

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. J DENGAN POST TRANSVAGINAL
HISTEREKTOMI POD 0 ATAS INDIKASI PROLAPS UTERI
DI RUANGAN AGATE BAWAH RSUD
Dr. SLAMET GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam
Menyelesaikan Program Diploma III Keperawatan Disekolah Tinggi Ilmu
Kesehatan Karsa Husada Garut

Oleh :

YETI SINTIASARI
NIM : KHG.A21134



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
2025**

LEMBAR PERSETUJUAN

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. J DENGAN POST
TRANSVAGINAL HISTEREKTOMI POD 0 ATAS INDIKASI
PROLAPS UTERI DI RUANGAN AGATE BAWAH RSUD Dr.
SLAMET GARUT**

NAMA : YETI SINTIASARI

NIM : KHGA21134

Karya Tulis Ini Sudah Disetujui Untuk Disidangkan Dalam
Program Studi Diploma III Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juli 2025
Menyetujui,
Pembimbing

K. Dewi Budiarti, M.Kep

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. J DENGAN POST
TRANSVAGINAL HISTEREKTOMI POD 0 ATAS INDIKASI
PROLAPS UTERI DI RUANGAN AGATE BAWAH RSUD Dr.
SLAMET GARUT**

NAMA : YETI SINTIASARI

NIM : KHGA21134

Karya Tulis Ini Telah Disidangkan Dan Dipertanggungjawabkan di
Tim Penguji Program Studi DIII Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut
Garut, Juli 2025

Penguji I

Penguji II

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

Eti Suliyawati, S.Kep., M.Si.,

Mengetahui,
Ketua Prodi DIII Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Mengesahkan,
Pembimbing
Karya Tulis Ilmiah

K. Dewi Budiarti, M.Kep

K. Dewi Budiarti, M.Kep

ABSTRAK

IV BAB + 126 Halaman + 22 Tabel + 1 Bagan + 7 Lampiran

Penulisan karya tulis ilmiah ini dilatarbelakangi oleh kejadian *Post Transvaginal Histerektomi* di Indonesia sebesar 13-37%. Transvaginal histerektomi sangat berdampak pada kesehatan dan kualitas hidup pasien, termasuk perubahan hormonal, fisik, dan emosional. Dampak post op yang mungkin terjadi antara lain: nyeri, infeksi, perdarahan, fistula vesikovagina, prolaps organ, dan inkontinensia urine. Selain itu, histerektomi juga bisa menyebabkan perubahan dalam hubungan seksual, perubahan hormon (terutama jika ovarium juga diangkat), dan dampak psikologis seperti cemas, depresi, atau perubahan citra tubuh. Tujuan penulisan karya tulis ilmiah ini agar penulis mampu melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif terhadap Ny. J pada hari pertama pasca operasi *Transvaginal Histerektomi* (POD 0) akibat prolaps uteri, yang dirawat diruang agate bawah RSUD Dr. Slamet Garut. Metode penulisan yang digunakan adalah metode deskriptif dalam bentuk studi kasus dengan teknik pengumpulan data melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik maupun laboratorium, data objektif maupun data subjektif dan studi kepustakaan. Hasil studi kasus menunjukkan bahwa setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, terjadi penurunan intensitas nyeri, penurunan suhu tubuh, peningkatan mobilitas fisik, peningkatan kualitas tidur dan tingkat infeksi menurun. Evaluasi menunjukkan bahwa dari kelima diagnosa hanya 4 masalah yang teratasi sedangkan resiko infeksi teratasi sebagian. Kesimpulan dari karya tulis ini adalah pentingnya pemberian asuhan keperawatan secara holistic dan berkesinambungan pada pasien post transvaginal histerektomi atas indikasi prolaps uteri, terutama dalam penanganan masalah nyeri akut dan gangguan pola tidur yang efektif dalam mendukung pemulihan pasien post transvaginal histerektomi.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Histerektomi, Prolaps Uteri

Daftar Pustaka 24 Sumber (2015-2025)

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, segala puji dan Syukur penulis panjatkan kehadirat Alloh SWT yang telah memberikan Rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan karya tulis ilmiah yang berjudul **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. J DENGAN POST TRANSVAGINAL HISTEREKTOMI POD 0 ATAS INDIKASI PROLAPS UTERI DIRUANGAN AGATE BAWAH RSUD Dr. SLAMET GARUT”**.

Karya tulis ini disusun dan diajukan untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan Program Studi DIII Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut.

Dalam penyusunan karya tulis ini, penulis mendapatkan banyak pengarahan, bimbingan dan dorongan dari berbagai pihak yang membantu dalam kelancaran penulisan karya tulis ini. Oleh karena itu, dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih sebesar-besarnya kepada:

1. Bapak Dr. Hadiat, M.A, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani.
2. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes., selaku Ketua STIKES Karsa Husada Garut.
3. Ibu K. Dewi Budiarti, M.Kep., selaku Ketua Prodi DIII Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut dan juga selaku pembimbing dalam

penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini telah memberikan dukungan, serta arahan kepada penulis dengan tulus dan Ikhlas.

4. Ibu eva daniati, S.Kep., Ners., M.pd., Selaku Penguji I yang telah berkenan menguji saya dan sudah memberikan kritik dan saran guna Karya Tulis Ilmiah ini menjadi lebih baik.
5. Ibu eti suliyawati, S.Kep., M.Si., Selaku Penguji II yang telah berkenan menguji saya dan sudah memberikan kritik dan saran guna Karya Tulis Ilmiah ini menjadi lebih baik.
6. Seluruh dosen beserta staff Program Studi DIII Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut yang telah memberikan ilmu serta mendidik penulis selama mengikuti perkuliahan.
7. Kepala ruangan, CI pembimbing beserta staff diruang Agate Bawah yang telah memberikan kemudahan, kesempatan, dan izinnya kepada penulis untuk menerapkan Proses Asuhan Keperawatan kepada Ny. J diruang Agate Bawah RSUD Dr. Slamet Garut.
8. Kepada Ny. J selaku klien atas kerjasamanya dengan penulis dalam melaksanakan asuhan keperawatannya.
9. Untuk Cinta pertama dan panutanku, Bapak Uyu Wahyudin. Beliau adalah sosok yang selalu pantang menyerah yang selalu memotivasi penulis untuk tetap maju, semangat, dan pantang menyerah sehingga penulis dapat menyelesaikan studinya di STIKes Karsa Husada Garut.
10. Untuk Pintu surgaku, Ibu Neng Dewi. Terimakasih sebesar-besarnya penulis berikan kepada beliau atas segala bantuan, semangat, dan doa yang

diberikan selama ini. Terimakasih atas nasihat yang diberikan meski pikiran kita sering tidak sejalan, terimakasih atas kesabaran dan kebesaran hati menghadapi penulis yang keras kepala. Terimakasih karna selalu ada dan selalu menerima penulis dalam segala situasi. Mah, maaf dan terimakasih untuk semuanya.

11. Untuk Adikku Jeandra Ahmad Alfaqih yang selalu memberikan senyum yang bisa memotivasi penulis untuk tetap bertahan dan menyelesaikan Pendidikan. Kamu penguat sekaligus sosok kecil yang selalu jadi pengingat akan kerasnya hidup ini.
12. Kepada seseorang yang tidak kalah penting kehadirannya. Defran Tubagus Terimakasih telah menjadi bagian dari perjalanan hidup penulis. Yang telah menjadi rumah, pendamping dalam segala hal yang menemani, mendukung, memotivasi dan menghibur dalam kesedihan, mendengarkan segala keluh kesah dan memberikan semangat. Semoga semua yang telah kamu luangkan untukku diganti dengan yang lebih oleh Allah SWT.
13. Terimakasih kepada sahabat-sahabat penulis terutama Natalia Ruhaeni, Imelda Puspitasari Marlina, Ananta Levia Ariyadi, Deuis Fatmawati dan Rianti yang selalu memberikan dukungan satu sama lain.
14. Teman seperjuangan kelas C Prodi DIII Keperawatan yang telah banyak memberikan motivasi dan dukungan satu sama lain, solidaritasnya, semangat dan kerjasamanya.

15. Dan semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu, namun telah begitu banyak memberikan bantuan, motivasi, dan dukungan selama penyusunan karya tulis ini.

16. Dan yang terakhir, kepada diri saya sendiri, Yeti Sintiasari. Terimakasih sudah bertahan sampai sejauh ini. Terimakasih tetap memilih berusaha dan merayakan dirimu sendiri sampai di titik ini, walau sering kali merasa putus asa atas apa yang diusahakan tetapi belum berhasil, namun terimakasih karena memutuskan untuk tidak menyerah sesulit apapun proses penyusunan karya tulis ini dan telah menyelesaikan sebaik dan semaksimal mungkin, ini merupakan pencapaian yang patut dirayakan untuk diri sendiri. Tetap semangat yettt jangan menyerah apapun itu pasti bisa terlewati.

Tidak ada imbalan yang dapat penulis berikan sebagai pengganti jasa dan ketulusannya, hanyalah doa yang tulus, mudah-mudahan segala bantuan yang telah diberikan menjadi ibadah dan mendapatkan balasan yang setimpal dari Alloh SWT. Penulis menyadari dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini masih jauh dari kata kesempurnaan, untuk itu dengan tangan terbuka penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun untuk penyusunan karya tulis ini di masa yang akan datang.

Garut, Juli 2025

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN

LEMBAR PENGESAHAN

ABSTRAK

KATA PENGANTAR i

DAFTAR ISI v

DAFTAR TABEL vii

DAFTAR BAGAN viii

DAFTAR LAMPIRAN ix

BAB 1 PENDAHULUAN 1

A. Latar Belakang 1

B. Tujuan Penulisan 5

C. Metode Penulisan 6

D. Sistematika Penulisan 7

BAB II TINJAUAN TEORI 9

A. Konsep Dasar Prolaps Uteri 9

1. Definisi Prolaps Uteri 9

2. Klasifikasi Prolaps Uteri 10

3. Etiologi Prolaps Uteri 11

4. Manifestasi Klinis Prolaps Uteri 11

5. Patofisiologi Prolaps Uteri 13

6. Faktor Resiko Prolaps Uteri 14

7. Pemeriksaan Penunjang Prolaps Uteri 14

8. Penatalaksanaan Prolaps Uteri 16

9. Komplikasi Prolaps Uteri 21

B. Konsep Dasar Histerektomi 23

1. Definisi Histerektomi 23

2. Etiologi Histerektomi 24

3. Indikasi Dan Kontra Indikasi 24

4. Jenis Operasi Histerektomi	25
5. Pathway Post Histerektomi	27
6. Pemeriksaan Diagnostik	28
7. Teknik Operasi Histerektomi	28
8. Komplikasi Histerektomi	30
9. Keunggulan Menggunakan Transvaginal Histerektomi	32
10. Dampak Post Histerektomi Terhadap Kebutuhan Dasar Manusia (KDM).....	33
C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan	36
1. Pengkajian	36
2. Diagnosa Yang Mungkin Muncul	49
3. Intervensi Keperawatan	49
4. Implementasi Keperawatan	60
5. Evaluasi Keperawatan	61
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN	62
A. Tinjauan Kasus	62
1. Pengkajian	62
2. Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas	74
3. Intervensi, Implementasi Dan Evaluasi Keperawatan	77
4. Catatan Perkembangan	89
B. Pembahasan	96
1. Tahap Pengkajian	96
2. Diagnosa Keperawatan	98
3. Perencanaan	102
4. Pelaksanaan	107
5. Evaluasi	109
BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI	112
A. Kesimpulan	112
B. Rekomendasi	113
DAFTAR PUSTAKA	115
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Gambaran 10 Frekuensi Masalah Pada Sistem Reproduksi di RSUD Dr. Slamet Garut Dari Bulan Januari Sampai April Tahun 2025	2
Tabel 2.1 Klasifikasi Prolaps Uteri	10
Tabel 2.2 Faktor Resiko Prolaps Uteri	14
Tabel 2.3 Jenis-Jenis Pesarium	17
Tabel 2.4 Analisa Data	45
Tabel 2.5 Intervensi Keperawatan Nyeri Akut	50
Tabel 2.6 Intervensi Keperawatan Hipertermi	52
Tabel 2.7 Intervensi Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik	53
Tabel 2.8 Intervensi Keperawatan Gangguan Pola Tidur	54
Tabel 2.9 Intervensi Keperawatan Gangguan Integritas Kulit/Jaringan	56
Tabel 2.10 Intervensi Keperawatan Disfungsi Seksual	57
Tabel 2.11 Intervensi Keperawatan Gangguan Citra Tubuh	58
Tabel 2.12 Intervensi Keperawatan Risiko Infeksi	60
Tabel 3.1 Riwayat Kehamilan, Persalinan Dan Nifas Yang Lalu	65
Tabel 3.2 Aktivitas Sehari-hari (ADL)	65
Tabel 3.3 Pemeriksaan Laboratorium	72
Tabel 3.4 Pengobatan	72
Tabel 3.5 Analisa Data	73
Tabel 3.6 Intervensi, Implementasi Dan Evaluasi Keperawatan	77
Tabel 3.7 Catatan Perkembangan Hari Ke-1	89
Tabel 3.8 Catatan Perkembangan Hari Ke-2	92
Tabel 3.9 Catatan Perkembangan Hari Ke-3	94

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway Post Histerektomi	27
---	----

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran I Satuan Acara Penyuluhan Mobilisasi Dini
- Lampiran II Satuan Acara Penyuluhan Manajemen Nyeri
- Lampiran III Leaflet Mobilisasi Dini
- Lampiran IV Leaflet Manajemen Nyeri
- Lampiran V Lembar Bimbingan
- Lampiran VI Dokumentasi Home Visit
- Lampiran VII Daftar Riwayat Hidup

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Gangguan reproduksi adalah kegagalan wanita dalam manajemen kesehatan reproduksi. Masalah kesehatan pada wanita meliputi infeksi, keganasan, masalah struktur dan lain-lain. Macam-macam gangguan reproduksi secara umum yaitu gangguan menstruasi, kista ovarium, ca serviks, mioma uteri, PUA (Perdarahan Uterus Abnormal), molahydatidosa dan prolaps uteri (Essawibawa, 2021).

Prolaps uteri merupakan salah satu bentuk prolaps organ panggul dan merupakan suatu kondisi jatuh atau tergelincirnya uterus (rahim) ke dalam atau keluar melalui vagina sebagai akibat dari kegagalan ligament dan fasial yang dalam keadaan normal menyangganya. prolaps organ panggul merupakan masalah kesehatan yang umum terjadi dan mengenai hingga 40% wanita yang telah melahirkan dan berusia di atas 50 tahun. Prolaps uteri menempati urutan kedua tersering setelah *cystourethrocele (bladder and urethral prolapse)* (Herdianti, 2019).

Frekuensi prolaps genetalia di beberapa Negara berlainan, seperti dilaporkan di klinik *d'Gynecologie et Obstetrique* Ganeva insidensinya 5,7% dan pada periode yang sama di hamburg 5,4%, roma 6,7%. Di laporkan di mesir, india dan jepang kejadiannya tertinggi, sedangkan pada orang negro

amerika dan Indonesia kurang (Attong, 2020). Di Indonesia prolapsus genetalis lebih sering dijumpai pada wanita yang telah melahirkan, wanita tua, dan wanita dengan pekerjaan berat. Frekuensi prolaps di Indonesia hanya 1,5% Jarang sekali prolapsus uteri dapat ditemukan pada seorang nullipara. Prolaps uteri lebih berpengaruh pada perempuan di negara-negara berkembang yang perkawinannya pada usia muda (Wiknjosatro & Hanifa, 2020).

Berdasarkan data dari RSUD Dr. Slamet Garut dari bulan januari sampai bulan april tahun 2025, didapatkan data pasien dengan Sisa Plasenta 54 kasus (41%), PUA (Perdarahan Uterus Abnormal) 34 kasus (21%), Infeksi Luka Operasi 18 kasus (18%), Mioma Uteri 14 kasus (14%), Ca Serviks 13 kasus (13%), Kista Ovarium 12 kasus (12%), Prolaps Uteri 9 kasus (9%), Post Partum dengan Anemia 5 kasus (5%), Molahydatidosa 3 kasus (3%), Menoregia 1 kasus (1%).

Tabel 1.1
Gambaran 10 Frekuensi Masalah pada Sistem Reproduksi di RSUD Dr. Slamet Garut Dari Bulan Januari Sampai April Tahun 2025

No	Penyakit	Jumlah	Persentasi
1.	Sisa plasenta	54	41%
2.	PUA (Pendarahan Abnormal Uterus)	34	21%
3.	Infeksi luka operasi	18	18%
4.	Mioma uteri	14	14%
5.	Ca serviks	13	13%
6.	Kista ovarium	12	12%
7.	Prolaps uteri	9	9%
8.	Post partum dengan anemia	5	5%
9.	Molahydatidosa	3	3%
10.	Menoregia	1	1%
Jumlah		163	100%

Sumber : Data Register RSUD Dr. Slamet Garut, 2025

Banyak faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian prolaps uteri diantaranya umur, paritas, dan kadar Hb. Pada Wanita yang berumur diatas 35 tahun akan memiliki resiko yang lebih besar untuk mengalami prolaps uteri. Pada wanita dengan riwayat anemia risiko prolaps uteri akan meningkat (Hakim, 2023).

Terdapat beberapa jenis penatalaksanaan pada prolaps uteri dan tergantung pada tingkat keparahan prolaps itu sendiri. Diantaranya mengobservasi derajat prolaps uteri, terapi konservatif seperti latihan otot dasar panggul (senam kegel), pemasangan pesarium dan jalan terakhir untuk prolaps uteri adalah operasi. Ada beberapa jenis operasi yaitu ventrofikasi, kolpokleisis (kolpektomi), operasi Manchester dan transvaginal histerektomi (Wiknjosastro & Hanifa dkk, 2020).

Transvaginal Histerektomi adalah tindakan bedah untuk mengangkat rahim melalui vagina. Prosedur ini dilakukan tanpa membuat sayatan di perut, sehingga biasanya memiliki waktu pemulihan yang lebih singkat dan nyeri yang lebih sedikit dibandingkan dengan histerektomi abdominal (melalui sayatan di perut). Terdapat beberapa jenis histerektomi, seperti histerektomi total (pengangkatan rahim dan leher rahim) dan histerektomi subtotals (pengangkatan rahim saja) (Lynn, 2024).

Jumlah histerektomi di luar negeri, khususnya di Amerika Serikat, diperkirakan sekitar 600.000 setiap tahun. Ini berarti sekitar satu rahim diangkat setiap menitnya. Sebagian besar histerektomi dilakukan pada wanita

berusia 40 hingga 50 tahun. Di India, prevalensi histerektomi pada wanita berusia 15-49 tahun adalah 3% dengan tingkat terendah di beberapa wilayah tertentu. Karena data spesifik tentang histerektomi transvaginal di Indonesia sulit ditemukan, sulit untuk memberikan angka yang akurat tentang jumlah pasien yang menjalani prosedur ini. Prevalensi yang lebih umum, yaitu sekitar 13-37%, mungkin mencakup semua jenis histerektomi, termasuk histerektomi transvaginal (Manuaba, 2020).

Histerektomi transvaginal pasca operasi (post op) dapat berdampak pada kesehatan dan kualitas hidup pasien, termasuk perubahan hormonal, fisik, dan emosional. Dampak post op yang mungkin terjadi antara lain: nyeri, infeksi, perdarahan, fistula vesikovagina, prolaps organ, dan inkontinensia urine. Selain itu, histerektomi juga bisa menyebabkan perubahan dalam hubungan seksual, perubahan hormon (terutama jika ovarium juga diangkat), dan dampak psikologis seperti cemas, depresi, atau perubahan citra tubuh (Alimul, H, 2019).

Berdasarkan data yang diperoleh dengan melihat fenomena diatas, maka penulis tertarik untuk mengambil judul **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. J DENGAN POST TRANSVAGINAL HISTEREKTOMI POD 0 ATAS INDIKASI PROLAPS UTERI DI RUANG AGATE BAWAH RSUD Dr. SLAMET GARUT”**.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Penulis mampu melakukan asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif meliputi aspek biologis, psikologis, sosial, dan spiritual dengan pendekatan proses keperawatan dan mendokumentasikan dalam bentuk laporan studi kasus.

2. Tujuan Khusus

- a. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Ny. J dengan Post Transvaginal Histerektomi POD 0 Atas Indikasi Prolaps Uteri di Ruang Agate Bawah RSUD Dr. Slamet.
- b. Penulis mampu menentukan diagnosa keperawatan pada Ny. J dengan Post Transvaginal Histerektomi POD 0 Atas Indikasi Prolaps Uteri di Ruang Agate Bawah RSUD Dr. Slamet.
- c. Penulis mampu menentukan intervensi keperawatan pada Ny. J dengan Post Transvaginal Histerektomi POD 0 Atas Indikasi Prolaps Uteri di Ruang Agate Bawah RSUD Dr. Slamet.
- d. Penulis mampu melakukan implementasi keperawatan pada Ny. J dengan Post Transvaginal Histerektomi POD 0 Atas Indikasi Prolaps Uteri di Ruang Agate Bawah RSUD Dr. Slamet.
- e. Penulis mampu melakukan evaluasi keperawatan pada Ny. J dengan Post Transvaginal Histerektomi POD 0 Atas Indikasi Prolaps Uteri di Ruang Agate Bawah RSUD Dr. Slamet.

- f. Penulis mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Ny. J dengan Post Transvaginal Histerektomi POD 0 Atas Indikasi Prolaps Uteri di Ruang Agate Bawah RSUD Dr. Slamet.

C. Metode Penulisan

1. Metode Deskriptif

Metode deskriptif adalah metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala waktu sekarang yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan Langkah-langkah pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi.

2. Teknik Pengumpulan Data

a. Wawancara

Data yang diambil melalui percakapan baik dengan klien, keluarga maupun tim Kesehatan lainnya.

b. Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan pada klien.

c. Pemeriksaan

Pemeriksaan meliputi fisik dan laboratorium yang dapat menunjang diagnosa dan pengamatan.

3. Sumber Data

a. Data Primer

adalah data yang diperoleh dari klien.

b. Data Sekunder

adalah data yang diperoleh dari keluarga, klien atau orang terdekat klien, catatan medis, perawat dan hasil pemeriksaan lainnya.

4. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan Adalah mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul studi kasus dan masalah yang dibahas.

5. Partisipasi Aktif

Partisipasi adalah partisipasi dari pasien dan keluarga yang memberikan informasi terkait keadaan pasien dan ikut bekerja sama saat dilakukannya asuhan keperawatan.

D. Sistematika Penulisan

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan pembimbing, pengesahan, abstrak, kata pengantar, dan daftar isi.
2. Bagian inti terdiri dari 4 BAB yang masing-masing BAB terdiri dari sub BAB berikut ini:

BAB I : Pendahuluan, berisi latar belakang, rumusan masalah, tujuan umum dan khusus, metode dan sistematika penulisan.

BAB II : Tinjauan teoritis, berisi tentang konsep dasar prolaps uteri, serta proses keperawatan maternitas.

BAB III : Tinjauan kasus, berisi tentang deskripsi data hasil pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, evaluasi

dan pembahasan tentang perbandingan antar teori dengan kenyataan yang ada di lapangan.

BAB IV : Penutup, berisi tentang kesimpulan dan saran.

Bagian akhir terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Prolaps Uteri

1. Definisi Prolaps Uteri

Prolaps uteri adalah suatu kondisi jatuh atau tergelincirnya uterus ke dalam atau keluar melalui vagina. Hal tersebut dikarenakan dukungan yang tidak adekuat dari ligamentum kardinal dan uterosakral serta struktur penyangga pelvis mengalami kerusakan dan kadang-kadang organ pelvis yang lain juga ikut turun (Junizaf, 2019). Prolapsus uteri adalah turunnya uterus dari tempat biasa, oleh karena kelemahan otot atau fascia yang dalam keadaan normal menyokongnya atau turunnya uterus melalui dasar panggul atau hiatus genitalis akan jadi longgar dan organ pelvis akan turun ke dalamnya (Wiknjosastro & Hanifa, 2020).

Prolaps uteri adalah terbaliknya dan melipatnya uterus demikian rupa sehingga lapisan endometriumnya dapat tampak sampai di luar perineum atau dunia luar atau keadaan terbaliknya sebagian atau seluruh fundus uteri (masuk) ke dalam kavum uteri (Manuaba, 2020). Prolaps uteri adalah turunnya uterus dari tempat yang biasa oleh karena kelemahan otot atau fascia yang dalam keadaan normal menyokongnya atau keadaan yang terjadi akibat otot penyangga uterus menjadi kendur. Sehingga uterus akan turun atau bergeser ke bawah dan dapat menonjol keluar dari vagina (Siswadi, 2015).

Jadi dari seluruh pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa prolaps uteri adalah turun, terbalik atau tergelincirnya uterus ke dalam atau keluar karena kelemahan otot atau fasial yang dalam keadaan normal menyokongnya. Biasanya keadaan ini terjadi karena kelemahan organ panggul sehingga menjadi kendur dan menyebabkan uterus turun bahkan sampai menonjol keluar vagina. Tidak hanya itu terkadang organ pelvis yang lainnya juga bisa ikut turun.

2. Klasifikasi Prolaps Uteri

Menurut Siswandi, 2015 mengemukakan klasifikasi dari prolaps uteri yaitu sebagai berikut:

Tabel 2.1
Klasifikasi Prolaps Uteri

Derajat 0	Tidak terlihat adanya prolaps
Derajat I	Bagian distal dari prolaps >1 cm di atas himen (bagian yang paling jauh dari prolaps (tonjolan jaringan) telah turun 1 cm dari vagina namun belum mencapai selaput dara)
Derajat II	Bagian yang paling distal dari prolaps <1 cm di bawah lingkaran himen (bagian paling bawah dari prolaps tersebut menonjol keluar dari pembukaan vagina, tetapi masih terukur kurang lebih 1 cm dari tepi bawah lingkaran selaput dara)
Derajat III	Bagian yang paling distal dari prolaps >1 cm di bawah himen, namun kurang dari TVL (Total Vagina Length)-2 cm (bagian yang paling bawah dari prolaps kurang dari 1 cm di bawah selaput dara, namun penonjulan tidak lebih dari 2 cm)
Derajat IV	Eversi komplut total Panjang tractus genetalia bawah. Bagian distal prolaps uteri menurun sampai (TVL-2 cm) (kondisi prolaps uteri/turunnya Rahim yang berat, Dimana Rahim turun hingga titik paling bawah di vagina (TVL-2 cm) dan menyebabkan eversi (penyebab terbalik) total bagian paling bawah dari vagina)

Sumber : Siswandi, 2015

3. Etiologi Prolaps Uteri

Menurut Siswadi, 2015 etiologi prolaps uteri adalah :

- a. Dasar panggul yang lemah, karena kerusakan dasar panggul pada persalinan yang terlampau sering dengan penyulit seperti ruptura perineum atau karena usia lanjut.
- b. Tarikan pada janin pada pembukaan yang belum lengkap.
- c. Ekspresi yang berlebihan pada saat mengeluarkan plasenta.
- d. Asites, tumor-tumor di daerah pelvis, batuk yang kronis dan pengejan (obslipasi atau striktura pada traktus urinarius).
- e. Relinakulum uteri yang lemah (asteni atau kelainan congenital berupa kelemahan jaringan penyokong uterus yang sering pada multipara.
- f. Lanjut usia dan menopause.
- g. Riwayat persalinan tinggi.

4. Manifestasi Klinis Prolaps Uteri

Gejala dan tanda-tanda sangat berbeda dan bersifat individual. Kadang kala penderita yang satu dengan prolaps uteri yang cukup berat tidak mempunyai keluhan apapun, sebaliknya penderita lain dengan prolaps ringan mempunyai banyak keluhan.

Keluhan-keluhan yang hampir selalu dijumpai menurut Hakimi, 2019 yaitu sebagai berikut :

- a. Perasaan adanya suatu benda yang mengganjal atau menonjol di genetalia eksterna.

- b. Rasa sakit di pinggul dan pinggang (*Backache*). Biasanya jika penderita berbaring, keluhan menghilang atau menjadi kurang.
- c. Sistokel dapat menyebabkan gejala-gejala :
 - 1) Miksi sering dan sedikit-sedikit. Mula-mula pada siang hari, kemudian lebih berat juga pada malam hari.
 - 2) Perasaan seperti kandung kencing tidak dapat dikosongkan seluruhnya.
 - 3) Stress inkontinensia yaitu tidak dapat menahan kencing jika batuk, mengejan. Kadang-kadang dapat terjadi retensio urine pada sistokel yang besar sekali.
- d. Retokel dapat menjadi gangguan pada defekasi : Obstipasi karena feces berkumpul dalam rongga retrokel. Baru dapat defekasi setelah diadakan tekanan pada retrokel dan vagina.
- e. Prolapsus uteri dapat menyebabkan gejala sebagai berikut :
 - 1) Pengeluaran serviks uteri dari vulva mengganggu penderita waktu berjalan dan bekerja. Gesekan portio uteri oleh celana menimbulkan lecet sampai luka dan dekubitus pada portio uteri.
 - 2) Lekores karena kongesti pembuluh darah di daerah serviks dan karena infeksi serta luka pada portio uteri.
- f. Enterokel dapat menyebabkan perasaan berat di rongga panggul dan rasa penuh di vagina.

5. Patofisiologi Prolaps Uteri

Penyangga organ panggul merupakan interaksi yang kompleks antara otot-otot dasar panggul, jaringan ikat dasar panggul, dan dinding vagina. Interaksi tersebut memberikan dukungan dan mempertahankan fungsi fisiologis organ-organ panggul. Apabila otot levator ani memiliki kekuatan normal dan vagina memiliki kedalaman yang adekuat, bagian atas vagina terletak dalam posisi yang hampir horizontal ketika perempuan dalam posisi berdiri (Wiknjosastro & Hanifa, 2020).

Posisi tersebut membentuk sebuah "*flap-valve*" (tutup katup) yang merupakan efek dari bagian atas vagina yang menekan levator plate selama terjadi peningkatan tekanan intra abdomen. Teori tersebut mengatakan bahwa ketika otot levator ani kehilangan kekuatan, vagina jatuh dari posisi horizontal menjadi semi vertical sehingga menyebabkan melebar atau terbukanya hiatus genital dan menjadi predisposisi prolapsus organ panggul. Dukungan yang tidak adekuat dari otot levator ani dan fascia organ panggul yang mengalami peregangan menyebabkan terjadi kegagalan dalam menyangga organ panggul (Siswadi, 2015).

Mekanisme terjadinya prolapsus uteri disebabkan oleh kerusakan pada struktur penyangga uterus dan vagina, termasuk ligamentum uterosakral, komplek ligamentum kardinal dan jaringan ikat membran urogenital. Faktor obstetri, dan non-obstetri yang telah disebutkan di awal diduga terlibat dalam terjadinya kerusakan struktur penyangga tersebut sehingga terjadi kegagalan dalam menyangga uterus dan organ-organ

panggul lainnya. Meskipun beberapa mekanisme telah dihipotesiskan sebagai kontributor dalam perkembangan prolapsus, namun tidak sepenuhnya menjelaskan bagaimana proses itu terjadi (Manuaba, 2020).

6. Faktor Resiko Prolaps Uteri

Pada studi epidemiologi menunjukkan bahwa faktor risiko utama penyebab prolaps uteri adalah persalinan pervaginam dan penuaan. Para peneliti menyetujui bahwa etiologi prolaps organ panggul adalah multifaktorial dan berkembang secara bertahap dalam rentang waktu tahun. Terdapat berbagai macam faktor risiko yang mempengaruhi terjadinya prolaps dan dikelompokkan menjadi faktor obstetri dan faktor non- obstetri (Manuaba, 2020).

Tabel 2.2
Faktor Resiko Prolaps Uteri

Faktor Obstetri	Faktor Non Obstetri
1. Paritas	1. Genetik
2. Persalinan Pervaginam	2. Usia
3. Perpanjang kala 2 persalinan (>2 jam)	3. Ras
4. Makrosomia (Berat Badan Lahir ≥ 4000 gram)	4. Menopause
5. Persalinan dengan Tindakan (Riwayat persalinan dengan atau ekstraksi vakum)	5. Peningkatan PMI (Obesitas)
	6. Peningkatan tekanan intra abdomen
	7. Kelainan jaringan ikat
	8. Merokok

Sumber : Manuaba, 2020

7. Pemeriksaan Penunjang Prolaps Uteri

Menurut Lynn, 2024 dan Siswandi, 2015 terdapat beberapa pemeriksaan penunjang untuk prolaps uteri yaitu sebagai berikut :

- a. Penderita pada posisi jongkok diminta untuk mengejan dan ditemukan dengan pemeriksaan jari, apakah portio pada normal atau portio sampai introitus vagina atau apakah serviks uteri sudah keluar dari vagina.
- b. Penderita berbaring pada posisi litotomi, ditentukan pula panjangnya serviks uteri. Serviks uteri yang lebih panjang dari biasanya dinamakan *Elongasio kolli*.
- c. Pada sistokel dijumpai di dinding vagina depan benjolan kistik lembek dan tidak nyeri tekan. Benjolan ini bertambah besar jika penderita mengejan. Jika dimasukkan kedalam kandung kencing kateter logam, kateter itu diarahkan kedalam sitokel, dapat diraba kateter tersebut dekat sekali pada dinding vagina. Uretrokel letaknya lebih kebawah dari sistokel.
- d. Urin residu pasca berkemih

Kemampuan pengosongan kandung kemih perlu dinilai dengan mengukur volume berkemih pada saat pasien merasakan kandung kemih yang penuh, kemudian diikuti dengan pengukuran volume residu urin pasca berkemih dengan kateterisasi atau ultrasonografi.
- e. Skrining infeksi saluran kemih.
- f. Pemeriksaan urodinamik apabila dianggap perlu.
- g. Pemeriksaan Ultrasonografi terdapat 2 jenis pemeriksaan yaitu yang pertama ada ultrasonografi dasar panggul dinilai sebagai modalitas yang relatif mudah dikerjakan, cost-effective, banyak tersedia dan

memberikan informasi real time. Dan yang kedua pencitraan dapat mempermudah memeriksa pasien secara klinis. Namun belum ditemukan manfaat secara klinis penggunaan pencitraan dasar panggul pada kasus POP.

8. Penatalaksanaan Prolaps Uteri

a. Observasi

Derajat luasnya prolapsus tidak berhubungan dengan gejala. Apabila telah menderita prolapsus, mempertahankan tetap dalam stadium I merupakan pilihan yang tepat. Observasi direkomendasikan pada wanita dengan prolapsus derajat rendah (derajat 1 dan derajat 2, khususnya untuk penurunan yang masih di atas himen). Memeriksa diri secara berkala perlu dilakukan untuk mencari perkembangan gejala baru atau gangguan, seperti gangguan dalam berkemih atau buang air besar, dan erosi vagina (Junizaf, 2019).

b. Konservatif

Pilihan penatalaksanaan non-bedah perlu didiskusikan dengan semua wanita yang mengalami prolapsus. Terapi konservatif yang dapat dilakukan, diantaranya:

1) Latihan otot dasar panggul

Latihan otot dasar panggul (senam Kegel) sangat berguna pada prolapsus ringan, terutama yang terjadi pada pasca persalinan yang belum lebih dari enam bulan. Tujuannya untuk menguatkan otot-otot dasar panggul dan otot-otot yang mempengaruhi miksi.

Namun pada penelitian yang dilakukan oleh *Cochrane review of conservative management prolapsus uteri* menyimpulkan bahwa latihan otot dasar panggul tidak ada bukti ilmiah yang mendukung. Cara melakukan latihan yaitu, penderita disuruh menguncupkan anus dan jaringan dasar panggul seperti setelah selesai buang air besar atau penderita disuruh membayangkan seolah-olah sedang mengeluarkan buang air kecil dan tiba-tiba menghentikannya (Manuaba, 2020).

2) Pemasangan pesarium

Pesarium dapat dipasang pada hampir seluruh wanita dengan prolaps tanpa melihat stadium ataupun lokasi dari prolaps. Pesarium digunakan oleh 75%-77% ahli ginekologi sebagai penatalaksanaan dini pertama prolaps. Alat ini tersedia dalam berbagai bentuk dan ukuran, serta mempunyai indikasi tertentu (Essawibawa, 2021).

Tabel 2.3
Jenis-Jenis Pesarium

Tipe	Mekanisme kerja	Indikasi	Keterangan
Ring	Suportif	Sistokel, prolaps uteri ringan	Ketebalan, ukuran, dan rigiditas bervariasi
Donat	Suportif	Semua prolaps kecuali defek posterior berat	-
Lever	Suportif	Sistokel, penurunan uterus ringan	Mengikuti kurvatura vagina
Dish	Suportif	Prodensia berat	-

Tipe	Mekanisme Kerja	Indikasi	Keterangan
Stem	Suportif	Sistokel, prosidensia ringan	-
Cube	Mengisi ruang	Semua prolaps	Perlu dilepaskan setiap hari
Inflatable	Mengisi ruang	Semua prolaps	Perlu dilepaskan setiap hari

Sumber : Essawibawa, 2021

Pesarium dapat dipakai bertahun-tahun, tetapi harus diawasi secara teratur. Penempatan pesarium bila tidak tepat atau bila ukurannya terlalu besar dapat menyebabkan iritasi atau perlukaan pada mukosa vagina. Sehingga dapat menyebabkan ulserasi dan perdarahan (Essawibawa, 2021).

3) Operatif

Operasi pada prolaps uteri tergantung dari beberapa faktor, seperti umur penderita, masih berkeinginan untuk mendapatkan anak atau mempertahankan uterus, tingkat prolaps uteri, dan adanya keluhan. Prolaps uteri biasanya disertai dengan prolaps vagina. Maka, jika dilakukan pembedahan untuk prolaps uteri, prolaps vagina juga perlu ditangani. Di Inggris dan Wales pada tahun 2019-2020, 22.274 operasi dilakukan untuk prolaps vagina. Beberapa literatur melaporkan bahwa dari operasi prolaps uteri, disertai dengan perbaikan prolaps vagina pada waktu yang sama. Macam-macam operasi untuk prolaps uteri sebagai berikut (Wiknjosastro & Hanifa, 2020) :

a) Ventrofikasi

Dilakukan pada wanita yang masih tergolong muda dan masih menginginkan anak. Cara melakukannya adalah dengan memendekkan ligamentum rotundum atau mengikat ligamentum rotundum ke dinding perut atau dengan cara operasi Purandare/membuat uterus ventrofiksasi (Wiknjosastro & Hanifa, 2020).

b) Operasi Manchester

Operasi ini disarankan untuk penderita prolaps yang masih muda, tetapi biasanya dilakukan amputasi serviks uteri, dan penjahitan ligamentum kardinal yang telah dipotong, di depan serviks dilakukan pula kolporafi anterior dan kolpoperineoplastik. Amputasi serviks dilakukan untuk memperpendek serviks yang memanjang (elongasio koli). Tindakan ini dapat menyebabkan infertilitas, partus prematurus, abortus. Bagian yang penting dari operasi Manchester ialah penjahitan ligamentum kardinal di depan serviks karena dengan tindakan ini ligamentum kardinal diperpendek, sehingga uterus akan terletak dalam posisi anteversifleksi, dan turunnya uterus dapat dicegah (Hakimi, 2019).

c) Histerektomi Vagina

Operasi ini tepat dilakukan pada prolaps uteri tingkat lanjut (derajat III dan IV) dengan gejala pada saluran

pencernaan dan pada wanita yang telah menopause. Setelah uterus diangkat, puncak vagina digantungkan pada ligamentum rotundum kanan dan kiri atas pada ligamentum infundibulo pelvikum, kemudian operasi akan dilanjutkan dengan kolporafi anterior dan kolpoperineorafi untuk mengurangi atau menghilangkan gejala saluran pencernaan seperti, sembelit, inkontinensia flatus, urgensi tinja, kesulitan dalam mengosongkan rektum atau gejala yang berhubungan dengan gangguan buang air besar dan untuk mencegah prolaps vagina dikemudian hari. Histerektomi vagina lebih disukai oleh wanita menopause yang aktif secara seksual. Di Netherlands, histerektomi vaginal saat ini merupakan metode pengobatan terkemuka untuk pasien prolaps uteri simptomatik (Lynn, 2024).

d) Kolpopleksis (kolpektomi)

Tindakan ini merupakan pilihan bagi wanita yang tidak menginginkan fungsi vagina (aktivitas seksual dan memiliki anak) dan memiliki risiko komplikasi tinggi. Operasi ini dilakukan dengan menjahit dinding vagina depan dengan dinding vagina belakang, sehingga lumen vagina tertutup dan uterus terletak diatas vagina. Keuntungan utama dari prosedur ini adalah waktu pembedahan singkat dan pemulihan cepat dengan tingkat keberhasilan 90-95% (Siswadi, 2015).

9. Komplikasi Prolaps Uteri

a. Keratinisasi mukosa vagina dan portio uteri

Mukosa vagina dan serviks uteri menjadi tebal serta berkerut, dan berwarna keputih-putihan (Siswadi, 2015).

b. Dekubitus

Jika serviks uteri terus keluar dari vagina, ujungnya bergeser dengan paha dan pakaian dalam, hal itu dapat menyebabkan luka dan radang, lambat laun timbul ulkus dekubitus. Dalam keadaan demikian, perlu dipikirkan kemungkinan karsinoma, lebih-lebih pada penderita berusia lanjut. Pemeriksaan sitologi/biopsi perlu dilakukan untuk mendapat kepastian akan adanya karsinoma (Siswadi, 2015).

c. Hipertropi serviks uteri dan elongasio koli

Jika serviks uteri turun dalam vagina sedangkan jaringan penahan dan penyokong uterus masih kuat, maka karena tarikan ke bawah di bagian uterus yang turun serta pembendungan pembuluh darah-serviks uteri mengalami hipertrofi dan menjadi panjang dengan periksa lihat dan periksa raba. Pada elongasio kolli serviks uteri pada periksa raba lebih panjang dari biasa (Essawibawa, 2021).

d. Gangguan miksi dan stress inkontinensia

Pada sistokel berat- miksi kadang-kadang terhalang, sehingga kandung kencing tidak dapat dikosongkan sepenuhnya. Turunnya uterus bisa juga menyempitkan ureter, sehingga bisa menyebabkan hidroureter dan hidronefrosis. Adanya sistokel dapat pula mengubah

bentuk sudut antara kandung kencing dan uretra yang dapat menimbulkan stress incontinence (Essawibawa, 2021).

e. Infeksi saluran kencing

Adanya retensi air kencing mudah menimbulkan infeksi. Sistitis yang terjadi dapat meluas ke atas dan dapat menyebabkan pielitis dan pielonefritis. Sehingga hal tersebut dapat menyebabkan gagal ginjal (Manuaba, 2020).

f. Infertilitas

Karena serviks uteri turun sampai dekat pada introitus vaginae atau sama sekali keluar dari vagina, tidak mudah terjadi kehamilan (Manuaba, 2020).

g. Gangguan partus

Jika wanita dengan prolapsus uteri hamil, maka pada waktu persalinan dapat timbul kesulitan di kala pembukaan, sehingga kemajuan persalinan terhalang (Manuaba, 2020).

h. Hemoroid

Feses yang terkumpul dalam rektum memudahkan adanya obstipasi dan timbul hemoroid (Junizaf, 2019).

i. Inkarserasi usus

Usus halus yang masuk ke dalam enterokel dapat terjepit dengan kemungkinan tidak dapat direposisi lagi. Dalam hal ini perlu dilakukan laparotomi untuk membebaskan usus yang terjepit itu (Junizaf, 2019).

B. Konsep Dasar Histerektomi

1. Definisi Histerektomi

Histerektomi berasal dari bahasa latin *histera* yang berarti kandungan, rahim, atau uterus, dan *ectomi* yang berarti memotong. Jadi histerektomi adalah suatu prosedur pembedahan mengangkat rahim yang dilakukan oleh ahli kandungan. Histerektomi adalah salah satu tindakan pembedahan besar tersering di area ginekologi (Rasjidi, 2018).

Histerektomi adalah tindakan operatif yang dilakukan untuk mengangkat rahim, baik sebagian (subtotal) tanpa serviks uteri ataupun seluruhnya (total) berikut serviks uteri (Prawirohardjo, 2021). Histerektomi adalah operasi pengangkatan rahim (uterus) yang bisa dilakukan secara sebagian atau keseluruhan. Prosedur ini dilakukan untuk mengatasi berbagai kondisi medis yang memengaruhi rahim, seperti fibroid, endometriosis, prolaps uteri, perdarahan abnormal, atau kanker (Essawibawa, 2021).

Jadi berdasarkan pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa histerektomi adalah suatu pembedahan mengangkat rahim baik secara sebagian maupun total. histerektomi adalah pembedahan besar tersering di area ginekologi. Histerektomi bisa digunakan untuk mengatasi berbagai kondisi medis yang memengaruhi rahim.

2. Etiologi Histerektomi

Menurut Manuaba, 2020 etiologi histerektomi adalah sebagai berikut :

- a. Fibroid, yaitu tumor jinak rahim, terutama jika tumor ini menyebabkan perdarahan berkepanjangan, nyeri panggul, anemia, atau penekanan pada kandung kencing.
- b. Endometriosis, dimana dinding rahim bagian dalam seharusnya tumbuh di rahim saja, tetapi ikut tumbuh di indung telur (ovarium), tuba fallopi, atau organ perut dan rongga panggul lainnya.
- c. Prolaps uteri, yaitu keluarnya uterus melalui vagina.

3. Indikasi dan Kontra Indikasi

Menurut Rasjidi, 2018 terdapat indikasi dan kontra indikasi histerektomi adalah sebagai berikut :

a. Indikasi:

- 1) Ruptur uteri.
- 2) Perdarahan yang tidak dapat dikontrol dengan cara-cara yang ada, misalnya pada :
 - a) *Atonia uteri*.
 - b) *Afibrinogenemia* atau *hipofibrinogenemia* pada solusio plasenta dan lainnya.
 - c) *Couvelaire* uterus tanpa kontraksi.
 - d) Arteri uterina terputus.
 - e) Plasenta inkreta dan perkreta.

- f) Hematoma yang luas pada rahim.
- 3) Infeksi intrapartal berat.
- 4) Pada keadaan ini biasanya dilakukan operasi Porro, yaitu uterus dengan isinya diangkat sekaligus.
- 5) Uterus miomatosus yang besar.
- 6) Kematian janin dalam rahim dan *missed abortion* dengan kelainan darah
- 7) Kanker leher rahim.
- 8) Prolaps uteri

b. Kontra Indikasi

- 1) *Atelektasis*
- 2) Luka infeksi
- 3) Infeksi saluran kencing
- 4) *Tromoflebitis*
- 5) *Embolisme* paru-paru.
- 6) Terdapat jaringan parut, inflamasi, atau perubahan *endometrial* pada adneksa
- 7) Riwayat *laparotomi* sebelumnya (termasuk *perforasi appendix*) dan abses pada *cul-de-sac Douglas* karena diduga terjadi pembentukan perlekatan.

4. Jenis Operasi Histerektomi

Menurut Rasjidi, 2018 terdapat beberapa jenis operasi histerektomi diantaranya adalah sebagai berikut :

a. Histerektomi parsial (subtotal)

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

b. Histerektomi total

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

c. Histerektomi dan *salfingo-ooforektomi bilateral*

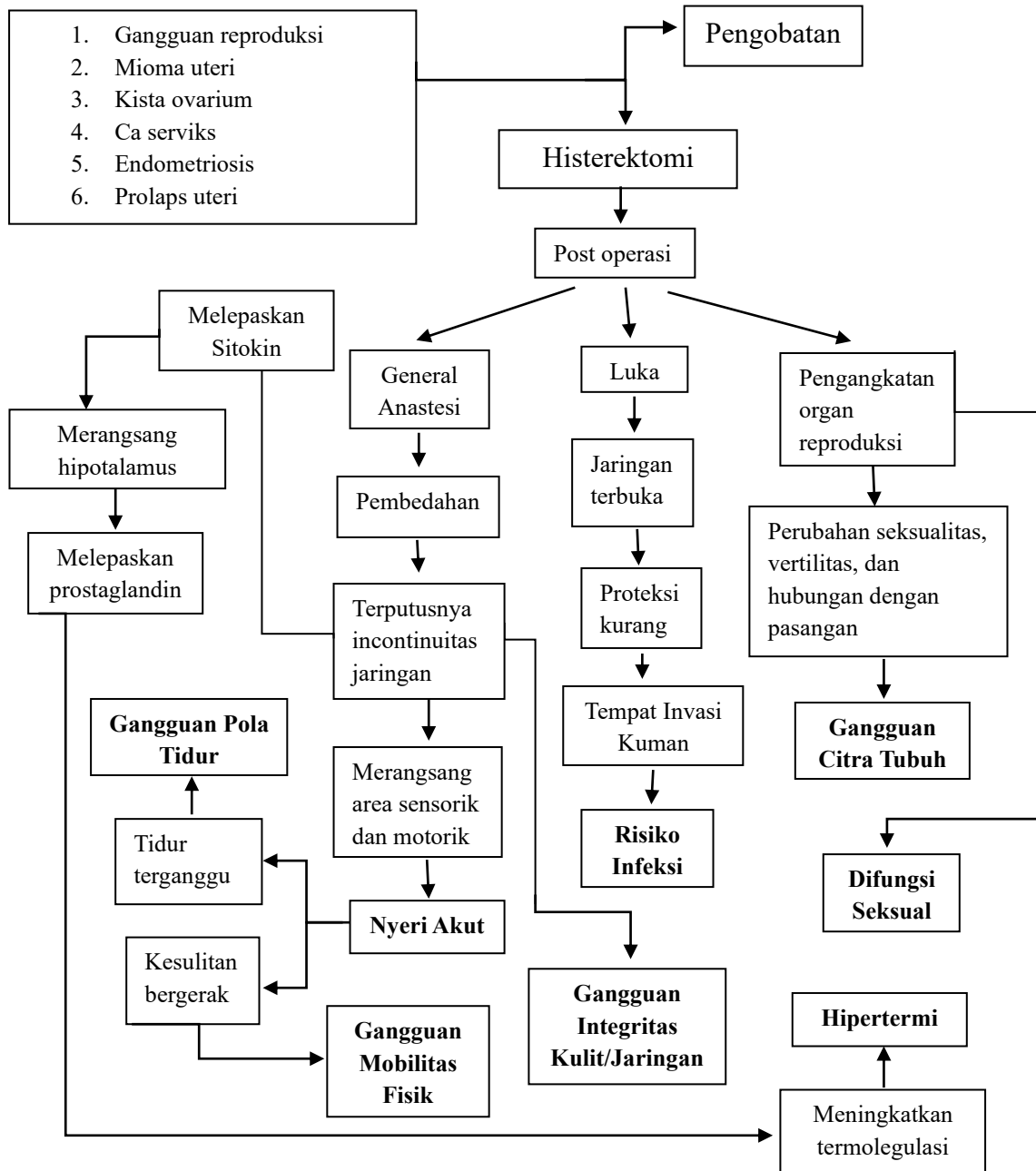
Histerektomi ini mengangkat uterus, mulut rahim, kedua tuba falopii, dan kedua ovarium. Pengangkatan ovarium menyebabkan keadaan penderita seperti menopause meskipun usianya masih muda.

d. Histerektomi radikal

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

5. Pathway Post Histerektomi

Bagan 2.1
Pathway Post Histerektomi



Sumber : Rasjidi, 2018, Manuaba, 2021, dan SDKI, 2017

6. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Essawibawa, 2021 sebelum melakukan prosedur histerektomi harus dilakukan beberapa tes diantaranya adalah laboratorium, darah lengkap, urine lengkap, gula darah, tes fungsi hati, ureum, dan kreatinin darah.

7. Teknik Operasi Histerektomi

Menurut Rasjidi, 2018 terdapat beberapa pilihan teknik pembedahan tergantung pada indikasi pengangkatan uterus, ukuran uterus, lebarnya vagina, dan juga kondisi pendukung lainnya. Lesi prekanker dari serviks, uterus, dan kanker ovarium biasanya dilakukan histerektomi abdominal, sedangkan pada mioma uteri, dilakukan histerektomi abdominal dan jika untuk prolaps uteri biasanya dilakukan histerektomi transvaginal.

a. Histerektomi abdominal

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

b. Histerektomi vaginal

Dilakukan melalui irisan kecil pada bagian atas vagina. Melalui irisan tersebut, uterus (dan mulut rahim) dipisahkan dari jaringan dan pembuluh darah di sekitarnya kemudian dikeluarkan melalui vagina. Prosedur ini biasanya digunakan pada prolapsus uteri. Kelebihan tindakan ini adalah kesembuhan lebih cepat, sedikit nyeri, dan tidak ada jaringan parut yang tampak.

c. Histerektomi laparoskop

Teknik ini ada dua macam yaitu histerektomi vagina yang dibantu laparoskop (*laparoscopically assisted vaginal hysterectomy*, LAVH) dan histerektomi supraservikal laparoskop (*laparoscopic supracervical hysterectomy*, LSH). LAVH mirip dengan histerektomi vaginal, hanya saja dibantu oleh laparoskop yang dimasukkan melalui irisan kecil di perut untuk melihat uterus dan jaringan sekitarnya serta untuk membebaskan uterus dari jaringan sekitarnya. LSH tidak menggunakan irisan pada bagian atas vagina, tetapi hanya irisan pada perut. Melalui irisan tersebut laparoskop dimasukkan. Uterus kemudian dipotong-potong menjadi bagian kecil agar dapat keluar melalui lubang laparoskop. Kedua teknik ini hanya menimbulkan sedikit nyeri, pemulihan yang lebih cepat, serta sedikit jaringan parut.

Tindakan pengangkatan rahim menggunakan laparoskop dilakukan menggunakan anestesi (pembiusan) umum atau total. Waktu yang diperlukan bervariasi tergantung beratnya penyakit, berkisar

antara 40 menit hingga tiga jam. Pada kasus keganasan stadium awal, tindakan histerektomi radikal dapat pula dilakukan menggunakan laparoskopi. Untuk ini diperlukan waktu operasi yang relatif lebih lama. Apabila dilakukan histerektomi subtotal, maka jaringan rahim dikeluarkan menggunakan alat khusus yang disebut morcellator sehingga dapat dikeluarkan melalui lubang 10 mm. Apabila dilakukan histerektomi total, maka jaringan rahim dikeluarkan melalui vagina, kemudian vagina dijahit kembali. Operasi dilakukan umumnya menggunakan empat lubang kecil berukuran 5- 10 mm, satu di pusar dan tiga di perut bagian bawah.

8. Komplikasi Histerektomi

Menurut Essawibawa, 2021 terdapat beberapa komplikasi histerektomi diantaranya adalah sebagai berikut :

a. Thrombosis vena

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

b. Infeksi

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

c. Pembentukan fistula

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

d. Perdarahan intraoperatif

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

e. Kerusakan pada kandung kemih

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

f. Kerusakan ureter

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

g. Kerusakan usus

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

h. Penyempitan vagina yang luas

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

9. Keunggulan Menggunakan Transvaginal Histerektomi

Menurut Manuaba, 2021 Terdapat beberapa keunggulan jika menggunakan tindakan transvaginal histerektomi yaitu sebagai berikut :

- a. Pemulihan lebih cepat : Pasien cenderung pulih lebih cepat setelah histerektomi transvaginal dibandingkan dengan histerektomi abdominal karena luka operasi lebih kecil dan tidak melibatkan jaringan perut yang lebih luas.
- b. Nyeri pasca operasi minimal : Rasa sakit setelah operasi histerektomi transvaginal biasanya lebih ringan dan lebih mudah dikelola dibandingkan dengan histerektomi abdominal.

- c. Risiko komplikasi lebih rendah : Secara umum, histerektomi transvaginal memiliki risiko komplikasi yang lebih rendah dibandingkan dengan histerektomi abdominal.
- d. Tidak ada bekas luka sayatan di perut : Karena pengangkatan rahim dilakukan melalui vagina, tidak ada bekas luka sayatan yang terlihat di perut.
- e. Peningkatan kualitas hidup : Histerektomi transvagina dapat membantu mengatasi berbagai masalah ginekologis seperti perdarahan berat, nyeri panggul, dan prolaps rahim, sehingga meningkatkan kualitas hidup pasien.
- f. Alternatif untuk Prolaps Uteri : Histerektomi transvagina sering menjadi pilihan utama untuk mengatasi prolaps uteri (turun peranan) karena memungkinkan perbaikan struktur panggul melalui pengangkatan rahim.

10. Dampak Post Histerektomi Terhadap Kebutuhan Dasar Manusia (KDM)

Menurut Rasjidi, 2018 pasca operasi histerektomi dapat berdampak pada kesehatan dan kualitas hidup pasien. Dampak ini bersifat baik secara fisik, emosional maupun seksual. Diantaranya adalah sebagai berikut :

a. Dampak Fisik

1) Nyeri

Nyeri pada daerah operasi adalah hal yang umum terjadi setelah histerektomi transvaginal, terutama saat efek anastesi menghilang.

2) Pendarahan

Pendarahan ringan sampai sedang adalah hal yang umum terjadi pada masa pemulihan.

3) Infeksi

Risiko infeksi pada luka operasi atau organ sekitar rahim juga ada, namun dapat diminimalkan dengan perawatan yang tepat.

4) Gangguan fungsi organ sekitar

Histerektomi dapat menyebabkan gangguan fungsi usus dan kandung kemih, seperti sembelit atau kesulitan buang air kecil.

5) Makan dan Minum

Setelah diperiksa peristaltic pada 6 jam pasca bedah, bila positif maka ia dapat diberikan minum hangat sedikit dan kemudian lebih banyak terutama bila mengalami anestesi spinal dan pasien tidak muntah. Pada anestesi umum mungkin akan lebih lambat timbulnya peristaltic. Pasien dapat makan lunak atau biasa pada hari pertama. Infus dapat diangkat 24 jam pasca bedah. Bila pasien telah flatul maka ia dapat makan.

6) Mobilisasi

Pasien telah dapat menggerakkan kaki dan tangan serta tubuhnya sedikit, kemudian dapat duduk pada jam ke 8-12. Ia dapat berjalan bila mampu pada 24 jam pasca bedah bahkan mandi sendiri pada hari kedua.

7) Istirahat

Pasien post transvaginal histerektomi memerlukan istirahat yang cukup, istirahat tidur yang dibutuhkan pasien sekitar 8 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari untuk mencegah kelelahan yang berlebih.

b. Dampak Emosional

1) Perubahan suasana hati

Perubahan hormon esterogen setelah histerektomi dapat menyebabkan perubahan suasana hati, stress, depresi, dan mudah tersinggung.

2) Kecemasan

Beberapa wanita mungkin mengalami kecemasan atau kekhawatiran tentang masa depan setelah menjalani histerektomi.

3) Kesedihan

Kehilangan kemampuan untuk hamil dan menstruasi dapat menyebabkan perasaan sedih dan kehilangan bagi sebagian wanita.

c. Dampak Seksual

1) Penurunan libido

Beberapa wanita melaporkan mengalami penurunan gairah seksual setelah menjalani histerektomi.

2) Vagina kering

Kekurangan hormon estrogen dapat menyebabkan vagina kering dan sakit saat berhubungan seks.

3) Perubahan sensasi

Beberapa Wanita mungkin mengalami perubahan sensasi saat berhubungan seks.

C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Menurut (Alimul, H, 2019) pengkajian yang harus dilakukan meliputi :

a. Identitas Pasien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, suku/bangsa, alamat, status perkawinan, pekerjaan, nomor register, diagnosa medis, tanggal masuk dan tanggal pengkajian.

b. Keluhan Utama

Pada umumnya pasien dengan Post Transvaginal Histerektomi mengeluh nyeri pada daerah luka bekas operasi.

c. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat Kesehatan Sekarang

Riwayat kesehatan sekarang berisi tentang pengkajian data yang dilakukan untuk menentukan sebab dari dilakukannya operasi *Transvaginal Histerektomi* (TVH) yang nantinya akan membantu membuat rencana tindakan terhadap pasien. Biasanya pasien mengeluh nyeri, nyeri dikaji dengan istilah PQRST (Amin et al., 2017). Yaitu:

P (*Palliative/Provokatif*): merupakan perih yang memperingan dan memperberat keluhan nyeri, seperti bertambah nyeri saat bergerak dan nyeri berkurang saat istirahat.

Q (*Quantity/Quality*): merupakan kualitas keluhan yang dirasakan, misalnya kualitas nyeri seperti ditusuk atau disayat.

R (*Region/Radiation*): merupakan penyebaran dari keluhan yang dirasakan menjalar hingga ke punggung dan kaki.

S (*Scale/Severity*): merupakan keparahan yang bisa diukur dengan skala nyeri (0-10).

T (*Time*): merupakan waktu timbulnya keluhan, seperti apakah nyeri timbul secara tiba-tiba, apakah nyeri menetap, atau nyeri hilang timbul (Wijayanti, 2015).

2) Riwayat Kesehatan Yang Lalu

Didapatkan data apakah pasien pernah mengalami penyakit yang saat ini diderita sebelumnya, meliputi penyakit yang lain juga yang mempengaruhi penyakit sekarang, seperti adanya penyakit: jantung, diabetes mellitus, hipertensi, asma, hepatitis dan penyakit kelamin.

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Dikaji untuk mengetahui apakah dalam keluarga ada yang menderita penyakit menular seperti : AIDS, Hepatitis, TBC, dan penyakit menurun seperti : Asma, Jantung, DM, maupun keturunan kembar.

4) Status Perkawinan

Untuk mengetahui status perkawinan saat ini, lama perkawinan syah atau tidak, sudah berapa kali menikah, pada umur berapa menikah, berapa jumlah anak.

5) Riwayat Obstetri

Untuk mengetahui usia berapa pertama kali mengalami menstruasi, jarak antara menstruasi yang dialami dengan menstruasi berikutnya dalam hitungan hari, seberapa banyak darah menstruasi yang dikeluarkan dan keluhan yang dirasakan ketika mengalami menstruasi.

6) Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas

Dikaji untuk mengetahui berapa kali ibu hamil, apakah pernah abortus, jumlah anak, cara persalinan yang lalu, penolong persalinan, keadaan nifas yang lalu. Prolaps uteri sering dijumpai pada wanita sesudah melahirkan lebih dari 3 kali atau grande multipara

7) Riwayat Keluarga Berencana (KB)

Dikaji untuk mengetahui apakah pernah ikut KB, dengan kontrasepsi jenis apa, berapa lama, adakah keluhan selama menggunakan kontrasepsi.

d. Pola Kebiasaan Sehari-hari**1) Pola Nutrisi**

Menggambarkan tentang pola makan dan minum, frekuensi, banyaknya, jenis makanan, dan makanan pantangan. Pasien dengan Post Transvaginal Histerektomi setelah 2-6 jam sebelum diberi makan dan minum akan diperiksa dulu peristaltic ususnya jika peristaltic aktif maka pasien dapat diberi minum sedikit demi sedikit jika sudah flatul maka pasien boleh diberi makan.

2) Pola Eliminasi

Menggambarkan pola fungsi sekresi yaitu kebiasaan buang air besar meliputi frekuensi, jumlah konsistensi, dan bau serta kebiasaan buang air kecil meliputi frekuensi, warna dan jumlah. Pada pasien dengan Post Transvaginal Histerektomi pasien merasakan ngilu pada vagina takut, kesulitan atau rasa tidak enak waktu kencing, kesulitan atau rasa tidak enak waktu defikasi dan kadang mengalami inkontinesia ringan.

3) Pola Istirahat

Menggambarkan pola istirahat dan tidur pasien, berapa jam pasien tidur, kebiasaan sebelum tidur misalnya membaca, mendengarkan musik, kebiasaan mengkonsumsi obat tidur, kebiasaan tidur siang, penggunaan waktu luang. Setelah Post Transvaginal Histerektomi pasien kesulitan tidur karena merasakan nyeri pada daerah kewanitaannya.

4) Personal Hygiene

Dikaji untuk mengetahui apakah pasien selalu menjaga kebersihan tubuh terutama pada daerah genitalia.

5) Kehidupan Seksual

Berapa kali dalam seminggu pasien melakukan hubungan seksual karena pada penderita prolaps uteri teraba massa yang lembek di vagina.

e. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

kemungkinan didapatkan pasien mengalami penurunan kesadaran karena efek dari tindakan anestesi, tampak diam, apatis, meringis, gelisah karena nyeri serta penampilan biasanya lemah.

2) Tanda-Tanda Vital

Pada Pasien Post transvaginal histerektomi terkadang tekanan darah menurun, nadi kemungkinan cepat apabila Pasien cemas dan suhu meningkat jika terjadi infeksi.

3) Pemeriksaan Persystem

a) System Pernapasan (Inspeksi, Palpasi, Perkusi dan Auskultasi/IPPA: cuping hidung, kebersihan, retraksi dinding dada, nyeri tekan, lesi, bunyi nafas, saturasi, oksigen frekuensi nafas, alat bantu nafas). Pada pasien post transvaginal histerektomi mengalami penurunan frekuensi nafas dan saturasi

oksigen sehingga memerlukan alat bantu nafas agar pernapasan tetap stabil.

- b) System Kardiovaskuler (IPPA: Tekanan Darah, frekuensi nadi, sianosis, konjungtiva, bunyi jantung, nyeri tekan, lesi, pembengkakan, varises, CRT). Pada pasien post transvaginal histerektomi mengalami peningkatan nadi dan penurunan saturasi oksigen karena efek dari anastesi. Konjungtiva tampak anemis karna nyeri post transvaginal histerektomi.
- c) System Pencernaan (IPPA: kelembapan membran mukosa, edema, bising usus, hemoroid, nyeri tekan, lesi). Pada pasien post transvaginal histerektomi mengalami penurunan bising usus karena efek anastesi dan belum boleh diberi makan dan minum bila pasien belum diperiksa bising ususnya. Setelah 2-6 jam jika peristaltic usus sudah kembali normal maka pasien boleh diberi minum sedikit demi sedikit dan boleh diberi makan jika pasien sudah flatus.
- d) System Persyarafan (IPPA: status mental, kejang, refleks patella, nyeri tekan. lesi). Pada pasien mengalami penurunan kesadaran, apatis, diam, kekakuan pada anggota gerak, terlihat gelisah, meringis dan mengeluh nyeri karena efek anastesi.
- e) System Indra (IPPA Mata : fungsi penglihatan, pandangan kabur, nyeri tekan sekitar mata, sklera, kelopak mata, lensa mata, kebersihan, lesi IPPA Hidung : fungsi penciuman, bisa

membedakan bau, nyeri tekan sekitar hidung, kebersihan, lesi
 IPPA Telinga: fungsi pendengaran, kebersihan, nyeri tekan
 sekitar telinga, lesi, edema IPPA Lidah: fungsi pengecap, kelainan, edema, lesi, caries, kebersihan, stomatitis, bisa membedakan rasa, warna lidah IPPA Kulit: fungsi perabaan, kelainan, edema, lesi, nyeri tekan, membedakan benda kasar dan halus, membedakan air dingin dan hangat). Biasanya pasien post transvaginal histerektomi tidak terganggu system indranya.

- f) System Perkemihan (IPPA: palpasi kandung kemih, frekuensi berkemih, kelainan, nyeri tekan, edema, hematuri, warna urine, bau urine, keluhan). Pasien merasa nyeri dan takut untuk buang air kecil karna ada luka bekas transvaginal histerektomi.
- g) System Integumen (IPPA: hiperpigmentasi, kelembapan, kebersihan, edema, nyeri tekan, lesi, warna kulit, turgor kulit). Pada pasien post transvaginal histerektomi tidak ada masalah pada sistem integumen.
- h) System Endokrin (IPPA: pembesaran kelenjar tiroid, nyeri tekan, kelainan, tremor). Pada pasien post transvaginal histerektomi mengalami menggigil efek dari ruang operasi yang suhunya minus.
- i) System Muskuloskeletal (IPPA: tonus otot, kekuatan otot, kelainan, refleks patella, nadi brahialis, nadi radialis, ROM,

refleks babynski, edema). Pasien akan kesulitan menggerakkan ekstermitas atas bawah pasca bedah karena efek anastesi. Bisa digerakan kembali setelah 2-6 jam pasca bedah dan 12 jam bisa berjalan bahkan mandi.

j) System Reproduksi (IPPA:

- 1) Pemeriksaan payudara : Pembesaran, hiperpigmentasi aerola, keadaan puting susu, edema, kebersihan, kelainan, dan nyeri tekan. Pada pasien post transvaginal histerektomi tidak ada perubahan pada payudara.
- 2) Pemeriksaan Rahim : Ketika dipalpasi rahim tidak teraba, pada daerah perut tidak ada perubahan karena jenis operasi pasien adalah transvaginal histerektomi.
- 3) Pemeriksaan vulva : Pada pasien post transvaginal histerektomi terdapat nyeri di vagina akibat laserasi vagina karena tindakan operasi. Dilakukan pemeriksaan dalam untuk mengetahui keadaan vulva adakah tanda-tanda infeksi, ada tidaknya kemerahan, varices, pembesaran kelenjar bartolini dan perdarahan.

f. Pola Fungsi Kesehatan

1) Pola Persepsi dan Konsep Diri

Gambaran diri :kaji gambaran diri pasien apakah pasien senang atas keberhasilan tindakan operasinya atau tidak.

Ideal diri	: kaji ideal diri pasien, tanyakan apa harapan saat ini setelah dilakukan tindakan operasi.
Harga diri	:kaji penilaian pribadi terhadap dirinya sendiri, apakah pasien malu atau tidak dengan perubahan fisiknya setelah melakukan operasi transvaginal histerektomi (TVH).
Peran diri	:kaji penilaian pasien terhadap dirinya sendiri sebagai seorang istri bagi suaminya dan ibu bagi anaknya.
Identitas diri	:biasanya Pasien akan mengatakan identitas dirinya sebagai perempuan.

2) Pola Hubungan dan Peran

Kaji bagaimana hubungan Pasien dengan suami dan keluarganya apakah harmonis atau tidak, apakah Pasien dan keluarga kooperatif dengan semua tindakan keperawatan.

g. Aspek psikologis, sosial dan spiritual

Menurut Norma & Dwi, 2018 :

- 1) Dikaji untuk mengetahui kondisi psikologis apakah pasien sedih, takut, cemas, menerima atau menolak kondisinya. Pada kasus post transvaginal histerektomi biasanya pasien sedih, kehilangan dan mudah tersinggung dengan keadaannya.

- 2) kondisi sosial pasien bagaimana hubungan pasien dengan suami, keluarga dan tetangga.
- 3) Kaji juga agama yang dianut oleh pasien apakah selama pasien dirumah sakit tetap menjalankan ibadahnya atau tidak.

h. Analisa Data

Tabel 2.4
Analisa Data

No	Data	Penyebab	Masalah
1.	Ds: Mengeluh nyeri Do: 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (mis: menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur 6. Tekanan darah meningkat 7. Pola nafas berubah 8. Nafsu makan berubah 9. Proses berpikir terganggu 10. Menarik diri 11. Berfokus pada diri sendiri 12. Diaphoresis	Prolaps uteri dilakukan histerektomi, Post operasi kemudian general anastesi dilakukan pembedahan terputusnya incontinuitas jaringan yang bisa merangsang area sensorik & motorik dan menjadi Nyeri Akut	Nyeri Akut D.0077
2.	Ds: Mengeluh demam Do: 1. terlihat menggigil 2. Pipi terlihat merah 3. Suhu tubuh $>38^{\circ}\text{C}$ 4. Warna kulit terlihat merah 5. Terlihat lemah 6. Turgor Kembali <2 detik 7. Kejang 8. Takikardia	Pembedahan menyebabkan terputusnya inkontinuitas jaringan kemudian melepaskan sitokin yang bisa merangsang hipotalamus untuk melepaskan prostaglandin sehingga meningkatkan	Hipertermi D.0130

1	2	3	4
	9. Takipnea	termoregulasi dan menjadi Hipertermi	
3.	Ds: 1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas 2. Nyeri saat bergerak 3. Enggan melakukan pergerakan 4. Merasa cemas saat bergerak Do: 1. kekuatan otot menurun 2. Rentang Gerak (ROM) menurun 3. Sendi kaku 4. Gerakan tidak terkoordinasi 5. Gerakan terbatas 6. Fisik lemah	Prolaps uteri dilakukan histerektomi, Post operasi general anastesi dilakukan pembedahan menyebabkan terputusnya incontinuitas jaringan yang bisa merangsang area sensorik & motorik melepaskan nyeri menyebabkan kesulitan bergerak dan menjadi Gangguan Mobilitas Fisik.	Gangguan Mobilitas Fisik D.0054
4.	Ds: 1. Mengeluh sulit tidur 2. Mengeluh sering terjaga 3. Mengeluh tidak puas tidur 4. Mengeluh pola tidur berubah 5. Mengeluh istirahat tidak cukup 6. Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun Do: 1. konjungtiva anemis 2. Terlihat mata panda 3. Terlihat lemas	Prolaps uteri dilakukan histerektomi, Post operasi general anastesi dilakukan pembedahan menyebabkan terputusnya incontinuitas jaringan yang bisa merangsang area sensorik & motorik melepaskan nyeri menyebabkan tidur terganggu kualitas tidur tidak nyenyak dan menjadi Gangguan Pola Tidur	Gangguan Pola Tidur D.0055
5.	Ds: Mengeluh terdapat luka bekas op Do: 1. kerusakan jaringan/ lapisan kulit 2. Karakteristik luka 3. Besar luka 4. Nyeri	Prolaps uteri dilakukan histerektomi, Post operasi general anastesi dilakukan pembedahan menyebabkan terputusnya incontinuitas jaringan	Gangguan Integritas kulit/Jaringan D.0129

1	2	3	4
	5. Pendarahan 6. Hematoma 7. Kemerahan	dan menjadi Gangguan Integritas Kulit/Jaringan.	
6.	Ds: 1. Mengungkapkan aktivitas seksual berubah 2. Mengungkapkan eksitasi seksual berubah 3. Merasa hubungan seksual tidak memuaskan 4. Mengungkapkan peran seksual berubah 5. Mengeluhkan hasrat seksual menurun 6. Mengungkapkan fungsi seksual berubah 7. Mengeluh nyeri saat berhubungan seksual (dispareunia) 8. Mengungkapkan ketertarikan pada pasangan berubah 9. Mengeluh hubungan seksual terbatas 10. Mencari informasi tentang kemampuan mencapai kepuasan seksual Do : Tidak tersedia	Histerktomi, post op dilakukan pengangkatan rahim dan menjadi disfungsi seksual.	Disfungsi Seksual (D.0069)
7.	Ds: 1. Mengungkapkan kecatatan/kehilangan bagian tubuh 2. Tidak mau mengungkapkan kehilangan/kecacatan bagian tubuh 3. Mengungkapkan perasaan negative tentang perubahan	Histerektomi, post op dilakukan pengangkatan Rahim terjadi perubahan seksualitas, fertilitas dan hubungan dengan pasangan kemudian menjadi gangguan citra tubuh.	Gangguan Citra Tubuh (D.0083)

1	2	3	4
	tubuh 4. Mengungkapkan kekhawatiran papa penolakan/reaksi orang lain 5. Mengungkapkan perubahan gaya hidup Do: 1. Kehilangan bagian tubuh 2. Fungsi/struktur tubuh berubah/hilang 3. Menunjukan/ menyembunyikan bagian tubuh secara berlebihan 4. Menghindari melihat dan atau menyentuh bagian tubuh 5. Focus berlebihan pada bagian tubuh 6. Respon nonverbal pada perubahan dan persepsi tubuh 7. Focus pada penampilan dan kekuatan masa lalu 8. Hubungan social berubah		
8.		Prolaps uteri dilakukan histerektomi, Post operasi terdapat luka menyebabkan jaringan terbuka proteksi kurang berada ditempat invasi kuman dan menjadi Risiko Infeksi.	Risiko Infeksi D.0142

Sumber : SDKI, 2017 & SLKI, SIKI, 2018

2. Diagnosa Keperawatan yang mungkin muncul

Menurut SDKI, 2017 diagnosa yang mungkin muncul pada pasien post op histerektomi adalah sebagai berikut :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)
- b. Hipertermi berhubungan dengan respon inflamasi (D.0130)
- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (D.0054)
- d. Gangguan pola tidur berhubungan dengan efek prosedur invasif (D.0055)
- e. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan tindakan transvaginal histerektomi (D.0129)
- f. Disfungsi seksual berhubungan dengan perubahan fungsi tubuh (D.0069)
- g. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan efek tindakan (D.0083)
- h. Risiko infeksi dibuktikan dengan prosedur invasif (D.0142).

3. Intervensi Keperawatan

- a. Diagnosa I : Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077). Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun (L.08066). Dengan kriteria hasil :
 - 1) Keluhan nyeri menurun
 - 2) Meringis menurun
 - 3) Sikap protektif menurun
 - 4) Gelisah menurun

Tabel 2.5
Intervensi Keperawatan Nyeri Akut

Intervensi	Rasional
Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetic Terapeutik 10. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 11. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 12. Fasilitasi istirahat dan tidur 13. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi 14. Jelaskan penyebab, periode, dan Pemicu nyeri	1. Untuk mengetahui Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri 2. Untuk mengetahui skala nyeri 3. Untuk mengetahui respon nyeri non verbal 4. Untuk mengetahui faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Untuk mengetahui seberapa luas pengetahuan klien tentang nyeri 6. Untuk mengetahui pengaruh budaya terhadap nyeri 7. Untuk mengetahui pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup 8. Untuk mengetahui apakah terapi berhasil atau tidak 9. Untuk mengetahui apakah ada efek samping analgetic atau tidak 10. Untuk mengurangi rasa nyeri 11. Untuk mengetahui lingkungan yang memperberat nyeri 12. Agar tidak merasa nyeri 13. Untuk mengurangi nyeri 14. Agar pasien dan keluarga mengetahui penyebab,

1	2
15. Jelaskan strategi meredakan nyeri 16. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 17. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat 18. Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi 19. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	periode, dan meredakan nyeri 15. Agar pasien mengerti 16. Agar pasien mengetahui kondisi nyeri nya 17. Untuk mengurangi nyeri 18. Untuk mengurangi nyeri 19. Untuk mengurangi nyeri

Sumber : SDKI, 2017 & SLKI, SIKI, 2018

- b. Diagnosa 2 : Hipertermi berhubungan dengan respon inflamasi (D.0130). Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x24 jam diharapkan termoregulasi membaik (L.14134). dengan kriteria hasil :

- 1) Menggigil menurun
- 2) Suhu tubuh membaik
- 3) Suhu kulit membaik

Tabel 2.6
Intervensi Keperawatan Hipertermia

Intervensi	Rasional
Manajemen Hipertermia (I.15506) Observasi 1. Identifikasi penyebab hipertermia (mis: dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator) 2. Monitor suhu tubuh 3. Monitor kadar elektrolit 4. Monitor haluaran urin 5. Monitor komplikasi akibat hipertermia	1. Untuk mengetahui penyebab hipotermia 2. Untuk mengetahui suhu tubuh pasien 3. Untuk mengetahui kadar elektrolit pasien 4. Untuk mengetahui pengeluaran urine 5. Untuk mengetahui apakah ada komplikasi dari

1	2
Terapeutik 6. Sediakan lingkungan yang dingin 7. Longgarkan atau lepaskan pakaian 8. Basahi dan kipasi permukaan tubuh 9. Berikan cairan oral 10. Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hyperhidrosis (keringat berlebih) 11. Lakukan pendinginan eksternal (mis: selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila) 12. Hindari pemberian antipiretik atau aspirin 13. Berikan oksigen, jika perlu Edukasi 14. Anjurkan tirah baring Kolaborasi 15. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu	hipertermia 6. Untuk menurunkan suhu tubuh 7. Agar suhu tubuh cepet turun 8. Untuk menerunkan suhu tubuh 9. Supaya pasien tidak dehidrasi 10. Agar linen tidak basah 11. Untuk menurunkan suhu tubuh 12. Agar suhu tubuh tidak turun drastic 13. Agar pasien tidak sianosis 14. Agar suhu tubuh cepat turun 15. Agar pasien tidak dehidrasi

Sumber : SDKI, 2017 & SLKI, SIKI, 2018

- c. Diagnosa 3 : Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (D.0054). Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat (L.05042). Dengan kriteria hasil :

- 1) Pergerakan ekstremitas meningkat
- 2) Kekuatan otot meningkat
- 3) Rentang Gerak (ROM) meningkat

Tabel 2.7
Intervensi Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik

Intervensi	Rasional
Dukungan Mobilisasi (L.05173) Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya	1. Untuk mengetahui nyeri dan keluhan fisik lain

1	2
2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik 5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur) 6. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 9. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 10. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)	2. Supaya tau seberapa toleransi fisik pasien 3. Untuk mengetahui frekuensi jantung dan tekanan darah pasien 4. Untuk mengetahui kondisi selama mobilisasi 5. Untuk mempermudah mobilisasi 6. Agar tidak kaku 7. Agar pasien lebih semangat 8. Agar pasien dan keluarga mengerti 9. Agar pasien cepat pulang ke rumah 10. Agar tidak terlalu berat untuk dilakukan

Sumber : SDKI, 2017 & SLKI, SIKI, 2018

d. Diagnosa 4 : Gangguan pola tidur berhubungan dengan efek prosedur invasif (D.0055). Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x24 jam diharapkan pola tidur membaik (L.05045). Dengan kriteria hasil :

- 1) Keluhan sulit tidur menurun
- 2) Keluhan sering terjaga menurun
- 3) Keluhan tidak puas tidur menurun
- 4) Keluhan pola tidur berubah menurun

5) Keluhan istirahat tidak cukup menurun

Tabel 2.8
Intervensi Keperawatan Gangguan Pola Tidur

Intervensi	Rasional
Dukungan Tidur (I.05174) Observasi 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) 4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi Terapeutik 5. Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) 6. Batasi waktu tidur siang, jika perlu 7. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur 8. Tetapkan jadwal tidur rutin 9. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) 10. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau Tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga Edukasi 11. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 12. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 13. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur 14. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor	1. Untuk mengetahui pola aktivitas dan tidur 2. Untuk mengetahui faktor pengganggu tidur 3. Untuk mengetahui makanan dan minuman pengganggu tidur 4. Untuk mengetahui obat tidur yang dikonsumsi 5. Agar tidur lebih nyenyak 6. Agar tidur malam lebih berkualitas 7. Agar lebih mudah untuk tidur 8. Agar tidur lebih terjadwal 9. Agar tidur lebih mudah 10. Agar tidur sesuai jadwal 11. Agar pasien mengetahui pentingnya tidur cukup selama sakit 12. Agar tidur tetap terjadwal 13. Agar tidur tidak terganggu 14. Agar tidak mengganggu tidur

1	2
terhadap tidur REM	
15. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis: psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja)	15. Agar pasien mengerti
16. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya	16. Agar mempercepat tidur

Sumber : SDKI, 2017 & SLKI, SIKI, 2018

- e. Diagnosa 5 : Gangguan integritas kulit berhubungan dengan tindakan transvaginal histerektomi (D.0129). Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x24 jam diharapkan integritas kulit/jaringan meningkat (L.14125). Dengan kriteria hasil :

- 1) Kerusakan jaringan menurun
- 2) Kerusakan lapisan kulit menurun

Tabel 2.9
Intervensi Keperawatan Gangguan Integritas Kulit/Jaringan

Intervensi	Rasional
Perawatan Luka (I.14564)	
Observasi	
1. Monitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran , bau)	1. Untuk mengetahui karakteristik luka
2. Monitor tanda-tanda infeksi	2. Untuk mengetahui tanda-tanda infeksi
Terapeutik	
3. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan	3. Agar pasien tidak merasa kesakitan
4. Cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu	4. Agar mempermudah Tindakan
5. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan	5. Agar luka berada dalam keadaan steril
6. Bersihkan jaringan nekrotik	6. Agar tidak ada jaringan nekrotik
7. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu	7. Agar luka cepat kering
8. Pasang balutan sesuai jenis luka	8. Agar luka tertutup
9. Pertahankan Teknik steril saat	9. Agar tidak infeksi

1	2
melakukan perawatan luka 10. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase 11. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien 12. Berikan diet dengan kalori 30 – 35 kkal/kgBB/hari dan protein 1,25 – 1,5 g/kgBB/hari 13. Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis: vitamin A, vitamin C, Zinc, asam amino), sesuai indikasi 14. Berikan terapi TENS (stimulasi saraf transcutaneous), jika perlu Edukasi 15. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 16. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 17. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri Kolaborasi 18. Kolaborasi prosedur debridement (mis: enzimatik, biologis, mekanis, autolitik), jika perlu 19. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu	10. Agar luka tidak infeksi 11. Agar pasien tidak decubitus 12. Agar mempercepat penyembuhan luka 13. Agar mempercepat penyembuhan luka 14. Agar cepat bisa melakukan mobilisasi dini 15. Agar pasien dan keluarga memahami tanda dan gejala infeksi 16. Agar mempercepat penyembuhan luka 17. Agar pasien bisa merawat lukanya sendiri 18. Untuk menghilangkan jaringan nekrotik 19. Agar luka tidak infeksi

Sumber : SDKI, 2017 & SLKI, SIKI, 2018

f. Diagnose 6 : Disfungsi seksual berhubungan dengan perubahan fungsi tubuh (D.0069). Tujuan : Setelah dilakukan tindakan selama ...x24 jam diharapkan fungsi seksual membaik (L.07055). Dengan kriteria hasil :

- 1) Kepuasan hubungan seksual meningkat
- 2) Verbalisasi aktifitas seksual berubah menurun
- 3) Verbalisasi eksitasi seksual berubah menurun

- 4) Verbalisasi fungsi seksual berubah menurun
- 5) Keluhan nyeri saat berhubungan (dispareunia) menurun
- 6) Hasrat seksual membaik
- 7) Orientasi seksual membaik

Tabel 2.10
Intervensi Keperawatan Disfungsi Seksual

Intervensi	Rasional
Konseling Seksualitas (I.07214) Observasi 1. Identifikasi tingkat pengetahuan, masalah sistem reproduksi, masalah seksualitas, dan penyakit menular seksual 2. Identifikasi waktu disfungsi seksual dan kemungkinan penyebab 3. Monitor stres, kecemasan, depresi, dan penyebab disfungsi seksual Terapeutik 4. Fasilitasi komunikasi antara pasien dan pasangan 5. Berikan kesempatan kepada pasangan untuk menceritakan permasalahan seksual 6. Berikan pujian terhadap perilaku yang benar 7. Berikan saran yang sesuai kebutuhan pasangan dengan menggunakan Bahasa yang mudah diterima, dipahami, dan tidak menghakimi Edukasi 8. Jelaskan efek pengobatan, Kesehatan dan penyakit terhadap disfungsi seksual 9. Informasikan pentingnya modifikasi pada aktivitas seksual Kolaborasi 10. Kolaborasi dengan spesialis seksologi, jika perlu	1. Untuk mengetahui pengetahuan klien tentang system reproduksi, masalah seksual dan penyakit menular seksual 2. Untuk mengetahui penyebab disfungsi seksual 3. Untuk mengetahui penyebab dan faktor disfungsi seksual 4. Agar meningkatkan hubungan 5. Agar pasangan dapat menceritakan permasalahan seksualnya 6. Agar meningkatkan kepercayaan diri 7. Agar pasangan bisa lebih mengerti dan menerima saran 8. Agar klien dan pasangan mengetahui tentang disfungsi seksual 9. Untuk meningkatkan keinginan untuk berhubungan seksual 10. Untuk pengobatan disfungsi seksual

Sumber : SDKI, 2017 & SLKI, SIKI, 2018

- g. Diagnosa 7 : Gangguan citra tubuh berhubungan dengan efek tindakan (D.0083). Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x24 jam diharapkan citra tubuh meningkat (L.09067). Dengan kriteria hasil :

- 1) Melihat bagian tubuh membaik
- 2) Menyentuh bagian tubuh membaik
- 3) Verbalisasi kecacatan bagian tubuh membaik
- 4) Verbalisasi kehilangan bagian tubuh membaik

Tabel 2.11
Intervensi Keperawatan Gangguan Citra Tubuh

Intervensi	Rasional
Promosi Citra Tubuh (I.09305) Observasi 1. Identifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan 2. Identifikasi budaya, agama, jenis kelamin, dan umur terkait citra tubuh 3. Identifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi social 4. Monitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri 5. Monitor apakah pasien bisa melihat bagian tubuh yang berubah Terapeutik 6. Diskusikan perubahan tubuh dan fungsinya 7. Diskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri 8. Diskusikan perubahan akibat pubertas, kehamilan, dan penuaan 9. Diskusikan kondisi stress yang mempengaruhi citra tubuh (mis: luka, penyakit, pembedahan) 10. Diskusikan cara mengembangkan harapan citra tubuh secara realistis 11. Diskusikan persepsi pasien dan	1. Untuk mengetahui harapan klien terhadap gangguan citra tubuh 2. Untuk mengetahui faktor penyebab citra tubuh 3. Untuk mengetahui perubahan citra tubuh 4. Untuk mengetahui frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri 5. Untuk mengetahui apakah klien bisa melihat bagian yang berubah 6. Untuk mengetahui perubahan dan fungsi tubuh klien 7. Agar klien dapat membedakan penampilan terhadap harga diri 8. Agar klien mengetahui perubahan akibat hormon 9. Agar klien mengetahui jika stress sangat mempengaruhi citra tubuh 10. Untuk meningkatkan citra tubuh 11. Untuk mengetahui perbedaan

1	2
keluarga tentang perubahan citra tubuh	persepsi antara klien dan keluarganya
Edukasi	
12. Jelaskan kepada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh	12. Agar keluarga mengetahui cara merawat klien
13. Anjurkan mengungkapkan gambaran diri sendiri terhadap citra tubuh	13. Agar dapat mengukur seberapa parah citra tubuh
14. Anjurkan menggunakan alat bantu (mis: pakaian, wig, kosmetik)	14. Untuk meningkatkan citra tubuh
15. Anjurkan mengikuti kelompok pendukung (mis: kelompok sebaya)	15. Untuk meningkatkan citra tubuh
16. Latih fungsi tubuh yang dimiliki	16. Untuk meningkatkan citra tubuh
17. Latih peningkatan penampilan diri (mis: berdandan)	17. Untuk meningkatkan citra tubuh
18. Latih pengungkapan kemampuan diri kepada orang lain maupun kelompok	18. Untuk meningkatkan citra tubuh

Sumber : SDKI, 2017 & SLKI, SIKI, 2018

h. Diagnosa 8 : Risiko infeksi dibuktikan dengan prosedur invasif (D.0142).

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun (L.14237). Dengan kriteria hasil :

- 1) Demam menurun
- 2) Kemerahan menurun
- 3) Nyeri menurun
- 4) Bengkak menurun
- 5) Kadar sel darah putih membaik

Tabel 2.12

Intervensi Keperawatan Risiko Infeksi

Intervensi	Rasional
Pencegahan Infeksi (I.14539)	
Observasi	
1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik	1. Untuk mengetahui tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik
Terapeutik	

1	2
2. Batasi jumlah pengunjung	2. Untuk mencegah infeksi
3. Berikan perawatan kulit pada area edema	3. Agar kulit tidak edema
4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien	4. Agar tidak menularkan infeksi
5. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi	5. Agar tidak infeksi
Edukasi	
6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi	6. Agar pasien dan keluarga mengetahui tanda dan gejala infeksi
7. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar	7. Agar tidak menularkan infeksi
8. Ajarkan etika batuk	8. Agar tidak menularkan infeksi
9. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi	9. Agar pasien dan keluarga mengetahui kondisi luka pasien
10. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi	10. Untuk mempercepat penyembuhan luka
11. Anjurkan meningkatkan asupan cairan	11. Untuk mempercepat penyembuhan luka
Kolaborasi	
12. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu	12. Untuk mencegah infeksi

Sumber : SDKI, 2017 & SLKI, SIKI, 2018

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi didefinisikan sebagai kategori perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diharapkan dari asuhan keperawatan, dilakukan dan diselesaikan. Mereka menekankan pentingnya melakukan intervensi keperawatan dengan cara yang aman dan tepat waktu (Potter & Perry, 2017).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi didefinisikan sebagai pengukuran apakah hasil pasien yang ditetapkan tercapai. Ini adalah proses yang berkelanjutan dan memungkinkan untuk perawat menentukan efektivitas intervensi keperawatan dan membuat perubahan yang diperlukan dalam rencana asuhan (Potter & Perry, 2017).

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

a. Biodata

1) Identitas Pasien

Nama	: Ny. J
Umur	: 65 Tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Alamat	: Kp. Cibalong Ds. Suci
Status perkawinan	: Cerai mati
Agama	: Islam
Suku/Bangsa	: Sunda/Indonesia
Pendidikan	: SD
Pekerjaan	: IRT (Ibu Rumah Tangga)
No. Register	: 00839371
Diagnosa medis	: Prolaps Uteri Grade IV ; Post TVH
Tanggal masuk	: Senin, 28 April 2025
Tanggal pengkajian	: Selasa, 29 April 2025

2) Identitas Penanggung Jawab

Nama	: Ny. Y
Umur	: 30 Tahun

Jenis kelamin : Perempuan
 Pendidikan : SMK
 Pekerjaan : IRT (Ibu Rumah Tangga)
 Alamat : Jalan Godog
 Hubungan dengan pasien : Anak

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Pasien mengeluh nyeri pada area bekas operasi dijalan lahir.

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada saat pengkajian tanggal 29 April 2025 pasien mengeluh nyeri pada area bekas operasi dijalan lahir, nyeri bertambah saat pasien bergerak dan berkurang ketika pasien merasa rileks. Nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk, nyeri dirasakan dari perut bagian bawah menjalar ke vagina, pasien mengatakan skala nyeri 5 dari (0-10), nyeri dirasakan hilang timbul dan sudah berlangsung selama $\pm$ 4 jam yang lalu.

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Pasien mengatakan pernah dirawat dirumah sakit sekitar 1 tahun lalu karena dioperasi laparoscopi akibat ulkus peptikum. Pasien mengatakan jika awalnya muncul prolaps uteri sudah dari 27 tahun yang lalu dan dibiarkan saja tapi dari 3 tahun lalu bertambah parah karena makin menonjol keluar. Setelah itu pasien berobat dan disarankan memakai pesarium berjenis donat, pasien

menuruti perkataan dokter menggunakan pesarium selama ± 1 tahun tapi pasien merasa kurang nyaman karena harus dikeluarkan dan dicuci ulang setiap 3 bulan sekali. Dari situ dokter menyarankan operasi karena lama-kelamaan memakai pesarium bisa menyebabkan infeksi dan pasien mengikuti perkataan dokter untuk operasi. Pasien mengatakan tidak pernah mengalami kebiasaan buruk seperti merokok, minum alkohol dan kebiasaan buruk lainnya, pasien juga mengatakan dirinya tidak memiliki riwayat penyakit seperti hipertensi, diabetes melitus dan hepatitis.

4) Riwayat Kesehatan keluarga

Pasien mengatakan didalam keluarganya tidak memiliki penyakit seperti yang diderita pasien saat ini. Tidak memiliki penyakit keturunan seperti hipertensi, diabetes, penyakit jantung maupun stroke dan penyakit menular seperti hepatitis, HIV/AIDS dan TBC.

5) Riwayat Ginekologi

a) Riwayat Menstruasi

Menarche	: 16 Tahun
Lamanya	: 7-10 hari
Banyaknya	: ± 50 cc
Siklus	: Teratur 29 hari
Sifat darah	: Merah darah
Dismenoria	: Tidak ada

b) Riwayat Perkawinan

Usia perkawinan : Ibu 16 Tahun, Bapak 19 Tahun

Lama perkawinan : 11 Tahun

Pernikahan yang ke-3

c) Riwayat Kontrasepsi

Pasien mengatakan awalnya menggunakan suntik tiga bulan kemudian diganti menggunakan pil selama 2 tahun, menopause usia 50 tahun dan mempunyai 7 anak.

d) Riwayat Obstetri

Tabel 3.1
Riwayat Kehamilan, Persalinan Dan Nifas Yang Lalu

No	Tanggal Partus	Umur Kehamilan	Jenis Partus	Penolong	J K	BBJ	Nifas	Keadaan Anak
1.		16 minggu	Spontan	Paraji	L	Tidak tahu	40 hari	Meninggal
2.		31 minggu	Spontan	Paraji	P	1,8 kg	40 hari	Meninggal
3.	1979	38 minggu	Spontan	Paraji	P	2,5 kg	40 hari	Sehat
4.	1980	39 minggu	Spontan	Paraji	P	2,8 kg	40 hari	Sehat
5.	1981	37 minggu	Spontan	Paraji	L	2,6 kg	40 hari	Sehat
6.	1982	40 minggu	Spontan	Paraji	P	2,5 kg	40 hari	Sehat
7.	2001	39 minggu	Spontan	Bidan	P	2,8 kg	40 hari	Sehat

c. Data Biologis

a) Aktivitas kehidupan sehari-hari/*Activity Daily Living* (ADL)

Tabel 3.2
Aktivitas Sehari-hari (ADL)

No	Aktivitas	Sebelum Sakit	Selama Sakit
1.	Nutrisi a. Makan Jenis Menu Frekuensi Porsi Keluhan b. Minum Jenis Minuman Frekuensi Keluhan	Nasi, lauk-pauk, sayur , buah 3 x/hari 1 porsi Tidak ada Air putih, teh, kopi ±6-7 gelas/hari Tidak ada	Nasi, lauk-pauk, sayur, buah 3x/hari 1 porsi Tidak ada Air putih ±6-7 gelas/hari Tidak ada
2.	Tidur dan Istirahat a. Malam Berapa jam Kesukaran tidur b. Siang Berapa jam Kesukaran tidur	±7 jam Tidak ada ±1 jam Tidak ada	±3 jam Sulit tidur karna nyeri ±1 jam Tidak ada
3.	Eliminasi a. BAK Frekuensi Warna Bau Kesulitan b. BAB Frekuensi Warna Bau Kesulitan	±6-7 x/hari Kuning jernih Khas urine Tidak ada ±2 x/hari Kuning khas feses Khas feses Tidak ada	±6-7 x/hari Kuning jernih Khas urine Terasa nyeri dan pedih saat berkemih Belum BAB Belum BAB Belum BAB Belum BAB
4.	Personal Hygiene a. Frekuensi mandi b. Frekuensi gosok gigi c. Gangguan Berpakaian a. Frekuensi	2 x/hari 2 x/hari Tidak ada 2 x/hari	1 x/hari 1 x/hari Tidak ada 1 x/hari

No	Aktivitas	Sebelum Sakit	Selama Sakit
5.	Mobilitas dan Aktivitas a. Aktivitas yang dilakukan b. Kesulitan	Bikin tahu, beres-beres Tidak ada	Bikin tahu dan istirahat Nyeri saat beraktivitas

d. Pemeriksaan Fisik

1) Penampilan Umum

Kondisi umum : Baik, bersih

Tingkat kesadaran : Composmentis

2) TTV (Tanda-Tanda Vital)

Tekanan Darah : 110/90 mmHg

Nadi : 100 x/menit

Respirasi : 20 x/menit

Suhu : 38°C

Spo2 : 98 %

3) Pemeriksaan Antropometri

Berat Badan : 55 kg

Tinggi Badan : 150 cm

4) Pemeriksaan Persistem

a) System pernapasan : Bunyi nafas teratur, frekuensi nafas 20 x/menit, saturasi oksigen 98%, tidak terpasang oksigen, tidak ada pernapasan cupping hidung, tidak ada nyeri tekan di area dada, tidak ada edema, tidak ada lesi, hidung bersih, tidak ada sesak.

- b) System kardiovaskuler : Bunyi jantung normal lup dup, TD 110/90 mmHg, nadi 100 x/menit, tidak ada sianosis, konjungtiva anemis, ekstremitas (tidak ada edema dan varises) CRT Kembali <2 detik
- c) System pencernaan : Membran mukosa lembab, bising usus 10 x/menit, tidak ada edema, tidak ada lesi, tidak ada hemoroid, nyeri pada perut bagian bawah.
- d) System persyarafan : Tidak ada kejang, refleks patella baik, tidak ada edema, pasien menggigil, tingkat kesadaran composmentis, dan mengerang
- e) System panca indra :
 - (1) Fungsi penglihatan : Pasien bisa membaca papan nama perawat, tidak ada pandangan kabur, tidak ada nyeri tekan diarea mata, tidak ada edema, sklera putih, konjungtiva anemis, mata bersih.
 - (2) Fungsi pendengaran : Baik, terbukti ketika dipanggil pasien langsung menoleh dan menjawab, telinga luar bersih, terdapat sedikit serumen, tidak ada nyeri tekan sekitar telinga, tidak ada lesi, tidak ada edema.
 - (3) Fungsi penciuman : Pasien bisa membedakan bau minyak kayu putih dan parfum, tidak ada nyeri tekan sekitar hidung, tidak ada lesi, hidung bersih.

- (4) Fungsi pengecap : Tidak ada kelainan, tidak ada edema, bisa membedakan asin dan manis, lidah bersih, berwarna merah muda.
- (5) Fungsi perabaan : Bisa merasakan benda kasar dan halus, bisa membedakan panas dan dingin, tidak ada lesi, tidak ada edema, tidak ada kelainan.
- f) System perkemihan : Palpasi kandung kemih teraba lunak, frekuensi berkemih 6-7 x/hari, tidak ada kelainan, tidak ada edema, tidak ada hematuri, warna urine kuning jernih, bau urine khas urine, terasa nyeri dan pedih ketika sedang berkemih.
- g) System integumen : Tidak ada hiperpigmentasi, kelembapan normal, pipi terlihat kemerahan, kulit tampak kemerahan, tidak ada nyeri tekan, tidak ada lesi, tidak ada edema, kulit bersih, warna kulit sawo matang, turgor kembali dalam <2 detik, terdapat bekas luka laparoskopi 3 titik sekitar 1 cm an di area perut.
- h) System endokrin : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada kelainan, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan, tidak ada tremor.
- i) System muskuloskeletal : Tonus otot kuat, terpasang infus di lengan sebelah kanan, tidak ada kelainan, tidak ada edema,

tidak ada lesi, refleks patella baik, nadi brahialis dan radialis teraba jelas, kekuatan otot

$$\frac{5}{4} \mid \frac{5}{4}$$

j) System reproduksi :

(1) Payudara : Tidak ada hiperpigmentasi, tidak ada pembesaran payudara, tidak ada pembengkakan, terlihat bersih, tidak ada nyeri tekan.

(2) Uterus tidak teraba, tidak ada perubahan pada area perut bawah karena operasi pasien menggunakan teknik transvaginal histerektomi.

(3) Vulva : Kondisi luka baik, jenis operasi transvaginal histerektomi, vulva bersih, vulva terasa nyeri dan pedih akibat laserasi selama operasi, tidak ada edema, terlihat kemerahan, tidak ada panas, tidak ada tanda infeksi.

5) Data Psikologis, Sosial dan Spiritual

a) Psikologis

(1) Konsep diri

(a) Gambaran diri : Pasien menyukai seluruh bagian tubuhnya walaupun harus kehilangan rahimnya.

(b) Ideal diri : Pasien mengatakan bahwa pasien sudah menerima dan membiasakan diri dengan keadaannya saat ini, pasien yakin bahwa akan sembuh.

- (c) Harga diri : Pasien mengatakan tidak malu dengan keadaan pasien terutama setelah dilakukan tindakan operasi karena pasien percaya itu jalan terbaik untuk pasien saat ini.
- (d) Peran diri : Pasien mengatakan perannya sebagai ibu sekaligus ayah untuk anak-anaknya terganggu dan peran sebagai tulang punggung dikeluarganya pun terganggu.
- (e) Identitas diri : Pasien mengatakan bersyukur karna telah lahir sebagai perempuan yang kuat dan mandiri.

(2) Intelektual

Pasien mampu menangkap informasi yang diberikan oleh perawat dengan baik, ingatan pasien masih normal, saat pasien dijelaskan mengenai penyebab prolaps uteri pada pasien yang kemungkinan telah melahirkan 7 anak.

b) Sosial

(1) Hubungan sosial

Pasien mengatakan memiliki hubungan yang baik dengan seluruh anggota keluarga. selain itu pasien selalu mengikuti kegiatan yang ada dimasyarakat untuk tetap menjalin hubungan dengan anggota masyarakat.

(2) *Support system*

Pasien mengatakan keluarga pasien selalu mendampingi dan menjaga pasien dengan baik selama dirawat dirumah sakit.

Kerabat dan tetangga pasien juga ikut menjenguk untuk memberikan *support* pada pasien.

c) Spiritual

Pasien mengatakan selalu menjalankan ibadah (Sholat 5 waktu) diatas tempat tidur dengan baik selama sakit. Pasien mengatakan menyakini bahwa Alloh akan memberikan kesembuhan untuk dirinya apabila hambanya mau berusaha untuk proses kesembuhannya.

6) Pemeriksaan Laboratorium

Tanggal Pemeriksaan : 29-04-2025

Tabel 3.4
Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Flag	Satuan
Hematologi tanpa diff			
Hemoglobin	12,5	g/dl	13-16
Jumlah Leukosit	6,820	/mm ³	3,800-10,600
Jumlah Eritrosit	3.97	Juta/mm ³	3.6-5.8
Hematokrit	38	%	35-47
Jumlah Trombosit	282,000	/mm ³	150,000-440,000

7) Pengobatan

Tanggal pemberian : 29-04-2025

Tabel 3.5
Pengobatan

Nama Obat	Dosis	Pemberian	Kegunaan
Cefotaxime	2x1 gr	IV	Obat antibiotic yang digunakan untuk mengobati berbagai infeksi bakteri, termasuk yang parah atau mengancam nyawa.

Nama obat	Dosis	Pemberian	Kegunaan
Katerolac	3x30 gr	IV	Obat yang digunakan untuk mengurangi rasa nyeri.
Metronidazole	3x5 gr	IV	Obat antibiotic yang digunakan untuk mengobati infeksi bakteri di berbagai organ tubuh, termasuk pencernaan, paru-paru dan lain-lain.
Paracetamol	3x100 ml	IV	Obat untuk penurun panas.

8) Analisa Data

Tabel 3.6
Analisa Data

No	Data	Penyebab	Masalah
1.	Ds: Pasien mengeluh nyeri Do: 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif 3. Sulit tidur 4. Skala nyeri 5 (0-10) 5. TTV : TD: 110/90mmHg RR : 20x/m HR : 100x/m	Prolaps uteri dilakukan histerektomi, Post operasi kemudian general anastesi dilakukan pembedahan terputusnya incontinuitas jaringan yang bisa merangsang area sensorik & motorik dan menjadi Nyeri Akut	Nyeri Akut D.0077
2.	Ds : Pasien mengeluh demam Do : 1. suhu tubuh 38°C 2. Kulit terlihat kemerahan 3. Pipi terlihat kemerahan 4. Terlihat lemah	Pembedahan menyebabkan terputusnya inkontinuitas jaringan kemudian melepaskan sitokin yang bisa merangsang hipotalamus untuk melepaskan prostaglandin sehingga meningkatkan termoregulasi dan menjadi Hipertermi	Hipertermia D.0130
3.	Ds: Pasien mengeluh sulit menggerakkan kedua kakinya Do:	Prolaps uteri dilakukan histerektomi, Post operasi general anastesi dilakukan pembedahan menyebabkan	Gangguan Mobilitas Fisik D.0054

1	2	3	4
	1. Rentang Gerak menurun 2. Pasien terlihat kesulitan untuk berjalan 3. Kekuatan otot 5 5 4 4	terputusnya incontinuitas jaringan yang bisa merangsang area sensorik & motorik melepaskan nyeri menyebabkan kesulitan bergerak dan menjadi Gangguan Mobilitas Fisik.	
4.	Ds: Pasien mengeluh sulit tidur Do: 1. konjungtiva anemis 2. Terlihat mata panda 3. Terlihat lemas 4. Terlihat sering terjaga 5. Frekuensi tidur ± 3 jam 6. Kualitas tidur tidak nyenyak	Prolaps uteri dilakukan histerektomi, Post operasi general anastesi dilakukan pembedahan menyebabkan terputusnya incontinuitas jaringan yang bisa merangsang area sensorik & motorik melepaskan nyeri menyebabkan tidur terganggu kualitas tidur tidak nyenyak dan menjadi Gangguan Pola Tidur	Gangguan Pola Tidur D.0055
5.		Prolaps uteri dilakukan histerektomi, Post operasi terdapat luka menyebabkan jaringan terbuka proteksi kurang berada ditempat invasi kuman dan menjadi Risiko Infeksi.	Risiko Infeksi D.0142

2. Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan:

DS: Pasien mengeluh nyeri,

DO: 1) Tampak meringis

2) bersikap protektif

3) sulit tidur

4) skala nyeri 5 (0-10)

5) TTV : TD : 110/90mmHg

RR : 20x/menit

HR : 100x/menit

b. Hipertermia berhubungan dengan respon inflamasi ditandai dengan :

DS: Pasien mengeluh demam

DO: 1) suhu tubuh 38°C

2) Kulit tampak kemerahan

3) Terlihat lemah

4) Pipi terlihat kemerahan

c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri ditandai dengan:

DS: Pasien mengeluh sulit menggerakkan kedua kakinya

DO: 1) Rentang gerak menurun

2) pasien terlihat kesulitan untuk jalan

3) kekuatan otot

$$\frac{5}{4} \mid \frac{5}{4}$$

d. Gangguan pola tidur berhubungan dengan efek prosedur invasif ditandai dengan

DS: Pasien mengeluh sulit tidur

DO: 1) Pasien terlihat sering terjaga

2) konjungtiva anemis

3) terlihat mata panda

4) terlihat lemas

5) kualitas tidur tidak nyenyak

6) frekuensi tidur ± 3 jam

e. Risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif

3. Intervensi, Implementasi Dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.7
Intervensi, Implementasi, Dan Evaluasi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Perencanaan	Rasional	Implementasi	Evaluasi
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 4x24 jam diharapkan Tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil (L.08066) 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	1. Untuk mengetahui Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri	Selasa, 29 April 2025 Pukul 14.30 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri R: pasien mengeluh nyeri dan mengatakan terdapat laserasi bekas Op dijalan lahir, nyeri dirasakan saat pasien bergerak dan mereda ketika beristirahat, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul	Selasa, 29 April 2025 Pukul 21.30 S : Pasien masih mengeluh nyeri dijalan lahir dan diperut bagian bawah O : 1. Terdapat laserasi bekas op dijalan lahir, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul dirasakan saat pasien bergerak dan mereda ketika beristirahat 2. Skala nyeri 5 (0-10) 3. Pasien tampak meringis, gelisah dan bersikap protektif

1	2	3	4	5	6
	tidur menurun 6. Frekuensi nadi membaik	2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup	2. Untuk mengetahui skala nyeri 3. Untuk mengetahui respon nyeri non verbal 4. Untuk mengetahui faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Untuk mengetahui pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup	Pukul 14.35 2. Mengidentifikasi skala nyeri R: Skala nyeri 5 (0-10) Pukul 14.40 3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal R: Pasien tampak meringis, gelisah, dan bersikap protektif Pukul 14.45 4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri R: Pasien mengatakan nyeri ketika pasien bergerak dan mereda ketika pasien beristirahat Pukul 14.50 5. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup R: Nyeri sangat	4. Nyeri sangat berpengaruh pada kualitas hidup 5. Nyeri sedikit berkurang 6. Agar pasien dan keluarga mengerti 7. Pasien diberikan katerolac 30gr IV 8. TTV: TD: 110/90mmHg RR: 20x/menit HR: 100x/menit S: 38°C SPO2: 98% A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1. Identifikasi skala nyeri 2. Identifikasi respon nyeri nonverbal 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

1	2	3	4	5	6
		Terapeutik 6. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (Teknik nafas dalam) Edukasi 7. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri Kolaborasi 8. Kolaborasi pemberian analgetic (Katerolac 30 mg)	6. Untuk mengetahui apakah terapi berhasil atau tidak 7. Agar pasien dan keluarga mengetahui penyebab, periode, dan meredakan nyeri 8. Untuk mengurangi nyeri	berpengaruh pada kualitas hidup Pukul 14.55 6. Memberikan teknik non farmakologis (teknik nafas dalam) R: Nyeri sedikit berkurang Pukul 15.00 7. Menjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri R: Agar pasien dan keluarga mengerti Pukul 16.00 8. Memberikan terapi obat analgesik R: Pasien diberi obat katerolac 30gr IV dan Pelaksana : Yeti Sintiasari	4. Berikan teknik non farmakologis (Nafas dalam) 5. Fasilitasi istirahat dan tidur 6. Berikan terapi obat analgesic

1	2	3	4	5	6
Hipertermi berhubungan dengan respon inflamasi (D.0130)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x24 jam diharapkan termoregulasi membaik dengan kriteria hasil (L.14134) 1. Menggigil menurun 2. Suhu tubuh membaik 3. Suhu kulit membaik	Manajemen Hipertermia (I.15506) Observasi 1. Identifikasi penyebab hipertermia 2. Monitor suhu tubuh Terapeutik 3. Longgarkan atau lepaskan pakaian 4. Berikan cairan oral 5. Lakukan pendinginan eksternal (kompres	1. Untuk mengetahui penyebab hipotermia 2. Untuk mengetahui suhu tubuh pasien 3. Untuk menurunkan suhu tubuh 4. Supaya pasien tidak dehidrasi 5. Untuk menurunkan suhu tubuh	Selasa, 29 April 2025 Pukul 14.20 1. Mengidentifikasi penyebab hipertermia R: Kondisi pasca operasi Pukul 14.25 2. Memonitor suhu tubuh R: 38°C Pukul 14.30 3. Melonggarkan atau lepaskan pakaian R: Pasien mengatakan merasa nyaman setelah pakaian dilonggarkan Pukul 14.35 4. Memberikan cairan oral R: Pasien meningkatkan volume minum Pukul 14.40 5. Melakukan pendinginan eksternal (kompres hangat pada	Selasa, 29 April 2025 Pukul 21.30 S : Pasien masih mengeluh demam O : 1. Kondisi pasca operasi 2. 38°C 3. Pasien merasa nyaman setelah pakaian dilonggarkan 4. Pasien menuruti perkataan perawat 5. Suhu tubuh pasien sedikit berkurang 6. Terpasang infus ditangan kanan RL 500 ml A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan 1. Monitor suhu tubuh 2. Berikan cairan oral 3. Lakukan pendinginan eksternal (kompres hangat pada dahi, leher, dada, abdomen

1	2	3	4	5	6
		hangat pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila) Edukasi 6. Anjurkan tirah baring Kolaborasi 7. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena.	6. Agar suhu tubuh cepat turun 7. Agar pasien tidak dehidrasi	dahi, leher, dada, abdomen, aksila) R: Suhu tubuh pasien sedikit menurun Pukul 14.45 6. Menganjurkan tirah baring R: Pasien menuruti perkataan perawat Pukul 14.50 7. Memberikan cairan dan elektrolit intravena R: Terpasang infus di tangan kanan RL 500 ml 15 Tpm Pelaksana : Yeti Sintiasari	dan aksila) 4. Anjurkan tirah baring 5. Berikan cairan dan elektrolit intravena
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (D.0054)	Setelah dilakukan Tindakan selama 2x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil (L.05042)	Dukungan Mobilisasi (I.05173) Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya	1. Untuk mengetahui nyeri dan keluhan fisik lain	Selasa, 29 April 2025 Pukul 18.30 1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya R: pasien mengeluh nyeri di jalan lahir	Selasa, 29 April 2025 Pukul 21.30 S : Pasien masih mengatakan merasa sulit menggerakkan kedua kakinya O : 1. Pasien tampak meringis kesakitan

1	2	3	4	5	6
	1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang Gerak (ROM) meningkat	2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik 4. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu	2. Supaya tau seberapa toleransi fisik pasien 3. Untuk mengetahui kondisi selama mobilisasi 4. Untuk mempermudah mobilisasi	akibat operasi dan nyeri pada perut bagian bawah Pukul 18.35 2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan R: Sulit berjalan karena nyeri Pukul 18.40 3. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi R: Pasien tampak meringis kesakitan saat perawat membantu pasien duduk Pukul 18.45 4. Memfasilitasi mobilitas dengan alat bantu R: Ketika pasien bergerak atau merubah posisinya pasien selalu	saat perawat membantu pasien miring kanan, miring kiri dan duduk 2. Ketika pasien bergerak atau mengubah posisinya pasien selalu memegang bed plang 3. Sulit berjalan karena nyeri di jalan lahir 4. Anak pasien selalu membantu pasien ketika pasien melakukan pergerakan/ mobilisasi 5. Pasien mengerti dengan apa yang dijelaskan perawat 6. Pasien kooperatif 7. Pasien menuruti setiap perkataan perawat A : Masalah belum teratasi

1	2	3	4	5	6
		5. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 6. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi(miring kanan, miring kiri, duduk dan berjalan) 7. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 8. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan	5. Agar pasien lebih semangat 6. Agar pasien dan keluarga mengerti 7. Agar pasien cepat pulang ke rumah 8. Agar tidak terlalu berat untuk dilakukan	memegang bed plang Pukul 18.50 5. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan pergerakan R: Anak pasien selalu membantu pasien ketika pasien melakukan mobilisasi Pukul 18.55 6. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi dini R: Pasien mengerti dengan apa yang dijelaskan perawat Pukul 19.30 7. Menganjurkan mobilisasi dini R: Pasien kooperatif Pukul 20.00 8. Mengajarkan mobilisasi sederhana (miring kanan, miring kiri, dan duduk)	P : Intervensi dilanjutkan 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lain 2. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 3. Fasilitasi mobilitas dengan alat bantu 4. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan pergerakan 5. Anjurkan mobilisasi dini 6. Ajarkan mobilisasi sederhana

1	2	3	4	5	6
				R: Pasien bisa melakukan miring kanan, miring kiri dan duduk Pelaksana : Yeti Sintiasari	
Gangguan pola tidur berhubungan dengan efek prosedur invasif (D.0055)	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil (L.05045) 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan tidak puas tidur menurun	Dukungan Tidur (I.05174) Observasi 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur	1. Untuk mengetahui pola aktivitas dan tidur 2. Untuk mengetahui faktor pengganggu tidur 3. Untuk mengetahui makanan dan minuman pengganggu tidur	Selasa, 29 April 2025 Pukul 20.00 1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur R: Pasien terlihat sering terjaga Pukul 20.05 2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur R: Pasien mengatakan nyeri di jalan lahir karena operasi Pukul 20.10 3. Mengidentifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur	Selasa, 29 April 2025 Pukul 21.30 S : Pasien masih mengeluh sulit tidur O : 1. Pasien terlihat sering terjaga 2. Pasien mengatakan nyeri di jalan lahir karena operasi 3. Pasien mengatakan tidak mengonsumsi makanan dan minuman pengganggu tidur 4. Pasien mengatakan tidur siang ± 1 jam 5. Pasien mengikuti arahan perawat 6. Pasien merasa

1	2	3	4	5	6
	4. Keluhan pola tidur berubah menurun 5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun	Terapeutik 4. Modifikasi lingkungan (pencahayaannya dan kebisingan) 5. Batasi waktu tidur siang, jika perlu 6. Tetapkan jadwal tidur rutin	4. Agar tidur lebih nyenyak 5. Agar tidur malam lebih berkualitas 6. Agar tidur lebih terjadwal	R: Pasien mengatakan tidak mengonsumsi makanan dan minuman yang mengganggu tidur Pukul 20.15 4. Memodifikasi lingkungan (pencahayaannya dan kebisingan) R: Pasien mengatakan merasa nyaman setelah diatur pencahayaan dan kebisingan Pukul 20.20 5. Membatasi waktu tidur siang R: Pasien mengatakan tidur siang ± 1 jam Pukul 20.25 6. Menetapkan jadwal rutin tidur R: Pasien mengikuti arahan perawat	nyaman setelah diatur posisinya 7. Pasien mendengarkan dengan seksama 8. Pasien merasa nyaman setelah dipijat A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur 3. Modifikasi lingkungan (pencahayaannya dan kebisingan) 4. Batasi waktu tidur siang 5. Tetapkan jadwal rutin tidur 6. Lakukan prosedur untuk meningkatkan

1	2	3	4	5	6
		7. Lakukan prosedur untuk meningkatkan Kenyamanan (Pengaturan posisi) Edukasi 8. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit	7. Agar tidur lebih mudah 8. Agar pasien mengetahui penting nya tidur cukup selamam sakit	Pukul 20.30 7. Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan R: Pasien mengatakan merasa nyaman setelah diatur posisinya Pukul 20.35 8. Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit R: Pasien kooperatif Pelaksana : Yeti Sintiasari	kenyamanan
Risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif (D.0142)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil (L.14237) 1. Demam	Pencegahan Infeksi (I.14539) Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik	1. Untuk mengetahui tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik	Selasa, 29 April 2025 Pukul 15.00 1. Memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik R: Terdapat kemerahan, demam 38°C	Selasa, 29 April 2025 Pukul 21.30 S : Pasien masih mengeluh nyeri di jalan lahir O : 1. Terdapat kemerahan, demam 38°C 2. Pasien dan keluarga kooperatif 3. Keluarga pasien

1	2	3	4	5	6
	menurun 2. Nyeri menurun 3. Kemerahan menurun 4. Kadar sel darah putih membaik	Terapeutik 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Edukasi 4. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 5. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar	2. Untuk mencegah infeksi 3. Untuk mencegah infeksi 4. Agar pasien dan keluarga mengetahui tanda dan gejala infeksi 5. Agar tidak menularkan infeksi	Pukul 15.10 2. Membatasi jumlah pengunjung R: Pasien dan keluarga kooperatif Pukul 15.15 3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien R: Keluarga pasien dan perawat selalu cuci tangan jika sudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Pukul 15.20 4. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi R: Pasien dan keluarga mengerti tanda dan gejala infeksi Pukul 15.25 5. Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar R: Pasien bisa	dan perawat selalu cuci tangan jika sudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Pasien dan keluarga mengerti tanda dan gejala infeksi 5. Pasien bisa mengikuti perawat 6. Pasien mengikuti perkataan perawat 7. Pasien diberikan terapi antibiotic Metronidazole 5 mg dan Cefotaxime 1 gr A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan

1	2	3	4	5	6
		6. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 7. Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi 8. Kolaborasi pemberian antibiotic (Metronidazole 5 mg dan Cefotaxime 1 gr)	6. Untuk mempercepat penyembuhan luka 7. Untuk mempercepat proses penyembuhan luka 8. Untuk mencegah infeksi	mengikuti perawat pukul 15.30 6. Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi R: Pasien mengikuti perkataan perawat Pukul 15.35 7. Menganjurkan meningkatkan asupan cairan R: pasien mengikuti perkataan perawat Pukul 16.00 8. Memberikan terapi antibiotic R: Pasien diberikan Metronidazole 5 mg dan Cefotaxime 1 gr Pelaksana : Yeti Sintiasari	lingkungan pasien 3. Ajarkan cara cuci tangan yang benar 4. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 5. Anjurkan meningkatkan asupan cairan 6. Berikan terapi antibiotic (Metronidazole 5 mg dan Cefotaxime 1 gr)

4. Catatan Perkembangan

a. Catatan perkembangan hari ke-1

Tabel 3.9
Catatan Perkembangan Hari Ke-1

Diagnosa Keperawatan	Tanggal/Jam	Catatan Perkembangan	Paraf
Nyeri Akut	Rabu, 30 April 2025	S : Pasien masih mengeluh nyeri di area vagina dan nyeri perut bawah	Yeti Sintiasari
	21.30	O : 1. Terdapat laserasi bekas op dijalan lahir 2. Skala nyeri 4 (0-10) 3. Pasien masih tampak meringis 4. Pasien diberikan katerolac 30gr IV	
	21.40	A : Nyeri Akut	
	21.45	P : Lanjutkan intervensi 1. Identifikasi skala nyeri 2. Identifikasi respon nyeri non verbal 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Berikan Teknik non farmakologis (Teknik nafas dalam) 5. Berikan obat analgesic	
	21.50	I : 1. Mengidentifikasi skala nyeri R: Skala nyeri 4 (0-10)	
	21.55	2. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal R: Pasien tampak meringis	
	22.00	3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri R: Pasien mengatakan ketika pasien bergerak terasa nyeri dan mereda ketika beristirahat	
	22.10	4. Memberikan teknik non farmakologis (Teknik nafas	

1	2	3	4
	23.00 05.00	dalam) R: Pasien mampu melakukan Teknik nafas dalam dan mengatakan lebih plong 5. Memberikan terapi obat analgesic R: Pasien diberikan katerolac 30gr IV E : Masalah teratasi sebagian	
Hipertermi	Rabu, 30 April 2025 21.50	S : Pasien mengatakan sudah tidak demam O : 1. 37°C 2. Suhu tubuh pasien kembali direntang normal 3. Terpasang infus ditangan kanan RL 500 ml 15 Tpm A : Masalah Teratasi	Yeti Sintiasari
Gangguan Mobilitas fisik	Rabu, 30 April 2025 21.30 21.40	S : Pasien mengatakan sudah bisa berjalan O : 1. Pasien masih tampak sedikit meringis saat perawat membantu pasien duduk dan berjalan 2. Ketika pasien bergerak atau mengubah posisinya pasien selalu memegang bed plang 3. Anak pasien selalu membantu pasien ketika pasien melakukan pergerakan/mobilisasi A : Masalah teratasi	Yeti Sintiasari
Gangguan pola Tidur	Rabu, 30 April 2025 22.30 22.40	S : Pasien mengatakan tidur sudah Kembali nyenyak O : 1. Pasien terlihat tidur nyenyak 2. Pasien mengatakan tidak mengonsumsi makanan dan minuman pengganggu tidur 3. Pasien mengatakan tidur siang ± 1 jam 4. Pasien merasa nyaman	Yeti Sintiasari

1	2	3	4
		setelah diatur posisinya A : Masalah teratasi	
Risiko Infeksi	Rabu, 30 April 2025 21.20	S : Pasien masih mengeluh nyeri dijalan lahir O : 1. Terdapat kemerahan, demam 38°C 2. Pasien dan keluarga kooperatif 3. Keluarga pasien dan perawat selalu cuci tangan jika sudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Pasien bisa mengikuti perawat 5. Pasien mengikuti perkataan perawat 6. Pasien diberikan Metronidazole 5 mg dan Cefotaxime 1 gr	Yeti Sintiasari
	21.25	A : Risiko Infeksi	
	21.28	P : Intervensi dilanjutkan 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Cuci tangan sesudah dan sebelum kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 3. Ajarkan cara cuci tangan yang benar 4. Berikan antibiotic	
	21.30	I : 1. Membatasi jumlah pengunjung R: Pasien terlihat nyaman setelah dibatasi jumlah pengunjung	
	21.40	2. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien R: Keluarga pasien dan perawat selalu mencuci tangan setelah kontak dengan pasien dan	

1	2	3	4
	21.50	lingkungan pasien 3. Mengajarkan cara cuci tangan yang benar R: Pasien dan keluarga pasien bisa mengikuti perawat	
	23.00	4. Memberikan antibiotic R: Pasien diberikan Metronidazole 5 mg dan Cefotaxime 1 gr	
	05.00	E : Masalah teratasi sebagian	

b. Catatan perkembangan hari ke-2

Tabel 3.10
Catatan Perkembangan Hari Ke-2

Diagnosa keperawatan	Tanggal/Jam	Catatan Perkembangan	Paraf
Nyeri Akut	Kamis, 31 April 2025	S : Pasien masih mengeluh nyeri di area vagina dan perut bagian bawah	Yeti Sintiasari
	08.00	O : 1. Terdapat laserasi bekas op di jalan lahir 2. Skala nyeri 3 (0-10) 3. Pasien sudah tidak meringis 4. Pasien diberikan katecolac 30gr IV	
	08.20	A : Nyeri Akut	
	08.30	P : Lanjutkan intervensi 1. Identifikasi skala nyeri 2. Identifikasi respon nyeri non verbal 3. Berikan Teknik non farmakologis 4. Berikan obat analgetic	
	09.00	I : 1. Mengidentifikasi skala nyeri R: Skala nyeri 3 (0-10)	
	09.10	2. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal R: Pasien sudah tidak meringis	
	09.20	3. Memberikan teknik non farmakologis (Teknik nafas	

1	2	3	4
	09.30 09.40	dalam) R: Pasien mampu melakukan Teknik nafas dalam dan mengatakan lebih plong 4. Memberikan terapi obat analgesic R: Pasien diberikan katerolac 30gr IV E : Masalah teratasi sebagian	
Risiko Infeksi	Kamis, 31 April 2025 08.00 08.20 08.30 09.00	S : Pasien masih mengeluh nyeri dijalan lahir O : 1. Terdapat kemerahan, demam 37°C 2. Pasien dan keluarga kooperatif 3. Keluarga pasien dan perawat selalu cuci tangan jika sudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Pasien bisa mengikuti perawat 5. Pasien mengikuti perkataan perawat 6. Pasien diberikan Metronidazole 5 mg dan Cefotaxime 1 gr A : Risiko Infeksi P : Intervensi dilanjutkan 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 3. Ajarkan cara cuci tangan yang benar 4. Berikan obat antibiotic I : 1. Membatasi jumlah pengunjung R: Pasien terlihat nyaman setelah dibatasi jumlah pengunjung	Yeti Sintiasari

1	2	3	4
	09.10	2. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien R: Keluarga pasien dan perawat selalu mencuci tangan setelah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien	
	09.20	3. Mengajarkan cara cuci tangan yang benar R: Pasien dan keluarga pasien bisa mengikuti perawat	
	09.30	4. Memberikan antibiotic R: Pasien diberikan Metronidazole 5 mg dan Cefotaxime 1 gr	
	09.40	E : Masalah teratasi sebagian	

c. Catatan perkembangan hari ke-3

Tabel 3.10
Catatan Perkembangan Hari-3

Diagnosa Keperawatan	Tanggal/Jam	Catatan Perkembangan	Paraf
Nyeri Akut	Jum'at, 01 Mei 2025 16.00	S : Pasien sudah tidak mengeluh nyeri O : 1. Pasien sudah tidak meringis 2. Skala nyeri 2 (0-10) 3. Pasien diberikan Asam Mefenamat 500 mg Peroral A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan	Yeti Sintiasari
Risiko Infeksi	Jum'at, 01 Mei 2025 16.20	S : Pasien sudah tidak mengeluh nyeri O : 1. Terdapat Kemerahan 2. Suhu tubuh 36,5°C 3. Pasien dan keluarga kooperatif 4. Pasien diberikan Amoxicilin 500 mg Peroral	Yeti Sintiasari

1	2	3	4
		A : Masalah teratasi sebagian P : Pengobatan dan perawatan dilanjutkan dirumah	

B. Pembahasan

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada Ny. J POD 0 *Post Transvaginal Histerektomi* (TVH) atas indikasi prolaps uteri di ruang Agate Bawah RSUD Dr. Slamet Garut. Asuhan keperawatan dilaksanakan mulai tanggal 29 April 2025 sampai dengan 01 Mei 2025. Penulis menemukan berupa kesenjangan antara teori yang di dapatkan dengan fakta yang ada di lapangan. Adapun pembahasan ini dibagi menjadi berdasarkan tahap proses keperawatan yaitu pengkajian, perumusan diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

1. Tahap Pengkajian

Pada saat tahap pengumpulan data, penulis tidak menemukan kesulitan karena Ny. J dan keluarga sangat kooperatif yang ditunjang dengan terbinanya kepercayaan antara penulis dan Ny. J serta keluarganya dapat menjawab pertanyaan yang disampaikan penulis tanpa adanya keraguan dari mulai identitas sampai data psikologinya serta bersedia untuk dilakukan pemeriksaan fisik secara sistematis dan keluarga pun membantu untuk memberikan data-data yang diperlukan.

Data pengkajian asuhan keperawatan pada pasien *Post Transvaginal Histerektomi* (TVH) didapatkan bahwa pasien mengeluhkan nyeri pada perut bawah dan terdapat laserasi vagina akibat post operasi TVH, pasien menggambarkan nyerinya dengan intensitas 5 (0-10), nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk terasa hilang timbul, nyeri dirasakan saat bergerak

dan hilang pada saat beristirahat dan nyeri sudah berlangsung setelah operasi ± 4 jam yang lalu. Secara fisik pasien terlihat meringis, gelisah dan bersikap protektif. Hal ini disebabkan karena terputusnya inkontinuitas jaringan dan merangsang area sensorik dan motorik kemudian rangsangan ini dihantarkan ke hypothalamus lalu meneruskan ambang nyeri dipersepsikan sebagai nyeri. Keluhan nyeri karena adanya luka insisi pembedahan yang menyebabkan terputusnya inkontinuitas jaringan (Nurarif, 2015).

Pada klien *Post Transvaginal Histerektomi* bisa terjadi perubahan suhu karena kondisi pasca operasi. Didapatkan data pasien mengeluhkan demam, secara fisik pasien terlihat menggigil, mengerang, pipi terlihat merah, suhu tubuh 38°C dan lemas. Dalam pembedahan bisa menyebabkan terputusnya inkontinuitas jaringan yang dapat melepaskan sitokin kemudian sitokin mengantarkan rangsangan ke hipotalamus. Setelah sampai hipotalamus menyuruh melepaskan hormon prostaglandin yang dapat meningkatkan termoregulasi dan menjadi hipertermi (Rasjidi, 2018).

Menurut Siswandi, 2015 Pada *Post TVH* bisa terjadi keterbatasan gerak dan penurunan kekuatan otot karena nyeri pasca operasi. General anestesi menyebabkan penurunan tonus otot sehingga terjadi penurunan kerja otot ekstremitas bawah. Didapatkan data pasien mengeluh merasa sulit untuk duduk dan berjalan, secara fisik terlihat semua aktivitas pasien

dibantu oleh keluarganya, kekuatan otot ekstermitas bawah 4/4, sehingga penulis mengambil diagnosa gangguan mobilitas fisik.

Menurut Widjanarko, 2019 pada klien *Post transvaginal histerektomi* sering terjadi keluhan sulit tidur dan penurunan kualitas tidur karena efek prosedur invasif. Post anestesi menyebabkan kekacauan irama sirkadian sehingga proses istirahat dan tidur tidak adekuat. Didapatkan informasi pasien sering terjaga di malam hari, kesukaran untuk tidur, kualitas tidur tidak nyenyak, dan tidur malam hanya selama 3 jam saja sehingga penulis mengambil diagnosa gangguan pola tidur.

Menurut Manuaba, 2021 pada klien *Post Transvaginal Histerektomi* sering terjadi risiko infeksi karena efek prosedur invasif. Pembedahan menyebabkan luka menciptakan jalur masuk bagi bakteri dan mikroorganisme ke dalam tubuh sehingga pasien dengan *Post Op* menjadi sangat rentan terhadap infeksi. Didapatkan data pasien mengeluh nyeri di jalan lahir karena terdapat laserasi bekas operasi, terlihat kemerahan, suhu tubuh 38°C, Vulva bersih, kondisi luka baik dan Nilai leukosit 6.820/mm³.

2. Diagnosa Keperawatan

Secara teori tidak semua dirumuskan dalam diagnosa keperawatan secara nyata, karena hal ini harus ditunjang dengan data-data hasil pengkajian yang telah dilakukan. Masalah yang terjadi pada Ny. J *Post Transvaginal Histerektomi* (TVH) dengan Indikasi Prolaps Uteri yaitu :

- a. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi/post operasi)

Menurut SDKI, 2018 Nyeri akut merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onsets mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Penyebabnya bisa karena agen pencedera fisiologis seperti inflamasi, agen pencedera kimiawi seperti terbakar bahan kimia dan agen pencedera fisik seperti prosedur operasi yang ada pada kasus Ny.J. Kemudian alasan diangkatnya diagnosa tersebut ada pada data pengkajian yang didapatkan dari pasien. Didapatkan data subjektif Pasien mengeluh nyeri pada perut bawah dan terdapat laserasi pada vagina akibat post *Transvaginal Histerektomi* (TVH). Pasien mengeluh nyeri pada perut bawah dan terdapat laserasi di jalan lahir. Nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, nyeri terasa hilang timbul, nyeri bertambah pada saat Pasien bergerak dan berkurang pada saat pasien diam berbaring. Skala nyeri 5 (0-10). Nyeri dirasakan setelah operasi 4 jam yang lalu. Data objektifnya, Pasien tampak meringis, gelisah dan bersikap protektif. Diagnosa tersebut menjadi prioritas karena masalah tersebut sangat mengganggu dan apabila tidak ditangani akan menimbulkan ketidaknyamanan pada pasien.

b. Hipertermia berhubungan dengan respon inflamasi

Menurut SDKI, 2018 Hipertermia didefinisikan sebagai suhu tubuh meningkat diatas rentang normal tubuh. Dengan penyebab yang ada pada pasien adalah respon inflamasi akibat dari tindakan *Transvaginal Histerektomi* (TVH). Alasan diangkatnya diagnosa ini karena Didapatkan data subjektif pasien mengeluh demam. Data objektif suhu tubuh diatas normal yaitu 38°C, pasien tampak menggigil, pipi kemerahan, tampak lemah, kulit tampak kemerahan, turgor kulit kembali <2 detik.

c. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan nyeri

Menurut SDKI, 2018 Gangguan mobilitas fisik karena adanya reseptor nyeri untuk mengeluarkan neurotransmitter, bradikanin, serotin, histamin, dan rangsangan ini dihantarkan ke thalamus dan meneruskan ambang nyeri sehingga terjadi kelelahan fisik yang diakibatkan nyeri bertambah apabila banyak bergerak, Pasien takut bergerak dan aktivitas dibantu keluarga. Alasan diangkatnya diagnosa ini karena data yang ada pada pasien yaitu data subjektif pasien mengatakan vagina terasa nyeri saat bergerak dan nyeri pada perut bawah. Data objektifnya, kekuatan otot ekstremitas bawah 4, Pasien tampak lemah, ADL dibantu keluarga.

d. Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan efek prosedur invasif

Menurut SDKI, 2018 Gangguan pola tidur adalah gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal. Dengan

penyebab yang ada pada pasien adalah kondisi pasca operasi akibat dari Tindakan *Transvaginal Histerektomi* (TVH). Alasan diangkatnya diagnosa ini karena Data yang ditemukan pada Ny.J yaitu secara subjektif pasien mengeluh sulit tidur karena terdapat laserasi akibat *Post Transvaginal Histerektomi*, dan secara objektif pasien sering terjaga, kualitas tidur tidak nyenyak, tidur malam hanya selama 3 jam, terlihat mata panda, konjungtiva anemis.

e. Disfungsi Seksual berhubungan dengan perubahan fungsi tubuh

Menurut SDKI, 2018 Disfungsi seksual adalah perubahan fungsi seksual selama fase respon seksual berupa hasrat, terangsang, orgasme, dan/atau relaksasi yang dirasa tidak memuaskan, tidak bermakna, atau tidak adekuat. Dengan penyebab perubahan fungsi tubuh yaitu pembedahan pengangkatan rahim atau *Transvaginal Histerektomi* (TVH). Alasan saya tidak mengangkat diagnosa ini karena tidak memenuhi 80% tanda mayor dan minor yang ada di buku SDKI. Pada Ny. J sudah tidak ditemukan aktivitas seksual sejak 3 tahun lalu karena suami pasien meninggal, pasien sudah tua terjadi penurunan libido dan pasien juga sudah menopause.

f. Gangguan Citra Tubuh berhubungan dengan efek tindakan

Menurut SDKI, 2018 Gangguan citra tubuh adalah perubahan persepsi tentang penampilan, struktur, dan fungsi fisik individu. Dengan penyebab efek tindakan yaitu *Transvaginal Histerektomi* (TVH). Alasan saya tidak mengangkat diagnosa ini karena tidak

memenuhi 80% data mayor dan minor yang ada di buku SDKI. Pasien dan keluarga menerima keadaan pasien saat ini, pasien sangat bersyukur karena meskipun harus di angkat rahimnya tetapi keluarganya sangat mensupport, selalu mendampingi pasien ketika berobat dan berada di RS, selalu ada disaat pasien terpuruk dan selalu membicarakan masalahnya dengan keluarga.

g. Risiko Infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif

Menurut SDKI, 2018 Risiko infeksi adalah berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik. Dengan penyebab yang ada pada pasien yaitu efek prosedur invasif akibat dari tindakan *Transvaginal Histerektomi (TVH)*. Alasan diangkatnya diagnosa ini karena data yang dikeluhkan Ny. J secara subjektif yaitu pasien mengeluh nyeri di jalan lahir karena laserasi bekas operasi dan secara objektif terlihat kemerahan, suhu tubuh 38°C, kondisi luka baik, vulva bersih, nilai leukosit 6.820/mm³.

3. Perencanaan

Pada tahap perencanaan, penulis tidak mendapat kesulitan karena adanya kerjasama, dukungan dan bantuan dari pihak keluarga Pasien dan juga petugas kesehatan dalam ruangan sehingga terlaksananya tahap perencanaan.

a. Nyeri Akut

Pada perencanaan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik berdasarkan kriteria hasil yaitu, setelah dilakukan

tindakan keperawatan selama 4x24 jam tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: keluhan nyeri menurun, meringis menurun. Rencana diagnosa nyeri akut ialah dengan intervensi manajemen nyeri (I.08234). Pada perencanaan manajemen nyeri yaitu identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri, control lingkungan yang memperberat rasa nyeri, fasilitasi istirahat dan tidur (PPNI, 2018). Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan cara relaksasi nafas dalam dan berikan terapi medis (Ketorolac 3x30 mg/IV). Relaksasi adalah suatu tindakan untuk menurunkan nyeri dengan menurunkan ketegangan otot, mereleksasikan otot-otot. Teknik relaksasi adalah Teknik melakukan napas dalam, pola napas teratur dan rileks. Teknik ini berguna untuk menurunkan skala nyeri (Amalia & Agustina, 2021).

b. Hipertermi

Pada perencanaan hipertermi berhubungan dengan respon inflamasi ditandai dengan keluhan demam, suhu tubuh meningkat, pipi terlihat kemerahan, terlihat lemas, kulit tampak kemerahan, turgor kembali <2 detik. Tujuannya setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan termoregulasi membaik dengan kriteria hasil suhu tubuh membaik, suhu kulit membaik, menggigil membaik rencana yang dilakukan yaitu manajemen hipertermia (I.15506), meliputi identifikasi penyebab hipertermi, monitor suhu tubuh,

longgarkan atau lepaskan pakaian, berikan cairan oral, lakukan pendinginan eksternal (kompres hangat diarea dahi, leher, dada, abdomen dan aksila), anjurkan tirah baring dan kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena (SIKI, 2018). Kompres hangat adalah tindakan memberikan rasa hangat pada bagian tubuh tertentu untuk meredakan nyeri, kaku, atau bengkak, serta membantu menurunkan demam. Kompres hangat bekerja dengan melebarkan pembuluh darah, sehingga meningkatkan aliran darah dan mempercepat proses penyembuhan. Kompres hangat dapat membantu menurunkan suhu tubuh dengan cara melebarkan pembuluh darah dan mempermudah pengeluaran panas dari tubuh (Nurarif, 2015).

c. Gangguan Mobilitas Fisik

Pada perencanaan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri ditandai dengan mengeluhkan terasa sulit untuk duduk dan berjalan kekuatan otot ekstremitas bawah 4/4, terlihat meringis ketika dibantu duduk oleh perawat, aktivitas dibantu keluarga, tujuannya setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil kekuatan otot meningkat, pergerakan ekstremitas meningkat, rentang Gerak (ROM) meningkat. Rencana keperawatan yang dilakukan yaitu dukungan mobilisasi (I. 05173), meliputi identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik, monitor frekuensi nadi, tekanan darah sebelum melakukan mobilisasi, monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi,

fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur), libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, jelaskan tujuan mobilisasi, anjurkan mobilisasi dini (misal miring kanan, miring kiri, duduk, berdiri dan berjalan) (SIKI, 2018). Mobilisasi dini adalah upaya untuk mengembalikan kemampuan bergerak pasien sesegera mungkin setelah sakit atau operasi, dimulai dari latihan ringan di tempat tidur hingga bisa berjalan dan melakukan aktivitas sehari-hari. Tujuan utamanya adalah mencegah komplikasi yang mungkin timbul akibat imobilisasi terlalu lama, seperti penurunan kekuatan otot, gangguan sirkulasi darah, dan masalah pernapasan. Mobilisasi dini bisa mempercepat pemulihan karena dengan mobilisasi peredaran darah menjadi lancar dan bisa mengurangi nyeri (Hakim, 2023).

d. Gangguan Pola Tidur

Pada perencanaan gangguan pola tidur berhubungan dengan efek prosedur invasif ditandai dengan keluhan sulit tidur, sering terjaga, pola tidur berubah, tidak puas tidur dan istirahat tidak cukup. Tujuannya setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil keluhan sulit tidur menurun, keluhan istirahat tidak cukup menurun, keluhan pola tidur berubah menurun, keluhan tidak puas tidur menurun, keluhan sering terjaga menurun. Rencana keperawatan yang ditetapkan adalah dukungan tidur (I.05174), meliputi identifikasi pola aktivitas dan tidur,

identifikasi faktor pengganggu tidur, identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur), Batasi waktu tidur siang jika perlu, tetapkan jadwal rutin tidur, jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, dan modifikasi lingkungan (kebisingan dan pencahayaan) juga mengatur posisi pasien (PPNI, 2018). Saat tubuh merasa nyaman dan rileks, produksi hormon serotonin di otak meningkat. Hormon ini secara tidak langsung dapat meningkatkan produksi hormon melatonin, yang merupakan hormon penting untuk mengatur siklus tidur dan membuat seseorang lebih mudah mengantuk (Widjanarko, 2019).

e. Risiko Infeksi

Pada perencanaan risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif, data subjektif pasien mengeluh nyeri dijalan lahir terdapat laserasi akibat operasi dan data objektif terlihat kemerahan, suhu tubuh 38°C, kondisi luka baik, vulva bersih, bilai leukosit 6.820/mm³. Tujuannya setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x24 jam diharapkan Tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil nyeri menurun, demam menurun, kemerahan menurun, bengkak menurun, dan kadar sel darah putih membaik. Rencana keperawatan yang diterapkan adalah pencegahan infeksi, meliputi monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik, batasi jumlah pengunjung, cuci tangan sesudah dan sebelum kontak dengan pasien dan lingkungan

pasien, jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara cuci tangan yang benar, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan dan kolaborasi pemberian antibiotic (Metronidazole 5 mg dan Cefotaxime 1 gr) (PPNI, 2018). Cuci tangan merupakan salah satu upaya yang sangat penting untuk menjaga kebersihan tangan (*hand hygiene*) dalam upaya pencegahan dan pengendalian infeksi, terutama infeksi nosokomial. Mencuci tangan memiliki beberapa tujuan, antara lain menghilangkan mikroorganisme yang ada di tangan, menjaga kondisi steril, melindungi diri dan pasien dari infeksi, serta memberikan perasaan segar dan bersih. Beberapa bukti ilmiah menunjukkan bahwa membersihkan tangan secara signifikan dapat menurunkan transmisi patogen antar tenaga medis dan juga menurunkan insidensi infeksi nosokomial atau *healthcare-associated infections* (HCAI) (Herdiandi, 2019).

4. Pelaksanaan

Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan, penulis berupaya menjalankan setiap tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah disusun. Selama proses berlangsung, tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan kondisi dilapangan. Setiap tindakan selalu dijelaskan terlebih dahulu kepada pasien sesuai prosedur, sehingga klien menunjukkan sikap kooperatif, bersikap percaya dan memberikan dukungan terhadap rencana keperawatan yang dilakukan secara keseluruhan, pelaksanaan

asuhan keperawatan dapat berjalan dengan baik dan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan sebelumnya.

Pada diagnosa pertama, penulis melakukan tindakan sesuai dengan perencanaan yang dibuat yaitu melakukan intervensi manajemen nyeri dengan melakukan observasi karakteristik nyeri pasien kemudian mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam untuk meredakan nyeri, menjelaskan penyebab dan pemicu nyeri serta memberi terapi obat analgetik ketorolac iv dan asam mefenamat oral.

Pada diagnosa kedua, penulis melakukan tindakan sesuai dengan perencanaan yaitu mengidentifikasi penyebab hipertermi dan memonitor suhu tubuh pasien. Dimana didapatkan penyebabnya karena kondisi pasca operasi dan peningkatan suhu tubuh. Penulis kemudian melakukan pendinginan eksternal (kompres hangat diarea dahi, leher, dada, perut dan ketiak), melonggarkan dan membuka pakaian klien, dan pemberian terapi obat antipiretik paracetamol iv dan pemberian cairan intravena RL 500 ml 15 Tpm.

Pada diagnosa ketiga, penulis melakukan tindakan sesuai dengan perencanaan yaitu memonitor lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama bergerak atau beraktivitas dengan hasil pasien merasa nyaman setelah dilaksanakan ambulasi, mengajarkan Pasien untuk ambulasi sederhana yaitu miring kiri, miring kanan duduk dan berjalan dengan hasil Pasien merasa rileks dan tidak kaku, menjelaskan pada pasien

tentang pentingnya ambulasi dini pada post tranvaginal histerektomi dengan hasil pasien mengerti apa yang dijelaskan.

Pada diagnosa keempat, penulis melakukan tindakan sesuai dengan perencanaan yaitu mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur pada pasien. Dimana didapatkan pasien mengeluh nyeri dan sering terjaga di malam hari. Penulis kemudian menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit dan memodifikasi lingkungan (pencahayaan dan kebisingan) juga mengatur posisi pasien dengan hasil pasien merasa nyaman setelah dilakukan tindakan tersebut.

Pada diagnosa kelima, penulis melakukan tindakan sesuai dengan perencanaan yaitu memonitor tanda dan gejala infeksi local maupun sistemik pada pasien. Dimana didapatkan pasien mengeluh nyeri di jalan lahir terdapat laserasi akibat operasi, terdapat kemerahan, nilai leukosit 6.820/mm³ dan suhu tubuh 38°C. Penulis kemudian menjelaskan tanda dan gejala infeksi dan mengajarkan cara cuci tangan yang benar juga menganjurkan untuk cuci tangan setelah dan sebelum kontak dengan pasien dan lingkungan pasien dengan hasil pasien kooperatif mengikuti perkataan perawat.

5. Evaluasi

Tahap evaluasi merupakan tahap terakhir dalam proses keperawatan. Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari di rumah sakit dan 1 hari di rumah, penulis mengevaluasi pasien dan di dapatkan hasil:

Hasil evaluasi pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik didapatkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x24 jam pasien mengatakan sudah tidak merasa nyeri dengan skala 2 (0-10) yang berarti nyeri pasien berkurang yang tadinya berada pada skala 5 (0-10). Dengan memberikan Teknik non farmakologis (Teknik relaksasi nafas dalam). Sehingga masalah teratasi, karena telah memenuhi tujuan dan kriteria hasil yang direncanakan. Teknik nafas dalam Tindakan keperawatan dapat membuat plong, tenang dan rileks, Teknik ini bisa digunakan untuk menurunkan skala nyeri dan Tindakan *Transvaginal Histerektomi* dianggap minimal invasif, dengan waktu pemulihan yang relatif lebih cepat dan singkat dari histerektomi abdominal.

Hasil evaluasi pada hipertermi didapatkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam pasien mengatakan sudah tidak demam, memberikan cairan oral dan terapi cairan intravena dengan bantuan keluarga mengompres hangat pasien dibagian dahi, leher, dada, abdomen dan aksila. Sehingga masalah teratasi, karena kompres hangat bisa menurunkan demam. Kompres ini bekerja dengan melebarkan pembuluh darah sehingga meningkatkan aliran darah dan mempercepat proses penyembuhan.

Hasil evaluasi pada gangguan mobilitas fisik didapatkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam pasien mengatakan sudah bisa berjalan, pasien sudah mampu miring kiri, miring kanan duduk, berdiri sendiri dan pasien sudah bisa berjalan ke kamar mandi

dengan dibantu keluarga. Sehingga masalah teratasi, karena tujuan dan kriteria hasil telah tercapai. Mobilisasi dini dapat melancarkan peredaran darah dan dapat mempercepat proses pemulihan.

Hasil evaluasi gangguan pola tidur didapat setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam pasien mengatakan tidur sudah kembali nyenyak selama ± 8 jam semalaman. Sehingga masalah teratasi, karena tujuan dan kriteria hasil telah tercapai. Tidur dengan nyenyak sangat membantu dalam proses pemulihan sehingga discharge planning.

Hasil evaluasi risiko infeksi didapat setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x24 jam pasien sudah tidak mengeluh nyeri, terlihat kemerahan, suhu tubuh $36,5^{\circ}\text{C}$, dan nilai leukosit $6.820/\text{mm}^3$. Sehingga masalah teratasi sebagian, karena tujuan dan kriteria hasil telah tercapai. Mencuci tangan adalah tindakan paling awal untuk pencegahan dan pengendalian infeksi.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada Ny. J Post Transvaginial Histerektomi POD 0 Atas Indikasi Prolaps Uteri di Ruang Agate Bawah RSUD Dr. Slamet, pada tanggal 01 Mei 2025 masalah klien dapat teratasi. Maka penulis dapat menyimpulkan sebagai berikut :

1. Penulis telah mampu melakukan pengkajian pada Ny. J dengan Post Transvaginial Histerektomi POD 0 Atas Indikasi Prolaps Uteri di Ruang Agate Bawah RSUD Dr. Slamet.
2. Penulis telah mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada Ny. J dengan Post Transvaginial Histerektomi POD 0 Atas Indikasi Prolaps Uteri di Ruang Agate Bawah RSUD Dr. Slamet.
3. Penulis telah mampu membuat rencana keperawatan pada Ny. J dengan Post Transvaginial Histerektomi POD 0 Atas Indikasi Prolaps Uteri di Ruang Agate Bawah RSUD Dr. Slamet.
4. Penulis telah mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada Ny. J dengan Post Transvaginial Histerektomi POD 0 Atas Indikasi Prolaps Uteri di Ruang Agate Bawah RSUD Dr. Slamet.
5. Penulis telah mampu melaksanakan evaluasi keperawatan pada Ny. J dengan Post Transvaginial Histerektomi POD 0 Atas Indikasi Prolaps Uteri di Ruang Agate Bawah RSUD Dr. Slamet. Dari ketiga masalah yang muncul, nyeri akut, gangguan mobilitas fisik dan gangguan pola tidur,

semua masalah dapat teratasi karena tindakan *Transvaginal Histerektomi* dianggap minimal invasive, dengan waktu pemulihan yang relative cepat dan singkat.

6. Penulis mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Ny. J dengan Post Transvaginal Histerektomi POD 0 Atas Indikasi Prolaps Uteri di Ruang Agate Bawah RSUD Dr. Slamet.

B. Rekomendasi

1. Untuk Rumah Sakit

Sebagai pusat pelayanan kesehatan, Diharapkan dapat mengembangkan teknik non-farmakologis untuk manajemen nyeri melalui *Evidence Base Practice* (EBP) atau melalui penelitian-penelitian guna meningkatkan layanan, keterampilan serta pengetahuan perawat.

2. Untuk Institusi Pendidikan

Sebagai pusat keilmuan, diharapkan untuk dapat berkontribusi pada penelitian untuk terus mengembangkan asuhan keperawatan yang efisien, manajemen nyeri yang lebih efektif dan program pemulihan yang lebih optimal untuk pasien pasca operasi transvaginal histerektomi.

3. Untuk Klien dan Keluarga

Klien dapat memahami terkait pengetahuan yang telah disampaikan penulis dan perawat, serta dapat melakukan perawatannya di rumah. Begitupun keluarga klien diharapkan dapat membantu dan meningkatkan dukungan kepada klien dalam proses penyembuhan baik psikologis maupun fisiologis dalam masa penyembuhan post transvaginal

histerektomi ini untuk mencegah komplikasi yang mungkin terjadi walau persentasinya rendah.

4. Untuk Mahasiswa

Dalam melakukan asuhan keperawatan praktek lapangan, mahasiswa diharapkan menerapkan teori yang telah didapatkan selama pendidikan DIII Keperawatan. Hal ini merupakan salah satu upaya untuk meningkatkan kemampuan dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Sehingga akan menambah pengetahuan dan wawasan untuk mahasiswa, jangan lupa juga untuk terus belajar. Semangat!

DAFTAR PUSTAKA

- Alimul, H, AA, 2019. *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia Aplikasi Konsep Dan Proses Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Amalia, M., & Agustina, M. (2021). *Pengaruh Teknik Relaksasi Abnormal Breathing terhadap Penurunan Nyeri pada Ibu Post Sectio Caesarea*. Jurnal Kampus STIKes YPIB Majalengka, 8(2), 141-149.
- Amin et al, 2017. *Asuhan Keperawatan Praktis Berdasarkan Penerapan Diagnosa Nanda, Nic, Noc Dalam Berbagai Kasus Jilid 1*. Yogyakarta: Mediaction
- Attong, 2020. *Prevalensi Prolaps Uteri di Berbagai Negara*. Yogyakarta: Naskah Publikasi.
- Data Register RSUD Dr. Slamet Garut, 2025.
- Essawibawa, 2021. *Asuhan kebidanan gangguan reproduksi pendarahan uterus disfungsi pada usia premenopause*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hakim, 2023. *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Prolaps Uteri*. Jakarta: EGC.
- Hakimi, 2019. *Procidensia Uteri*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Herdiandi, 2019. *Panduan Penyusunan Asuhan keperawatan Profesional*. Yogyakarta: Mediaction Publishing.
- Junizaf, 2019. *Ilmu Kandungan*. YBPSP. Jakarta.
- Lynn, 2024. *Buku Ajar Ilmu Bedah*. Edisi 2. Jakarta: EGC.
- Nurarif, A. H, 2015. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-Noc* (Edisi 3). Yogyakarta: Mediaction Publishing.
- Norma Nita & Dwi Mustika, 2018. *Asuhan Kebidanan Patologi Teori dan Tinjauan Kasus Dilengkapi Contoh Askeb*. Edisi 3. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Manuaba, 2020. *Pengantar Kuliah Obstetri*. Jakarta: Buku Kedokteran: EGC.
- Potter, P.,A & Perry, A.,G. 2017. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses dan Praktik* (Edisi 4). Jakarta: EGC.

- Prawirohardjo, 2021. *Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal*, Cetakan XII. Jakarta: Yayasan Bina Pusaka Sarwono Prawirohardjo.
- Rasjidi, Imam, 2018. *Manual Histerektomi*. Jakarta: EGC.
- Siswandi, 2015. *Ginekologi*. Bagian Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Padjajaran. Bandung.
- PPNI, 2017. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*, Edisi 1 Cetakan III (Revisi). Jakarta: PPNI.
- PPNI. 2019. *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*, Edisi 1 Cetakan II. Jakarta: PPNI.
- PPNI. 2018. *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan*, Edisi 1 Cetakan II. Jakarta: PPNI.
- Widjanarko, 2019. *Manajemen Asuhan Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Wijayanti, 2015. *Fakta Penting Seputar Kesehatan Wanita*. Yogyakarta: MARKS.
- Wiknjosatro, H, 2020. *Ilmu Kebidanan*, Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

SATUAN ACARA PENYULUHAN
MOBILISASI DINI POST OPERASI

Masalah : Kurangnya pengetahuan tentang mobilisasi dini

Pokok Bahasan : Mobilisasi Dini Post Operasi

Sasaran : Klien Dan Keluarga

Waktu : 35 menit, 29 April 2025

Tempat : Ruangan Agate Bawah RSUD dr. Slamet Garut

Pemberi Materi : Yeti Sintiasari

A. Latar Belakang

Berdasarkan data yang di peroleh, diketahui bahwa luka post operasi ini mengakibatkan gangguan mobilitas fisik, maka harus dilakukan mobilisasi dini.

B. Tujuan Umum

Setelah dilakukan penyuluhan diharapkan keluarga Ny. J mampu memahami tentang mobilisasi dini.

C. Tujuan Khusus

Setelah dilakukan penyuluhan diharapkan mampu:

1. Mengetahui pengertian tentang mobilisasi dini post operasi Transvaginal Histerektomi
2. Mengetahui tujuan mobilisasi dini
3. Mengetahui manfaat mobilisasi dini
4. Mengetahui kerugian tidak melakukan mobilisasi dini
5. Mengetahui hal penting tentang mobilisasi dini

6. Mengetahui tahapan mobisasi dini setelah operasi

D. Metode

1. Ceramah
2. Diskusi

E. Media/alat

Leaflet

F. Kegiatan Penyuluhan

Tabel 4.1
Kegiatan Penyuluhan

No	Tahap	Waktu	Kegiatan Penyuluh	Kegiatan Sasaran
1.	Pembukaan	5 menit	1. Membuka kegiatan dengan mengucapkan salam 2. Memperkenalkan diri 3. Menjelaskan tujuan dari penyuluhan 4. Menyebutkan materi yang akan disampaikan	1. Menjawab salam 2. Mendengarkan 3. Memperhatikan 4. Mendengarkan dan memperhatikan
2.	Penyampaian Materi	15 menit	1. Pengertian mobilisasi dini post operasi 2. Tujuan mobilisasi dini 3. Manfaat mobilisasi dini 4. Kerugian tidak melakukan mobilisasi dini 5. Hal penting tentang mobilisasi dini 6. Tahapan mobisasi dini setelah operasi	1. Mendengarkan 2. Memperhatikan dan mendengarkan
3.	Evaluasi	10 menit	1. Mempersilahkan Ny. J untuk mengajukan pertanyaan 2. Menjawab pertanyaan	1. Mengajukan pertanyaan 2. Mendengarkan
4.	Penutup	5 menit	1. Menyimpulkan materi yang telah disampaikan Bersama Ny. J 2. Menutup penyuluhan dengan salam	1. Menjawab salam

G. Evaluasi

1. Proses : selama penyuluhan berlangsung
2. Hasil : Dapat secara subyektif (lisan) menyebutkan
 - a. Mengetahui pengertian mobilisasi dini post operasi
 - b. Mengetahui tujuan mobilisasi dini
 - c. Mengetahui manfaat mobilisasi dini
 - d. Mengetahui kerugian tidak melakukan mobilisasi dini
 - e. Mengetahui hal penting tentang mobilisasi dini
 - f. Mengetahui tahapan mobisasi dini setelah operasi

H. Sumber

Brunner & Suddarth, 2020. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8*
vol 2. Jakarta : EGC

MATERI PENYULUHAN

A. Pengertian Mobilisasi Setelah Operasi

Mobilisasi setelah operasi yaitu proses aktivitas yang dilakukan setelah operasi dimulai dari latihan ringan diatas tempat tidur sampai dengan bisa turun dari tempat tidur, berjalan ke kamar mandi dan berjalan ke luar kamar (Brunner & Suddarth, 2020).

B. Tujuan Mobilisasi Dini Pasca Operasi

1. Mempertahankan fungsi tubuh
2. Memperlancar peredaran darah
3. Membantu pernafasan lebih baik
4. Mempertahankan tonus otot

B. Manfaat Mobilisasi Dini

1. Mencegah tekanan darah rendah
2. Mencegah hilangnya kekuatan otot
3. Meningkatkan kekuatan otot
4. Mengurangi tekanan pada kulit
5. Mencegah susah buang ari besar
6. Mempercepat organ tubuh bekeja seperti semula
7. Mempercepat pemulihan

C. Kerugian Tidak Melakukan Mobilisasi Dini

1. Penyembuhan luka menjadi lama
2. Menambah rasa sakit

3. Badan menjadi pegal dan kaku
4. Memperlama perawatan di rumah sakit

D. Hal Penting Tentang Mobilisasi Dini

1. Pasien harus memiliki keyainan untuk melakukan mobilisasi dini dengan cepat
2. Mobilisasi dilakukan dengan sesegera mungkin dengan cara yang tepat
3. Gerakan tubuh yang tepat tidak akan menyebabkan jahitan lepas atau robek

E. Tahapan Mobilisasi Dini Setelah Operasi

1. 6 jam pertama setelah operasi pasien harus tirah baring dahulu. Mobilisasi yang bisa dilakukan adalah menggerakkan lengan, tangan, ujung jari kaki, mengangkat tumit, menegangkan otot betis serta menekuk dan menggeser kaki.
2. Setelah 6-10 jam, pasien diharapkan dapat miring ke kiri dan ke kanan untuk mencegah penyumbatan pembuluh darah.
3. Setelah 24 jam pasien dianjurkan untuk dapat memulai belajar duduk secara bertahap
4. Pasien didudukkan selama 5 menit dengan sandaran, lalu beristirahat jika lelah, durasi duduk ditingkatkan secara bertahap 10 menit, 15 menit dan seterusnya sesuai kemampuan pasien.
5. Setelah pasien dapat duduk, dianjurkan pasien dapat belajar berdiri disamping tempat tidur.

6. Setelah mampu berdiri disamping tempat tidur dalam beberapa menit, pasien dianjurkan belajar berjalan di sekitar kamar, ke kamar mandi, dan keluar kamar sendiri.

SATUAN ACARA PENYULUHAN

MANAJEMEN NYERI

Masalah : Kurangnya pengetahuan tentang manajemen nyeri

Pokok Bahasan : Manajemen Nyeri

Sasaran : Klien Dan Keluarga

Waktu : 35 menit, 29 April 2025

Tempat : Ruangan Agate Bawah RSUD dr. Slamet Garut

Pemberi Materi : Yeti Sintiasari

A. Latar Belakang

Nyeri adalah sensasi yang sangat tidak menyenangkan dan sangat individual yang tidak dapat dibagi dengan orang lain. Nyeri memenuhi seluruh pikiran seseorang, mengubah kehidupan orang tersebut. Akan tetapi, nyeri adalah konsep yang sulit dikomunikasikan oleh klien (Berman, 2019).

Menurut Internasional Association for the Studi of Pain (IASP), penyebab nyeri tidak hanya dari penyakit yang mengancam jiwa seperti kanker, tetapi juga cedera, operasi, luka bakar, infeksi, dan efek kekerasan. Seseorang juga mengalami nyeri dari banyak prosedur dan penyelidikan yang digunakan oleh dokter dan perawat untuk menyelidiki dan mengobati penyakit (Finley, 2015)

Respon perilaku terhadap nyeri diantaranya yaitu mimic wajah, perubahan nada suara dan aktivitas, serta menangis menunjukkan sikap menjauh dari stimulus nyeri dan aneka vokalisasi dan mengutarakan intensitas nyerinya. Karena itu membutuhkan beberapa Teknik yang mampu untuk

mengatasi atau meringankan intensitas nyeri. Dalam penyuluhan ini akan dijelaskan beberapa Teknik distraksi dan relaksasi untuk mengurangi nyeri.

B. Tujuan

Tujuan umum : setelah dilakukan proses penyuluhan Kesehatan selama 30 menit, diharapkan pasien dan keluarga dapat memahami tentang manajemen nyeri.

Tujuan khusus : setelah mendapatkan penyuluhan mengenai Manajemen Nyeri diharapkan pasien mampu :

1. Mengetahui dan menjelaskan Kembali pengertian nyeri
2. Menjelaskan dan menyebutkan faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri
3. Menjelaskan manajemen nyeri secara nonfarmakologi

C. Materi

1. Pengertian Nyeri
2. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri
3. Manajemen Nyeri Secara Nonfarmakologi
4. Mendemonstrasikan Manajemen Nyeri

D. Media

Leaflet

E. Metode Penyuluhan

1. Ceramah
2. Penjelasan
3. Tanya jawab

F. Kegiatan Penyuluhan

Tabel 4.2
Kegiatan penyuluhan

No	Tahap	Waktu	Kegiatan Penyuluh	Kegiatan Sasaran
1.	Pembukaan	5 menit	1. Membuka kegiatan dengan mengucapkan salam 2. Memperkenalkan diri 3. Menjelaskan tujuan dari penyuluhan 4. Menyebutkan materi yang akan disampaikan	1. Menjawab salam 2. Mendengarkan 3. Memperhatikan 4. Mendengarkan dan memperhatikan
2.	Penyampaian Materi	15 menit	1. Pengertian nyeri 2. Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri 3. Manajemen nyeri secara nonfarmakologis	1. Mendengarkan 2. Memperhatikan dan mendengarkan
3.	Evaluasi	10 menit	1. Mempersilahkan Ny. J untuk mengajukan pertanyaan 2. Menjawab pertanyaan	1. Mengajukan pertanyaan 2. Mendengarkan
4.	Penutup	5 menit	1. Menyimpulkan materi yang telah disampaikan Bersama Ny. J 2. Menutup penyuluhan dengan salam	1. Menjawab salam

G. Kriteria Evaluasi

1. Proses : selama penyuluhan berlangsung
2. Hasil : Dapat secara subyektif (lisan) menyebutkan
 - a. Mengetahui pengertian nyeri
 - b. Mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri
 - c. Menyebutkan manajemen nyeri secara nonfarmakologi

H. Sumber

- Alimul, A., A., A, 2016. *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia I*. Jakarta: Salemba Medika.
- Berman, Audrey. Snyder, Dhirlee. And Kozier, Barbara, 2019. *Kozier and Erb's fundamentals of nursing: concepts process and practice, 9th edition*. England: Pearson.
- Finley, C.I., dan Urbano, R.C. 2015. *Family Caregiving of Aging Adults with Down Syndrome. Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities, 13(2)*, Hal. 181–189.
- Smeltzer, S. C. & Bare, B. G, 2015. *Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah Brunner & Suddarth (Edisi 8)*. Jakarta : EGC.

MATERI PENYULUHAN

A. Pengertian

Nyeri adalah suatu perasaan menderita secara fisik dan mental atau perasaan yang menimbulkan ketegangan (Alimul, 2016). Nyeri adalah suatu keadaan yang tidak menyenangkan akibat terjadinya rangsangan fisik maupun dari serabut saraf dalam tubuh ke otak dan diikuti oleh reaksi fisik, fisiologis dan emosional (Alimul, 2016).

Nyeri adalah sensasi yang sangat tidak menyenangkan dan sangat individual yang tidak dapat dibagi dengan orang lain. Nyeri dapat mempengaruhi seluruh pikiran seseorang, mengubah kehidupan orang tersebut. Akan tetapi, nyeri adalah konsep yang sulit dikomunikasikan oleh klien (Berman, 2019).

B. Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri

1. Usia
2. Jenis Kelamin
3. Kebudayaan
4. Makna nyeri
5. Perhatian
6. Ansietas
7. Keletihan
8. Pengalaman sebelumnya
9. Gaya coping

10. Dukungan keluarga dan social

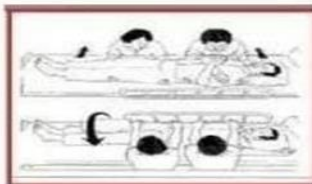
C. Manajemen nyeri secara non farmakologis

1. Distraksi adalah Teknik untuk mengalihkan perhatian terhadap hal-hal lain sehingga lupa terhadap nyeri yang dirasakan. Contoh :
 - a. Membayangkan hal-hal yang menarik dan indah
 - b. Membaca buku, koran sesuai dengan keinginan
 - c. Menonton tv
 - d. Mendengarkan music
2. Relaksasi : Teknik ini memberi individu control diri Ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri, stress fisik dan emosi pada nyeri. Sejumlah Teknik relaksasi dapat dilakukan untuk mengendalikan rasa nyeri itu dengan meminimalkan aktivitas simpatik dalam system saraf otonom. Teknik relaksasi nafas dalam efektif untuk mengatasi nyeri, termasuk pada pasien dengan abdominal pain (Brunner & suddart, 2015). Tahapan relaksasi nafas dalam adalah sebagai berikut :
 - a. Ciptakan lingkungan yang tenang
 - b. Usahakan tetap rileks dan tenang
 - c. Menarik udara dari hidung dan mengisi paru-paru dengan udara melalui hitungan 1, 2, dan 3.
 - d. Perlahan-lahan udara dihembuskan melalui mulut sambil merasakan ekstremitas atas dan bawah rileks
 - e. Anjurkan bernafas dengan irama normal 3 kali

- f. Menarik nafas lagi melalui hidung dan dihembuskan melalui mulut secara perlahan-lahan.
- g. Membiarkan telapak tangan dan kaki rileks
- h. Usahakan agar tetap konsentrasi-mata sambil terpejam
- i. Pada saat konsentrasi pusatkan pada daerah nyeri
- j. Anjurkan mengulangi prosedur hingga nyeri terasa berkurang
- k. Ulangi sampai 15 kali, dengan selingi istirahat singkat setiap 3 kali.

Tahap-Tahap Mobilisasi Dini Pasca Operasi

1. Pada hari pertama 6-10 jam setelah pasien sadar, pasien bisa melakukan latihan pernafasan dan batuk efektif kemudian miring kanan — miring kiri sudah dapat dimulai.



2. Pada hari ke 2, pasien didudukkan selama 5 menit, dianjurkan latihan pernafasan dan batuk efektif guna melonggarkan pernafasan.
3. Pada hari ke 3 - 5, pasien dianjurkan untuk belajar berdiri kemudian berjalan di sekitar kamar, ke kamar mandi, dan keluar kamar sendiri.

Mobilisasi Yukk....



MOBILISASI DINI PASCA OPERASI



Nama : Yeti Sintiasari
NIM : KHGA21134

Apa Itu Mobilisasi Dini Pasca Operasi ???

Mobilisasi pasca operasi yaitu proses aktivitas yang dilakukan pasca pembedahan dimulai dari latihan ringan di atas tempat tidur (latihan pernapasan, latihan batuk efektif, dan menggerakkan tungkai) sampai dengan pasien bisa turun dari tempat tidur, berjalan ke kamar mandi dan berjalan keluar kamar



Tujuan Mobilisasi Dini Pasca Operasi

1. Mempertahankan fungsi tubuh
2. Memperlancar peredaran darah sehingga mempercepat penyembuhan luka
3. Membantu pernafasan menjadi lebih baik
4. Mempertahankan kontraksi otot
5. Memperlancar BAK
6. Mengembalikan aktivitas tertentu sehingga pasien dapat kembali normal dan atau dapat memenuhi kebutuhan gerak harian.
7. Memberi kesempatan perawat dan pasien untuk berinteraksi atau berkomunikasi.

Manfaat Mobilisasi Dini Pasca Operasi

1. Dapat membantu meningkatkan pompa jantung
2. Untuk mempertahankan peredaran darah
3. Menstimulasi pernafasan
4. Mengurangi statis gas atau udara
5. mempunyai peranan penting dalam mengurangi komplikasi akibat immobilisasi

**TEKNIK
MANAJEMEN NYERI**

2. Teknik Relaksasi Napas Dalam

- ⇒ Atur posisi senyaman mungkin
- ⇒ Tarik napas sebanyak-banyaknya melalui hidung
- ⇒ Tahan beberapa saat
- ⇒ Hembuskan udara melalui mulut
- ⇒ Lakukan beberapa kali sampai tubuh relaks dan nyeri berkurang (10-15 menit)

breathe in through nose



blow out of mouth



1-2



1-2-3-4



3. Teknik Imajinasi

⇒ Membayangkan sesuatu yang menarik dan menyenangkan



4. Teknik Massase (Pijatan)

⇒ Menggosok atau mengusap-usap permukaan kulit




5. Kompres (Hangat atau Dingin)




**MANAJEMEN
NYERI**





Nama : Yeti Sintiasari
NIM : KHGA21134

PENGERTIAN NYERI

NYERI adalah perasaan tidak nyaman, baik ringan maupun berat yang terjadi akibat adanya suatu kerusakan jaringan.

FAKTOR YANG MEMPENGARUHI NYERI

1. Usia
2. Jenis Kelamin
3. Kultur dan Budaya
4. Kecemasan
5. Pengalaman Masa Lalu
6. Pola Koping
7. Dukungan Keluarga dan Sosial

TIPE NYERI

1. Nyeri Akut
 - ⇒ Nyeri yang terjadi setelah cedera akut
 - ⇒ Prosesnya cepat dan berlangsung singkat (kurang dari 6 bulan)
 - ⇒ Contoh : Kecelakaan, Patah tulang, dll
2. Nyeri Kronis
 - ⇒ Nyeri yang menetap dalam satu periode waktu tertentu
 - ⇒ Nyeri berlangsung lama (lebih dari 6 bulan) dengan intensitas bervariasi
 - ⇒ Contoh : Peradangan pada sendi, kanker, tumor, dll



TEKNIK MANAJEMEN NYERI

1. Teknik Distraksi (Pengalihan)

⇒ Pengalihan terhadap hal-hal lain, sehingga lupa terhadap nyeri yang dirasakan

- a. Pengalihan Visual (Menonton TV atau membaca buku)



- b. Pengalihan Pendengaran (Mendengarkan musik, radio, dan berbincang dengan orang lain)



LEMBAR BIMBINGAN

Nama : Yeti Sintiasari

Pembimbing : K. Dewi Budiarti, M.Kep.

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ny. J Dengan Post Transvaginal

Histerektomi Atas Indikasi Prolaps Uteri Di Ruang Agate Bawah

RSUD Dr. Slamet Garut

No	Tanggal	Materi yang dikonsulkan	Saran pembimbing	Paraf Pembimbing
1.	10-06-2025	Bab 1 Latar Belakang	Urutan pokok bahasan	
2.	11-06-2025	Bab I Latar Belakang	ACC Bab I lanjut Bab II	
3.	13-06-2025	Bab II Konsep Dasar Penyakit Konsep Dasar Histerektomi	Bab II Susunan Penulisan	
4.	19-06-2025	Bab II Konsep Dasar Penyakit Konsep Dasar Histerektomi Konsep dasar Asuhan Keperawatan	Bab II Perbaiki sesuai arahan	
5.	20-06-2025	Bab II Konsep Dasar Penyakit Konsep Dasar Histerektomi Konsep dasar Asuhan Keperawatan	Perbaiki sesuai arahan Lanjut Bab III	

No	Tanggal	Materi yang dikonsulkan	Saran pembimbing	Paraf pembimbing
6.	24-06-2025	Bab III Tinjauan kasus dan pembahasan	Perbaiki sesuai arahan 1. Intervensi ditambah 2. Pempis vulva perbaiki 3. Tambahkan usia pertama kali ibudan bapak menikah 4. Tambah Diagnosa	
7.	27-06-2025	Bab III Tinjauan Kasus dan Pembahasan	Perbaiki sesuai arahan 1. Pemeriksaan vulva 2. Satukan Tabel Intervensi Implementasi dan Evalusi 3. Catatan Perkembangan 4. Perbaiki pembahasan	
8.	02-07-2025	Bab III Tinjauan Kasus dan Pembahasan	Perbaiki sesuai arahan 1. Hilangkan Identitas dipemeriksaan Lab 2. Intervensi 3. Tahap Pengkajian dipembahasan cari sumber lain	
9.	05-07-2025	Draft dari Cover sampai Lampiran	ACC Sidang	

Dokumentasi Home Visit



DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

Nama : Yeti Sintiasari
Jenis kelamin : Perempuan
Tempat Tanggal Lahir : Bandung, 10 Januari 2004
Agama : Islam
Alamat : Kp. Loa Rt/Rw 03/02, Desa Loa, Kecamatan
Paseh, Kabupaten Bandung

B. Riwayat Pendidikan

1. SDN Loa I
2. SMP KP I Paseh
3. SMK Bhakti Kencana Majalaya
4. STIKes Karsa Husada Garut