

ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN SISTEM REPRODUKSI: MIOMA UTERI, KISTA OVARIUM, INFENSI LUKA PERINEUM DAN KANKER SERVIKS

Penulis:

Sefrina Rukmawati, S.Kep., Ns., M.Kes
Sally Yustinawati Suryatna, S.Kep., Ners., M.Kep
Evi Supriyatun, S.Kep., Ns., M.Kep.
Dr. Dhiana Setyorini. S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Mat

Editor:

Ns. Jelita Siska Herlina Hinonaung, S.Kep., M.Kep



ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN SISTEM REPRODUKSI: MIOMA UTERI, KISTA OVARIUM, INFEKSI LUKA PERINEUM DAN KANKER SERVIKS

Penulis:

Sefrina Rukmawati, S.Kep., Ns., M.Kes
Sally Yustinawati Suryatna, S.Kep., Ners., M.Kep
Evi Supriatun, S.Kep., Ns., M.Kep.
Dr. Dhiana Setyorini. S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Mat

Editor:

Ns. Jelita Siska Herlina Hinonaung, S.Kep., M.Kep



**ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS PADA PASIEN DENGAN
GANGGUAN SISTEM REPRODUKSI: MIOMA UTERI, KISTA
OVARIUM, INFENSI LUKA PERINEUM DAN KANKER SERVIKS**

Penulis:

Sefrina Rukmawati, S.Kep., Ns., M.Kes
Sally Yustinawati Suryatna, S.Kep., Ners., M.Kep
Evi Supriatun, S.Kep., Ns., M.Kep.
Dr. Dhiana Setyorini. S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Mat

Editor:

Ns. Jelita Siska Herlina Hinonaung, S.Kep., M.Kep

Desain Cover: Ivan Zumarano

Tata Letak: Siti Hartina Fatimah

ISBN: 978-623-8411-22-1

Cetakan Pertama: **Oktober, 2023**

Hak Cipta 2023

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-
Undang

Copyright © 2023

by Penerbit Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta

All Right Reserved

Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau
memperbanyak sebagian atau
seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit.

PENERBIT:

Nuansa Fajar Cemerlang

Grand Slipi Tower, Lantai 5 Unit F

Jl. S. Parman Kav 22-24, Palmerah

Jakarta Barat

Website: www.nuansafajarcemerlang.com

Instagram: @bimbel.optimal

PRAKATA

Puji syukur kepada Tuhan Yang Maha Kuasa, atas anugerah dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan buku Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Reproduksi: Mioma Uteri, Kista Ovarium, Infeksi Luka Perineum dan Kanker Serviks dapat terselesaikan.

Buku ini membahas tentang asuhan keperawatan maternitas pada pasien gangguan sistem reproduksi seperti penyakit mioma uteri, kista ovarium, infeksi luka perineum dan kanker servik. Buku ini disusun untuk meningkatkan pengetahuan pembaca yang sedang mencari referensi tentang penyakit tersebut.

Penulis mengucapkan terima kasih kepada berbagai pihak yang mendukung dan berkontribusi dalam penyusunan buku ini. Penulis menyadari bahwa buku ini masih belum sempurna. Oleh karena itu, kritik dan saran dari pembaca demi perbaikan dan pengembangan buku ini sangat diharapkan. Semoga buku ini dapat bermanfaat untuk semua yang ingin mendalami asuhan keperawatan maternitas pada pasien dengan gangguan sistem reproduksi.

Jakarta, Oktober 2023
Tim Penulis

DAFTAR ISI

PRAKATA.....	iii
DAFTAR ISI	iv
DAFTAR GAMBAR.....	vii
DAFTAR TABEL.....	viii
BAGIAN I. ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN SISTEM REPRODUKSI:	
MIOMA UTERI	9
A. PENGKAJIAN.....	9
B. DIAGNOSA KEPERAWATAN	21
C. MENYUSUN RENCANA KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN MIOMA UTERI.....	22
D. IMPLEMENTASI	26
E. EVALUASI	29
F. DOKUMENTASI	31
BAGIAN II. ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN SISTEM REPRODUKSI: KISTA OVARIUM.....	
A. PENGKAJIAN.....	32
B. DIAGNOSA KEPERAWATAN	41
C. MENYUSUN RENCANA KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN SISTEM REPRODUKSI: KISTA OVARIUM	43
D. IMPLEMENTASI	62
E. EVALUASI	63

F. DOKUMENTASI.....	63
BAGIAN III. ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN SISTEM REPRODUKSI: INFEKSI LUKA PERINEUM / <i>POST EPISIOTOMI</i>	
A. PENGKAJIAN.....	64
B. DIAGNOSA KEPERAWATAN.....	76
C. MENYUSUN RENCANA KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN INFEKSI LUKA PERINEUM / POST EPISIOTOMI...	79
D. IMPLEMENTASI	87
E. EVALUASI	89
F. DOKUMENTASI.....	90
BAGIAN IV. ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN SISTEM REPRODUKSI: KANKER SERVIKS.....	
A. DEFINISI.....	92
B. ETIOLOGI	92
C. KLASIFIKASI	93
D. MANIFESTASI KLINIS	95
E. PATHWAY.....	97
F. PENATALAKSANAAN	98
G. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN	101
1. Pengkajian keperawatan.....	101
2. Diagnosa keperawatan.....	106
3. Menyusun Rencana Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Reproduksi: Kanker Serviks.....	107

4. Implementasi Keperawatan	112
5. Evaluasi Keperawatan	112
6. Dokumentasi	112
DAFTAR PUSTAKA	113

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. WOC Kaner Serviks `105

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Intervensi Keperawatan pada pasien dengan Kista Ovarum	48
Tabel 2. Faktor risiko pascapartum	77
Tabel 3. Sistem skoring Davidson	78
Tabel 4. Nilai Hematologi Pasca partum.....	80
Tabel 5. Stadium kanker serviks menurut FIGO (2000).....	101
Tabel 6. Perencanaan Keperawatan pada pasien dengan kanker serviks	116

BAGIAN I. ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN SISTEM REPRODUKSI: MIOMA UTERI

A. PENGKAJIAN

1. Anamnesa

a. Identitas

1) Identitas Klien

Identitas yang perlu dikaji pada klien dengan mioma uteri adalah nama, umur, agama, suku/bangsa, pendidikan, pekerjaan, golongan darah, diagnosa medis, status marital dan alamat.

2) Identitas Penanggung jawab

Identitas penggung jawab yang perlu dikaji adalah nama, umur, suku/bangsa, pendidikan terakhir, pekerjaan, agama, hubungan dengan klien dan alamat.

b. Keluhan Utama

Keluhan utama yang dirasakan oleh klien dengan mioma uteri adalah timbul benjolan di perut bagian bawah dalam waktu relative lama. Kadang-kadang disertai gangguan haid.

c. Riwayat Penyakit sekarang

Keluhan utama yang dirasakan oleh klien dengan mioma uteri adalah timbul benjolan di perut bagian bawah dalam waktu relative lama. Kadang-kadang disertai gangguan haid.

Keluhan yang timbul pada hampir tiap jenis operasi adalah rasa nyeri karena terjadi tahanan

tarikan, manipulasi jaringan organ. Rasa nyeri setelah bedah biasanya berlangsung 24-48 jam. Adapun yang perlu dikaji pada rasa tersebut adalah lokasi nyeri. Intensitas nyeri, waktu dan durasi serta kualitas nyeri.

d. Riwayat penyakit dahulu

Riwayat penyakit dahulu yang perlu dikaji seperti apakah pernah mengalami operasi sebelumnya, riwayat penyakit infeksi, alergi obat-obatan, hipertensi, penyakit system pernapasan, dan diabetes melitus.

e. Riwayat Penyakit Keluarga

Dikaji dalam keluarga seperti apakah keluarga mempunyai penyakit keturunan seperti diabetes melitus, hipertensi, jantung, penyakit kelainan darah dan riwayat kelahiran kembar dan riwayat penyakit mental.

f. Riwayat Obstetri

Untuk mengetahui riwayat obstetric pada klien dengan mioma uteri yang perlu diketahui adalah:

1) Keadaan Haid

Dikaji tentang riwayat *menarche* dan haid terakhir, sebab mioma uteri tumbuh cepat pada masa monopouse.

2) Riwayat Kehamilan dan persalinan

Kehamilan mempengaruhi pertumbuhan mioma, dimana mioma uteri tumbuh cepat pada masa hamil, ini dihubungkan dengan hormon estrogen, pada masa ini dihasilkan dalam jumlah yang besar. Jumlah kehamilan

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

g. Faktor Psikososial

- 1) Tanyakan tentang persepsi pasien mengenai penyakitnya, faktor-faktor budaya yang memengaruhi, tingkat pengetahuan yang dimiliki pasien mioma uteri, dan tanyakan mengenai seksualitas dan perawatan yang pernah dilakukan oleh pasien mioma uteri.
- 2) Tanyakan tentang konsep diri: gambaran diri, ideal diri, harga diri, peran diri, identitas personal, keadaan emosi, perhatian dan hubungan terhadap orang lain atau tetangga, kegemaran atau jenis kegiatan yang disukai pasien mioma uteri, mekanisme pertahanan dan interaksi sosial pasien mioma uteri dengan orang lain.

h. Pola Kebiasaan Sehari-Hari Menurut Virgina Henderson

1) Respirasi

Respirasi bisa meningkat atau menurun

2) Nutrisi

Biasanya klien mengalami gangguan dalam kebutuhan nutrisinya. Kebanyakan klien merasa tidak nafsu makan.

Pada klien dengan post operasi pengangkatan mioma uteri fungsi gastro intestinal biasanya pulih pada 24-74 jam setelah pembedahan, tergantung pada penekanan intestinal. Ambulatori dan

kompres hangat perlu diberikan untuk menghilangkan gas dalam usus.

3) Eliminasi

Retensi urin paling umum terjadi setelah pembedahan ginekologi, klien yang hidrasinya baik biasanya kencing setelah 6 sampai dengan 8 jam setelah pembedahan. Jumlah pengeluaran urine yang sedikit akibat kehilangan cairan tubuh saat operasi, muntah akibat anestesi.

Klien dengan mioma uteri dapat mengalami konstipasi akibat penekanan rectum oleh mioma uteri. Pada klien dengan post operasi, fungsi gastro intestinal biasanya pulih dalam 24-74 jam setelah pembedahan.

4) Istirahat/tidur

Klien dengan mioma uteri biasanya mengalami gangguan dalam istirahat/tidurnya karena nyeri dan ketidaknyamanan yang dirasakannya.

5) Mempertahankan temperatur tubuh dan sirkulasi

Pada klien dengan mioma uteri biasanya tidak mengalami gangguan dalam hal temperatur tubuh, suhu tubuh 37°C .

6) Kebutuhan kebersihan diri (*personal hygiene*)

Kebersihan diri merupakan pemeliharaan kesehatan untuk diri sendiri, dimana kebutuhan kebersihan diri dengan klien mioma uteri tidak mengalami gangguan, sedangkan pada klien post operasi dibantu keluarganya.

7) Aktivitas

Pada klien dengan mioma uteri aktivitasnya tidak terganggu, pekerjaan/kegiatan sehari-hari mampu dilakukan maksimal karena keadaannya yang semakin lemah, sedangkan pada klien post operasi mioma klien mengalami keterbatasan aktivitas.

2. Pengkajian *head to toe*

Pemeriksaan fisik pada klien dengan mioma uteri adalah:

a. Keadaan umum

Keadaan umum klien biasanya lemah.

b. Kesadaran klien biasanya compos mentis, sedangkan kesadaran klien dengan post operasi mioma biasanya somnolen sampai komposmentis.

c. Pemeriksaan Tanda-tanda Vital

1) Suhu : Normal 37°C

2) Nadi : Meningkat ($>90\text{x}/\text{mnt}$)

3) Pernafasan : Normal/meningkat ($>20\text{x}/\text{mnt}$)

4) Tekanan Darah : Normal/meningkat ($120/80\text{ mmHg}$)

d. Pemeriksaan Head to Toe

1) Pemeriksaan Kepala dan Wajah

Inspeksi : mengamati ekspresi muka, amati warna dan keadaan rambut mengenai kebersihan, amati apakah terdapat edema atau bekas luka dimuka, ekspresi wajah meringis menahan nyeri, wajah tampak pucat.

Palpasi : kaji kerontokan dan kebersihan rambut, kaji pembekaan pada muka, lihat apakah ada benjolan (massa).

2) Mata

Inspeksi : mengamati kelopak mata apakah mengalami peradangan atau tidak, lihat pergerakan bola mata simetris kanan/kiri, reflek kedip baik/tidak, konjungtiva (merah/konjunktivitis, pucat/anemis) dan sclera (ikterik/kuning, putih/normal), reflek pupil terhadap cahaya miosis/mengecil.

Palpasi : mengkaji adanya nyeri tekan atau peningkatan tekanan intrakuler pada kedua bola mata.

3) Hidung

Inspeksi : mengamati keberadaan septum apakah tepat di Tengah,

kaji adanya masa abnormal dalam hidung dan adanya secret.

Palpasi : mengkaji adanya nyeri tekan pada hidung, mengkaji adanya sinusitis, raba dorsum naso apakah ada pembekakan.

4) Telinga

Inspeksi : mengamati kesimetrisan telinga kanan dan kiri, warna telinga dengan daerah sekitar, ada atau tidaknya luka, kebersihan telinga amati ada atau tidaknya serumen dan otitis media.

Palpasi : mengkaji apakah ada nyeri tekan pada tulang mastoid.

5) Mulut dan Gigi

Inspeksi : mengamati bibir apa ada kelainan kongenital (bibir sumbing), warna, kesimetrisan, sianosis atau tidak, pembekakkan. Lesi, amati adanya stomatitis pada mulut, amati jumlah dan bentuk gigi, gigi berlubang, warna, plak dan kebersihan gigi.

Palpasi : mengkaji terdapat nyeri tekan pada gigi dan mulut bagian dalam.

6) Leher

Inspeksi	: mengamati adanya luka, kesimetrisan, massa abnormal
Palpasi	: mengkaji adanya distensi vena jugularis, pembesaran kelenjar tiroid, adanya nyeri telan/tidak
7) Thorak	
a) Paru-paru	
Inspeksi	: kesimetrisan, bentuk/postur dada, gerakan nafas (frekuensi, irama, kedalaman dan upaya pernafasan/penggunaan otot-otot bantu pernafasan), lesi, edema, pembekakan, tulang punggung lurus tidak ada <i>funnel chest, kifosis, lordosis, scoliosis</i> .
Palpasi	: tidak ada nyeri tekan pada dada, <i>vocal fremitus</i> normal antara kanan dan kiri. Dinding dada teraba hangat, tidak ada fraktur, <i>edema</i> , dinding dada bergerak seimbang, tidak ada yang tertinggal. Pada inspirasi dalam ibu jari akan terpisah 3-5cm.
Perkusi	: hasil perkusi normal pada paru adalah resonansi. Pada area jantung akan meghasilkan bunyi pekak (intercostal 3-5) sebelah perkusi sternum). Hasil perkusi juga akan terdengar pekak pada hepar. Dalam kondisi normal

hepar berada tersembunyi di balik kosta.

Auskultasi : tidak terdengar suara napas tambahan. Suara napas normal: vesikuler (suara ini terdengar halus dan lembut. Bisa didengar di lapang paru) merupakan bunyi yang dihasilkan dari perputaran udara dalam alveoli (inspirasi>ekspirasi).
Bronkovesikuler: suara ini bisa didengarkan pada ICS I dan 2 kiri dan kanan. Bronchial: suaranya terdengar keras dan kasar.

b) Jantung

Inspeksi : mengamati *pulsasi ictus cordis*
Palpasi : teraba atau tidaknya *pulsasi*
Perkusi : normalnya terdengar pekak
Auskultasi : normalnya terdengar tunggal suara jantung pertama dan suara kedua.

c) Payudara

Inspeksi : Perempuan; bentuk membulat, ukuran payudara sedikit berbeda, *areola mammae* lebih menghitam, secara umum tampak simetris. Kulit payudara utuh warna kulit sama dengan warna kulit sekitarnya, tidak ada massa,

lessi atau nodul, diameter sama kedua payuadara.

Palpasi : tidak teraba massa nodul ataupun bengkak.

8) Abdomen

Inspeksi : pada pasien post operasi mioma uteri tampak luka operasi tertutup kasa steril, kulit sekitar tampak kemerahan, terdapat darah/tidak pada kasa steril, apakah ada peradangan pada umbilikus/tidak. Pada pasien pre operasi akan ditemukan *distensi abdomen*, bentuk perut (*abdomen*) tidak simetris (ada massa di regional bawah)

Palpasi : pada pasien post operasi terdapat nyeri tekan disekitar area luka.

Perkusi : kaji suara apakah timpani atau hipertimpani

Auskultasi : dengarkan bising usus apakah normal 5-20x/mnt

9) Ekstremitas

a) Atas

Inspeksi : mengkaji kesimetrisan dan pergerakan ekstremitas atas, integritas *Range Of Motion* (ROM), kekuatan dan tinus otot.

Palpasi	: terjadi pembengkakan pada ekstremitas atas
b) Bawah	
Inspeksi	: mengkaji kesimetrisan dan pergerakan ekstremitas bawah, integritas ROM, kekuatan dan tonus otot
Palpasi	: terjadi pembengkakan pada ekstremitas bawah pasien mioma uteri.
Mengukur	tonus otot menurut <i>Manual Muscle Testing (MMT)</i> :
Nilai 0	: tidak ada kontraksi atau tonus otot tetapi tidak ada pergerakan sama sekali
Nilai 1	: terdapat kontraksi atau tonus otot tetapi tidak ada gerakan sama sekali.
Nilai 2	: mampu melakukan gerakan namun belum bisa melawan gravitasi
Nilai 3	: mampu bergerak dengan lingkup gerak sendi secara penuh dan melawan gravitasi tetapi belum bisa melawan tahanan minimal
Nilai 4	: mampu bergerak dengan melawan gravitasi dan dapat melawan tahanan sedang

Nilai 5 : mampu melawan gravitasi dan mampu melawan tahan maksimal

10) Integritas Kulit

Inspeksi : warna kulit, kelembaban, akral hangat atau tidak

Palpasi : integritas kulit, *Capillary Refill Time (CRT)* pada jari normalnya <2dtk

11) Genitalia

Inspeksi : perdarahan di luar siklus menstruasi, perdarahan abnormal, terdapat retensi urine.

3. Pemeriksaan Penunjang

a) *Ultra Sonografi (USG)*

Ultrasonografi transabdominal dan *transvaginal* bermanfaat dalam menetapkan adanya mioma uteri. *Ultrasonografi transvaginal* terutama lebih bermanfaat untuk mendeteksi kelainan pada rahim, termasuk mioma uteri. Mioma uteri dapat menampilkan gambaran secara khas yang mendemonstrasikan *irregularitas kontur* maupun pembesaran uterus sehingga sangatlah tepat untuk digunakan dalam pemantauan perkembangan mioma uteri untuk menentukan jenis tumor, lokasi mioma, ketebalan endometrium dan keadaan *adneksia* dalam rongga pelvis.

b) *Magnetic Resonance Imaging (MRI)*

Akurat dalam menggambarkan jumlah, ukuran dan lokasi mioma uteri tetapi jarang diperlukan karena keterbatasan ekonomi dan sumberdaya.

c) Laparaskopi

Pemeriksaan ini dapat mengevaluasi massa pada pelvis

d) Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium meliputi: hitung darah lengkap dan apusan darah, untuk menilai kadar hemoglobin dan hematokrit serta jumlah leukosit.

e) Tes Kehamilan

Tes hormon *Chorionic gonadotropin* karena bisa membantu dalam mengevaluasi suatu pembesaran uterus, apakah oleh karena kehamilan atau oleh karena adanya suatu mioma uteri yang dapat menyebabkan pembesaran uterus menyerupai kehamilan.

B. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Diagnosa keperawatan pada klien dengan mioma uteri adalah:

Pre Operasi

Nyeri akut berhubungan dengan *nekrosis/trauma* jaringan dan reflesk spasme otot sekunder akibat tumor ditandai dengan klien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah, klien tampak menekan perutnya, ekspresi wajah meringis.

Intra Operasi

Risiko syok hipovolemi berhubungan dengan perdarahan.

Post Operasi

Nyeri akut berhubungan dengan kerusakan jaringan otot dan sistem saraf akibat post operasi, ekspresi wajah menyirangi.

C. MENYUSUN RENCANA KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN MIOMA UTERI

Diagnosa Pre Operasi

Nyeri akut berhubungan dengan nekrosis/trauma jaringan dan reflesks spasme otot skunder akibat tumor ditandai dengan klien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah, klien tampak menekan perutnya, ekspresi wajah meringis.

Tujuan & Kriteria Hasil

Setelah dilakukan Tindakan keperawatan diharapkan klien dapat:

1. Mengontrol nyeri (*pain control*) dengan kriteria:
 - Klien dapat mengetahui penyebab nyeri, onset nyeri.
 - Klien mampu menggunakan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri
 - Klien mampu mengenal tanda-tanda pencetus nyeri untuk mencari pertolongan
 - Klien melaporkan nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri.
2. Menunjukkan tingkat nyeri (*pain Level*) dengan kriteria:
 - Klien melaporkan nyeri dan pengaruhnya tubuh

- Klien mampu mengenal skala intensitas, frekuensi dan lamanya episode nyeri
- Klien mengatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang
- Tanda-tanda vital dalam batas normal
- Ekspresi wajah tenang.

Intervensi Keperawatan

1. Observasi

- Kaji secara komprehensif tentang nyeri, meliputi (lokasi, karakteristik, onset, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri dan faktor precipitasi).
- Observasi isyarat-isyarat non verbal dan ketidaknyamanan, khususnya dalam ketidak mampuan untuk komunikasi secara efektif.

2. Terapeutik

- Gunakan komunikasi terapeutik agar pasien dapat mengekspresikan nyeri
- Kontrol faktor-faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon klien terhadap ketidaknyamanan misalnya temperatur ruangan, penyinaran dan lainnya.
- Tingkatkan tidur istirahat yang cukup

3. *Health Education*

- Berikan informasi tentang nyeri seperti: penyebab, berapa lama terjadi dan Tindakan pencegahan
- Libatkan keluarga untuk mengurangi nyeri

- Ajarkan penggunaan teknik non farmakologi (relaksasi, terapi musik, distraksi, massage).

Intra Operasi

Risiko syok hipovolemik berhubungan dengan perdarahan intrauteri

Tujuan dan Kriteria Hasil

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x24jam diharapkan tidak terjadi syok hipovolemik dengan kriteria:

- Tanda-tanda vital dalam batas normal
- Turgor kulit baik
- Tidak ada sianosis
- Suhu kulit hangat
- Tidak ada diporesis
- Membrane mukosa kemerahan

Intervensi

1. Observasi

- Kaji adanya perdarahan
- Kaji warna kulit, suhu, adanya sianosis, nadi perifer dan diaphoresis secara teratur
- Pantau frekuensi dan irama jantung
- Pantau status cairan, turgor kulit, membrane mukosa, urine output
- Monitor kadar hemoglobin dan hematokrit

2. Terapeutik

- Kelola pemberian cairan hipotonik seperti (dekstrose 5%) untuk rehidrasi sesuai kebutuhan

- Kelola pemberian cairan isotonic seperti NaCl, Ringer Laktat untuk rehidrasi cairan ekstraseluler.
- Pertahankan pemberian cairan secara vena
- Atur posisi klien *trendelenberg* jika klien hipotensi sesuai kebutuhan

Post Operasi

Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya jaringan syaraf pada daerah luka bekas operasi yang ditandai dengan klien menyatakan nyeri perut bekas operasi, ekspresi wajah meringis menahan sakit.

Tujuan dan Kriteria Hasil

Setelah dilakukan Tindakan keperawatan diharapkan klien dapat:

1. Mengontrol Nyeri dengan kriteria:

- Klien dapat mengetahui penyebab nyeri, onset nyeri
- Klien mampu menggunakan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri dan tindakan pencegahan
- Klien melaporkan nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri

2. Menunjukkan tingkat nyeri

- Klien melaporkan nyeri dan pengaruhnya pada tubuh
- Klien mampu mengenal skala intensitas, frekuensi dan lamanya episode nyeri
- Klien menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang

- Ekspresi wajah tenang

Intervensi

1. Observasi

- Mengobservasi secara komprehensif tentang nyeri, meliputi: lokasi, karakteristik dan onset, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas/beratnya nyeri dan faktor-faktor precipitasi.
- Observasi isyarat non verbal dari ketidaknyamanan komunikasi secara efektif.

2. Terapeutik

- Gunakan komunikasi terapeutik agar klien dapat mengekspresikan nyeri.
- Ajarkan penggunaan teknik non farmakologi (napas dalam, teknik distraksi atau *massage*).

3. Health Education

- *Health education* tentang nyeri seperti penyebab nyeri, berapa lama terjadi dan tindakan pencegahannya.
- *Health education* kepada keluarga klien untuk memberikan lingkungannya yang nyaman.

4. Kolaborasi

Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian anti nyeri yang tepat waktu terutama pada saat nyeri hebat.

D. IMPLEMENTASI

Diagnosa Pre Operasi

Nyeri akut berhubungan dengan nekrosis/trauma jaringan dan refleks spasme otot sekunder akibat tumor ditandai dengan klien mengatakan nyeri pada perut

bagian bawah, klien tampak menekan perutnya, ekspresi wajah meringis.

1. Observasi

- Kaji secara komprehensif tentang nyeri, meliputi (lokasi, karakteristik, onset, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri dan faktor precipitasi).
- Observasi isyarat-isyarat nonverbal dan ketidaknyamanan, khususnya dalam ketidakmampuan untuk komunikasi secara efektif.

2. Terapeutik

- Gunakan komunikasi terapeutik agar pasien dapat mengekspresikan nyeri
- Kontrol faktor-faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon klien terhadap ketidaknyamanan misalnya (temperatur ruangan, penyinaran dan lain-lain).
- Tingkatkan tidur istirahat yang cukup

3. *Health Education*

- Berikan informasi tentang nyeri seperti: penyebab, berapa lama terjadi dan tindakan pencegahan
- Libatkan keluarga untuk mengurangi nyeri
- Ajarkan penggunaan teknik non farmakologi (relaksasi, terapi musik, distraksi, massage).

Intra Operasi

Risiko Syok hipovolemik berhubungan dengan perdarahan intrauteri

1. Observasi

- Kaji adanya perdarahan
 - Kaji warna kulit, suhu, adanya sianosis, nadi perifer dan diaphoresis secara teratur
 - Pantau frekuensi dan irama jantung
 - Pantau status cairan, turgor kulit, membrane mukosa, urine output
 - Monitor kadar hemoglobin dan hematokrit
2. Terapeutik
- Kelola pemberian cairan hipotonik seperti (dekstrose 5%) untuk rehidrasi sesuai kebutuhan
 - Kelola pemberian cairan isotonic seperti NaCl, Ringer Laktat untuk rehidrasi cairan ekstraseluler.
 - Pertahankan pemberian cairan secara vena
 - Atur posisi klien trendelenberg jika klien hipotensi sesuai kebutuhan

Post Operasi

Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya jaringan syaraf pada daerah luka bekas operasi yang ditandai dengan klien menyatakan nyeri perut bekas operasi, ekspresi wajah meringis menahan sakit.

1. Observasi
- Mengobservasi secara komprehensif tentang nyeri, meliputi: lokasi, karakteristik dan onset, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas/beratnya nyeri dan faktor-faktor prepitasi.
 - Observasi isyarat nonverbal dari ketidaknyamanan komunikasi secara efektif.
2. Terapeutik

- Gunakan komunikasi terapeutik agar klien dapat mengekspresikan nyeri.
 - Ajarkan penggunaan teknik non farmakologi (napas dalam, teknik distraksi atau massage).
3. *Health Education*
 - *Health education* tentang nyeri seperti penyebab nyeri, berapa lama terjadi dan tindakan pencegahannya.
 - *Health education* kepada keluarga klien untuk memberikan lingkungannya yang nyaman.
 4. Kolaborasi

Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian anti nyeri yang tepat waktu terutama pada saat nyeri hebat

E. EVALUASI

Diagnosa Pre Operasi

Nyeri akut berhubungan dengan nekrosis/trauma jaringan dan refleks spasme otot skunder akibat tumor ditandai dengan klien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah, klien tampak menekan perutnya, ekspresi wajah meringis.

Tujuan & Kriteria Hasil

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan klien dapat:

1. Mengontrol nyeri dengan kriteria:
 - Klien dapat mengetahui penyebab nyeri, onset nyeri.
 - Klien mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri

- Klien mampu mengenal tanda-tanda pencetus nyeri untuk mencari pertolongan
 - Klien melaporkan nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri.
2. Menunjukkan tingkat nyeri dengan kriteria:
- Klien melaporkan nyeri dan pengaruhnya tubuh
 - Klien mampu mengenal skala intensitas, frekuensi dan lamanya episode nyeri
 - Klien mengatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang
 - Tanda-tanda vital dalam batas normal
 - Ekspresi wajah tenang.

Intra Operasi

Risiko Syok hipovolemik berhubungan dengan perdarahan intrauteri

Tujuan dan Kriteria Hasil

Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama ...x 24 jam diharapkan tidak terjadi syok hipovolemik dengan kriteria:

- Tanda-tanda vital dalam batas normal
- Turgor kulit baik
- Tidak ada sianosis
- Suhu kulit hangat
- Tidak ada diporesis
- Membrane mukosa kemerahan

Post Operasi

Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya jaringan syaraf pada daerah luka bekas operasi yang ditandai

dengan klien menyatakan nyeri perut bekas operasi, ekspresi wajah meringis menahan sakit.

Tujuan dan Kriteria Hasil

Setelah dilakukan Tindakan keperawatan diharapkan klien dapat:

1. Mengontrol nyeri dengan kriteria:
 - Klien dapat mengetahui penyebab nyeri, onset nyeri
 - Klien mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri dan tindakan pencegahan
 - Klien melaporkan nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri
2. Menunjukan tingkat nyeri
 - Klien melaporkan nyeri dan pengaruhnya pada tubuh
 - Klien mampu mengenal skala intensitas, frekuensi dan lamanya episode nyeri
 - Klien menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang
 - Ekspresi wajah tenang.

F. DOKUMENTASI

Catat Tindakan yang telah kita lakukan

BAGIAN II. ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN SISTEM REPRODUKSI: KISTA OVARIUM

A. PENGKAJIAN

Dalam asuhan keperawatan maternitas, pengkajian merupakan hal pertama yang harus dilakukan. Pengkajian merupakan proses keperawatan untuk mengumpulkan data pasien baik data subjektif dan data objektif yang didapatkan dari pasien itu sendiri, keluarga, atau masyarakat yang bertujuan untuk mendapatkan permasalahan pasien. Pengkajian bisa didapatkan dari data yang disampaikan oleh pasien dan yang dilihat oleh perawat pada saat pemeriksaan. Teknik yang dilakukan dalam melakukan pengkajian yaitu dengan cara observasi dan wawancara.

1. Anamnesa

Anamnesa dilakukan oleh perawat kepada pasien dengan melakukan observasi dan wawancara secara langsung.

a. Identitas

1) Nama

Dilakukan pengkajian dengan menanyakan nama pasien yang bertujuan untuk memastikan pasien yang dilakukan pengkajian sudah benar.

2) Umur

Data yang diperlukan untuk mengetahui apakah pasien masih dalam masa reproduksi, premenopause, dan menopause.

3) Agama

Data yang diperlukan untuk mengetahui pandangan pasien terhadap penyakitnya dari sudut pandang agama pasien.

4) Pendidikan

Untuk menentukan keberhasilan tindakan keperawatan yang akan dilakukan salah satunya dengan mengetahui pendidikan pasien. Pendidikan yang tinggi akan memudahkan seseorang untuk menerima informasi.

5) Suku bangsa

Untuk mengetahui pandangan terhadap penyakitnya dari suku, adat istiadat, dan budaya.

6) Pekerjaan

Dilakukan pengkajian untuk mengetahui status dari sosial ekonominya.

7) Alamat

Dilakukan pengkajian untuk memudahkan jika diperlukan adanya perawatan di rumah.

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan utama

Tanyakan apa yang menjadi keluhan paling dirasakan. Pasien akan menjelaskan beberapa keluhan yang mungkin dirasakan, pastikan mana yang paling mengganggu. Pasien dengan kista ovarium biasanya mengeluh nyeri di area panggul yang tidak hilang walaupun beristirahat.

2) Riwayat kesehatan sekarang

Melakukan penjabaran dari keluhan utama dengan pengkajian menggunakan metode PQRST yaitu terdiri dari P (*Palliative/Penyebab*), Q (*Quality/Kualitas*), R (*Radiates/Penyebaran*), S (*Scale/Skala*), dan T (*Time/Waktu*).

3) Riwayat Kesehatan Lalu

Tanyakan apakah pasien pernah mengalami penyakit yang sama dengan yang dialami saat ini. Hal ini penting untuk menentukan perkembangan penyakit dan tindakan yang harus dilakukan sesuai dengan penyebabnya.

4) Riwayat haid

Tanyakan riwayat haid seperti siklus haid, lama haid, banyak nya darah haid, nyeri saat haid, dan keluhan yang pernah dialami selama haid.

5) Riwayat kehamilan

Tanyakan riwayat kehamilan seperti jumlah kehamilan, jumlah kelahiran, jumlah anak hidup, jarak antara anak satu dengan yang lainnya, keluhan selama kehamilan, riwayat penyakit selama kehamilan.

6) Riwayat persalinan

Tanyakan riwayat persalinan seperti jenis persalinan yang pernah dilakukan, keluhan selama persalinan, riwayat penyakit setelah persalinan.

7) Riwayat pernikahan

Tanyakan riwayat pernikahan seperti berapa kali melakukan pernikahan, masalah seksual

selama pernikahan seperti penyakit kelamin, gangguan reproduksi, dan infeksi.

8) Riwayat keluarga berencana (KB)

Dilakukan pengkajian untuk menanyakan kb yang digunakan, lama waktu menggunakan kb, keluhan selama menggunakan kb.

9) Riwayat kesehatan keluarga

Tanyakan apakah di keluarga ada yang memiliki penyakit menurut seperti diabetes mellitus, asma, hipertensi atau ada tidak keluarga yang memiliki penyakit menular seperti TB Paru dan hepatitis. Hal ini akan berpengaruh dengan kondisi pasien jika memiliki penyakit penyerta lainnya.

2. Pengkajian head to toe

a. Pengkajian Kesadaran dan Penampilan

Pemeriksaan kesadaran dilakukan menggunakan pemeriksaan *Glasgow Coma Scale* (GCS) yang terdiri dari pemeriksaan eye, motorik, dan verbal. Hasil pemeriksaan variabel tersebut akan menentukan hasil kesadaran pasien, yaitu compos mentis (sadar penuh), somnolen (bangun dengan rangsang nyeri), sopor (kesadaran menyerupai koma), dan koma (kesadaran hilang). Untuk pemeriksaan penampilan dikaitkan dengan kebutuhan pasien akan personal *hygiene*, apakah penampilan pasien tampak lusuh, kotor, atau lemah.

b. Pengukuran Tinggi Badan dan Berat Badan

Dalam melakukan pengukuran tinggi badan dan berat badan dibutuhkan untuk menentukan status kesehatan pasien. Jika terdapat perubahan signifikan pada saat sebelum dan sesudah sakit, maka bisa dijadikan data dasar untuk menentukan diagnosa gangguan nutrisi.

c. Tanda – Tanda Vital

1) Suhu Tubuh

Mengukur suhu tubuh untuk menentukan ada tidaknya gangguan termoregulasi tubuh. Nilai normal untuk suhu yaitu $36^{\circ}\text{C} – 37^{\circ}\text{C}$.

2) Nadi

Perubahan kondisi pasien dapat ditentukan dengan adanya nadi cepat atau nadi lambat. Nilai normal nadi yaitu $60 – 100\text{x}/\text{menit}$.

3) Pernafasan

Adanya gangguan disistem pernafasan ditandai dengan adanya sesak nafas sampai terjadinya apnea. Nilai normal untuk pernafasan yaitu $16 – 24\text{x}/\text{menit}$.

4) Tekanan Darah

Perubahan di sistem kardiovaskuler dapat ditandai dengan tekanan darah meningkat dan menurun. Nilai normal tekanan darah yaitu $120/80 \text{ mmHg}$.

d. Kulit

Kaji adanya *sianosis* (kebiruan), *jaundice* (warna kuning), *eritema* (kemerahan), edema pada kulit, hiperpigmentasi dan hipopigmentasi. Lakukan palpasi turgor kulit pasien untuk menentukan ada tidaknya dehidrasi.

e. Rambut

Kaji penyebaran rambut, rambut rontok, rapuh, adanya kutu. Lihat warna rambut dan palpasi tekstur rambut.

f. Kuku

Kaji warna, bentuk, ada tidaknya *clubbing finger*, dan lakukan pemeriksaan *test capillary refill time*.

g. Kepala

Kaji ukuran kepala, bentuk, kesimetrisan, adanya lesi atau tidak. Pastikan kulit kepala dan rambut bersih, kaji adanya modul atau massa, bengka dan tidak ada nyeri tekan.

h. Wajah

Kaji simetris, warna kulit, gerakan muka, tes sensasi wajah dengan sentuhan ringan untuk mengetahui fungsi persyarafan.

i. Mata dan Penglihatan

Kaji struktur mata eksternal, alis mata, simteris, sejajar, pergerakan sama, kelopak mata membuka dan menutup sempurna, tidak ada edema, konjungtiva merah muda, sklera putih, tidak ada lesi, tidak ada benda asing, lakukan tes kornea, tes pupil, lapang pandang. Lakukan tes ketajaman penglihatan menggunakan *Snellen Card*.

j. Hidung dan Penciuman

Kaji adanya kesejajaran, warna kulit, lesi, nyeri, cairan yang keluar, kepatenan jalan nafas. Lihat membran mukosa merah muda, septum nasal

lengkap, kaji adanya sinus, dan lakukan tes penciuman.

k. Mulut dan Pengecapan

Kaji bibir berwarna merah muda, simetris, tekstur lembut, lembab, bibir mampu dikerutkan, tidak ada lesi, mukosa merah muda, gigi rapih, putih, dan bersih. Lakukan tes rasa pada mulut.

l. Telinga dan Pendengaran

Kaji warna, ukuran, posisi, tekstur, elastisitas, dan kelembutan. Lihat telinga luar dan dalam apakah ada serumen, luka, pus, atau darah. Lakukan tes pendengaran.

m. Dada

Kaji bentuk dada, kesimterisan, adanya pengembangan dada, ada tidaknya bunyi nafas dan tambahan, lakukan perkusi untuk menilai pembesaran jantung dan fungsi paru – paru, lakukan auskultasi untuk mendengarkan bunyi nafas dan bunyi jantung.

n. Abdomen

Kaji bentuk, kesimetrisan, perkusi ada tidaknya asistes, ukuran, massa, auskultasi bising usus, palpasi untuk mengetahui nyeri tekan, benjolan, dan keadaan organ seperti hepar, dan lain – lain.

o. Ekstremitas Atas

Kaji bentuk, kesimetrisan, jumlah jari tangan, kekuatan otot, rentang gerak, dan kemampuan melakukan aktifitas.

p. Ekstremitas bawah

Kaji bentuk, jumlah kaki, reflek patella, reflek babinski, kekuatan otot, kemampuan gerak.

q. Genitalia

Kaji bentuk, kesimetrisan, cairan yang keluar, warna, jumlah, bau. Kaji ada tidaknya tanda – tanda infeksi. Kaji kemampuan buang air kecil dan buang air besar.

3. Pengkajian Pre Operasi

Beberapa hal yang harus disiapkan pada pasien kista ovarium yang akan melalukan pembedahan. Hal – hal yang harus dikaji pada pasien pre operasi yaitu :

- a. Status kesehatan, lakukan pengkajian bagaimana status kesehatan pasien saat ini untuk mengetahuan ada tidaknya penyakit penyerta yang akan mempengaruhi proses pembedahan.
- b. Obat-obatan, kaji apakah pasien sedang mengkonsumsi obat-obatan yang akan berdampak ke proses pembedahan.
- c. Reaksi alergi, dalam proses pembedahan banyak obat-obatan yang akan diberikan, pasien perlu dilakukan pengecekan alergi untuk mengurangi dampak yang akan muncul pada proses pembedahan
- d. Tingkat pengetahuan, kaji seberapa banyak pasien memahami tentang proses pembedahan, jika pasien belum memahami maka perawat perlu menjelaskan kembali prosedur tindakan pembedahan.

- e. Psikologis, kaji bagaimana kesiapan pasien dalam menghadapi pembedahan, gangguan psikologis akan mempengaruhi kondisi fisik pasien menjelang operasi.
- f. Mekanisme coping
Kaji bagaimana perasaan pasien menghadapi proses pembedahan, kaji bentuk dukungan yang diberikan oleh orang terdekat dan keluarganya.

4. Pengkajian Post Operasi

Setelah melalui proses pembedahan, pasien akan mengalami proses post operasi. Hal – hal yang harus dikaji pada pengkajian post operasi yaitu:

- a. Kaji kesadaran pasien, respon dari anastesi bisa mempengaruhi kesadaran pasien pasca pembedahan.
- b. Kaji tanda – tanda vital, pemeriksaan tanda – tanda vital dilakukan setiap 4 jam sekali untuk observasi kondisi pasien.
- c. Mobilisasi, perawat melakukan pengkajian kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas serta mengajarkan pasien melakukan mobilisasi setiap 2 jam sekali.

5. Pemeriksaan Penunjang

- a. USG Kista Ovarium

USG yang biasanya dilakukan adalah USG transvaginal dan USG transabdominal. Pada kista ovarium, gambaran USG yang tidak homogen dengan beberapa komponen kistik serta

kombinasi daerah hiperekoik. Kombinasi ini tercipat akibat jaringan kista yang berasal dari berbagai lapisan ektoderm seperti tulang, gigi, ataupun lemak.

b. Foto Polos Kista Ovarium

Umumnya kista ovarium memberikan gambaran densitas lebih tinggi dan opak seperti kista dermoid yang terlihat pada foto polos abdomen dengan gambaran gigi yang radiopak. Pada kista yang membesar, dapat terjadi penempelan organ sehingga menyamarkan struktur atau menekan organ lain seperti usus.

c. CT Scan Kista Ovarium

CT Scan menggunakan sinar X untuk mendapatkan gambaran potong lintang tubuh. CT scan umumnya digunakan pada evaluasi preoperatif pada suspek keganasan ovarium.

d. MRI Kista Ovarium

Pemeriksaan ini menjadi pilihan jika hasil pemeriksaan USG tidak dapat ditentukan atau kompleks. Pemeriksaan MRI memberikan beberapa keuntungan seperti kemudahan dalam mengevaluasi serta informasi untuk perencanaan operatif dengan paparan radiasi yang minim.

B. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Poka SDKI DPP PPNI, 2017). Menentukan diagnosis keperawatan

berdasarkan hasil pengkajian yang didapatkan dari pasien dan keluarga selama asuhan keperawatan.

1. Diagnosa Keperawatan Pre Operasi

- a. Nyeri akut (D.0077)
- b. Gangguan eliminasi urine (D.0040)
- c. Ansietas (D.0080)
- d. Defisit pengetahuan (D.0111)

2. Diagnosa Keperawatan Post Operasi

- a. Nyeri akut (D.0077)
- b. Gangguan mobilitas fisik (D.0054)
- c. Risiko Infeksi (D.0142)
- d. Defisit Nutrisi (D.0019)
- e. Konstipasi (D.0049)
- f. Defisit perawatan diri (D.0109)

C. MENYUSUN RENCANA KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN SISTEM REPRODUKSI: KISTA OVARIUM

Tabel 1. Intervensi Keperawatan Pada Pasien Dengan Kista Ovarium

Diagnosa Keperawatan SDKI	Kriteria Hasil SLKI	Intervensi Keperawatan SIKI
<p>Nyeri akut (D.0077)</p> <p>Penyebab :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agen pencedera fisiologis (misal infalami, iskemia, neoplasma) 2. Agen pencedera kimiawi (misal terbakar, bahan kimia, iritan) 3. Agen pencedera fisik (misal abses, trauma, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, 	<p>Tingkat Nyeri Menurun (L.08066)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingat nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup

<p>trauma, latihan fisik berlebihan</p>		<p>8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</p> <p>9. Monitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aroma terapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi :</p>
---	--	---

		<ol style="list-style-type: none">1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri2. Jelaskan strategi meredakan nyeri3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu <p>Pemberian Analgetik (I.08243)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Identifikasi karakteristik nyeri (mis. pencetus, pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, durasi)2. Identifikasi riwayat alergi obat
--	--	---

		<ol style="list-style-type: none"> 3. Identifikasi kesesuaian jenis alagetik (mis. narkotika, non-narkotika, atau NSAID) dengan tingkat keparahan nyeri 4. Monitor tanda – tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesik 5. Monitor efektivitas analgesik <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan jenis analgesik yang disukai untuk mencapai analgesia optimal, jika perlu 2. Pertimbangkan penggunaan infus kontinu, atau bolus opioid untuk mempertahankan kadar dalam serum 3. Tetapkan target efektivitas analgesic untuk mengoptimalkan respon pasien 4. Dokumentasikan respon terhadap efek analgesic dan efek yang tidak diinginkan
--	--	--

		<p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan efek terapi dan efek samping obat <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik, sesuai indikasi
<p>Gangguan Eliminasi Urine (D.0040)</p> <p>Penyebab :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penurunan kapasitas kandung kemih 2. Iritasi kandung kemih 3. Penurunan kemampuan menyadari tanda – tanda gangguan kandung kemih 4. Efek tindakan medis dan diagnostik (mis. operasi ginjal, operasi saluran 	<p>Eliminasi Urine (L.04034)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sensasi berkemih meningkat 2. Desakan berkemih (urgensi) 3. Distensi kandung kemih 4. Berkemih tidak tuntas (<i>hesitancy</i>) 5. Volume residu urine 	<p>Manajemen Eliminasi Urine (I.04152)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urine 2. Identifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urine 3. Monitor eliminasi urien (mis. frekuensi, konsistensi, aroma, volume, dan warna) <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Catat waktu – waktu dan haluanan berkemih 2. Batasi asupan cairan, jika perlu

<p>kemih, anastesi, dan obat – obatan)</p> <p>5. Kelemahan otot pelvis</p> <p>6. Ketidakmampuan mengakses toilet (mis. immobilisasi)</p> <p>7. Hambatan lingkungan</p> <p>8. Ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan eliminasi</p> <p>9. Outet kandung kemih tidak lengkap (mis. Anomali saluran kemih kongenital)</p> <p>10. Imaturitas (pada anak usia < 3 tahun)</p>	<p>6. Urine menetes (<i>dribbling</i>)</p> <p>7. Nokturia</p> <p>8. Mengompol</p> <p>9. Enuresis</p> <p>10. Disuria</p> <p>11. Anuria</p> <p>12. Frekuensi BAK</p> <p>13. Karakteristik urine</p>	<p>3. Ambil sampel urine tengah (midstream) atau kultur</p> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan tanda dan gejala infeksi saluran kemih 2. Ajarkan mengukur asupan cairan dan haluanan urine 3. Anjurkan mengambil specimen urine midstream 4. Ajarkan mengenali tanda berkemih dan waktu yang tepat untuk berkemih 5. Ajarkan terapi modalitas penguatan otot – otot pinggul/berkemihan 6. Anjurkan minum yang cukup, jika tidak ada kontraindikasi 7. Anjurkan mengurangi minum menjelang tidur <p>Kolaborasi :</p>
---	---	--

		<p>1. Kolaborasi pemberian obat suppositoria uretra jika perlu</p>
<p>Ansietas (D.0080)</p> <p>Penyebab :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Krisis situasional 2. Kebutuhan tidak terpenuhi 3. Krisis maturasional 4. Ancaman terhadap konsep diri 5. Ancaman terhadap kematian 6. Kekhawatiran mengalami kegagalan 7. Disfungsi sistem keluarga 8. Hubungan orang tua – anak tidak memuaskan 	<p>Tingkat Ansietas (L.09093)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi kebingungan menurun 2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi 3. Perilaku gelisah menurun 4. Perilaku tegang menurun 5. Keluhan pusing menurun 6. Anoreksia menurun 	<p>Terapi Relaksasi (I.09326)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain mengganggu kemampuan kognitif 2. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan 3. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan 4. Monitor respons terhadap terapi relaksasi <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan lingkungan yang tenang dan nyaman 2. Gunakan nada suara yang lembut

<p>9. Faktor keturunan (tempramen mudah teragitasi sejak lahir)</p> <p>10. Penyalahgunaan zat</p> <p>11. Terpapar bahaya lingkungan (mis. toksin, polutan, dan lain – lain)</p> <p>12. Kurang terpapar informasi</p>	<p>7. Palpitasi menurun</p> <p>8. Frekuensi pernapasan menurun</p> <p>9. Frekuensi nadi menurun</p> <p>10. Tekanan darah menurun</p> <p>11. Diaforesis menurun</p> <p>12. Tremor menurun</p> <p>13. Pucat menurun</p> <p>14. Konsentrasi membaik</p> <p>15. Pola tidur membaik</p>	<p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan, manfaat, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis. musik, napas dalam, meditasi) 2. Anjurkan mengambil posisi nyaman dan rileks 3. Anjurkan sering mengulang teknik relaksasi
--	--	--

<p>Defisit Pengetahuan (D.0111)</p> <p>Penyebab :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keterbatasan kognitif 2. Gangguan fungsi kognitif 3. Kekeliruan mengikuti anjuran 4. Kurang terpapar informasi 5. Kurang minat dalam belajar 6. Kurang mampu mengingat 7. Ketidaktahuan menemukan sumber informasi 	<p>Tingkat Pengetahuan (L.12111)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat 2. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat 	<p>Edukasi Kesehatan (I.12383)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan pendidikan kesehatan 4. Berikan kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan penjelasan tentang penyakit
<p>Gangguan Mobilitas FISIK (D.0054)</p> <p>Penyebab :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kerusakan integritas struktur tulang 	<p>Mobilitas Fisik (L.05042)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakkan ekstremitas meningkat 	<p>Dukungan Ambulasi (I.06171)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya

<p>2. Perubahan metabolisme</p> <p>3. Ketidakbugaran fisik</p> <p>4. Penurunan kendali otot</p> <p>5. Penurunan massa otot</p> <p>6. Penurunan kekuatan otot</p> <p>7. Keterlambatan perkembangan</p> <p>8. Kekakuan sendi</p> <p>9. Kontraktur</p> <p>10. Malnutrisi</p> <p>11. Gangguan muskuloskeletal</p> <p>12. Gangguan neuromuskular</p> <p>13. Indeks masa tubuh diatas persentil ke – 75 sesuai usia</p> <p>14. Efek agen farmakologis</p>	<p>2. Kekuatan otot meningkat</p> <p>3. Rentang gerak (ROM) meningkat</p> <p>4. Nyeri menurun</p> <p>5. Kaku sendi menurun</p> <p>Pemulihan Pasca Bedah (L.14129)</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kenyamanan meningkat 2. Selera makan meningkat 3. Mobilitas meningkat 	<p>2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi</p> <p>3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi</p> <p>4. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi</p> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. tongkat, kruk) 2. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi 2. Anjurkan melakukan ambulasi dini 3. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. berjalan dari tempat tidur
---	--	---

<p>15. Program pembatasan gerak</p> <p>16. Nyeri</p> <p>17. Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik</p> <p>18. Kecemasan</p> <p>19. Gangguan kognitif</p> <p>20. Keengganan melakukan pergerakan</p> <p>21. Gangguan sensori persepsi</p>	<p>4. Kemampuan melanjutkan pekerjaan meningkat</p> <p>5. Kemampuan bekerja meningkat</p> <p>6. Kemampuan perawatan diri meningkat</p> <p>7. Waktu penyembuhan menurun</p> <p>8. Area luka operasi membaik</p>	<p>ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)</p> <p>Dukungan Mobilisasi (I.05173)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu
---	--	--

		<p>3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini
<p>Risiko Infeksi (D.0142)</p> <p>Faktor risiko :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penyakit kronis 2. Efek prosedur infasif 3. Malnutrisi 4. Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan 5. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh perifer : a. Gangguan peristaltik 	<p>Tingkat Infeksi (L.14137)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kebersihan tangan meningkat 2. Demam menurun 3. Kemerahan menurun 4. Nyeri menurun 5. Bengkak menurun 	<p>Pencegahan Infeksi (I.14539)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal sistemik <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan 2. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi

<ul style="list-style-type: none"> b. Kerusakan integritas kulit c. Perubahan sekresi PH d. Penurunan kerja siliaris e. Ketuban pecah lama f. Ketuban pecah sebelum waktunya g. Merokok h. Status cairan tubuh <p>6. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Penurunan hemoglobin b. Imunosupresi c. Leukopenia d. Supresi respon inflamasi e. Vaksinasi tidak adekuat 		<ul style="list-style-type: none"> 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi 4. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan <p>Perawatan Luka (I.14564)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor karakteristik luka (warna, ukuran, bau, drainase) 2. Monitor tanda – tanda infeksi <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 2. Bersihkan dengan cairan NaCL/pembersih non toksik sesuai kebutuhan 3. Berikan salep – salep yang sesuai ke kulit/lesi jika perlu
---	--	---

		<p>4. Pertahankan teknik streil saat melakukan perawatan luka</p> <p>5. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kebutuhan</p> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 2. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian antibiotik jika perlu
<p>Defisit Nutrisi (D.0019)</p> <p>Penyebab :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ketidakmampuan menelan makanan 2. Ketidakmampuan mencerna makanan 	<p>Status Nutrisi (L.03030)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat 	<p>Manajemen Nutrisi (I.0319)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient

<p>3. Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrien</p> <p>4. Peningkatan kebutuhan metabolisme</p> <p>5. Faktor ekonomi (mis. finansial tidak mencukupi)</p> <p>6. Faktor psikologis (mis. stress, keengganan untuk makan)</p>	<p>2. Kekuatan otot mengunyah meningkat</p> <p>3. Kekuatan otot menelan meningkat</p> <p>4. Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi meningkat</p> <p>5. Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat meningkat</p> <p>6. Pengetahuan tentang pilihan minuman yang sehat meningkat</p>	<p>5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik</p> <p>6. Monitor asupan makanan</p> <p>7. Monitor berat badan</p> <p>8. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium</p> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 2. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. piramida makanan) 3. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 4. Berikan makanan tinggi serta untuk mencegah konstipasi 5. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 6. Berikan suplemen makanan, jika perlu
---	--	---

	<p>7. Pengetahuan tentang standar asuhan nutrisi yang tepat meningkat</p>	<p>7. Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastrik jika asupan pral dapat ditoleransi</p> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan posisi duduk, jika mampu 2. Ajarkan diet yang diprogramkan <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. pereda nyeri, antiemetik), jika perlu 2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu
<p>Konstipasi (D.0049)</p> <p>Penyebab</p> <p>Fisiologis :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penurunan mortilitas gastrointestinal 	<p>Eliminasi Fekal (L.04033)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kontrol pengeluaran feses meningkat 	<p>Manajemen Elminasi Fekal (I.04151)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi masalah usus dan penggunaan obat pencahar

<p>2. Ketidakadekuatan pertumbuhan gigi</p> <p>3. Ketidakcukupan diet</p> <p>4. Ketidakcukupan asupan serat</p> <p>5. Ketidakcukupan asupan cairan</p> <p>6. Aganglionik (mis. penyakit hircsprung)</p> <p>7. Kelemahan otot abdomen</p> <p>Psikologis :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Konfusi 2. Depresi 3. Gangguan emosional <p>Situasional :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perubahan kebiasaan makan (mis. jenis 	<p>2. Keluhan defekasi lama dan sulit menurun</p> <p>3. Mengejan saat defekasi menurun</p> <p>4. Distensi abdomen menurun</p> <p>5. Teraba massa pada rektal menurun</p> <p>6. Urgency menurun</p> <p>7. Nyeri abdomen menurun</p> <p>8. Kram abdomen menurun</p> <p>9. Konsistensi feses membaik</p> <p>10. Frekuensi defekasi</p>	<p>2. Identifikasi pengobatan yang berefek pada kondisi gastrointestinal</p> <p>3. Monitor buang air besar (mis. warna, konsistensi, volume)</p> <p>4. Monitor tanda dan gejala diare, konstipasi, atau impaksi</p> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan air hangat setelah makan 2. Jadwalkan waktu defekasi bersama pasien 3. Sediakan makanan tinggi serat <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan jenis makanan yang membantu meningkatkan keteraturan peristaltik usus 2. Anjurkan mencatat warna, frekuensi, konsistensi, volume feses 3. Anjurkan meningkatkan aktifitas fisik, sesuai toleransi
--	---	--

<p>makanan, jadwal makanan)</p> <p>2. Ketidakadekuatan <i>toileting</i></p> <p>3. Aktivitas fisik harian kurang dari yang dianjurkan</p> <p>4. Penyalahgunaan laksatif</p> <p>5. Efek agen farmakologis</p> <p>6. Ketidakteraturan kebiasaan defekasi</p> <p>7. Kebiasaan menahan dorongan defekasi</p> <p>8. Perubahan lingkungan</p>	<p>11. Peristaltik usus membaik</p>	<p>4. Anjurkan mengkonsumsi makanan yang mengandung serat</p> <p>5. Anjurkan meningkatkan asupan cairan, jika tidak terkontraindikasi</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>1. Kolaborasi pemberian obat suppositoria anal, jika perlu</p>
<p>Defisit Perawatan Diri (D.0109)</p> <p>Penyebab :</p>	<p>Perawatan Diri Meningkat (L.11103)</p> <p>1. Kemampuan mandi meningkat</p>	<p>Dukungan Perawatan Diri (I.11348)</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Identifikasi kebiasaan aktifitas perawatan diri sesuai usia</p>

<ol style="list-style-type: none"> 1. Gangguan muskuloskeletal 2. Gangguan neuromuskuler 3. Kelemahan 4. Gangguan psikologis dan/atau psikotik 5. Penurunan motivasi/minat 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 3. Kemampuan makan meningkat 4. Kemampuan ke toilet meningkat 	<p>2. Monitor tingkat kemandirian</p> <p>3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. suasana hangat, rileks, privasi) 2. Siapkan keperluan mandi (mis. Parfum, sikat gigi, dan sabun mandi) 3. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 4. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 5. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 6. Jadwalkan rutinitas perawatan diri <p>Edukasi</p>
---	---	--

		1. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan
--	--	--

(Tim Poka SDKI DPP PPNI, 2017)

D. IMPLEMENTASI

Dalam rangkaian asuhan keperawatan, setelah intervensi disusun sesuai dengan hasil dari pengkajian, maka langkah selanjutnya yaitu implementasi. Implementasi yang dilakukan oleh perawat kepada pasien dilakukan secara mandiri, tim dan kolaborasi dengan tim medis lainnya seperti dokter, gizi, laboratorium.

E. EVALUASI

Evaluasi keperawatan merupakan rangkaian akhir dalam asuhan keperawatan. Evaluasi dilakukan untuk mengetahui bahwa intervensi dan implementasi sudah dilakukan sesuai dengan kebutuhan pasien. Dalam evaluasi, perawat akan menentukan apakah intervensi akan dilanjutkan atau dihentikan sesuai dengan kondisi pasien.

Evaluasi terdiri dari evaluasi sumatif dan evaluasi formatif. Evaluasi sumatif yaitu evaluasi respon (jangka panjang) terhadap tujuan, dengan kata lain, bagaimana penilaian terhadap perkembangan kemajuan ke arah tujuan atau hasil yang diharapkan. Evaluasi formatif atau disebut juga dengan evaluasi proses, yaitu evaluasi terhadap respon yang segera timbul setelah intervensi keperawatan dilakukan. Format evaluasi yang digunakan yaitu SOAP yang terdiri dari S (*Subjective*) yaitu pernyataan atau keluhan dari pasien, O (*Objective*) yaitu data yang diobservasi oleh perawat atau keluarga, A (*Assesment*) yaitu kesimpulan dari objektif dan subjektif, P (*Planning*) yaitu rencana tindakan yang akan dilakukan berdasarkan analisis (Dewinta, 2020).

F. DOKUMENTASI

Catat Tindakan yang telah kita lakukan

BAGIAN III. ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN SISTEM REPRODUKSI: INFEKSI LUKA PERINEUM / *POST EPISIOTOMI*

A. PENGKAJIAN

1. Anamnesa

Perawat mengkaji klien apakah ada gejala-gejala yang lazim dialami meliputi peningkatan suhu, nyeri, dan sensasi rasa panas pada area yang terlihat infeksi. Pada inspeksi, daerah yang terinfeksi menjadi kemerahan dan bengkak, ujung kulit terbuka, dan mengeluarkan rabas seropurulen. Pada beberapa infeksi vulva, seluruh permukaan vulva menjadi edermatosa yang menyebabkan klien mengalami nyeri hebat (Wulandari & Rahayuningsih, 2022).

Pada anamnesa khusus terkait dengan infeksi luka pada perineum, baik disebabkan oleh laserasi pada saat persalinan ataupun episiotomi, antara lain sebagai berikut:

- a. Keluhan nyeri pada luka jahit pada perineum secara komprehensif: provokasi, quality, regio, skala, treatment, understanding, dan value.
- b. Perawat dapat menanyakan kepada pasien tentang ketidaknyamanan yang dialami pasien karena infeksi pada daerah sekitar perineum
- c. Perawat dapat menanyakan terkait tanda-tanda infeksi yang dialami pasien

- d. Perawat dapat menanyakan apa saja yang telah dilakukan pasien dalam merawat luka pada perineum
(Afni & Pitriani, 2019).

Beberapa hal lain yang dapat ditanyakan kepada ibu post partum dengan luka pada perineum yaitu:

- a. Identitas pasien terdiri dari nama, umur, agama, pendidikan, suku/bangsa, pekerjaan dan alamat.
- b. Riwayat kesehatan terdiri dari tempat pemeriksaan kehamilan, frekuensi, imunisasi, keluhan selama kehamilan, pendidikan kesehatan yang diperoleh.
- c. Riwayat persalinan terdiri dari tempat persalinan, penolong persalinan, jalannya persalinan

(Lukman, Rahma & Putri, 2020).

Infeksi perineum dan vulva adalah infeksi yang sifatnya terlokalisasi yang umumnya terjadi pada jahitan laserasi perineum atau luka episiotomi. Infeksi tersebut pada umumnya tidak berat, namun menyebabkan ketidaknyamanan pada tingkat sedang dan hanya mempengaruhi gangguan fungsi tubuh secara minimal (Reeder, 2017). Infeksi perineum ditandai dengan keluhan nyeri dan tidak nyaman pada daerah genitalia, tampak luka jahitan terbuka, ada nanah, kulit perineum tampak merah dan berbau (Syalfina, Irawati, Priyanti, 2019).

Perineum adalah daerah antara kedua belah paha, antara vulva dan anus. Luka robekan jalan lahir adalah perdarahan yang terjadi akibat perlukaan pada jalan lahir, dengan memastikan plasenta telah

lahir lengkap dan kontraksi Rahim baik. Robekan yang terjadi bisa ringan (lecet, laserasi) luka episiotomy, robekan perineum spontan derajat ringan sampai rupture perinei totalis atau sfingter ani terputus (Rostika, Choirunissa & Rifiana, 2020).

Faktor luka perineum yang mengindikasikan untuk melakukan episiotomi adalah sebagai berikut:

- a. Perineum tidak bisa meregang secara perlahan
- b. Kepala bayi mungkin terlalu besar untuk lubang vagina.
- c. Ibu tidak bisa mengontrol keinginan
- d. Mengejan.
- e. Bayi tertekan.
- f. Persalinan dilakukan dengan forcep.
- g. Bayi sungsang (Manuntungi, 2019).

Jenis-Jenis Luka Perineum yaitu:

- a. Episiotomi

Episiotomi adalah robekan yang sengaja dibuat di perineum kegunaannya untuk mempermudah jalan keluar bayi, serta akan menimbulkan luka yang menyebabkan rasa sakit. Waktu yang tepat untuk melakukan tindakan episiotomi adalah ketika puncak his, perineum sudah menipis, lingkar kepala pada perineum sudah sekitar 5 cm (Fatimah, & Lestari, 2019).

Fungsi episiotomni meliputi lima hal, yaitu:

- 1) Episiotomi menciptakan luka yang lurus dengan pinggiran yang tajam, Sedangkan ruptur perineum yang spontan bersifat luka koyak dengan dinding luka yang bergerigi lebih

mudah dijahit dan penyembuhan lebih memuaskan.

- 2) Luka lurus dan tajam lebih mudah dijahit.
 - 3) Mengurangi tekanan kepala bayi.
 - 4) Menyingkat kala II.
 - 5) Mengurangi kemungkinan terjadinya reptur perineum totalis.
- b. Luka Spontan
- Luka spontan adalah terjadi karena regangan jalan lahir yang berlebih-lebihan dan terjadi secara tiba-tiba ketika janin di lahirkan, sehingga kepala maupun bahu janin (anak besar, *shoulder dystocia*) merobek jaringan perineum dan sekitarnya (Kusumastuti, Indanah, Karyati, & Yuliati, 2023).

2. Pengkajian **head to toe**

a. Tanda-Tanda Vital

Dalam vital sign yang perlu di cek yaitu: suhu, nadi, pernapasan, dan juga tekanan darah. Suhu tubuh diukur setiap 4 sampai 8 jam selama beberapa hari pascapartum karena demam biasanya merupakan gejala awal infeksi. Suhu tubuh 38°C mungkin disebabkan oleh dehidrasi pada 24 jam pertama setelah persalinan atau karena awitan laktasi dalam 2 sampai 4 hari. Demam yang menetap atau berulang diatas 24 jam pertama dapat menandakan adanya infeksi.

Bradikardi merupakan perubahan fisiologis normal selama 6 sampai 10 hari pascapartum dengan frekuensi nadi 40 sampai 70 kali/ menit.

Frekuensi diatas 100 kali/ menit dapat menunjukan adanya infeksi, hemoragi, nyeri, atau kecemasan, nadi yang cepat dan dangkal yang dihubungkan dengan hipotensi, menunjukan hemoragi, syok atau emboli.

Tekanan darah umumnya dalam batasan normal selama kehamilan. Wanita pascapartum dapat mengalami hipotensi ortostatik karena *dieresis* dan *diaphoresis*, yang menyebabkan pergeseran volume cairan kardiovaskuler, hipotensi menetap atau berat dapat merupakan tanda syok atau emboli. Peningkatan tekanan darah menunjukan hipertensi akibat kehamilan, yang dapat muncul pertama kali pada masa pascapartum. Kejang eklamsia dilaporkan terjadi sampai lebih dari 10 hari pascapartum (Walsh, 2019).

b. Kepala

Inspeksi kebersihan dan kerontokan rambut (normal rambut bersih, tidak terdapat lesi pada kulit kepala dan rambut tidak rontok), *cloasma gravidarum*, keadaan sclera (normalnya sclera berwarna putih), konjungtiva (normalnya konjungtiva berwarna merah muda, kalau pucat berarti anemis), kebersihan gigi dan mulut (normalnya mulut dan gigi bersih, tidak berbau, bibir merah), *caries*. Palpasi palpebra, odem pada mata dan wajah; palpasi pembesaran getah bening (normalnya tidak ada pembengkakan), JVP, kelenjar tiroid (Kamallia & Haniyah, 2022).

c. Dada

Inspeksi irama nafas, dengarkan bunyi nafas dan bunyi jantung, hitung frekuensi. Payudara: pengkajian payudara pada ibu postpartum meliputi inspeksi ukuran, bentuk, warna, dan kesimetrisan dan palpasi konsisten dan apakah ada nyeri tekan guna menentukan status laktasi. Normalnya puting susu menonjol, areola berwarna kecoklatan, tidak ada nyeri tekan, tidak ada bekas luka, payudara simetris dan tidak ada benjolan atau masa pada saat di palpasi (Rosdahi & Kowalski, 2021).

d. Payudara dan Ekstremitas.

Pengkajian payudara meliputi bentuk, ukuran, warna, dan kesimetrisan serta palpasi konsistensi dan deteksi apakah ada nyeri tekan guna persiapan menyusui. Hari pertama dan kedua pasca melahirkan akan ditemukan sekresi kolostrum yang banyak (Walsh, 2019).

Pengkajian pada tungkai dimaksudkan untuk mengetahui ada tidaknya tromboflebitis. Payudara dan tungkai dikaji tiap satu jam sampai dengan 8 jam setelah persalinan, kemudian dikaji tiap empat jam sampai dengan 24 jam setelah persalinan

e. Abdomen

Menginspeksi adanya striae atau tidak, adanya luka/insisi, adanya linea atau tidak. Involusi uteri: kemajuan involusi yaitu proses uterus kembali ke ukuran dan kondisinya sebelum kehamilan, di ukur dengan mengkaji tinggi dan

konsistensi fundus uterus, masase dan peremasan fundus dan karakter serta jumlah lokia 4 sampai 8 jam. TFU pada hari pertama setinggi pusat, pada hari kedua 1 jari dibawah pusat, pada hari ketiga 2 jari dibawah pusat, pada hari keempat 2 jari di atas simpisis, pada hari ketujuh 1 jari diatas simpisis, pada hari kesepuluh setinggi simpisis. Konsistensi fundus harus keras dengan bentuk bundar mulus. Fundus yang lembek atau kendor menunjukan atonia atau subinvolusi. Kandung kemih harus kosong agar pengukuran fundus akurat, kandung kemih yang penuh menggeser uterus dan meningkatkan tinggi fundus (Rosdahi & Kowalski, 2021).

f. Eliminasi

Pengkajian eliminasi meliputi pengkajian bising usus, inspeksi dan palpasi adanya distensi abdomen. Ibu postpartum dianjurkan untuk berkemih sesegera mungkin untuk menghindari distensi kandung kemih. Eliminasi dikaji setiap 9 jam, kaji juga defekasi setiap harinya (Walsh, 2019).

g. Genitalia

Perawat perlu melihat apakah vulva bersih atau tidak, adanya tanda-tanda infeksi.

1) Lochea:

Karakter dan jumlah lochea secara tidak langsung menggambarkan kemajuan penyembuhan normal, jumlah lochea perlahan-lahan berkurang dengan perubahan warna yang khas yang menunjukan

penurunan komponen darah dalam aliran *lochia*. Jumlah lokia sangat sedikit noda darah berkurang 2,5-5 cm= 10 ml, sedang noda darah berukuran ≤ 10 cm= 10,25 ml.

2) Perineum

Pengkajian daerah perineum dan perineal dengan sering untuk mengidentifikasi karakteristik normal atau deviasi dari normal seperti hematoma, memar, edema, kemerahan, dan nyeri tekan. Jika ada jahitan luka, kaji keutuhan, hematoma, perdarahan dan tanda-tanda infeksi (kemerahan, Bengkak dan nyeri tekan). Daerah anus dikaji apakah ada hemoroid dan fisura. Wanita dengan persalinan spontan per vagina tanpa laserasi sering mengalami nyeri perineum yang lebih ringan. Hemoroid tampak seperti tonjolan buah anggur pada anus dan merupakan sumber yang paling sering menimbulkan nyeri perineal. Hemoroid disebabkan oleh tekanan otot-otot dasar panggul oleh bagian terendah janin selama kehamilan akhir dan persalinan akibat mengejan selama fase ekspulsi (Hamilton, 2019).

Menurut Nurbaeti (2021), pada pemeriksaan fisik bagian vagina dapat diketahui sebagai berikut:

- a. Awalnya terlihat memar dan edema

- b. Kembali seperti sebelum hamil (rugae kembali tetapi tidak menonjol) dalam 3 minggu terjadi perbaikan jaringan lunak
- c. Kembali seperti sebelum hamil dalam 6 minggu
- d. Penebalan mukosa vagina terjadi dengan kembalinya fungsi ovarium.

Adapun pemeriksaan fisik pada luka episiotomi atau laserasi yaitu:

- a. Terlihat edema dan kebiruan setelah melahirkan
- b. Mungkin sulit untuk melihat episiotomi kecuali dengan posisi litotomi
- c. Penyembuhan episiotomi sama dengan luka insisi yang lain, penyembuhan jaringan lunak dalam 3 minggu dan sembuh total dalam waktu 4-6 bulan.

Untuk penilaian luka jahitan pada perineum, perawat dapat menggunakan Skala REEDA (Redness, Odema, Ecchymosis, Discharge, Approximation) yang dapat dilihat pada tabel 3. Penilaian penyembuhan luka pada daerah luka episiotomi dilihat dari tanda REEDA (redness, edema, echymosis, discharge, and approximate) pada 24 jam pertama postpartum. REEDA adalah untuk mengkaji redness, edema, echymosis (purplish patch of blood flow), discharge, dan approximation (closeness of skin edge) yang berhubungan dengan trauma perineum setelah persalinan (Rosdahi & Kowalski, 2021).

REEDA menilai lima komponen proses penyembuhan dan trauma perineum setiap individu dalam skripsi. Penilaian sistem REEDA meliputi: redness tampak kemerahan pada daerah penjahitan, edema adalah adanya cairan dalam jumlah besar yang abnormal di ruang jaringan intraselular tubuh, menunjukkan jumlah yang nyata dalam jaringan subkutis, edema dalat terbatas yang disebabkan oleh obstruksi vena atau saluran limfatik atau oleh peningkata permeabilitas vaskular. Ecchymosis adalah bercak perdarahan yang kecil, lebih lebar dari petekie (bintik merah keunguan kecil dan bulat sempurna tidak menonjol), pada kilit perineum membentuk bercak biru atau ungu yang rata, bulat atau tidak beraturan. Discharge adalah adanya ereksi atau pengeluaran dari daerah yang luka perineum. Approximation adalah kedekatan jaringan yang dijahit atau pertautan jaringan.

Tabel 2. Faktor risiko pascapartum

Faktor Risiko	Komplikasi	Data Pengkajian
Laserasi atau Episiotomi	Hemoragi	Perdarahan berlebihan, tekanan darah rendah, nadi tinggi
	Infeksi Hematoma	Demam, nadi tinggi, kemerahan, edema, pembengkakan, nyeri ekimosis, masa gelap

Tabel 3. Sistem skoring Davidson

Nilai	Redness (Kemerahan)	Edema (Pembengkakan)	Echymosis	Discharge (Pengeluaran)	Approximation (Pertautan jaringan luka)
0	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tertutup
1	Kurang dari 0,25 cm pada kedua sisi laserasi	Pada perineum, <1 cm dari laserasi	< 0,25 pada kedua sisi/ 0,5 cm pada satu sisi	serum	Jarak kulit 3mm/ kurang
2	Kurang dari 0,5 cm pada kedua sisi laserasi	Pada perineum/ vulva, 1-2 cm dari laserasi	0,25-1 cm pada satu sisi/ 0,5-2cm pada satu sisi	Serosa-nguins	Terdapat jarak antara kulit dan lemak subkutan
3	Lebih dari 0,5 cm pada kedua sisi laserasi	Pada perineum/ vulva, >2cm dari laserasi	>1cm pada kedua sisi/ 2cm pada satu sisi	Berdarah purulen	Terdapat jarak antara kulit. Lemak subkutan dan fasia

(Walsh, 2019).

3. Pemeriksaan Penunjang

Doengoes, Marilynn & Moorhouse (2018) menjelaskan bahwa pemeriksaan diagnostik yang diperlukan pada perawatan ibu post partum yaitu:

- a. Jumlah Sel Darah Putih (SDP) : normal atau tinggi dengan pergeseran deferensial ke kiri.
- b. Laju sedimentasi darah (LED) dan jumlah sel darah merah (SDM) : sangat meningkat pada adanya infeksi.
- c. Hemoglobin/hematokrit (Hb/Ht): penurunan adanya anemia.
- d. Kultur (aerobik/ anaerobik) dari bahan drainase luka untuk mengidentifikasi organisme penyebab

Nurbaeti (2021) menjelaskan bahwa pemeriksaan tes laboratorium rutin yang perlu dilakukan pada ibu post partum diantaranya :

- a. Hemoglobin dan hematokrit untuk menilai kehilangan darah yang mungkin dialami ibu post partum
- b. Urinalisis (analisis urin)
- c. Status kekebalan Rubella mungkin memerlukan imunisasi
- d. Status Rh mungkin memerlukan Rh imun globulin (RhoGAM)

Tabel 4. Nilai Hematologi Pasca partum

Nilai Darah	Nilai Normal	Penyimpangan
Hemoglobin	10,0 – 11,4 g/dL	< 10,0 g/dL
Hematokrit	32 % - 36%	<30%

Nilai Darah	Nilai Normal	Penyimpangan
Leuskosit	14.000 – 30.000/mm ³	>30.000 mm ³

(Reeder, 2017)

B. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Pasien yang mengalami gangguan infeksi khususnya pada luka post episiotomi pada proses persalinan, dapat mengalami beberapa permasalahan. Yang mana, sesuai dengan NANDA-I Diagnosis Keperawatan (Herdman, Kamitsuru & Lopes, 2021), terdapat permasalahan atau diagnosis keperawatan yang berkaitan dengan pasien post episiotomi yaitu:

1. Nyeri Akut (Domain Kenyamanan – Kode Diagnosis 00132)

Nyeri akut yaitu pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial, awitan yang tiba-tiba atau lambat dengan intensitas ringan hingga berat, dengan berakhirnya dapat diprediksi atau dapat diantisipasi. Nyeri akut memiliki durasi kurang dari 3 bulan. Pasien dengan luka post episiotomi mengalami permasalahan keperawatan nyeri akut pada bagian perineum, terutama pada saat aktivitas di sekitar perineum baik saat berjalan, maupun saat mengejan atau buang air besar. Hal tersebut semakin meningkat saat mulai terjadi infeksi pada luka episiotomi.

Batasan karakteristik dari diagnosa nyeri akut antara lain perubahan selera makan, perubahan pada parameter fisiologis, diaforesis, perilaku

distraksi, bukti nyeri dengan menggunakan standar daftar periksa nyeri untuk pasien yang tidak dapat mengungkapkannya, perilaku ekspresif, ekspresi wajah nyeri, sikap tubuh melindungi, putus asa, fokus menyempit, sikap melindungi area nyeri, perilaku protektif, laporan tentang perilaku nyeri/ perubahan aktivitas, dilatasi pupil, fokus pada diri sendiri, keluhan tentang karakteristik nyeri dengan menggunakan instrumen nyeri. Faktor yang berhubungan dengan nyeri akut, pada pasien dengan luka post episiotomi yaitu agen cedera fisik.

2. Kerusakan Integritas Kulit (Domain Kemanan/Perlindungan – Kode Diagnosis 00046)

Kerusakan integritas kulit yaitu kerusakan pada epidermis atau dermis. Pada ibu dengan luka post episiotomi dapat mengalami hambatan dalam penyembuhan luka pada kulit jika mengalami gangguan dalam proses penyembuhan, baik gangguan metabolisme ataupun dipengaruhi oleh faktor nutrisi.

Barasan karakteristik terjadinya kerusakan integritas kulit meliputi nyeri akut, gangguan integritas kulit, perdarahan, benda asing menusuk ke permukaan kulit, hematoma, area panas lokal dan kemerahan. Adapun faktor yang berhubungan terbagi menjadi dua, yaitu:

- a. Faktor Eksternal meliputi agen cedera kimiawi, ekskresi, kelembapan, hipertermia, hipotermia, lembap, tekanan, sekresi

- b. Faktor Internal meliputi gangguan volume cairan, nutrisi tidak adekuat dan faktor psikogenik

Kondisi yang berkaitan dengan terjadinya kerusakan integritas kulit antara lain gangguan metabolisme, gangguan pigmentasi, gangguan sensasi, gangguan turgor kulit, fungsi arteri, perubahan hormonal, imunodedisiensi, gangguan sirkulasi, agens farmaseutika, terapi radiasi, dan trauma vaskular.

3. Risiko Infeksi (Domain Kemanan/Perlindungan – Kode Diagnosis 00004)

Risiko infeksi yaitu kondisi rentan mengalami invasi dan multiplikasi organisme patogenik yang dapat mengganggu kesehatan. Pada ibu dengan luka post episiotomi dapat mengalami kerentanan mengalami invasi bakteri jika luka tidak dijaga kebersihan dan kelembapannya.

Faktor risiko terjadinya risiko infeksi meliputi gangguan peristalsis, gangguan integritas kulit, vaksinasi tidak adekuat, kurang pengetahuan untuk menghindari pemajaman patogen, malnutrisi, obesitas, merokok, dan statis cairan tubuh. Adapun kondisi yang terkait dengan risiko infeksi di antaranya perubahan pH sekresi, penyakit kronis, penurunan kerja siliaris, penurunan hemoglobin, imunosupresi, prosedur invasif, leukopenia, dan supresi respons inflamasi.

4. Defisien Pengetahuan (Domain Persepsi/Kognitif - Kode Diagnosis 00126)

Definisi defisien pengetahuan yaitu ketiadaan atau defisien informasi secara kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu atau kemahiran. Hal tersebut dapat berkaitan dengan defisien pengetahuan ibu terkait dengan perawatan luka post episiotomi dan nutrisi yang diperlukan untuk mempercepat penyembuhan luka post episiotomi.

Batasan karakteristik dari diagnosa defisien pengetahuan antara lain:

- a. Ketidakakuratan mengikuti perintah (saran atau anjuran terkait perawatan luka episiotomi)
- b. Ketidakakuratan melakukan tes (pemeriksaan fisik atau laboratorium)
- c. Perilaku tidak tepat (tidak menjaga kebersihan luka episiotomi atau melaksanakan diit yang tidak sehat)
- d. Kurang pengetahuan (dalam perawatan luka episiotomi)

Faktor yang berhubungan dengan diagnosa defisien pengetahuan yaitu kurang informasi, kurang minat untuk belajar, kurang sumber pengetahuan, dan keterangan yang salah dari orang lain. Adapun yang terkait terjadinya defisien pengetahuan yaitu gangguan fungsi kognitif dan gangguan memori

C. MENYUSUN RENCANA KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN INFEKSI LUKA PERINEUM / POST EPISIOTOMI

1. Nyeri Akut

Pada perencanaan nyeri akut, perawat dapat menyusun kriteria hasil untuk mengatasi masalah nyeri akut pada pasien dengan *Nursing Outcome Classification (NOC)* :

a. Tingkat Nyeri

Definisi tingkat nyeri adalah keparahan dan nyeri yang diamati atau dilaporkan

Indikator:

- 1) Nyeri yang dilaporkan menurun berat ke ringan
- 2) Ekspresi wajah dari stress menurun berat ke ringan
- 3) Frekuensi nafas dari menurun berat ke ringan
- 4) Denyut jantung radial dari menurun berat ke ringan
- 5) Tekanan darah dari menurun berat ke ringan

b. Kontrol Nyeri

Definisi kontrol nyeri adalah tindakan pribadi untuk menghilangkan atau menurunkan nyeri.

Indikator:

- 1) Mengenali kapan nyeri
- 2) Menggambarkan faktor penyebab nyeri
- 3) Menggambarkan faktor yang berkontribusi pada nyeri
- 4) Menggunakan tindakan pencegahan nyeri

(Moorhead, Swanson, Johnson Meridean & Maas, 2021).

Intervensi keperawatan untuk mengatasi nyeri akut pada ibu post partum dengan luka infeksi pada

perineum dengan menggunakan intervensi Manajemen Nyeri : Akut (1410) sesuai dengan pedoman *Nursing Interventions Classification* (NIC). Definisi dari manajemen nyeri akut adalah pengurangan atau reduksi nyeri sampai pada tingkat kenyamanan yang dapat diterima oleh pasien dalam periode penyembuhan yang segera dari kerusakan jaringan dari penyebab yang bisa diidentifikasi misalnya trauma atau cedera. Berikut tindakan keperawatan yang direncanakan perawat untuk memanajemen nyeri pada luka infeksi perineum atau post episiotomi:

- a. Melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi dan kualitas, intensitas serta apa yang mengurangi nyeri dan faktor memicu.
- b. Identifikasi intensitas nyeri selama pergerakan misalnya aktivitas yang diperlukan untuk pemulihan
- c. Eksplorasi pengetahuan dan kepercayaan mengenai nyeri
- d. Pilih dan implementasikan pilihan intervensi yang sesuai dengan keuntungan dan risiko yang diinginkan pasien (misalnya terapi relaksasi kompres air hangat) untuk memfasilitasi nyeri dengan tepat
- e. Sediakan informasi akurat pada keluarga dan pasien mengenai pengalaman nyeri pasien (Butcher, Bulechek, Docherman & Wagner, 2021).

2. Kerusakan Integritas Kulit

Pada perencanaan penyembuhan luka infeksi penineum, perawat dapat menyusun kriteria hasil untuk mengatasi masalah kerusakan kulit pada pasien dengan *Nursing Outcome Classification* (NOC) :

a. Penyembuhan Luka : Primer

Definisi penyembuhan luka primer yaitu tingkat regenerasi sel dan jaringan penutupan luka

Indikator:

- 1) Drainase purulen dari kondisi sangat buruk menjadi tidak ada
- 2) Eritema di kulit dari kondisi sangat buruk menjadi tidak ada
- 3) Peningkatan suhu kulit dari kondisi sangat buruk menjadi tidak ada
- 4) Bau luka busuk dari kondisi sangat buruk menjadi tidak ada

b. Manajemen Diri: Luka

Definisi manajemen diri (luka) yaitu tindakan pribadi untuk memajemen suatu insisi pembedahan atau luka.

Indikator:

- 1) Mengidentifikasi tipe dari luka dan risiko yang berhubungan
 - 2) Mendapatkan informasi tentang perawatan luka
 - 3) Menggunakan strategi mengontrol nyeri
- (Moorhead, Swanson, Johnson Meridean & Maas, 2021).

Intervensi keperawatan untuk mengatasi kerusakan integritas kulit pada ibu post partum

dengan luka infeksi pada perineum dengan menggunakan intervensi Perawatan Luka (3660) sesuai dengan pedoman *Nursing Interventions Classification* (NIC). Definisi dari perawatan luka adalah pencegahan komplikasi luka dan peningkatan penyembuhan luka. Berikut tindakan keperawatan yang direncanakan perawat untuk melakukan perawatan luka infeksi perineum atau post episiotomi adalah sebagai berikut:

- 1) Kaji karakteristik luka meliputi drainase, warna, ukuran dan bau
- 2) Bersihkan benda asing seperti serpihan kassa yang mungkin menempel di luka perineum
- 3) Bersihkan dengan normal saline
- 4) Berikan perawatan luka
- 5) Berikan balutan sesuai dengan dengan jenis luka
- 6) Ganti balutan sesuai dengan jumlah eksudah dan drainase
- 7) Anjurkan pasien dan keluarga mengenai prosedur perawatan luka
- 8) Anjurkan pasien dan keluarga untuk mengenal tanda dan gejala infeksi
- 9) Dokumentasikan lokasi luka, ukuran dan kondisi luka.

(Butcher, Bulechek, Dochterman & Wagner, 2021).

3. Risiko Infeksi

Pada perencanaan Kontrol Risiko (Proses Infeksi) pada luka penineum, perawat dapat menyusun kriteria hasil untuk mengatasi masalah

risiko infeksi pada pasien dengan *Nursing Outcome Classification (NOC)* adalah sebagai berikut:

a. Kontrol Risiko (1902)

Definisi kontrol risiko (proses infeksi) yaitu tindakan individu untuk mengerti, mencegah, mengeliminasi atau mengurangi ancaman terkena infeksi.

Indikator:

- 1) Mencari informasi terkait kontrol infeksi
- 2) Mengidentifikasi faktor risiko infeksi
- 3) Mengetahui perilaku yang berhubungan dengan risiko infeksi
- 4) Mempraktekkan strategi untuk mengontrol infeksi

b. Keparahan Infeksi

Definisi keparahan infeksi yaitu keparahan tanda dan gejala infeksi

Indikator:

- 1) Kemerahan
- 2) Cairan luka yang berbau busuk
- 3) Drainase purulen
- 4) Demam
- 5) Peningkatan sel darah putih

(Moorhead, Swanson, Johnson Meridean & Maas, 2021).

Intervensi keperawatan pada upaya pencegahan infeksi pada ibu post partum dengan luka infeksi pada perineum dengan menggunakan intervensi Kontrol Infeksi (6540) sesuai dengan pedoman *Nursing Interventions Classification (NIC)*. Definisi dari kontrol infeksi adalah meminimalkan

penerimaan dan transmisi agen infeksi. Berikut tindakan keperawatan yang direncanakan perawat upaya kontrol infeksi pada luka perineum atau post episiotomi:

- 1) Bersihkan lingkungan di sekitar pasien
 - 2) Ajarkan teknik mencuci tangan dengan baik
 - 3) Gunakan sabun antimikroba untuk cuci tangan yang sesuai
 - 4) Lakukan tindakan pencegahan yang bersifat universal
 - 5) Bersihkan luka pasien dengan agen antibakteri yang sesuai
 - 6) Dorong asupan cairan yang sesuai
 - 7) Anjurkan pasien untuk meminum antibiotik sesuai yang diresepkan
 - 8) Ajarkan pasien dan keluarga tentang tanda dan gejala infeksi dan kapan harus melaporkannya kepada penyedia perawatan kesehatan
 - 9) Ajarkan pasien dan keluarga mengenai bagaimana menghindari infeksi
- (Butcher, Bulechek, Dochterman & Wagner, 2021).

4. Pengetahuan

Pada perencanaan peningkatan pengetahuan ibu dengan luka penineum, perawat dapat menyusun kriteria hasil untuk mengatasi meningkatkan pengetahuan pasien terkait dengan manajemen infeksi dengan *Nursing Outcome Classification (NOC)* :

Pengetahuan : Manajemen Infeksi (1842)

Definisi pengetahuan (manajemen infeksi) yaitu tingkat pemahaman yang disampaikan tentang

infeksi, pengobatan, pencegahan perkembangan penyakit dan komplikasinya

Indikator:

- a. Tanda dan gejala infeksi
- b. Pentingnya sanitasi tangan
- c. Pengobatan untuk infeksi yang terdiagnosis

(Moorhead, Swanson, Johnson Meridean & Maas, 2021).

Intervensi keperawatan pada upaya peningkatan pengetahuan ibu post partum dengan luka infeksi pada perineum dengan menggunakan intervensi Pendidikan Kesehatan (5510) sesuai dengan pedoman *Nursing Interventions Classification* (NIC). Definisi dari pendidikan kesehatan yaitu mengembangkan dan menyediakan instruksi dan pengalaman belajar untuk memfasilitasi perilaku adaptasi yang disengaja yang kondusif bagi kesehatan pada individu, keluarga dan komunitas. Berikut tindakan pendidikan kesehatan yang dapat diberikan pada ibu post partum dengan luka infeksi perineum:

- a. Identifikasi faktor internal dan eksternal yang dapat meningkatkan atau mengurangi motivasi berperilaku sehat
- b. Pertimbangkan riwayat individu dalam konteks personal dan riwayat sosial budaya individu, keluarga, kelompok atau komunitas
- c. Tekankan manfaat kesehatan positif yang langsung atau jangka pendek yang dapat diterima oleh pasien dengan menerapkan pola perilaku hidup sehat

- d. Gunakan teknik demonstrasi untuk mengajarkan ketrampilan: perawatan kebersihan/luka perineum
- e. Libatkan pasien dan keluarga dalam perencanaan dan rencana implementasi modifikasi perilaku kesehatan (Butcher, Bulechek, Dochterman & Wagner, 2021).

D. IMPLEMENTASI

Implementasi keperawatan adalah pelaksanaan rencana keperawatan oleh perawat dan pasien. Implementasi keperawatan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Implementasi penatalaksanaan penanganan luka pada ibu post partum, dijelaskan oleh Walsh (2019) bahwa jika terdapat pengeluaran purulen, seluruh luka harus dibuka kembali untuk drainase. Untuk melakukan intervensi tersebut, maka diperlukan rujukan medis atau kolaborasi. Terapi antibiotik dengan menggunakan agens spesifik untuk infeksi streptokokus. Program yang dapat diterima adalah Nagsilin 2 gram IV setiap 6 jam atau vankomisin 1 gram IV setiap 12 jam. Pada kasus infeksi mulai dari ringan hingga berat, rawat jalan dengan konsultasi dapat dipertimbangkan. Terapi antibiotik oral dapat diberikan selama sedikitnya 1 minggu. Pemberian kompres hangat atau mandi hangat dapat mempercepat penyembuhan. Perawat dapat menganjurkan ibu post partum dengan infeksi luka perineum, untuk memperbanyak hidrasi dan istirahat yang cukup. Perawat juga perlu menekankan

pentingnya cuci tangan sebelum dan sesudah memegang daerah luka.

Hamilton (2019) memberikan penjelasan tekait dengan perawatan khusus perineal bagi ibu post partum dapat mengurangi rasa ketidaknyamanan, bermanfaat untuk kebersihan perineal, mencegah infeksi dan meningkatkan penyembuhan. Berikut, prinsip-prinsip perawatan perineal secara umum pada ibu post partum :

1. Mencegah kontaminasi rektum
2. Menangani dengan lembut pada jaringan yang terkena trauma
3. Membersihkan semua kotoran yang menjadi sumber bakteri dan bau.

Perawat dapat mengajarkan kepada ibu post partum terkait cara-cara melakukan perawatan luka perineal:

1. Mencuci tangan terlebih dahulu dengan bersih
2. Mengisi botol plastik yang dimiliki dengan air hangat
3. Buang pembalut yang telah penuh dengan gerakan ke bawah mengarah ke rektum dan letakkan pembalut tersebut ke dalam kantung plastik
4. Berkemih dan buang air besar ke toilet.
5. Semprotkan keseluruhan perineum dengan air.
6. Keringkan perineum dengan menggunakan tissue dari depan ke belakang.
7. Cuci kembali tangan dengan bersih.

Dalam memberikan perawatan perineal, perawat diharapkan menggunakan sarung tangan untuk menjaga kebersihan daerah perineal pada ibu post partum (Afni & Pitriani, 2019)

Nurbaeti (2021) menjabarkan implementasi yang dilakukan untuk mencegah infeksi dapat dilakukan dengan cara:

1. Menjaga lingkungan yang bersih, ganti linen dan duk
2. Patuhi kebersihan tangan dan tindakan pencegahan standar
3. Ajari ibu untuk mencuci tangan sebelum mengganti duk perineum
4. Pertahankan perawatan perineum yang tepat, nilai episiotomi, ukur skala REEDA
5. Menafsirkan tanda-tanda vital, duhu di atas 38 °C selama 2 hari berturut-turut (tidak termasuk 24 jam pertama setelah persalinan) adalah tanda mulai terjadinya infeksi nifas. Hal tersebut dapat terjadi setelah perdarahan atau trauma. Jika diduga terjadi infeksi, perhatikan karakteristik lokhea dan analisis laboratorium (jumlah sel darah putih). Selanjutnya dapat direkomendasikan untuk penggunaan antibiotik yang diresepkan, antipiretik.
6. Melakukan penilaian diagnostik yang diperintahkan.

E. EVALUASI

Evaluasi keperawatan adalah mengkaji respon pasien setelah dilakukan intervensi keperawatan dan mengkaji ulang asuhan keperawatan yang telah diberikan. Evaluasi keperawatan adalah kegiatan yang terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan (Manurung, 2011).

Perawat secara terus menerus mengamati penyembuhan luka, dengan mengamati penyembuhan luka, dengan mencatat karakteristik setiap drainase dan kondisi lokasi luka. Adanya demam, malaise dan perubahan nafsu makan dicatat dan dilaporkan. Tambahan asuhan cairan sampai 2.000 mL dianjurkan. Klien diberi petunjuk mengenai perawatan perineum yang benar, kebersihan pembalut, dan tindakan untuk mencegah penyebaran infeksi (Reeder, 2017).

Demam dengan kemungkinan menggigil merupakan gejala khas terjadinya infeksi pada ibu post partum. Hal yang perlu dievaluasi diantaranya ketika suhu tubuh ibu naik menjadi 38°C atau lebih pada pemeriksaan per oral, terutama saat terjadi dua hari berturut-turut dalam 10 hari pertama post partum. Evaluasi juga terkait dengan warna lokhea dan bau yang tidak sedap pada sekitar luka jahit perineum yang tampak merah, bengkak dan dirasakan oleh ibu terasa sangat nyeri ketika ditekan. Selain itu, pada luka jahit post episiotomi juga telihat garis yang mungkin tidak utuh, kemungkinan terdapat drainase purulen (berisi pus). Maka tindakan selanjutnya yang perlu dievaluasi kembali oleh perawat yaitu melakukan pemeriksaan luka jahit perineum dengan skala REEDA (Rosdahi & Kowalski, 2021).

F. DOKUMENTASI

Dokumentasi keperawatan merupakan suatu dokumen yang berisi tentang keadaan pasien dari biopsiko- sosial-spiritual dan seluruh kegiatan atau tindakan yang dilakukan oleh perawat terhadap pasien sejak

pasien datang ke rumah sakit sampai pasien pulang. Dokumentasi keperawatan pada ibu post partum dengan luka infeksi perineum atau post episiotomi dimulai dari proses pengkajian sampai dengan evaluasi keperawatan. Proses pengkajian yang lengkap dari riwayat persalinan sampai dengan perawatan luka infeksi pada tahap post partum (Rosdahi & Kowalski, 2021).

BAGIAN IV. ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN SISTEM REPRODUKSI: KANKER SERVIKS

A. DEFINISI

Kanker serviks merupakan kanker yang menyerang area serviks atau leher rahim, yaitu area bawah pada rahim yang menghubungkan rahim dan vagina (Rozi, 2013). Menurut Purwoastuti (2015), kanker leher rahim atau kanker serviks (*cervical cancer*) merupakan kanker yang terjadi pada serviks uterus, suatu daerah pada organ reproduksi wanita yang merupakan pintu masuk kearah rahim yang terletak antara rahim (uterus) dengan liang senggama (vagina).

B. ETIOLOGI

Penyebab terjadinya kelainan pada sel - sel serviks tidak diketahui secara pasti, tetapi terdapat beberapa faktor risiko yang berpengaruh terhadap terjadinya kanker serviks yaitu: HPV (Human papilloma virus) HPV adalah virus penyebab kutil genitalis (Kondiloma akuminata) yang ditularkan melalui hubungan seksual. Varian yang sangat berbahaya adalah HPV tipe 16, 18, 45, dan 56.

1. Merokok Tembakau merusak sistem kekebalan dan mempengaruhi kemampuan tubuh untuk melawan infeksi HPV pada serviks.
2. Hubungan seksual pertama dilakukan pada usia dini.

3. Berganti-ganti pasangan seksual.
4. Suami/pasangan seksualnya melakukan hubungan seksual pertama pada usia di bawah 18 tahun, berganti - berganti pasangan dan pernah menikah dengan wanita yang menderita kanker serviks.
5. Pemakaian DES (Diethylstilbestrol) pada wanita hamil untuk mencegah keguguran (banyak digunakan pada tahun 1940-1970).
6. Gangguan sistem kekebalan.
7. Pemakaian Pil KB.
8. Infeksi herpes genitalis atau infeksi klamidia menahun.
9. Golongan ekonomi lemah karena tidak mampu melakukan pap smear secara rutin (Nurarif, 2016).

C. KLASIFIKASI

Stadium klinis menurut FIGO membutuhkan pemeriksaan pelvic, jaringan serviks (biopsi konisasi untuk stadium IA dan biopsi jaringan serviks untuk stadium kliniknya), foto paru-paru, pielografi, intravena, (dapat digantikan dengan foto CT-scan). Untuk kasus stadium lanjut diperlukan pemeriksaan sistoskopi, protoskopi dan barium enema (Prawirohardjo, 2011).

Tabel 5. Stadium kanker serviks menurut FIGO (2000)

Stadium 0	Karsinoma insitu, karsinoma intraepitel.
Stadium I	Karsinoma masih terbatas pada daerah serviks (penyebaran ke korpus uteri diabaikan).

Stadium I A	Invasi kanker ke stroma hanya dapat didiagnosis secara mikroskopik. Lesi yang dapat dilihat secara makroskopik walau dengan invasi yang superficial dikelompokkan pada stadium IB.
Stadium I A1	Invasi ke stroma dengan kedalaman tidak lebih 3 mm dan lebar horizontal tidak lebih 7 mm.
Stadium I A2	Invasi ke stroma lebih dari 3 mm tapi kurang dari 5 mm dan perluasan horizontal tidak lebih 7 mm.
Stadium I B	Lesi yang tampak terbatas pada serviks atau secara mikroskopik lesi lebih dari stadium I A2.
Stadium I B1	Lesi yang tampak tidak lebih dari 4 cm dari dimensi terbesar.
Stadium I B2	Lesi yang tampak lebih dari 4 cm dari diameter terbesar.
Stadium II	Tumor telah menginvasi di luar uterus, tetapi belum mengenai dinding panggul atau sepertiga distal/ bawah vagina.
Stadium II A	Tanpa invasi ke parametrium.
Stadium II B	Sudah menginvasi ke parametrium.
Stadium III	Tumor telah meluas ke dinding panggul dan/ atau mengenai sepertiga bawah vagina dan/ atau menyebabkan hidronefrosis atau tidak berfungsinya ginjal.
Stadium III A	Tumor telah meluas ke sepertiga bagian bawah vagina dan tidak menginvasi ke

	parametrium tidak sampai dinding panggul.
Stadium III B	Tumor telah meluas ke dinding panggul dan/ atau menyebabkan hidronefrosis atau tidak berfungsinya ginjal.
Stadium IV	Tumor telah meluas ke luar organ reproduksi
Stadium IV A	Tumor menginvasi ke mukosa kandung kemih atau rectum dan/ atau keluar rongga panggul minor
Stadium IV B	Metastasis jauh penyakit mikroinvasif: invasi stroma dengan kedalaman 3 mm atau kurang dari membran basalis epitel tanpa invasi ke rongga pembuluh darah/ limfe atau melekat dengan lesi kanker serviks.

(sumber: Prawirohardjo, 2011)

D. MANIFESTASI KLINIS

Menurut Ariani (2015) dan Padila (2015) pada tahap awal, kanker serviks stadium dini biasanya tanpa gejala-gejala. Gejala fisik serangan penyakit ini pada umumnya dirasakan oleh penderita kanker stadium lanjut. Gejala-gejala umum yang terjadi pada penderita kanker ini adalah:

1. Ada bercak atau pendarahan setelah berhubungan seksual.
2. Ada bercak atau pendarahan di luar masa haid.
3. Ada bercak atau pendarahan pada masa menopause.
4. Mengalami masa haid yang lebih berat dan lebih

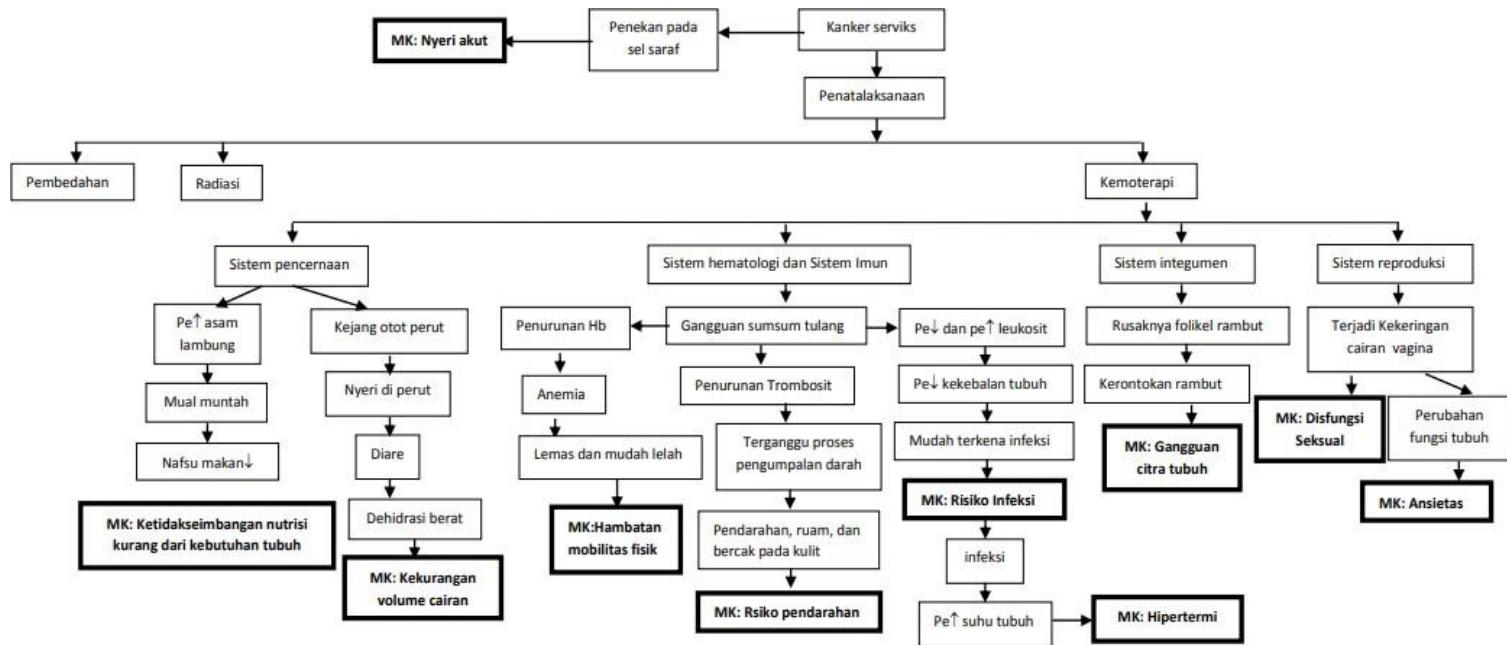
panjang dari biasanya.

5. Keluarnya bau menyengat yang tidak bisa dihilangkan walaupun sudah diobati.

Jika kanker servik sudah tingkat stdium lanjut maka gejalanya adalah :

1. Munculnya rasa sakit dan pendarahan saat berhubungan intim (contact bleeding).
2. Keputihan yang berlebihan dan tidak normal.
3. Pendarahan diluar siklus menstruasi.
4. Penurunan berat badan yang drastik.
5. Apabila kanker sudah menyebar ke panggul, maka pasien akan menderita keluhan nyeri panggung.
6. Hambatan dalam berkemih.

E. PATHWAY



Gambar 1. WOC Kanker Serviks (Sumber: Price & Wilson, 2012; Smeltizer, 2015; Ariani, 2015)

F. PENATALAKSANAAN

1. Penatalaksanaan Medis

Menurut (Wijaya, 2010) ada berbagai tindakan klinis yang bisa dipilih untuk mengobati kanker serviks sesuai dengan tahap perkembangannya masing-masing, yaitu:

- a. Stadium 0 (*Carcinoma in Situ*) Pilihan metode pengobatan kanker serviks untuk stadium 0 antara lain:
 - 1) *Loop Electrosurgical Excision Procedure* (LEEP) yaitu presedur eksisi dengan menggunakan arus listrik bertegangan rendah untuk menghilangkan jaringan abnormal serviks,
 - 2) Pembedahan Laser,
 - 3) Konisasi yaitu mengangkat jaringan yang mengandung selaput lendir serviks dan epitel serta kelenjarnya,
 - 4) *Cryosurgery* yaitu penggunaan suhu ekstrem (sangat dingin) untuk menghancurkan sel abnormal atau mengalami kelainan,
 - 5) Total histerektomi (untuk wanita yang tidak bisa atau tidak menginginkan anak lagi),
 - 6) Radiasi internal (untuk wanita yang tidak bisa dengan pembedahan).
- b. Stadium I A Alternatif pengobatan kanker serviks stadium IA meliputi:
 - 1) Total histerektomi dengan atau tanpa bilateral salpingoophorectomy,
 - 2) Konisasi yaitu mengangkat jaringan yang

mengandung selaput lendir serviks dan epitel serta kelenjarnya,

- 3) Histerektomi radikal yang dimodifikasi dan penghilangan kelenjar getah bening,
- 4) Terapi radiasi internal.

c. Stadium I B

Alternatif pengobatan kanker serviks stadium IB meliputi:

- 1) Kombinasi terapi radiasi internal dan eksternal,
- 2) Radikal histerektomi dan pengangkatan kelenjar getah bening,
- 3) Radikal histerektomi dan pengangkatan kelenjar getah bening diikuti terapi radiasi dan kemoterapi,
- 4) Terapi radiasi dan kemoterapi.

d. Stadium II

Alternatif pengobatan kanker serviks stadium II meliputi:

- 1) Kombinasi terapi radiasi internal dan eksternal serta kemoterapi,
- 2) Radikal histerektomi dan pengangkatan kelenjar getah bening,
- 3) Radikal histerektomi dan pengangkatan kelenjar getah bening diikuti terapi radiasi dan kemoterapi,

e. Stadium II B

Alternatif pengobatan kanker serviks stadium II B meliputi terapi radiasi internal dan eksternal yang diikuti dengan kemoterapi.

f. Stadium III

Alternatif pengobatan kanker serviks stadium III meliputi terapi radiasi internal dan eksternal yang dikombinasikan dengan kemoterapi.

g. Stadium IV A

Alternatif pengobatan kanker serviks stadium IV A meliputi terapi radiasi internal dan eksternal yang dikombinasikan dengan kemoterapi.

h. Stadium IV B

Alternatif pengobatan kanker serviks stadium IVB meliputi:

- 1) Terapi radiasi sebagai terapi paliatif untuk mengatasi gejala-gejala yang disebabkan oleh kanker dan untuk meningkatkan kualitas hidup,
- 2) Kemoterapi,
- 3) Tindakan klinis dengan obat-obatan anti kanker baru atau obat kombinasi.

2. Penatalaksanaan Keperawatan

Asuhan keperawatan pada pasien dengan kanker serviks meliputi pemberian edukasi dan informasi untuk meningkatkan pengetahuan klien dan mengurangi kecemasan serta ketakutan klien. Perawat mendukung kemampuan klien dalam perawatan diri untuk meningkatkan kesehatan dan mencegah komplikasi (Reeder,2013).

Perawat perlu mengidentifikasi bagaimana klien dan pasangannya memandang kemampuan reproduksi wanita dan memaknai setiap hal yang

berhubungan dengan kemampuan reproduksinya. Apabila terdiagnosis kanker, banyak wanita merasa hidupnya lebih terancam. Perasaan ini jauh lebih penting dibandingkan kehilangan kemampuan reproduksi. Intervensi keperawatan kemudian difokuskan untuk membantu klien mengekspresikan rasa takut, membuat parameter harapan yang realistik, memperjelas nilai dan dukungan spiritual, meningkatkan kualitas sumber daya keluarga dan komunitas, dan menemukan kekuatan diri untuk menghadapi masalah (Reeder, 2013).

G. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN

1. Pengkajian keperawatan

a. Identitas pasien

Sering terjadi pada wanita dengan usia lebih dr 45 th dengan pendidikan dan penghasilan rendah.

b. Keluhan utama

Biasanya pasien datang kerumah sakit dengan keluhan seperti pendarahan intra servikal dan disertai keputihan yang menyerupai air dan berbau (Padila, 2015). Pada pasien kanker serviks post kemoterapi biasanya datang dengan keluhan mual muntah yang berlebihan, tidak nafsu makan, dan anemia.

c. Riwayat kesehatan

1) Riwayat kesehatan sekarang

Stadium awal seringkali tanpa tanpa keluhan yang mengganggu, dan akan terasa nyeri pada stadium 3 dan 4. Timbul keluhan bau busuk pada alat genitalia dan terjadi

perdarahan pada saat melakukan hubungan seksual. Pada pasien kanker serviks post kemoterapi biasanya mengalami keluhan mualmuntah berlebihan, tidak nafsu makan, dan anemia.

2) Riwayat kesehatan dahulu

Riwayat yang sering terjadi adalah adanya infeksi pada sistem reproduksi dan penyakit HIV AIDS.

3) Riwayat kesehatan keluarga

Kanker bisa dipengaruhi oleh kelainan genetika. Keluarga yang memiliki riwayat kanker didalam keluarganya lebih berisiko tinggi terkena kanker dari pada keluarga yang tidak ada riwayat di dalam keluarganya.

d. Pola fungsi kesehatan

1) Pola persepsi-pemeliharaan kesehatan

Pemeliharaan Kesehatan tetap baik, kebiasaan menjaga Kesehatan tetap seperti sebelum sakit.

2) Pola aktivitas –latihan

Anemia yang sering terjadi pada penderita kanker cervik menyebabkan aktivitas dan latihan akan terjadi. Sering mengeluh cepat lelah.

3) Pola nutrisi-metabolisme

Nutrisi klien akan terganggu karena akanya keluhan mual dan muntah terutama yang sedanh mendapat terapi kemoterapi

4) Pola eliminasi

Terrjadi perubahan pola elimanisi alvi dan turi bila sudah terjadi metastase.

5) Pola tidur-istirahat

Rasa nyeri, mual dan muntah menyebabkan penderita mengalami gangguan tidur dan istirahat.

6) Pola kognitif-perseptual

Seringkali klien belum tahu penyakitnya dan bagaimana pengobatannya.

7) Pola toleransi-koping stress

Keluarga adalah tempat yang paling tepat bagi klien untuk mengungkapkan rasa stress.

8) Pola persepsi diri-konsep diri

Faktor stress, menolak diri atau menunda mencari pengobatan, keyakinan religious atau spiritual, masalah tentang lesi cacat, pembedahan, menyangkal atau tidak mempercayai diagnosis dan perasaan putus asa (Mitayani, 2009).

9) Pola seksual-reproduksi

Kehidupan seksual akan terganggu karena nyeri dan bau busuk yang terjadi serta adanya perdarahan setelah melakukan hubungan sex.

10) Pola hubungan dan peran:

Timbul rasa rendah diri sebagai istri, peran sebagai ibu tidak mengalami perubahan.

11) Pola nilai dan keyakinan

Tidak ada masalah pada pola nilai dan keyakinan

e. Pemeriksaan fisik

1) Kepala dan leher

Biasanya terdapat kulit kepala bersih, tidak ada ketombe dan tidak ada lesi. Penyebaran rambut merata berwarna hitam, rambut mudah patah, tidak bercabang, dan tidak ada kelainan

2) Mata

Biasanya terdapat simetris kanan dan kiri, kornea mata jernih kanan dan kiri. Konjunktiva pucat dan sklera putih, Kelopak mata/palepebra tidak ada pembengkakan.

3) Hidung

Tidak ada pernafasan cuping hidung, posisi septum nasal ditengah, lubang hidung bersih, tidak ada secret, tulang hidung dan septum nasi tidak ada pembengkakan dan tidak ada polip. Sesak nafas bila sudah metastase ke paru.

4) Mulut dan lidah

Mukosa bibir kering dan pucat. Lidah pucat, tonsil ukuran normal uvula letak simetris ditengah.

5) Leher

Kelenjar limfe tidak membesar, tidak ada bendungan pembesaran vena jugularis dan tyroid tidak membesar

6) Thoraks

Terlihat sesak, tidak ada batuk dan secret. Bentuk dada simetris, irama nafas teratur,

pola nafas normal, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak menggunakan otot bantu pernafasan, vocal permitus dan ekspansi paru anterior dan posterior dada normal, perkusi sonor, auskultasi suara nafas vesikuler, untuk pasien post operasi tampak nafas cepat

7) Jantung

Pada pemeriksaan inspeksi CRT <2 detik tidak ada sianosis. Pada pemeriksaan palpasi iktus kordis teraba hangat, Pemeriksaan auskultasi: bunyi jantung I saat auskultasi terdengar bunyi jantung normal dan regular, bunyi jantung II: saat auskultasi terdengar bunyi jantung normal dan regular, bunyi jantung tambahan: tidak ada bunyi jantung tambahan, dan tidak ada kelainan.

8) Abdomen

Bentuk perut bulat, palpasi hangat, jika nyeri biasanya disertai mual, nafsu makan menurun.

9) Genitalia

Genitalia bersih, terdapat perdarahan, tidak ada keluhan kencing, kemampuan berkemih spontan, produksi urin warna kuning bau amoniak, tidak ada nyeri tekan.

10) Ekstermitas

Pergerakan sendi bebas terganggu karena nyeri, terdapat oedema, , tidak ada kelainan tulang belakang, tidak fraktur, tidak

menggunakan traksi, tidak *kompartiment syndrome*.

2. Diagnosa keperawatan

- a. Nyeri kronis berhubungan dengan penekanan saraf (D.0078).
- b. Defisit nutrisi berhubungan dengan mual dan muntah (D.0019).
- c. Harga diri rendah berhubungan dengan perubahan pada citra tubuh (D.0087).

3. Menyusun Rencana Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Reproduksi: Kanker Serviks

Tabel 5. Perencanaan Keperawatan pada pasien dengan kanker serviks

NO.	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI
1.	Nyeri kronis berhubungan dengan penekanan saraf. (D. 0078)	<p>Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3 X 24 jam diharapkan nyeri terkontrol dengan kriteria hasil: (L.08066)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun (skala 0-1). 2. Meringis menurun. 3. Gelisah menurun. 4. Frekuensi nadi membaik (60-100 x/mnt) 	<p>SIKI: Manajemen nyeri (I.08238)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri nonverbal 4. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri. 5. Fasilitasi istirahat dan tidur. 6. Jelaskan penyebab, periode, pemicu nyeri 7. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri.

NO.	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI
		5. TD membaik (90/60-120/80 mmHg) 6. Pola nafas membaik (16-20 x/mnt)	8. Kolaborasi pemberian analgetik
2.	Defisit nutrisi berhubungan dengan mual dan muntah (D.0019).	Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3 X 24 jam diharapkan adanya keadekuatan asupan nutrisi untuk memenuhi kebutuhan metabolisme dengan kriteria hasil: (L.03030) 1. IMT dalam batas normal.	SIKI Manajemen Nutrisi (I.03119) 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi adanya alergi atau adanya intoleransi makanan 3. Monitor asupan makanan 4. Monitor berat badan 5. Monitor hasil dari pemeriksaan laboratorium 6. Berikan makanan tinggi protein dan tinggi kalori

NO.	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI
		<p>2. Kekuatan otot menelan membaik.</p> <p>3. Pengetahuan tentang standar asupan nutrisi membaik.</p>	<p>7. Anjurkan pasien makan sedikit tapi sering</p> <p>8. Anjurkan posisi duduk saat makan, jika mampu</p> <p>9. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu</p>
3.	Harga diri rendah berhubungan dengan perubahan pada citra tubuh (D.0087).	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan harga diri rendah dapat berkurang atau teratas dengan kriteria hasil: (L. 07056)</p> <p>1. Integrasi orientasi seksual kedalam</p>	<p>SIKI: Promosi Koping I.09312</p> <p>1. Identifikasi kemampuan yang dimiliki</p> <p>2. Identifikasi pemahaman proses penyakit</p> <p>3. Identifikasi dampak situasi terhadap peran dan hubungan</p> <p>4. Identifikasi metode penyelesaian masalah</p>

NO.	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI
		<p>keidupan sehari-hari meningkat.</p> <p>2. Pencarian dukungan sosial meningkat.</p>	<p>5. Identifikasi kebutuhan dan keinginan terhadap dukungan sosial</p> <p>6. Diskusikan perubahan peran yang dialami</p> <p>7. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</p> <p>8. Diskusikan alasan mengkritik diri sendiri</p> <p>9. Diskusikan konsekuensi tidak menggunakan rasa bersalah dan rasa malu</p> <p>10. Fasilitasi dalam memperoleh informasi yang dibutuhkan</p> <p>11. Motivasi untuk menentukan harapan yang realistik</p> <p>12. Dampingi saat berduka</p>

NO.	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI
			<p>13. Anjurkan penggunaan sistem spiritual, jika perlu</p> <p>14. Ajarkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</p> <p>15. Anjurkan keluarga terlibat</p> <p>16. Ajarkan cara memecahkan masalah secara konstruktif</p> <p>17. Latih penggunaan teknik relaksasi</p>

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik. Implementasi akan dilaksanakan sesuai perencanaan dan didokumentasikan sesuai urutan jam pelaksanaan serta sesuai sop dan bagaimana respon klien.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan sebagai keputusan dari efektifitas asuhan keperawatan antara dasar tujuan keperawatan pasien yang telah diterapkan dengan respon perilaku klien yang tampil. Evaluasi ada dua macam yaitu

- a. Evaluasi formatif adalah hasil observasi dan analisa perawat terhadap respon pasien segera pada saat/setelah dilakukan tindakan keperawatan
- b. Evaluasi Sumatif adalah rekapitulasi dan kesimpulan dari observasi dan analisa status kesehatan sesuai waktu pada tujuan.

6. Dokumentasi

Catat sesuai yang dikerjakan.

DAFTAR PUSTAKA

- Afni, R., & Pitriani, R. (2019). Pencegahan Infeksi Perineum Dengan Perawatan Luka Perineum Pada Ibu Hamil Trimester Iii-Nifas. *Jurnal Pengabdian Masyarakat Multidisiplin*, 2(3), 146-151.
- Amin Huda Nurarif, and H. K. (2016). Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA. Edisi revisi jilid 1. Yogyakarta: MediAction.
- Aspiani, R. Y. (2017). Asuhan Keperawatan Maternitas. Jakarta Timur: CV. Trans Info Media.
- Brunner, and S. (2013). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8 Volume 2. Jakarta: EGC.Budiono, dkk.
- (2015). Konsep Dasar Keperawatan. Jakarta: Bumi Medika.
- Butcher, H.K., Bulechek, G.M., Dochterman, J.M., & Wagner. (2021). *Nursing Intervention Classification (NIC)*. Elsevier: Singapura.
- Cunningham, F.G., Gant, N.F., Leveno, K.J., Gilstrap III, L.C., Hauth, J.C., & Wenstro,, K.D. (2019). *Obstetri Williams*. Jakarta: EGC.
- Debora, O. (2012). *Proses Keperawatan dan Pemeriksaan Fisik*. Jakarta: Salemba Medika.
- Doengoes, Marilynn E. & Moorhouse, M.F. (2018). Rencana Perawatan Maternal/ Bayi: Pedoman untuk Perencanaan dan Dokumentasi Perawatan Klien. Jakarta: EGC.
- Endang Purwoastuti, and E. S. M. (2015). *Ilmu Obstetri dan Ginekologi Sosial Bagi Kebidanan*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Febriani, S. (2020). Asuhan Keperawatan Pada Ny. E Dengan

Post Histerektomi Atas Indikasi Mioma Uteri Dengan Fokus Studi Pengelolaan Nyeri Akut Di Rumah Sakit Umum Daerah Temanggung.

Ginting, D. S., Tauho, K. D., Saptaningrum, E., Kartikasari, M. N. D., Mahardika, P., & Kusumawaty, I. (2022). *Keperawatan Maternitas Kontemporer*. Get Press.

Hamilton, Persis Marry. (2019). Dasar-Dasar Keperawatan Maternitas. Jakarta : EGC.

Herdman, T. Heather, Kamitsuru, S., & Lopez, C.T. (2021). NANDA-I Diagnosis Keperawatan : Definisi dan Klasifikasi 2021 – 2023. Jakarta: EGC.

Hidayat, Aziz Alimul. (2021). Praktik Pemeriksaan Fisik untuk Mahasiswa Keperawatan. Surabaya: Health Books Publisihing.

Hidayati, Rahma. (2019). Teknik Pemeriksaan Fisik. Surabaya: CV. Jakad Publishing.

Hutahaen, S. (2010). Konsep dan Dokumentasi Keperawatan. Jakarta: Trans Info.

Ismuhu SR, Rakhmawati Wi, Fitri SYR. Akupresur: alternatif mengurang mual dan muntah akibat kemoterapi literature riview. *J Nurs Care*. 2020;3(3):150–60.

Kamallia, L. N., & Haniyah, S. (2023). Pengaruh Teknik Relaksasi Benson dalam Mengatasi Nyeri Akut pada Ny. S dengan Post Partum SC. *Journal of Nursing and Health*, 8(3, September), 303-316.

Karsen H, Güler EA, Kaya F, Binici İ, Ceylan MR. Capillary Leak Syndrome: Our Clinical Experience and Literature Review. *J Harran Univ Med Fac* [Internet]. 2017;14(1):46–64.

- Kurniawaty. (2019). Hubungan Pengetahuan dan Sikap Wanita Usia Subur dengan Pencegahan Kista Ovarium. *Jurnal "Aisyiyah Medika*, 3, 103-110.
- Kusumastuti, D. A., Indanah, I., Karyati, S., & Yuliaty, W. (2023). Hubungan Jenis Luka dan Jenis Jahitan dengan Kesembuhan Luka Post Episiotomi Pada Ibu Post Partum. In *Prosiding University Research Colloquium* (pp. 349-361).
- Lismayanti L, Abdul Malik A, Siti Padilah N, Anisa Firdaus F, Setiawan H. Warm Compress on Lowering Body Temperature Among Hyperthermia Patients: A Literature Review. *Int J Nurs Heal Serv*. 2021;4(3):344-55.
- Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., & Cashion, K. (2013). *Maternity Nursing*. Singapore: Elsevier.
- Lukman, L., Rahma, S., & Putri, P. (2020). Pengaruh Teknik Relaksasi Napas Dalam terhadap Nyeri Luka Episiotomi di RS Muhammadiyah Palembang. *Jurnal Keperawatan Sriwijaya*, 7(2), 1-5.
- Lusiana, N. (2017). Peran histeroskopi office dalam mendeteksi patologi rongga rahim sebelum program fertilitasi in vitro ivf dibandingkan dengan transvaginal sonografi= The role of office hysteroscopy in detecting the pathology of the uterine cavity before in vitro fertilization program ivf compared with transvaginal sonography.
- Manuntungi, A. E. (2019). Faktor-faktor yang mempengaruhi lamanya penyembuhan luka perineum pada ibu nifas di ruang perawatan Rumah Sakit Mitra Manakarra Mamuju. *Nursing Inside Community*, 1(3), 96-103.
- Mitayani. (2009). *Asuhan Keperawatan Maternitas*. Jakarta:

- Salemba Medika.
- Moorhead, S., Swanson, E., Johnson M., Meridean L., & Maas. (2021). *Nursing Outcome Classification (NOC)*. Elsevier: Singapura.
- Nani, D. (2018). *Fisiologi Tubuh Manusia*. Penebar PLUS+.
- Nugroho, T. (2014). *Masalah Kesehatan Reproduksi Wanita*. yogyakarta: Nuha Medika.
- Nurbaeti, Irma. (2021). *Keperawatan Maternitas*. Singapura: Elsevier. [Editor: Ulty Desmarnita & Lela Larasati].
- Nursalam. (2013). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta.Salemba Medika.
- Prawirohardjo, S. (2011). *Ilmu Kandungan* Edisi Ketiga. Jakarta: PT. Bina Pustaka SarwonoPrawirohardjo
- Prijatni, I., Iskandar, F. N., Wahidah, N. J., Rohmah, A. N., Primindari, R. S., Hidayati, U. N., ... & Isnaini, F. (2022). *Perkembangan Metode Kontrasepsi Masa Kini*. Rena Cipta Mandiri
- Ramadhan A, Santoso I. Pemodelan Sistem Kontrol Terapi Kanker Tipe Hipertermia Berbasis Gain Scheduling.
- Reeder, D. (2013). *Keperawatan Maternitas Kesehatan Wanita, Bayi & Keluarga*, Edisi 18 Volume 1. Jakarta: EGC.
- Reeder, Sharon J. (2017). *Keperawatan Maternitas: Kesehatan Wanita, Bayi & Keluarga*. Jakarta: EGC.
- Rosdahi, C. B & Kowalski, M.T. (2021). *Buku Ajar Keperawatan Dasar: Keperawatan Maternal dan Bayi Baru Lahir*. Jakarta : EGC.
- Rostika, T., Choirunissa, R., & Rifiana, A. J. (2020). *Pemberian Penggunaan Air Rebusan Daun Sirih Merah Terhadap Waktu Penyembuhan Luka Perineum Derajat I Dan II*

- di Klinik Aster Kabupaten Karawang. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 12(2), 196-204.
- Rozi, M. F. (2013). Kiat Mudah Mengatasi Kanker Serviks. Yogyakarta: Aulia Publishing.
- Padila. (2015). Asuhan Keperawatan Maternitas II. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Rukmawati, S., Astutik, P., & Retnoningrum, A. D. (2020). Method (Stimulation Endorphin, Oxytosin and Sugestive) to Increase The Production of Breast Milk and Involution of Uters On Post Partum. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 2.
- Suryoadji, Kemal Akbar.2022.*Diagnosis dan Tata Laksana Pada Kista Ovarium : A literature Review*.Jurnal Khazana Volume 14 No.1, 34-48, Jakarta.
- Syalfina, A. D., Irawati, D., Priyanti, S., & Churotin, A. (2021). Studi Kasus Ibu Nifas Dengan Infeksi Luka Perineum. *Jurnal Kesehatan Mercusuar*, 4(1), 1-7.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*. Jakarta Selatan: DPP PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan*. Jakarta Selatan: DPP PPNI.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*. Jakarta Selatan: DPP PPNI.
- Wahyudi Mulyaningrat, Keksi Girindra Swasti, Deskripsi Penyalahgunaan Narkoba dan Merokok pada Siswa SMA dan SMK di Kota Purwokerto Kabupaten Banyumas , *Journal of Bionursing*: Vol 4 No 1 (2022): *Journal of Bionursing*.

- Walsh, Linda V. (2019). Buku Ajar Kebidanan Komunitas. Jakarta: EGC.
- Wijaya, D. (2010). Pembunuh Ganas Itu Bernama Kanker Serviks. Yogyakarta: Sinar Kejora.
- Wulandari, A., & Rahayuningsih, T. (2022). Penatalaksanaan Perawatan Perineal dengan Daun Sirih dengan Masalah Risiko Infeksi pada Luka Perineum Ibu Nifas di Desa Kepuh. *Indonesian Journal on Medical Science*, 9(1).
- Yuli Aspiani, R. (2017). *Asuhan Keperawatan Maternita*. In A. M@ftuhin(Ed). *Asuhan Keperawatan Klien dengan Kista Ovarium* (Pertama,pp. 545-566). Jakarta Timur.CV Trans Info Media

TENTANG PENULIS



Sefrina Rukmawati, S.Kep., Ns., M.Kes.
Lahir di Nganjuk, 9 September 1988, Lulus dari SMAN 1 Nganjuk Provinsi Jawa Timur Pada Tahun 2007. Kemudian Melanjutkan Pendidikan Ners di STIKes Satria Bhakti Nganjuk Lulus Pada Tahun 2012.

Kemudian Melanjutkan Pendidikan Pascasarjana di STIKes Surya Mitra Husada Lulus pada Tahun 2017. Mulai Bekerja Sebagai Dosen di STIKes Satria Bhakti Nganjuk tahun 2014 Sampai Saat ini.



Sally Yustinawati Suryatna, S.Kep., Ners., M.Kep.

Penulis Lahir di Cianjur 15 Maret 1989. Lulus dari SMA Negeri 2 Cianjur pada tahun 2006. Kemudian melanjutkan ke jenjang Perguruan Tinggi di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Jenderal Ahmad Yani Cimahi Program Studi S1

Keperawatan dan lulus pada tahun 2010, dan melanjutkan Program Pendidikan Profesi Ners di tempat yang sama dan lulus pada tahun 2011. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan nya di Universitas Muhammadiyah Jakarta Fakultas Ilmu Kesehatan Program Studi Magister Keperawatan dan lulus pada tahun 2015. Penulis memulai karier nya sebagai Dosen di Akademi Keperawatan Pemerintah Kabupaten Cianjur dari tahun 2012 – 2019.

Kemudian penulis melanjutkan kariernya sebagai Dosen di Universitas Muhammadiyah Sukabumi dari Tahun 2019 – 2021. Saat ini penulis terdaftar sebagai Dosen di Politeknik Negeri Indramayu sejak 1 Maret 2022. Penulis memiliki beberapa publikasi penelitian dan pengabdian kepada masyarakat di tingkat internal dan nasional.



Evi Supriatun, S.Kep., Ns., M.Kep.

Penulis lahir di Tegal pada tanggal 17 Februari 1989. Penulis merupakan anak kedua dari Bapak Sudarno dan Ibu Jumiyem. Penulis menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan - Ners di Program Studi Keperawatan Universitas Jenderal Sudirman

Puwokerto pada tahun 2011. Penulis berprofesi sebagai dosen keperawatan dimulai sejak tahun 2012. Pengalaman mengajar keperawatan maternitas sejak tahun 2012 sampai dengan 2015 di Universitas Bhamada Slawi. Kemudian, pada tahun 2015 sampai dengan 2017, penulis menyelesaikan pendidikan Magister Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Setelah tahun 2022, penulis mulai mengabdikan diri dengan bekerja sebagai dosen Pegawai Negeri Sipil (PNS) di Program Studi D-3 Keperawatan Politeknik Negeri Indramayu (Polindra). Penulis juga mengajar di Bimbingan Belajar (Bimbel) Online di Layanan Belajar OPTIMAL, dan berhasil mendapatkan penghargaan sebagai dosen Bimbel terbaik Tingkat Provinsi pada tahun 2023. Buku yang pernah ditulis diantaranya Kebutuhan Keluarga Pasien dengan Preeklampsia, Pencegahan Tuberkulosis dan Buku Ajar Keperawatan

Gerontik. Hasil Penelitian yang pernah dipublikasikan di Jurnal Scopus Q-4 *Comprehensive Child and Adolescence* berfokus pada Pencegahan Tuberkulosis pada Anak Usia Sekolah.



**Dr. DHIANA SETYORINI, S.Kep., Ns.,
M.Kep., Sp.Mat**

Penulis lulus dari Akper Sutomo Surabaya tahun 1991 kemudian lulus dari Profesi Ners PSIK Fakultas Kedokteran Unair tahun 2002. Penulis meyelesaikan S2 Keperawatan dan

Spesialis Keperawatan tahun 2017 diFakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, kemudian penulis melanjutkan kuliah Program Doktoral (S3) Ilmu Kesehatan Di FKM Unair lulus tahun 2017. Penulis adalah dosen di Poltekkes Kemenkes Surabaya. Penulis aktif sebagai pembicara seminar dan fasilitator pelatihan gawat darurat maternal neonatal. Selain itu penulis juga aktif melakukan kegiatan penelitian dan kegiatan Pengabdian kepada Masyarakat. Beberapa buku sudah dihasilkan oleh penulis diantaranya Manajemen preeklampsi dan Eklampsi, KIA, Asuhan Keperawatan Maternitas, Deteksi Dini Risiko Preeklamsi Dan Eklampsi, Deteksi Dini Risiko Perdarahan Post Partum, Modul Pelatihan Basic Trauma Cardio Maternal Neonatal Manajemen, Modul Manajemen Keperawatan, Modul Etika Keperawatan, Kebutuhan dasar manusia dan banyak buku maternitas lainnya. Penulis aktif dalam organisasi profesi Ikatan Perawat Maternitas Indonesia baik di tingkat pusat maupun Wilayah Jawa Timur, tahun 2010-2017 menjadi ketua Ikatan Perawat Maternitas Indonesia

Wilayah Jawa Timur selama 2 periode dan sekarang menjadi pengurus di Tingkat Pusat dan Tingkat Wilayah. Email: indhiatelu@gmail.com

SINOPSIS

Buku asuhan keperawatan maternitas pada pasien dengan gangguan sistem reproduksi membahas secara lengkap topik-topik penting dalam perawatan kesehatan reproduksi seperti asuhan keperawatan pada pasien dengan mioma uteri, kista ovarium, infeksi luka perineum dan kanker serviks. Asuhan keperawatan disajikan secara lengkap mulai dari pengkajian (anamnesa, pemeriksaan fisik *head to toe* dan pemeriksaan penunjang), diagnosa keperawatan yang sesuai dengan SDKI, Luaran Keperawatan yang sesuai dengan SIKI, Intervensi Keperawatan yang sesuai dengan SIKI, Implementasi, Evaluasi dan Pendokumentasian.

Buku ini dapat digunakan oleh mahasiswa, dosen, perawat, dan semua pihak. Buku ini bermanfaat bagi pembaca dalam memahami dan meningkatkan kualitas asuhan perawatan maternitas yang diberikan pada pasien dengan gangguan sistem reproduksi.

Buku asuhan keperawatan maternitas pada pasien dengan gangguan sistem reproduksi membahas secara lengkap topik-topik penting dalam perawatan kesehatan reproduksi seperti asuhan keperawatan pada pasien dengan mioma uteri, kista ovarium, infeksi luka perineum dan kanker serviks. Asuhan keperawatan disajikan secara lengkap mulai dari pengkajian (anamnesa, pemeriksaan fisik head to toe dan pemeriksaan penunjang), diagnosa keperawatan yang sesuai dengan SDKI, Luaran Keperawatan yang sesuai dengan SIKI, Intervensi Keperawatan yang sesuai dengan SIKI, Implementasi, Evaluasi dan Pendokumentasian.

Buku ini dapat digunakan oleh mahasiswa, dosen, perawat, dan semua pihak. Buku ini bermanfaat bagi pembaca dalam memahami dan meningkatkan kualitas asuhan perawatan maternitas yang diberikan pada pasien dengan gangguan sistem reproduksi.

ISBN 978-623-84111-22-1



9 786238 411221

Penerbit :

PT Nuansa Fajar Cemerlang
Grand Slipi Tower Lt. 5 Unit F
Jalan S. Parman Kav. 22-24
Kel. Palmerah, Kec. Palmerah
Jakarta Barat, DKI Jakarta, Indonesia, 11480
Telp: (021) 29866919



Anggota IKAPI No. 624/DKI/2022