.B. Lippincot Company.
- Suliswati, 2005. *Konsep Dasar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta : EGC.

Kontak Lembar Konsultasi

REPUBLIK INDONESIA
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KUPANG
Jalan Jk. Mat. A. Taid Laka, Kupang, Tolo, 99514
Telp. (0882) 890326, Email: poltekkes.kupang@kemkes.go.id



LEMBAR KONSULTASI
DISKUSI STUDI KASUS

NAMA MAHASISWA : ESTHER ANTONIA
NAMA : ESTHER ANTONIA
NAMA PEMBIMBING : MARIA DEVI SUBANI S.M.P.N.S

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1	02/09/2015	Perencanaan Pendahuluan teori, dan konsep	/
2	03/09/2015	Perencanaan Tindakan Sasaran, cara dan	
3	04/09/2015	Perencanaan Cara dan Tindakan	
4	05/09/2015	Perencanaan dan Tindakan	
5	06/09/2015	Perencanaan dan Tindakan	
6	07/09/2015	Perencanaan dan Tindakan	
7	08/09/2015	Perencanaan dan Tindakan	
8	09/09/2015	Perencanaan dan Tindakan	

Revisi hasil
dan
pengumpulan
laporan studi
kasus

Contoh Lembar Konsultasi



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG**

Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;
Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



**LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN STUDI KASUS**

NAMA MAHASISWA : ELISABETH PANDANG
NIM : P.0.530320115064
NAMA PEMBIMBING : NATALIA DEBI SUBANTI . S.Kep.M.Kes.

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	Senin, 02/7-18	Perbaiki Pandahuluan, tinjauan teori, Pembahasan.	
2.	Selasa 03/7-18	Perbaiki, tambah latar belakang. Ganti judul.	
3.	Kamis, 05/7-18	Perbaiki Ganti judul, Pembahasan, Askep	
4.	Senin, 06-07-18	Perbaiki latar belakang, Pembahasan, Kesimpulan.	
5	Senin, 09/07-18	Perbaiki konsep Askep, Pembahasan.	

LAMPIRAN

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG

JURUSAN KEPERAWATAN KUPANG

KEPERAWATAN MATERNITAS

Nama mahasiswa : Ingrid Natun

Tanggal masuk : 22-06-2018

Ruang/kelas : Edelweis 2

Pengkajian tgl : 25-06-2018

Jam masuk : 16.30

A. IDENTITAS PASIEN

Nama pasien : Ny. M I. L

Umur : 47 th

Suku/Bangsa : Timor

Agama : Katolik

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : IRT

Alamat : Kefa

Status perkawinan: Menikah

Diagnosa medik : Post histerektomi + infeksi luka operasi

Nama suami : Tn. W. B

Umur : 51 th

Suku/bangsa : Timor

Agama : Katolik

Pekerjaan : PNS

Pendidikan : S1

Alamat : Kefa

1. Alasan kunjungan atau keluhan utama

Pasien mengatakan terdapat infeksi pada luka operasi

2. Status kesehatan atau penyakit saat ini

a. Gejala yang dirasakan

Gejala awal

Terasa nyeri pada luka operasi rasa seperti terbakar dan panas, nyeri terjadi terus-menerus, skala nyeri 6, terdapat infeksi pada luka operasi dan banyaknya pus

Timbulnya gejala

1. Faktor yang memperbaiki gejala

Pasien hanya duduk atau berbaring dan tidak menggerakkan badannya dirasakan nyeri berkurang

2. Faktor yg memperburuk gejala

Ketika pasien melakukan aktivitas seperti berjalan akan memperparah nyerinya

Deskripsi gejala

1. Lokasi : Nyeri dirasakan pada perut bagian bawah

2. Kualitas : Nyeri dirasakan seperti terbakar dan panas

3. Kuantitas : Nyeri dirasakan secara terus-menerus, skala nyeri 6

B. RIWAYAT GINEKOLOGI

1. Karakteristik menstruasi :

2. Menarche : 12 thn

3. Periode menstruasi terakhir : Pasien mengatakan tidak mendapatkan haid lagi setelah dilakukan operasi hiserektomi pada 13 juni 2018

4. Pengalaman menstruasi : Pasien mengatakan selama ini haid yg dikeluarkan sangat banyak

5. Perdarahan tengah siklus :

6. Menopause : Pasien sudah dikatakan menopause karena tidak mendapatkan haid lagi

7. Status obstetric : G4 P4 A0 AH4

C. RIWAYAT MEDIS LALU

1. Penyakit dan pengobatan

Pasien mengatakan pada awalnya ia mengalami pendarahan tetapi pasien tidak melakukan pemeriksaan di rumah sakit melainkan pasien mengonsumsi ramuan tradisional, namun ramuan yang ia konsumsi tidak membuahkan hasil sehingga ia memeriksakan diri di RSUD Kefa, setelah diperiksa dokter menyarankan untuk melakukan kuret, setelah kuret terjadi pendarahan lagi yang banyak sehingga ia dirujuk ke rumah sakit umum Kupang tanggal 09 Mei 2018 dan pada tanggal 13 Juni dilakukan operasi pengangkatan kandungan.

2. Alergi :

Pasien tidak memiliki alergi

3. Penyakit masa kanak-kanak dan imunisasi

Pasien tidak menderita sakit serius, hanya batuk, pilek dan panas

4. Penyakit dan pembedahan sebelumnya

a. Tanggal : 13 Juni 2018

b. Terapi :

c. Hasil akhir : Dilakukan operasi pengangkatan kandungan

5. Riwayat dirawat di rumah sakit sebelumnya

a. Tanggal : 09 Mei 2018

b. Alasan : Operasi pengangkatan kandungan

6. Keelakaan atau cedera : -

7. Perilaku yang berisiko :

a. Gaya hidup : -

b. Konsumsi kafein : Pasien biasanya mengonsumsi kopi tetapi tidak secara rutin

c. Merokok :-

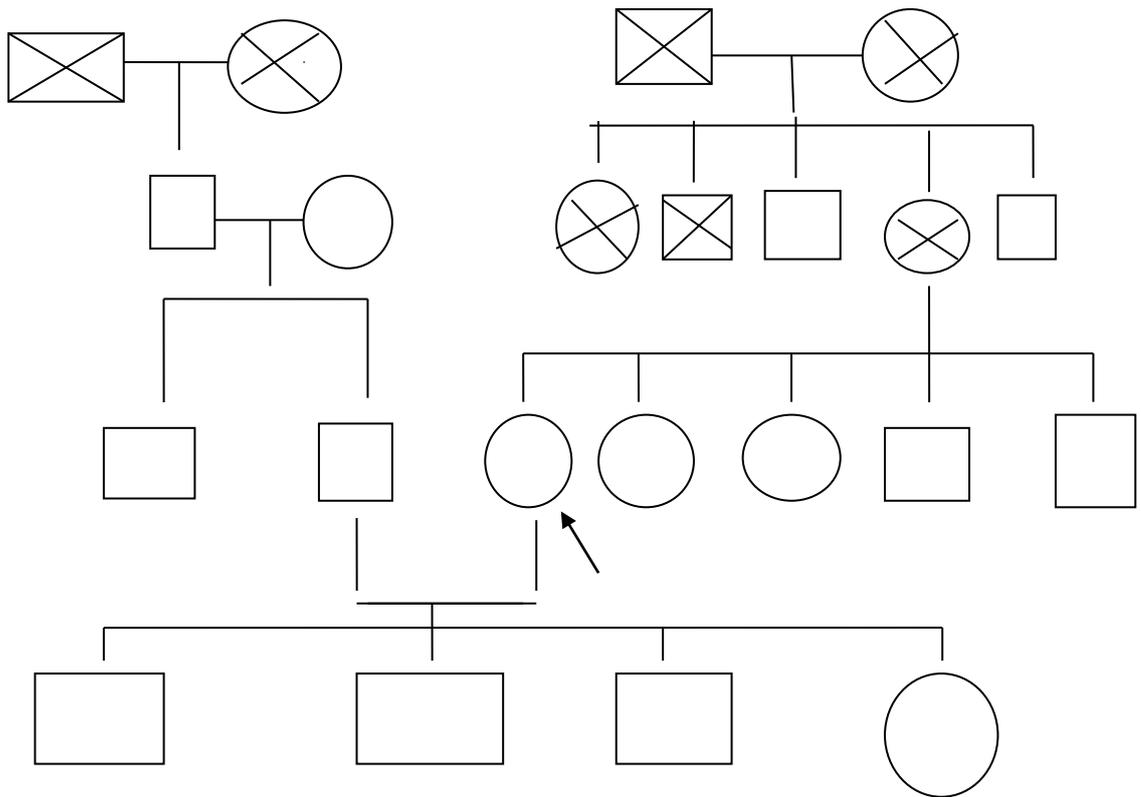
d. Alkohol : -

e. Obat-obatan :-

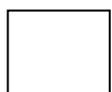
f. Praktek seks yang tidak aman :-

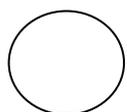
D. RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA

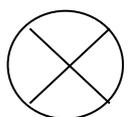
1. Penyakit keturunan : Ibu dari pasien menderita penyakit tumor
2. Penyakit saat ini dalam keluarga : pasien saat ini menderita infeksi luka operasi dan hipertensi
3. Riwayat penyakit jiwa dalam keluarga : -
4. Genogram keluarga :



KET :

 : laki-laki

 : perempuan

 : yang sudah meninggal

 : pasien

E. RIWAYAT PSIKOSOSIAL

1. Koping individu
 - a. Kesadaran diri dan harga diri : Pasien mengatakan sadar akan penyakit yg dialaminya dan merasa kehilangan harga diri
 - b. Penatalaksanaan stres : Pasien mengatakan stres karena penyakit yg dialaminya dan ia hanya berdoa kepada yang Maha Kuasa agar diberi ketabahan
 - c. Penyalahgunaan zat :-
2. Pola kesehatan
 - a. Nutrisi : Pasien makan teratur 3 x sehari, pasien mengonsumsi nasi makanan yg didapat dari rumah sakit, nafsu makan pasien baik
 - b. Hygiene diri : Pasien tidak bisa mandi sendiri sehingga dibantu keluarganya mandi di tempat tidur
 - c. Rekreasi : Pasien mengatakan biasa mengunjungi keluarga dekatnya
 - d. Agama : Pasien selalu aktif dalam keagamaan
 - e. Kegiatan keagamaan yg diikuti : Pasien selalu rajin gereja dan selalu aktif mengikuti latihan koor di gereja

F. PENGETAHUAN KESEHATAN

- a. Bagaimana pengetahuan ibu tentang kesehatan reproduksi?

Ibu mengatakan kesehatan reproduksi itu sangat penting, ibu juga mengatakan harus selalu rajin membersihkan daerah kewanitaan setiap hari dan mengganti celana alas pada pagi dan sore hari
- b. Apa pendidikan kesehatan yg dibutuhkan oleh ibu?

Pendidikan kesehatan tentang reproduksi

G. PEMERIKSAAN FISIK

1. Keadaan umum : pasien tampak lemah dan pucat
2. Head to toe
 - a. Kepala :

Inspeksi : rambut pasien tampak kotor sudah 3 minggu tidak keramas, rambut pasien juga mudah rontok

Palpasi : saat dipalpasi tidak adanya massa

b. Mata

Inspeksi kelopak mata tidak adanya pembengkakan pada mata

Konjungtiva pasien tampak pucat

Sklera pasien tampak berwarna putih

c. Hidung

Tidak ada reaksi alergi pada pasien, bentuk hidung simetris tidak ada polip

Pada pemeriksaan sinus tidak ditemukan adanya nyeri

d. Mulut tenggorokan

Bibir pasien pucat, pasien tidak kesulitan dalam menelan, tidak ada massa atau sariawan pada mulut pasien

e. Dada dan aksila

Mamae pasien simetris dan tidak membesar, tidak ada benjolan

Pernapasan :

Jalan napas normal

f. Sirkulasi jantung

Kecepatan denyut apikal 60 x/m

Sakit dada : tidak ada nyeri pada dada

g. Abdomen

Pada abdomen tampak luka operasi yang terbuka, terdapat pus

Ketika dipalpasi terasa sakit di area sekitar luka operasi

h. Genitouri

1. Keputihan : Pasien mengatakan keputihan sering keluar dalam jumlah banyak berwarna putih coklat dan berbau, pasien hanya mengonsumsi ramuan tradisional dirumah

2. Pap smear : Pasien tidak pernah melakukan pemeriksaan pap smear

i. Ekstremitas (integumen/muskuloskeletal)

Turgor kulit : Turgor kulit pasien baik (CRT < 2 dtk)

Warna kulit pasien : pucat

Kesulitan dalam pergerakan : Pasien tidak dapat bergerak bebas karena akan terasa nyeri pada luka operasinya

H. PEMERIKSAAN PENUNJANG

Tanggal pemeriksaan	Jenis pemeriksaan	Nilai normal	Hasil
22-06-218	Hemoglobin	13.0-18.0	7.3 L
	Eritrosit	4.50-6.20	3,33 L
	Hematokrit	40.0-54.0	23,8 L
	MCV	81,0-96,0	71,5 L
	MCH	27,0-36,0	24,8 L
	RDW-CV	37-54	18,0 H
	Neutrofil	50-70	74,8 H
	Limfosit	20-40	17,3 L