

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. S (P₂A₀) *POST LAPARATOMI*
DENGAN *SALPINGEKTOMI DEKSTRA* HARI KE-1 (10 JAM) ATAS
INDIKASI KEHAMILAN EKTOPIK TERGANGGU DI RUANG JADE
RSUD dr. SLAMET GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan Program
Studi Diploma III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut

DISUSUN OLEH :

NADYA LESTARI

KHGA. 20069



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

TAHUN 2023

LEMBAR PERSETUJUAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. S (P₂A₀) *POST LAPARATOMI DENGAN SALPINGEKTOMI DEKSTRA HARI KE-1 (10 JAM) ATAS INDIKASI KEHAMILAN EKTOPIK TERGANGGU DI RUANG JADE RSUD dr. SLAMET GARUT*

NAMA : NADYA LESTARI

NIM : KHGA. 20069

Garut, Juni 2023

Menyetujui,

Pembimbing

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

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. S (P₂A₀) *POST LAPARATOMI DENGAN SALPINGEKTOMI DEKSTRA HARI KE-1 (10 JAM) ATAS INDIKASI KEHAMILAN EKTOPIK TERGANGGU DI RUANG JADE RSUD dr. SLAMET GARUT*

NAMA : NADYA LESTARI

NIM : KHGA. 20069

Garut, Juni 2023

Menyetujui,

Penguji I

Penguji II

K. Dewi Budiarti, M.Kep

Eti Suliyawati S.Kep., M.Si

Mengetahui,

Mengesahkan,

Ketua Program Studi DIII Keperawatan
STikes Karsa Husada Garut

Pembimbing

K. Dewi Budiarti, M.Kep

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

ABSTRAK

77 Halaman, IV Bab, 15 tabel, 1 bagan, 4 lampiran

Karya tulis ilmiah ini berjudul Asuhan Keperawatan Pada Ny. S (P₂A₀) *Post Laparotomi Dengan Salpingektomi Dekstra* hari ke-1 (10 jam) Atas Indikasi Kehamilan Ektopik Terganggu (KET) di Ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut. Alasan penulis untuk melakukan asuhan keperawatan pada kasus ini karena angka kejadian KET di RSUD dr. Slamet Garut masih cukup tinggi karena menempati urutan pertama dengan jumlah 49 kasus dengan presentase 70%. Metode yang dilakukan yaitu metode deskriptif dengan pendekatan kasus. Tujuannya untuk meningkatkan kemampuan dalam melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif meliputi aspek biologis-psikologis-sosial-spiritual dengan pendekatan proses keperawatan pada klien 10 jam *post laparotomi* atas indikasi KET. KET adalah keadaan dimana timbul gangguan pada kehamilan ektopik sehingga terjadi ruptur sehingga mengharuskan dilakukan tindakan *salpingektomi*. *Salpingektomi* adalah prosedur bedah untuk mengangkat salah satu atau kedua tuba fallopi, metode pembedahan ini dapat dilakukan secara *laparotomi*. *Laparotomi* adalah suatu prosedur tindakan medis berupa pembedahan mayor dengan melakukan penyayatan pada lapisan-lapisan dinding abdomen. Masalah yang ditemukan pada Ny. S yaitu: nyeri akut, berduka, dan risiko infeksi. Adapun intervensi dan implementasi yang dilakukan yaitu mengidentifikasi karakteristik dan skala nyeri, mengobservasi TTV, mengajarkan teknik nonfarmakologi, memberikan terapi obat analgetik, mengidentifikasi proses berduka yang dialami, memotivasi untuk menguatkan dukungan keluarga, mengajarkan melewati proses berduka, memonitor tanda dan gejala infeksi, mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar, dan memberikan terapi obat antibiotik. Evaluasi dari proses asuhan keperawatan yang dilakukan kepada Ny. S terdapat 1 masalah teratasi, 2 masalah teratasi sebagian. Kesimpulan yang diperoleh yaitu penulis mampu melakukan asuhan keperawatan pada klien 10 jam *post laparotomi* atas indikasi kehamilan ektopik terganggu, mulai dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

Kata kunci : Kehamilan Ektopik Terganggu, *Laparotomi*, *Salpingektomi*

Daftar Pustaka : 19 Sumber (2014-2023)

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. S (P₂A₀) *Post Laparotomi* dengan *Salpingektomi Dekstra* Hari Ke-1 (10 Jam) Atas Indikasi Kehamilan Ektopik Terganggu di Ruang Jade RSUD Dr. Slamet Garut” tepat pada waktunya. Shalawat serta salam semoga selalu tercurah limpahkan kepada Nabi Muhammad SAW., tidak lupa kepada keluarganya, sahabatnya dan Insya Allah sampai kepada kita semua sebagai umatnya, aamiin ya rabbal alamin.

Karya tulis ilmiah ini diajukan untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan studi Diploma III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut, dalam penyusunan karya tulis ini penulis mendapatkan begitu banyak bimbingan, bantuan, saran serta dorongan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terimakasih kepada:

1. Yth. Bapak Dr. H. Hadiat MA selaku ketua pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Yth. Bapak H. Suryadi M.Si, selaku ketua pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Yth. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes. selaku ketua STIKes Karsa Husada Garut.

4. Yth. Ibu K. Dewi Budiarti, M.Kep. selaku ketua prodi D III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.
5. Yth. Ibu Eva Daniati, S.Kep., Ners., M.Pd. selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan sarannya sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan tepat pada waktunya.
6. Yth. Ibu K. Dewi Budiarti, M.Kep. selaku penguji 1 yang telah memberikan saran dan masukan untuk menyempurnakan penyusunan karya tulis ilmiah ini.
7. Yth. Ibu Eti Suliyawati, S.Kep., M.Si. selaku penguji 2 yang telah memberikan saran dan masukan untuk menyempurnakan penyusunan karya tulis ilmiah ini.
8. Seluruh staf dosen khususnya prodi D III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut yang telah memberikan begitu banyak ilmu pengetahuan dan memberikan sumber kepustakaan selama pembuatan karya tulis ilmiah ini.
9. Ibu Ismi Wulandani, S.Kep., Ners selaku CI ruangan Jade RSUD Dr. Slamet Garut yang telah memberikan bimbingan dalam menyusun studi kasus ini.
10. Ny. S selaku klien yang telah bersedia berpartisipasi dalam menyusun studi kasus ini.
11. Orang tua tersayang dan Nenek tercinta yang telah banyak memberikan dukungan moril, materil, motivasi serta do'a yang tiada hentinya kepada penulis selama pendidikan di STIKes Karsa Husada Garut.
12. Rayyanza Malik Ahmad, ponakan virtual yang selalu menjadi *mood booster* penulis dalam mengerjakan karya tulis ilmiah ini.

13. Teman seperjuangan saya Novia Rahmawati, Valen Maulani, Syifa Hikmah Fauziah, dan Riani Nurpadilah terimakasih telah menemani suka dan duka serta berjuang bersama selama menempuh pendidikan di STIKes Karsa Husada Garut.
14. Sahabat SMA saya Desinta Maya, Indriawati Rahayu Putri dan Wida Widiana terimakasih untuk do'a dan support yang telah diberikan.
15. Teman-teman seperjuangan D III Keperawatan angkatan 2020 yang telah berjuang bersama semoga menjadi orang-orang sukses dan menjadi perawat yang profesional.

Akhir kata, penulis mohon maaf yang sebesar-besarnya apabila penyusunan karya tulis ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun sehingga dapat dijadikan referensi bagi penulis guna perbaikan di masa yang akan datang.

Garut, Juli 2023

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN	
LEMBAR PENGESAHAN	
ABSTRAK	
KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI.....	iv
DAFTAR TABEL.....	vi
DAFTAR BAGAN	vii
DAFTAR LAMPIRAN.....	viii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Tujuan Penulisan.....	5
C. Metode Penulisan	7
D. Sistematika Penulisan	8
BAB II TINJAUAN TEORITIS	9
A. Konsep Dasar Teori.....	9
1. Kehamilan Ektopik Terganggu	9
2. <i>Laparotomi</i>	18
3. <i>Salpingektomi</i>	19
B. Konsep Dasar Keperawatan	22
1. Pengkajian	23
2. Analisa data	30
3. Diagnosa keperawatan.....	33
4. Intervensi keperawatan.....	34
5. Implementasi	40

6. Evaluasi	40
7. Dokumentasi.....	41
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN	42
A. Tinjauan Kasus.....	42
1. Pengkajian	42
2. Analisa data	51
3. Diagnosa keperawatan.....	53
4. Intervensi keperawatan.....	55
5. Implementasi dan evaluasi keperawatan	58
6. Catatan perkembangan	63
B. Pembahasan.....	68
1. Tahap pengkajian	68
2. Tahap diagnosa keperawatan	70
3. Tahap perencanaan	72
4. Tahap implementasi	72
5. Tahap evaluasi.....	74
BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI.....	75
A. Kesimpulan	75
B. Rekomendasi.....	76

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN-LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Perbandingan kasus <i>post salpingektomi</i> atas indikasi KET dengan indikasi lain pada bulan Januari-April 2023 di RSUD dr. Slamet Garut	4
Tabel 2.1 Analisa Data	31
Tabel 2.2 Perencanaan Diagnosa Keperawatan Nyeri Akut	34
Tabel 2.3 Perencanaan Diagnosa Keperawatan Risiko Infeksi.....	35
Tabel 2.4 Perencanaan Diagnosa Keperawatan Defisit Pengetahuan	36
Tabel 2.5 Perencanaan Diagnosa Keperawatan Defisit Nutrisi	37
Tabel 2.6 Perencanaan Diagnosa Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik	38
Tabel 2.7 Perencanaan Diagnosa Keperawatan Berduka.....	39
Tabel 3.1 Pola Aktivitas Sehari-hari	50
Tabel 3.2 Hasil Laboratorium	51
Tabel 3.3 Terapi Medis	51
Tabel 3.4 Analisa Data.....	51
Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan.....	55
Tabel 3.6 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	58
Tabel 3.7 Catatan Perkembangan.....	63

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway Kehamilan Ektopik Terganggu	20
---	----

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Satuan Acara Penyuluhan
- Lampiran 2 Leaflet
- Lampiran 3 Lembar Bimbingan
- Lampiran 4 Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kematian ibu hamil merupakan salah satu masalah kesehatan di Indonesia yang mencerminkan kualitas pelayanan kesehatan selama periode kehamilan dan nifas. Semakin tinggi angka kematian ibu hamil, mencerminkan semakin buruknya kualitas pelayanan kesehatan maternal suatu negara. Menurut data organisasi kesehatan dunia (WHO) sebanyak 295.000 kematian maternal terjadi pada tahun 2017, dimana mayoritas (94%) terjadi pada daerah dengan sumber daya dan sarana yang terbatas (WHO, 2019).

Menurut WHO (2019) Angka Kematian Ibu (AKI) didunia yaitu sebanyak 303.000 jiwa. AKI di ASEAN yaitu sebesar 235 per 100.000 kelahiran hidup (ASEAN Secretariat, 2020). Menurut data Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI), AKI di Indonesia meningkat dari 228 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2002-2007 menjadi 359 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2007-2012. AKI mengalami penurunan pada tahun 2012-2015 menjadi 305 per 100.000 kelahiran hidup dan jumlah kematian ibu di Indonesia pada tahun 2019 yaitu sebanyak 4.221 kasus (Kemenkes RI, 2019).

Rasio kematian ibu provinsi Jawa Barat tahun 2020 yaitu 85,77 per 100.000 kelahiran hidup di atas target yang ditetapkan sebesar 85 per

100.000 kelahiran hidup. Berdasarkan laporan dari setiap Kabupaten/Kota di provinsi Jawa Barat, kematian ibu tahun 2020 sebesar 745 kasus, ada peningkatan dibanding tahun 2019 sebesar 684 kasus dengan kenaikan sebanyak 61 kasus. Penyumbang kematian ibu tertinggi tahun 2020 berada di Kabupaten Bogor, Kabupaten Karawang, Kabupaten Garut, Kabupaten Sukabumi, Kabupaten Cirebon, Kabupaten Bandung, Kabupaten Indramayu, Kabupaten Bandung Barat, Kabupaten Cianjur, dan Kabupaten Purwakarta (Dinkes Provinsi Jabar, 2021). Sedangkan, menurut data profil kesehatan Kabupaten Garut jumlah kematian ibu pada tahun 2022 yaitu sebanyak 59 kasus, mengalami penurunan sekitar 47,52% dibandingkan dengan tahun 2021 yaitu di angka 112 kasus (Dinkes Garut, 2022).

Menurut data WHO pada tahun 2014, penyebab global kematian ibu adalah oleh karena perdarahan (27%), preeklamsia dan gangguan hipertensi lainnya (14%), sepsis (11%), abortus (8%), emboli (3%), penyebab langsung lainnya seperti partus lama atau anemia (10%), dan penyebab tidak langsung (28%). Dari kejadian komplikasi pada kehamilan yang menyebabkan kematian adalah perdarahan (27%), salah satu diantaranya adalah kehamilan ektopik (WHO, 2014).

Riset *World Health Organization* (WHO) menunjukkan bahwa, Kehamilan Ektopik Terganggu (KET) merupakan penyebab satu dari 200 (5-6%) mortalitas maternal di negara maju. Dengan 60.000 kasus setiap tahun atau 3% dari populasi masyarakat. Lebih dari 60% kehamilan ektopik terjadi pada wanita 20-30 tahun dengan sosioekonomi rendah dan tinggal

didaerah dengan prevalensi gonore dan prevalensi tuberkulosa yang tinggi (Pricilia, 2015). Angka kejadian KET di Indonesia menurut WHO diperkirakan tidak berbeda jauh dengan di Amerika Serikat, sekitar 60.000 kasus setiap tahun atau 0,03% dari seluruh populasi masyarakat (Deanette, 2013).

Kehamilan ektopik merupakan kegawatdaruratan obstetrik yang dapat mengancam jiwa, menimbulkan kecacatan, mengganggu kelangsungan hidup janin bahkan kematian ibu pada trimester pertama kehamilan. Penanganan kehamilan ektopik yang terganggu jika tidak ditangani secara tepat dan cepat dapat meningkatkan angka kejadian mortalitas dan morbiditas pada ibu (Prawirohardjo, 2014).

Dampak kehamilan ektopik apabila tidak segera ditangani yaitu berpotensi menimbulkan ruptur organ, terjadi perdarahan masif, infertilitas, dan kematian. Untuk mencegah agar tidak terjadi dampak yang lebih parah maka ada beberapa pengobatan yang dapat dilakukan diantaranya adalah dengan terapi operatif yaitu dengan *salpingektomi* (Lee *et al.*, 2018). Sebelum operasi, perlu dipertimbangkan keinginan untuk mempertahankan fertilitas di masa depan. Pada wanita yang menginginkan sterilisasi permanen, tuba yang tidak terpengaruh dapat diligasi atau diangkat. *Salpingektomi* adalah prosedur bedah untuk mengangkat salah satu atau kedua tuba fallopi, namun tetap membiarkan keberadaan rahim dan indung telur. Ini dirancang sebagai prosedur pengobatan utama untuk kehamilan ektopik, tapi bisa juga dilaksanakan untuk menangani kondisi atau

gangguan pada sistem reproduksi wanita. Metode pembedahan ini dapat dilakukan baik secara *laparaskopi* maupun *laparatomi* (Hoffman *et al.*, 2020). *Laparatom* adalah suatu prosedur tindakan medis berupa pembedahan mayor dengan melakukan penyayatan pada lapisan-lapisan dinding abdomen untuk mendapatkan bagian organ yang mengalami masalah (Tanio *et al.*, 2018).

Tabel 1.1

Perbandingan kasus *post salpingektomi* atas indikasi KET dengan indikasi lain pada bulan Januari-April 2023 di RSUD dr. Slamet Garut

No	Jenis Kasus	Jumlah	Persentase
1	<i>Post salpingektomi</i> atas indikasi KET	49	70%
2	<i>Post salpingektomi</i> atas indikasi kista ovarium	10	14%
3	<i>Post salpingektomi</i> atas indikasi endometriosis	7	10%
4	<i>Post salpingektomi</i> atas indikasi hidrosalping	4	6%
Jumlah		70	100%

Sumber : Medrek RSUD dr. Slamet Garut Tahun 2023

Berdasarkan data tabel 1.1 dapat dilihat bahwa angka kejadian *post salpingektomi* atas indikasi KET menempati urutan pertama dengan kasus sebanyak 49 dengan persentase 70%, meskipun klien telah mengalami tindakan pembedahan bukan berarti masalah sudah teratasi. Pasca operasi masalah yang muncul yaitu nyeri. Nyeri pada pasien post pembedahan pada abdomen termasuk dalam kategori nyeri permulaan cepat dan berlangsung dalam waktu singkat dengan skala berat akibat dari kerusakan integumen kulit. Maka dari itu diperlukan manajemen nyeri yang baik untuk

pengurangan nyeri. Selain itu juga terdapat perubahan siklus hormon, risiko infeksi, dan gangguan konsep diri (Ganesha Medica Journal, 2021:1).

Menyikapi isu tersebut, maka peran perawat sebagai salah satu pemberi asuhan keperawatan yang bukan hanya memberikan pelayanan bersifat biologis, psikologis, sosial dan kultural tapi juga sebagai *edukator* dan *konselor* dalam memberikan pengetahuan kepada penderita gangguan sistem reproduksi seperti kehamilan ektopik terganggu.

Berdasarkan latar belakang tersebut, penulis tertarik untuk membuat Karya Tulis Ilmiah dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Ny. S (P₂A₀) Post Laparotomi dengan Salpingektomi Dekstra Hari ke-1 (10 jam) Atas Indikasi Kehamilan Ektopik Terganggu di Ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut”**.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Dalam penulisan karya tulis ilmiah ini diharapkan penulis dapat memperoleh pengalaman secara nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada ibu *post laparotomi* dengan *salpingektomi dekstra* atas indikasi kehamilan ektopik terganggu secara langsung dan komprehensif meliputi aspek Biologis-Psikologis-Sosial-Spiritual dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan.

2. Tujuan Khusus

- a. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Ny. S (P₂A₀) *post laparatomi* dengan *salpingektomi dekstra* hari ke-1 (10 jam) atas indikasi kehamilan ektopik terganggu di ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut.
- b. Penulis mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada Ny. S (P₂A₀) *post laparatomi* dengan *salpingektomi dekstra* hari ke-1 (10 jam) atas indikasi kehamilan ektopik terganggu di ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut.
- c. Penulis mampu menyusun rencana tindakan/intervensi keperawatan pada Ny. S (P₂A₀) *post laparatomi* dengan *salpingektomi dekstra* hari ke-1 (10 jam) atas indikasi kehamilan ektopik terganggu di ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut.
- d. Penulis mampu melakukan tindakan/implementasi keperawatan pada Ny. S (P₂A₀) *post laparatomi* dengan *salpingektomi dekstra* hari ke-1 (10 jam) atas indikasi kehamilan ektopik terganggu di ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut.
- e. Penulis mampu melakukan evaluasi keperawatan Ny. S (P₂A₀) *post laparatomi* dengan *salpingektomi dekstra* hari ke-1 (10 jam) atas indikasi kehamilan ektopik terganggu di ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut.
- f. Penulis mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Ny. S (P₂A₀) *post laparatomi* dengan *salpingektomi dekstra* hari ke-1

(10 jam) atas indikasi kehamilan ektopik terganggu di ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut.

C. Metode Telaahan

Metode yang dilakukan dalam penulisan karya tulis ilmiah ini adalah metode deskriptif dengan pendekatan kasus. Adapun teknik yang digunakan dalam pengumpulan data yaitu :

1. Wawancara

Wawancara adalah pertemuan yang dilakukan oleh dua orang untuk bertukar informasi maupun suatu ide dengan cara tanya jawab, sehingga dapat dikerucutkan menjadi sebuah kesimpulan atau makna dalam topik tertentu (Esterberg, 2015).

2. Observasi

Observasi merupakan pengamatan dan pencatatan secara sistematis terhadap unsur-unsur yang nampak dalam suatu gejala pada objek penelitian (Widoyoko, 2014).

3. Studi Rekam Medik

Rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan kepada pasien pada fasilitas pelayanan kesehatan (Permenkes RI, 2013)

4. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan adalah teknik pengumpulan data dengan mengadakan studi penelaahan terhadap buku-buku, literatur-literatur,

catatan-catatan dan laporan-laporan yang ada hubungannya dengan masalah yang dipecahkan (Nazir, 2014)

5. Pemeriksaan Fisik

Yaitu keterampilan yang digunakan dalam melakukan pengkajian, pemeriksaan yang digunakan meliputi teknik inspeksi, perkusi, palpasi, dan auskultasi.

6. Partisipasi Aktif

Sebagai sistem ikut serta dalam merencanakan dan melakukan asuhan keperawatan.

D. Sistematika Penulisan

Dalam melakukan penyusunan karya tulis ilmiah ini penulis menggunakan sistematika penulisan yang terbagi menjadi 4 bagian, yaitu :

BAB I : Pendahuluan, meliputi latar belakang, tujuan, metode telaahan, dan sistematika penulisan.

BAB II : Tinjauan teoritis, menjelaskan mengenai konsep dasar, pengertian dari KET, *laparotomi*, dan *salpingektomi*, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinik, dampak dari KET, serta konsep asuhan asuhan keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

BAB III : Tinjauan kasus dan asuhan keperawatan, meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, evaluasi keperawatan, dan catatan perkembangan.

BAB IV : Kesimpulan dan rekomendasi, meliputi kesimpulan dari tujuan dibuat adanya karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan keperawatan pada Ny. S (P₂A₀) *post laparotomi* dengan *salpingektomi dekstra* hari ke-1 (10 jam) atas indikasi kehamilan ektopik terganggu di ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut” serta rekomendasi atau saran yang ditemukan sehingga dapat menunjang karya tulis ini.

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN-LAMPIRAN

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Teori

1. Kehamilan Ektopik Terganggu

a. Pengertian

Kehamilan ektopik adalah suatu kehamilan dimana sel telur yang dibuahi berimplantasi dan tumbuh diluar endometrium kavum uteri. Kehamilan ektopik dapat terjadi diluar rahim misalnya dalam tuba, ovarium atau rongga perut, tetapi dapat juga terjadi didalam rahim misalnya dalam serviks dan pars interstitialis tuba. Sebagian besar kehamilan ektopik terganggu berlokasi di tuba (Dewi, 2016).

Kehamilan ektopik terganggu sendiri merujuk pada keadaan dimana timbul gangguan pada kehamilan ektopik sehingga terjadi abortus maupun ruptur yang menyebabkan penurunan keadaan umum pasien (Sukarni dan Margareth, 2013).

b. Klasifikasi

Klasifikasi kehamilan ektopik menurut (Sari dan Prabowo, 2018), yaitu :

1) Kehamilan ektopik pada tuba

Kehamilan ektopik pada tuba paling sering terjadi dibandingkan yang lain. Tuba bukan merupakan tempat yang

tepat bagi ovum yang sudah dibuahi untuk menempel dan berkembang, sehingga janin tidak akan tumbuh secara normal atau utuh seperti didalam uterus.

2) Kehamilan pars interstisialis tuba

Pada kehamilan ini, ovum menempel dan berkembang pada pars interstisialis tuba. hal ini jarang terjadi, hanya 1% dari semua kehamilan tuba.

3) Kehamilan ektopik ganda

Kehamilan ini merupakan kondisi langka dimana kehamilan ini terjadi bersamaan di dua lokasi implantasi yang berbeda. Paling sering keadaan kehamilan ini adalah kehamilan intrauterin dan kehamilan ektopik.

4) Kehamilan ektopik ovarial

Kehamilan ektopik ovarial merupakan kehamilan pada ovarium. Perdarahan terjadi bukan hanya disebabkan oleh pecahnya kehamilan ovarium tetapi juga ruptur tuba, korpus luteum, torsi dan endometriosis. Pada kehamilan ini biasanya terjadi ruptur pada trimester awal.

5) Kehamilan ektopik servikal

Kehamilan ektopik servikal jarang sekali terjadi. Nidasi terjadi dalam selaput lendir serviks. Pertumbuhan telur menyebabkan serviks mengembang. Kehamilan ini biasanya berakhir pada kehamilan muda, karena menimbulkan perdarahan hebat.

c. Etiologi

Menurut Sarwono (2014) faktor-faktor yang menyebabkan kehamilan ektopik diantaranya:

1) Faktor Tuba

Adanya peradangan atau infeksi pada tuba menyebabkan lumen tuba menyempit atau buntu. Kerusakan tersebut menghalangi sel telur yang telah dibuahi untuk masuk ke rahim sehingga akhirnya menempel pada tuba fallopi.

2) Faktor abnormalitas dari zigot

Apabila tumbuh terlalu cepat atau tumbuh dengan ukuran besar, maka zigot akan tersendat dalam perjalanan pada saat melalui tuba, kemudian terhenti dan tumbuh di saluran tuba.

3) Faktor ovarium

Bila ovarium memproduksi ovum dan ditangkap oleh tuba yang kontralateral, dapat membutuhkan proses khusus atau waktu yang lebih panjang sehingga kemungkinan terjadinya kehamilan ektopik lebih besar.

4) Faktor hormonal

Pil KB yang mengandung progesteron dapat mengakibatkan gerakan tuba melambat. Apabila terjadi pembuahan dapat menyebabkan terjadinya kehamilan ektopik.

5) Faktor Risiko

- a) Penggunaan kontrasepsi jenis spiral (IUD) yang bertujuan untuk mencegah kehamilan. Namun, apabila kehamilan tetap terjadi, kemungkinan besar kehamilan bersifat ektopik.
- b) Pernah mengalami kehamilan ektopik sebelumnya.
- c) Pernah mengalami inflamasi tuba fallopi atau penyakit radang panggul akibat penyakit seksual menular, memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami kehamilan ektopik.
- d) Proses sterilisasi pada saat pengikatan tuba atau pembukaan ikatan tuba yang kurang sempurna juga beresiko memicu kehamilan ektopik.
- e) Faktor merokok bisa menyebabkan kehamilan ektopik, hal ini disebabkan karena bahan kimia yang terkandung di dalam rokok (Protein PROKRI) mengakibatkan terhambatnya kontraksi otot di tuba fallopi.

d. Tanda dan gejala

Gambaran kehamilan ektopik yang belum terganggu tidak khas dan penderita maupun petugas medis biasanya tidak mengetahui adanya kelainan kehamilan. Pada umumnya penderita menunjukkan gejala-gejala sebagai berikut:

- 1) Amenorrhoe
- 2) Nyeri perut bagian bawah
- 3) Gejala kehamilan muda
- 4) Level hormon *human chorionic gonadotropin* (HCG) rendah
- 5) Perdarahan pervaginam berwarna coklat tua
- 6) Pada pemeriksaan pervagina terdapat nyeri goyang bila serviks digoyangkan dan kavum douglasi menonjol karena ada pembekuan darah

Gejala dan tanda kehamilan ektopik sangat berbeda-beda dari perdarahan banyak tiba-tiba dalam rongga perut sampai terdapatnya gejala tidak jelas, sehingga sukar membuat diagnosisnya, gejala dan tanda bergantung pada lamanya kehamilan ektopik, abortus atau ruptur tuba, tuanya kehamilan, derajat perdarahan yang terjadi dan keadaan umum penderita sebelum hamil (Norma dan Mustika, 2018).

e. Patofisiologi

Salah satu fungsi saluran telur yaitu untuk membesarkan hasil konsepsi (zigot) sebelum turun dalam rahim, tetapi oleh beberapa sebab terjadi gangguan dari perjalanan hasil konsepsi dan tersangkut serta tumbuh dalam tuba. Saluran telur bukan tempat ideal untuk tumbuh kembang hasil konsepsi. Gangguan perjalanan hasil konsepsi sebagian besar karena infeksi yang menyebabkan perlekatan saluran telur. Pembuluh darah pecah karena tidak

mempunyai kemampuan berkontraksi maka perdarahan tidak dapat dihentikan dan tertimbun dalam ruang abdomen. Perdarahan tersebut menyebabkan perdarahan tuba yang dapat mengalir terus ke rongga peritoneum dan akhirnya terjadi ruptur.

Ruptur bisa terjadi pada dinding tuba yaitu darah mengalir antara 2 lapisan dari mesosalping dan kemudian ke ligamentum latum.. Pada suatu tempat tertentu pada endometrium terlihat bahwa sel-sel kelenjar membesar dan hiperskromatik, sitoplasma menunjukkan vaskularisasi dan batas antara sel-sel kurang jelas. Perubahan ini disebabkan oleh stimulasi dengan hormon yang berlebihan yang ditemukan dalam endometrium yang berubah menjadi desidua. Setelah janin mati desidua mengalami degenerasi dan dikeluarkan sepotong demi sepotong. Pelepasan desidua ini disertai dengan perdarahan dan kejadian ini menerangkan gejala perdarahan pervaginam pada kehamilan ektopik terganggu (Dewi, 2016).

f. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan menurut Dewi (2016) diantaranya adalah:

- 1) Laboratorium: hemoglobin, hematokrit, sel darah putih, dan tes kehamilan.

- 2) Pemeriksaan ultrasonografi (USG): tidak adanya kantong kehamilan dalam kavum uteri, adanya kantong kehamilan diluar kavum uteri, adanya massa kompleks di rongga panggul.
- 3) Laparaskopi
- 4) Kuldosintesis merupakan salah satu metode pemeriksaan yang dilakukan untuk mengetahui kondisi dari kavum douglas apakah terdapat darah atau tidak didalamnya.

g. Komplikasi

Komplikasi yang dapat terjadi menurut Aspiani (2017) yaitu:

- 1) Pada pengobatan konservatif, yaitu bila kehamilan ektopik terganggu telah lama berlangsung (4-6 minggu), terjadi perdarahan ulang, ini merupakan indikasi operasi
- 2) Infeksi
- 3) Sterilitas
- 4) Pecahnya tuba fallopi
- 5) Komplikasi juga tergantung dari lokasi tumbuh berkembangnya embrio

h. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan kehamilan ektopik menurut Prawirohardjo (2014) dapat dibagi menjadi :

- 1) Tatalaksana *expectant*

Tatalaksana *expectant* adalah tatalaksana tanpa intervensi baik medikamentosa maupun intervensi bedah. Tatalaksana ini

dilakukan dengan cara menunggu kehamilan ektopik berakhir sendiri tanpa terjadinya ruptur. Namun, tidak semua pasien dapat di tatalaksana seperti ini. Pasien yang dapat menjadi tatalaksana ini adalah pasien yang asimtomatis dan hemodinamik stabil tanpa adanya tanda-tanda ruptur.

2) Medikamentosa

Obat yang paling umum digunakan sebagai terapi pada kehamilan ektopik adalah *methotrexate*. Dalam penggunaannya pada kehamilan ektopik, pemberian *methotrexate* dapat dilakukan dengan injeksi dosis tunggal ataupun multipel.

3) Pembedahan

Intervensi bedah yang dapat dilakukan sebagai terapi pada kehamilan ektopik adalah *salpingektomi* dan *salpingostomi*. *Salpingektomi* adalah pembedahan untuk membuang tuba fallopi. Sementara *salpingostomi* adalah metode membuka tuba fallopi tetapi tanpa menyingkirkan tuba. Kedua metode pembedahan ini dapat dilakukan baik secara laparaskopi maupun laparatomi.

i. Adaptasi Fisiologi pada Kehamilan Ektopik Terganggu

Perubahan uterus yang terjadi pada kehamilan ektopik terganggu biasanya uterus dapat tumbuh selama 3 bulan pertama karena pengaruh hormon plasenta. Konsistensi uterus juga

mungkin serupa dengan yang dijumpai pada kehamilan normal. Uterus dapat terdorong ke samping oleh massa ektopik, atau jika ligamentum latum terisi oleh darah, uterus dapat sangat terdesak. Silinder desidua uterus terbentuk pada 5 hingga 10 persen wanita dengan kehamilan ektopik. Keluarnya struktur ini mungkin disertai oleh rasa kram yang serupa dengan yang dialami saat abortus spontan. Pada pemeriksaan bimanual, dapat diraba suatu massa di panggul pada pasien. Massa tersebut hampir selalu terletak di posterior atau lateral uterus. Massa biasanya lunak dan elastis.

j. Pengaruh Kehamilan Ektopik Terganggu pada Persalinan

- 1) Dapat mengalami abortus atau ruptur apabila massa kehamilan berkembang melebihi kapasitas ruang implantasi (tuba).
- 2) Perdarahan yang diakibatkan ruptur tuba dapat mengakibatkan kematian ibu dan janin.
- 3) Hasil konsepsi mati dini karena proses pembuahan tumbuh di tuba sehingga harus dilakukan *salpingektomi* yang mengakibatkan janin mati.
- 4) Kehamilan ektopik terganggu yang berlokasi di tuba tidak memungkinkan berkembang dan tidak bisa sampai bayi dilahirkan.

2. Laparatomi

a. Pengertian

Laparotomi adalah pembedahan perut, membuka perut, membuka selaput perut dengan operasi (Lakaman, 2017). Laparotomi merupakan prosedur pembedahan yang melibatkan suatu insisi pada dinding abdomen hingga ke cavitas abdomen (Smeltzer, 2017).

b. Etiologi

Etiologi sehingga dilakukan laparotomi adalah karena disebabkan oleh beberapa hal (Sugeng, 2017) yaitu:

- 1) Trauma abdomen (tumpul atau tajam)
- 2) Peritonitis
- 3) Sumbatan pada usus halus dan besar (obstruksi)
- 4) Perdarahan saluran cerna
- 5) Massa pada abdomen

c. Komplikasi

Komplikasi yang dapat terjadi menurut (Sugeng, 2017) yaitu:

- 1) Gangguan perfusi jaringan sehubungan dengan tromboflebitis. Tromboflebitis post operasi biasanya timbul 7-14 hari setelah operasi. Bahaya besar tromboflebitis timbul bila darah tersebut lepas dari dinding pembuluh darah sebagai emboli ke paru-paru, hati, dan otak.

- 2) Infeksi, infeksi luka sering muncul pada 36-46 jam pasca operasi.
- 3) Kerusakan integritas kulit
- 4) Ventilasi paru tidak adekuat
- 5) Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit

3. Salpingektomi

a. Pengertian

Salpingektomi adalah prosedur bedah untuk mengangkat salah satu atau kedua tuba fallopi, namun tetap membiarkan keberadaan rahim dan indung telur. Ini dirancang sebagai prosedur pengobatan utama untuk kehamilan ektopik, tapi bisa juga dilaksanakan untuk menangani kondisi atau gangguan pada sistem reproduksi wanita (Aggarwal dan Sharma, 2016).

b. Klasifikasi

Klasifikasi salpingektomi menurut (Backes, 2014), yaitu :

1) Salpingektomi unilateral

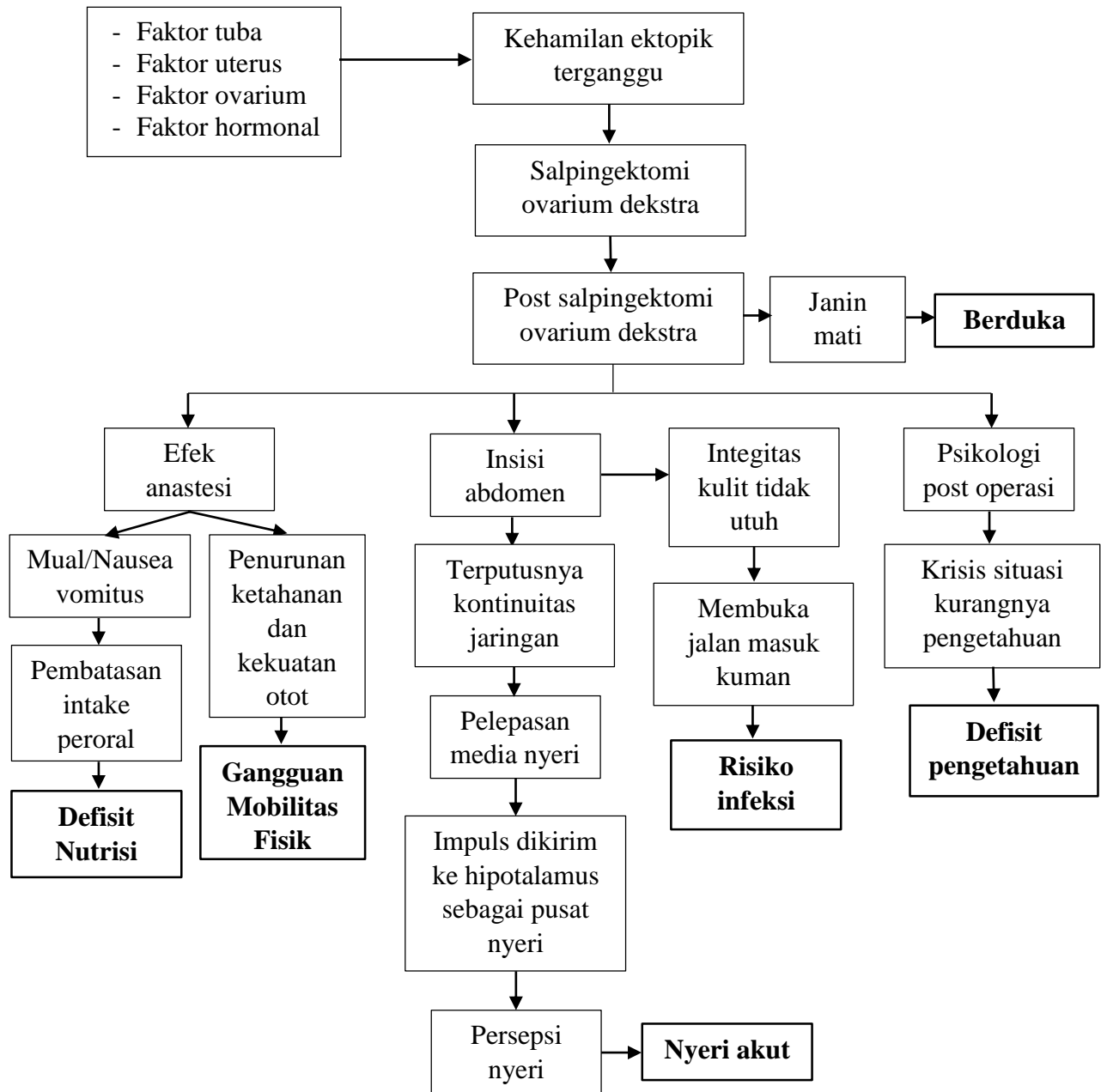
Dimana hanya satu tuba fallopi yang akan diangkat yang berarti masih memungkinkan untuk hamil karena masih memiliki satu tuba fallopi yang bekerja.

2) Salpingektomi bilateral

Ini adalah ketika kedua tuba fallopi diangkat sehingga tidak akan bisa hamil secara alami, tetapi IVF (*fertilisasi in vitro*) adalah pilihan jika ingin hamil dan masih memiliki rahim.

c. Pathway

Bagan 2.1
Pathway Kehamilan Ektopik Terganggu



(Mochtar (1998) dalam Berlianti, 2015)

d. Indikasi

Indikasi dilakukannya salpingektomi adalah sebagai berikut :

- 1) Kehamilan ektopik mengalami ruptur (terganggu)
- 2) Pasien tidak menginginkan fertilitas pasca operatif
- 3) Terjadi kegagalan sterilisasi
- 4) Telah dilakukan rekonstruksi atau manipulasi tuba sebelumnya
- 5) Pasien meminta dilakukan sterilisasi
- 6) Perdarahan berlanjut pasca salpingotomi
- 7) Kehamilan tuba berulang
- 8) Kehamilan heterotopik, dan massa gestasi berdiameter lebih dari 5 cm

e. Komplikasi

Komplikasi yang dapat terjadi pada klien post salpingektomi menurut (Wilson, 2023) yaitu:

- 1) Infeksi
- 2) Perdarahan internal atau perdarahan saat operasi
- 3) Kerusakan pada organ di sekitarnya

f. Perawatan post operasi

Setelah selesai tindakan pembedahan, maka pasien mendapatkan perawatan post operasi yang bertujuan untuk mengurangi komplikasi akibat pembedahan, mempercepat

penyembuhan, mengembalikan fungsi semaksimal mungkin seperti sebelum operasi, mempersiapkan pasien pulang.

Beberapa tindakan yang perlu dilakukan diantaranya adalah memonitor kesadaran, tanda-tanda vital, intake dan output, memberikan kenyamanan posisi, ambulasi dini atau latihan fisik post operasi seperti relaksasi nafas dalam, menggerakkan otot kaki, otot bokong, latihan alih baring dan turun dari tempat tidur, pemberian obat advice dokter, pemberian diit yang sesuai kerjasama dengan ahli gizi, serta perawatan luka operasi secara steril (Prawirohardjo, 2014).

g. Proses penyembuhan luka

Setelah pembedahan klien akan dipindahkan ke ruang rawat inap untuk pemulihan pasca anestesi, dimana klien akan pulih selama 2-4 jam. Klien akan dipulangkan ke rumah tergantung pada seberapa baik keadaan klien setelah menjalani prosedur (Splane,2021). Klien umumnya dapat melanjutkan aktivitas normal dalam waktu seminggu pasca operasi laparaskopi. Sebaliknya, pasca operasi laparatomi klien membutuhkan pemulihan 2-4 minggu (Danielson, 2022).

B. Konsep Proses Keperawatan

Proses keperawatan merupakan pendekatan masalah yang digunakan untuk memenuhi perawatan kesehatan dan kebutuhan keperawatan pasien, proses keperawatan melibatkan lima tahapan yaitu pengkajian

(pengumpulan data), diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Proses keperawatan bersifat berkelanjutan, dinamis, dan suklik.

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Pada tahap ini semua data dikumpulkan secara sistematis guna menentukan kesehatan klien (Aspiani, 2017). Pengkajian keperawatan pada klien dengan KET post salpingektomi meliputi:

a. Identitas klien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, alamat, agama, suku bangsa, pendidikan terakhir, pekerjaan, status perkawinan, diagnosa medis, nomor register, tanggal masuk RS, dan tanggal pengkajian. Pada pasien KET umumnya diawali dengan wanita yang datang dengan keluhan nyeri perut, amenorrhea, dan perdarahan pervaginam.

b. Riwayat kesehatan

1) Keluhan utama

Mengeluh nyeri pada bekas operasi.

2) Riwayat kesehatan sekarang

Kaji apa yang menyebabkan rasa nyeri, kualitas nyeri, kaji terhadap rasa nyeri yang menyebar atau berfokus pada satu titik, nilai nyeri dalam skala 0-10, dan kapan nyeri yang dirasakan muncul.

3) Riwayat kesehatan dahulu

Kaji terhadap penyakit yang pernah dialami klien seperti penyakit infeksi menular seksual, salpingitis, endometriosis, dan riwayat kehamilan ektopik sebelumnya.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Kaji terhadap status kesehatan suami, apakah suami mengalami infeksi sistem urogenitalia yang dapat menular pada istri dan dapat mengakibatkan infeksi pada serviks. Selain itu kaji adanya penyakit keturunan dan penyakit menular di anggota keluarga.

5) Riwayat obstetri dan ginekologi

a) Menstruasi

Kaji adanya amenorhea, menarche, lamanya haid, siklus haid, banyaknya darah, sifat darah, dan keluhan saat haid. Adanya keluhan saat haid, keluarnya darah haid dan bau yang menyengat kemungkinan adanya infeksi.

b) Perkawinan

Kaji usia saat nikah dan lamanya pernikahan.

c) Kehamilan

Kaji HPHT (hari pertama haid terakhir), keluhan waktu hamil, adanya penambahan berat badan atau tidak selama hamil.

d) Riwayat kehamilan dan persalinan yang lalu

Kaji masalah kehamilan dan persalinan serta nifas yang lalu, keadaan bayi, siapa yang menolong persalinan dan dimana tempat persalinan.

2. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

Pada umumnya tingkat kesadaran *composmentis* pada klien *post laparotomi* 10 jam dan kemungkinan didapatkan klien tampak diam, meringis karena nyeri serta penampilan biasanya lemah.

2) Tanda-tanda vital

Kaji tekanan darah, nadi, respirasi, suhu, dan saturasi. Nadi kemungkinan cepat apabila klien merasa cemas dan suhu meningkat jika terjadi infeksi.

3) Pemeriksaan *head to toe*

a) Rambut dan kepala

Kaji terhadap kesimetrisan muka dan tengkorak, kebersihan rambut dan kulit kepala, warna dan distribusi rambut kepala.

Kaji mengenai keadaan rambut, adanya massa, pembengkakan dan nyeri tekan.

b) Mata

Kaji terhadap kesimetrisan mata, konjungtiva anemis/tidak, sklera ikterik/tidak, kaji reaksi pupil terhadap cahaya, kebersihan mata, pergerakan bola mata. Kaji terhadap penglihatan klien, tujuannya untuk mengetahui efek anestesi

masih ada atau sudah hilang. Jika respon buka mata belum stabil, pandangan kabur mengindikasikan efek anastesi belum hilang.

c) Hidung

Kaji kesimetrisan lubang hidung, warna kulit, adanya pembengkakan atau sumbatan dan sekret. Kaji terhadap sinus maksilaris, frontalis apakah ditemukan nyeri tekan dan kaji fungsi penciuman.

d) Telinga

Kaji kesimetrisan bentuk dan ukuran telinga, posisi telinga, warna kulit dan kebersihannya, ada atau tidaknya nyeri tekan aurikuler, mastoid, dan tragus dan kaji fungsi pendengaran.

e) Mulut dan gigi

Pengkajian mulut dilakukan dengan adanya pencahayaan yang baik sehingga semua bagian mulut dapat diamati dengan jelas. Kaji terhadap kelainan konginetal seperti bibir sumbing, mukosa bibir, kebersihan gigi dan lidah. Kaji adanya pembengkakan atau nyeri tekan serta kaji fungsi pengecapan baik atau tidak.

f) Leher

Kaji mengenai warna kulit, kaji adanya pembengkakan kelenjar tiroid atau tidak, kaji mengenai kelenjar limfe dan kelenjar getah bening lalu lanjutkan dengan pemeriksaan mobilitas leher.

g) Dada dan payudara

(1) Jantung

Kaji terhadap bunyi jantung, arteri karotis menggunakan stetoskop untuk mendengarkan apakah ada bunyi jantung tambahan atau tidak.

(2) Paru-paru

Kaji kesimetrisan antara dada kiri dan kanan, warna kulit, lesi, edema, lihat perkembangan dada dan frekuensinya, adanya penggunaan otot bantu pernafasan atau tidak. Kaji adanya nyeri tekan atau tidak. Auskultasi suara nafas biasanya vesikuler, apakah ada suara tambahan seperti wheezing, ronchi.

(3) Payudara

Kaji terhadap kesimetrisan bentuk payudara, biasanya terdapat hiperpigmentasi areola, puting menonjol keluar, kebersihan payudara, kaji ada tidaknya benjolan dan nyeri tekan.

h) Abdomen

Kaji keadaan abdomen dan kebersihannya, kaji adanya striae dan linia nigra. Pada luka *post laparotomi* lihat luka bekas operasi, apakah ada tanda- tanda infeksi seperti terdapat eritema, bengkak, keadaan balutan apakah kering atau basah. Palpasi TFU 2 jari dibawah pusat, biasanya terdapat nyeri tekan pada luka bekas operasi, kaji uterus lembek atau keras dan kaji ada tidaknya distensi kandung kemih. Kaji bising usus.

i) Genetalia

Kaji terhadap kebersihan alat genetalia, adanya pengeluaran lochea atau tidak, ada tidak nya edema vulva, hematoma dan tanda-tanda infeksi, bagaimana posisi kateter apakah terpasang dengan baik atau tidak.

j) Ekstremitas

(1) Ekstremitas atas

Kaji kesimetrisannya, ujung-ujung jari sianosis atau tidak, ada tidaknya edema, klien dengan post operasi biasanya terpasang infus dan ada keterbatasan gerak.

(2) Ekstremitas bawah

Kaji kesimetrisannya, ada tidaknya edema, bagaimana pergerakannya, biasanya klien dengan post operasi sering takut menggerakkan kakinya.

3. Aspek psikologis, sosial dan spiritual

- a. Tindakan *salpingektomi* menyebabkan infertil yang menyebabkan klien mengalami gangguan konsep diri, kekhawatiran atau ketakutan. Biasanya klien merasa kehilangan dan berduka yang meliputi lima tahapan yaitu denial (penolakan), anger (marah), bargaining (tawar menawar), depression (depresi), dan acceptance (penerimaan).
- b. Klien dengan *post laparotomi* akan merasakan adanya rasa nyeri yang menghambat aktivitas sehari-hari sehingga perlu dikaji akibat

penyakitnya terhadap proses sosialisasi klien. Kaji juga terhadap hubungan interpersonal klien dengan keluarganya selama klien dirawat.

- c. Kaji bagaimana klien akan kesembuhannya berhubungan dengan agama yang dianut, bagaimana aktivitas keagamaannya klien selama perawatan di RS.

4. Pola sehari-hari

- a. Nutrisi

Pemenuhan nutrisi selama puasa melalui infus dan setelah 6 jam baru diberikan minum secara bertahap dan setelah 8 jam diberikan makanan lunak. Biasanya klien merasakan mual efek anastesi sehingga kemungkinan klien enggan untuk makan.

- b. Eliminasi BAB dan BAK

Pada BAB klien dapat menimbulkan risiko terhadap konstipasi itu diakibatkan karena penurunan peristaltik usus, imobilisasi, obat nyeri, adanya intake makanan dan cairan yang kurang, sehingga tidak ada rangsangan dalam pengeluaran feses. Pada BAK biasanya klien mengalami output urine yang menurun.

- c. Istirahat tidur

Biasanya klien mengalami gangguan istirahat tidur karena adanya rasa nyeri pada daerah operasi dan ada rasa yang tidak enak pada uretra akibat terpasangnya kateter. Dikaji meliputi kebiasaan tidur, lamanya serta adanya gangguan atau tidak.

d. *Personal hygiene*

Pada hari pertama dan kedua biasanya klien terpasang kateter sehingga klien membutuhkan orang lain untuk melakukan *personal hygiene*.

e. *Aktivitas*

Luka operasi dapat mengakibatkan pembatasan gerak, takut untuk melakukan aktivitas karena adanya kemungkinan timbul nyeri.

5. **Data penunjang**

- a. Hemoglobin mungkin rendah akibat dari pengeluaran darah yang banyak.
- b. Leukosit untuk mengetahui kemungkinan terjadinya infeksi atau kemungkinan terjadinya sepsis.
- c. Trombosit untuk mengetahui jumlah trombosit serta perannya dalam pembekuan darah, sehingga akan diketahui waktu pembekuan darah.
(Yuli, 2017)

1. **Analisa Data**

Analisa data merupakan suatu kemampuan untuk mengkaitkan data serta menghubungkan data dengan konsep dan prinsip yang relevan bertujuan untuk memudahkan dalam membuat kesimpulan untuk membuat diagnosa keperawatan.

Tabel 2.1
Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	<p>Gejala dan Tanda Mayor DS: - Mengeluh nyeri DO: - Tampak meringis - Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri) - Gelisah - Frekuensi nadi meningkat - Sulit tidur</p> <p>Gejala dan Tanda Minor DS: - DO: - Tekanan darah meningkat - Pola napas berubah - Nafsu makan berubah - Proses berpikir terganggu - Menarik diri - Berfokus pada diri sendiri - Diaforesis</p>	<p>Adanya luka operasi yang menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan dan terjadinya pelepasan media nyeri (histamin, prostaglandin, serotonin, dll) sehingga dihantarkan ke hipotalamus dan meneruskan ambang nyeri yang dipersepsikan sebagai nyeri.</p>	Nyeri akut
2	<p>DS: - DO: -</p>	<p>Post operasi menyebabkan adanya luka yang merupakan media yang baik untuk tumbuh dan berkembangnya bakteri sehingga menimbulkan infeksi.</p>	Risiko infeksi
3	<p>Gejala dan Tanda Mayor DS: - Menanyakan masalah yang dihadapi DO: - Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran - Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah</p> <p>Gejala dan Tanda Minor DS: - DO:</p>	<p>Kurangnya pengetahuan tentang <i>post salpingektomi</i> yang menyebabkan defisit pengetahuan.</p>	Defisit pengetahuan

	<ul style="list-style-type: none"> - Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat - Menunjukkan perilaku berlebihan (mis. apatis, agitasi) 		
4	<p>Gejala dan Tanda Mayor DS: - DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal <p>Gejala dan Tanda Minor DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cepat kenyang setelah makan - Kram/nyeri abdomen - Nafsu makan menurun <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bising usus hiperaktif - Otot pengunyah lemah - Otot menelan lemah - Membran mukosa pucat - Sariawan - Serum albumin turun - Rambut rontok berlebihan - Diare 	Keengganan untuk makan karena efek anastesi yang menyebabkan mual/nausea vomitus sehingga asupan nutrisi tidak tercukupi.	Defisit nutrisi
5	<p>Gejala dan Tanda Mayor DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot menurun - Rentang gerak (ROM) menurun <p>Gejala dan Tanda Minor DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nyeri saat bergerak - Enggan melakukan pergerakan - Merasa cemas saat bergerak <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sendi kaku - Gerakan tidak terkoordinasi - Gerakan terbatas - Fisik lemah 	Efek anastesi menyebabkan penurunan ketahanan dan kekuatan otot sehingga terjadi kelemahan fisik yang dipersepsikan sebagai gangguan mobilitas fisik.	Gangguan mobilitas fisik

6	<p>Gejala dan Tanda Mayor DS: - Merasa sedih - Merasa bersalah atau menyalahkan orang lain - Tidak menerima kehilangan - Merasa tidak ada harapan DO: - Menangis - Pola tidur berubah - Tidak mampu berkonsentrasi</p> <p>Gejala dan Tanda Minor DS: - Mimpi buruk atau pola mimpi berubah - Merasa tidak berguna - Fobia DO: - Marah - Tampak panik - Fungsi imunitas terganggu</p>	Janin mati karena hasil konsepsi mati dini di saluran tuba.	Berduka
---	---	---	---------

2. Diagnosa Keperawatan

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

Berikut adalah diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada klien dengan kehamilan ektopik terganggu:

- a. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik akibat prosedur operasi
- b. Risiko infeksi d.d ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer b.d kerusakan integritas kulit
- c. Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi
- d. Defisit nutrisi b.d faktor psikologis
- e. Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot
- f. Berduka b.d kehilangan

3. Perencanaan

Tabel 2.2
Perencanaan Diagnosa Keperawatan Nyeri Akut

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Nyeri akut	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Kesulitan tidur menurun	Intervensi utama Manajemen nyeri (I.08238) <i>Observasi</i> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri <i>Terapeutik</i> 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. terapi musik, terapi pijat, kompres hangat/dingin, teknik relaksasi napas dalam) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)	<i>Observasi</i> 1. Diharapkan dapat mengetahui sejauh mana rasa nyeri yang dirasakan, adakah rasa nyeri yang menyebar atau tidak 2. Mengetahui skala nyeri 3. Mengetahui respon klien terhadap nyeri secara non verbal 4. Mengurangi risiko faktor yang memperberat dan memperingan nyeri <i>Terapeutik</i> 1. Untuk mengurangi rasa nyeri 2. Diharapkan dapat menciptakan lingkungan yang nyaman

		<p>3. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i> <p>Intervensi pendukung Aromaterapi, Edukasi efek samping obat, Edukasi manajemen nyeri, Edukasi teknik napas, Kompres dingin, Kompres hangat, Konsultasi, Latihan pernapasan, Manajemen efek samping obat, Manajemen kenyamanan lingkungan, Manajemen medikasi, Pemantauan nyeri, Pemberian obat, Pengaturan posisi, Perawatan kenyamanan, Teknik distraksi, Terapi humor, Terapi murattal, Terapi musik, dan Terapi relaksasi.</p>	<p>3. Mengalihkan rasa nyeri dan memenuhi kebutuhan istirahat klien</p> <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan informasi terkait nyeri yang dirasakan klien 2. Memudahkan klien untuk mengurangi rasa nyeri secara sederhana <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengurangi rasa nyeri
--	--	--	--

Tabel 2.3
Perencanaan Diagnosa Keperawatan Risiko Infeksi

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Risiko infeksi	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Demam menurun 	<p>Intervensi utama Pencegahan infeksi (I.14539)</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan 	<p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dengan memonitor tanda dan gejala infeksi, diharapkan infeksi dapat diketahui sejak dini <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diharapkan dapat mencegah bakteri yang dibawa pengunjung

	2. Kemerahan menurun 3. Nyeri menurun 4. Bengkak menurun 5. Kadar sel darah putih membaik	pasien dan lingkungan pasien <i>Edukasi</i> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 4. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi Intervensi pendukung Dukungan perawatan diri, Edukasi pencegahan luka tekan, Manajemen nutrisi, Manajemen medikasi, Pemantauan nutrisi, Pemantauan tanda vital, Pemberian obat, Perawatan area insisi, Perawatan luka, dan Perawatan perineum.	2. Untuk mempertahankan lingkungan aseptik pada klien <i>Edukasi</i> 1. Agar klien mengetahui tanda dan gejala infeksi 2. Mengurangi kontaminasi mikroorganisme 3. Agar dapat mengidentifikasi bila terjadi infeksi 4. Orang yang mengalami malnutrisi sangat rentan terjadi infeksi karena sistem imun yang menurun
--	--	--	---

Tabel 2.4
Perencanaan Diagnosa Keperawatan Defisit Pengetahuan

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Defisit pengetahuan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil: 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat 2. Pertanyaan tentang masalah	Intervensi utama Edukasi kesehatan (I.12383) <i>Observasi</i> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi <i>Terapeutik</i> 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Berikan kesempatan untuk bertanya <i>Edukasi</i> 1. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat	<i>Observasi</i> 1. Mengetahui kesiapan dan kemampuan klien/keluarga untuk menerima informasi <i>Terapeutik</i> 1. Memberi pengetahuan cara menjaga kesehatan 2. Mengetahui hal yang belum dimengerti dan menambah pemahaman klien <i>Edukasi</i>

	yang dihadapi menurun 3. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun	Intervensi pendukung Edukasi aktivitas/istirahat, Edukasi berhenti merokok, Edukasi infertilitas, Edukasi latihan bekemih, Edukasi manajemen nyeri, Edukasi manajemen stress, Edukasi mobilisasi, Edukasi perawatan perinium, Edukasi penggunaan alat kontrasepsi, Edukasi pengurangan risiko, dan Edukasi teknik adaptasi.	1. Menambah pengetahuan klien mengenai faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 2. Membantu klien untuk menjaga kebersihan
--	---	---	--

Tabel 2.5
Perencanaan Diagnosa Keperawatan Defisit Nutrisi

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Defisit nutrisi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil: 1. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat 2. Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat meningkat 3. Nyeri abdomen menurun	Intervensi utama Manajemen nutrisi (I.03119) <i>Observasi</i> 1. Identifikasi status nutrisi 2. Monitor asupan makanan 3. Monitor berat badan <i>Terapeutik</i> 1. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 2. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 3. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein <i>Edukasi</i> 1. Ajarkan diet yang diprogramkan <i>Kolaborasi</i> 1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. pereda nyeri, antiemetik), <i>jika perlu</i> Intervensi pendukung Edukasi diet, Konseling nutrisi, Manajemen hiperglikemia, Manajemen	<i>Observasi</i> 1. Mengetahui kebutuhan nutrisi yang diperlukan sehingga dapat menentukan perencanaan yang akan diberikan 2. Diharapkan dapat menambah kebutuhan nutrisi 3. Mengetahui kecukupan nutrisi pada klien <i>Terapeutik</i> 1. Untuk meningkatkan nafsu makan klien 2. Makanan yang mengandung serat tinggi mencegah konstipasi 3. Makanan tinggi kalori dan protein dibutuhkan ketika kebutuhan nutrisi tidak efektif <i>Edukasi</i>

		hipoglikemia, Pemantauan nutrisi, Manajemen energi, Manajemen gangguan makan, Pemantauan tanda vital, Pemberian makanan, dan Pemberian obat intravena.	1. Diet yang seimbang dapat memperbaiki kebutuhan nutrisi Kolaborasi 1. Dapat menurunkan potensi komplikasi saat makanan dikonsumsi
--	--	--	---

Tabel 2.6
Perencanaan Diagnosa Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Gangguan mobilitas fisik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil: 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat 4. Nyeri menurun 5. Kelemahan fisik menurun	Intervensi utama Dukungan Mobilisasi (I.05173) <i>Observasi</i> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan <i>Terapeutik</i> 1. Fasilitasi melakukan pergerakan, <i>jika perlu</i> 2. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <i>Edukasi</i> 1. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 2. Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan Intervensi pendukung Dukungan ambulasi, Dukungan perawatan diri, Edukasi latihan fisik, Edukasi teknik ambulasi, Manajemen energi, Manajemen lingkungan, Manajemen nutrisi, Manajemen nyeri, Pemberian obat, Pencegahan jatuh, Pencegahan luka tekan, Pengaturan posisi, Perawatan tirah baring, Teknik latihan	<i>Observasi</i> 1. Mengetahui adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Mengetahui kemampuan dan batasan klien terkait latihan/gerak yang akan dilakukan berikutnya <i>Terapeutik</i> 1. Meningkatkan status mobilitas fisik klien 2. Keluarga dapat secara mandiri membantu klien melakukan latihan pergerakan <i>Edukasi</i> 1. Mengurangi risiko kekakuan dan kelemahan otot dan pergerakan 2. Melatih kekuatan otot dan pergerakan klien agar tidak terjadi kekakuan otot maupun sendi

		penguatan otot, dan Terapi pijatan.	
--	--	-------------------------------------	--

Tabel 2.7
Perencanaan Diagnosa Keperawatan Berduka

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Berduka	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan klien dapat menerima kehilangan dengan kriteria hasil: 1. Konsentrasi membaik 2. Pola tidur membaik 3. Verbalisasi menerima kehilangan meningkat 4. Verbalisasi perasaan sedih menurun 5. Menangis menurun	Intervensi utama Dukungan proses berduka (I.09274) <i>Observasi</i> 1. Identifikasi kehilangan yang dihadapi 2. Identifikasi proses berduka yang dialami <i>Terapeutik</i> 1. Tunjukkan sikap menerima dan empati 2. Motivasi untuk menguatkan dukungan keluarga atau orang terdekat 3. Fasilitasi mengekspresikan perasaan dengan cara yang nyaman 4. Diskusikan strategi koping yang dapat digunakan <i>Edukasi</i> 1. Jelaskan kepada pasien dan keluarga bahwa sikap mengingkari, marah, tawar menawar, depresi dan menerima adalah wajar dalam menghadapi kehilangan 2. Ajarkan melewati proses berduka secara bertahap Intervensi pendukung Dukungan keluarga, Dukungan keyakinan, Dukungan pelaksanaan ibadah, Dukungan perasaan bersalah, Dukungan spiritual, Konseling, Manajemen	<i>Observasi</i> 1. Mengetahui penyebab berduka 2. Mengetahui tahapan proses berduka yang dialami <i>Terapeutik</i> 1. Agar klien tidak merasa sendiri 2. Agar klien merasa memiliki support sistem 3. Agar klien bisa mengekspresikan perasaannya yang berhubungan dengan kehilangan 4. Mekanisme koping dapat digunakan untuk melindungi diri sendiri dalam menghadapi persepsi yang menyakitkan atau tidak sesuai harapannya <i>Edukasi</i> 1. Agar klien mengekspresikan perasaan secara adaptif 2. Agar klien tidak mengalami respon maladaptif

		pengendalian marah, Promosi koping, dan Terapi keluarga.	
--	--	--	--

4. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Dinarti dan Muryanti, 2017).

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan guna tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan pasien (Dinarti dan Muryanti, 2017). Adapun tahap evaluasi menurut (Hidayat, 2013) adalah sebagai berikut.

a. Evaluasi formatif

Berfokus pada aktivitas proses keperawatan dan hasil tindakan keperawatan.

b. Evaluasi sumatif

Evaluasi yang dilakukan setelah semua aktivitas proses keperawatan selesai dilakukan.

6. Dokumentasi

Proses akhir dari kegiatan asuhan keperawatan. Dokumentasi ini sangat diperlukan karena sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat terhadap hasil asuhan keperawatan secara tertulis (Mertasari dan Sugandini, 2020).

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

1) Pengkajian

a. Identitas

1) Identitas Klien

Nama : Ny. S
Umur : 33 tahun
Alamat : Kudang, Wanaraja
Pendidikan : D3
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Pekerjaan : Bidan
Status Perkawinan : Menikah
Tanggal Pengkajian : 03 April 2023
Tanggal Operasi : 03 April 2023
Diagnosa Medis : *Post laparatomi a.i KET*
No. CM : 01345558
Gravida : P₂A₀

2) Identitas Penanggung Jawab

Nama : Tn. S
Umur : 33 tahun

Jenis Kelamin : Laki-laki
Pekerjaan : Wiraswasta
Agama : Islam
Alamat : Kudang, Wanaraja
Pendidikan : SMA
Status : Menikah
Hubungan dengan klien : Suami klien

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan utama

Klien mengeluh nyeri pada luka bekas operasi di bagian abdomen bawah.

2) Riwayat kesehatan sekarang

Pada saat dikaji pada tanggal 03 April 2023 pukul 21.00 WIB, klien mengatakan nyeri pada abdomen bagian bawah yang terdapat luka bekas operasi. Nyeri yang dirasakan klien bertambah apabila klien banyak bergerak dan nyeri berkurang apabila klien tidak bergerak. Nyeri dirasakan seperti disayat-sayat benda tajam, nyeri hanya dirasakan di bagian abdomen yang terdapat luka dengan skala nyeri 7 (0-10), nyeri dirasakan hilang timbul.

3) Riwayat kesehatan dahulu

Klien mengatakan sebelumnya tidak pernah dirawat di rumah sakit dan belum pernah melakukan operasi. Klien juga

mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit salpingitis, endometriosis, dan penyakit keturunan seperti hipertensi, DM, jantung.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Klien mengatakan anggota keluarganya tidak ada yang pernah mengalami kehamilan ektopik yang serupa dengan klien dan juga tidak ada yang mempunyai riwayat penyakit hipertensi, DM, stroke, dll.

5) Riwayat obstetri dan ginekologi

a) Riwayat menstruasi

Menarche	: 15 tahun
Lamanya haid	: 8 hari
Siklus	: 30 hari
Banyaknya	: Normal
Sifat darah	: Merah, bau amis
HPHT	: 23 Februari 2023
Taksiran Persalinan	: 29 November 2023

b) Riwayat perkawinan

Klien mengatakan ini pernikahan pertama

Usia Suami	: 21 Tahun
Usia Istri	: 21 Tahun
Lama Perkawinan	: 11 Tahun

c) Riwayat kontrasepsi

Klien mengatakan sebelumnya pernah menggunakan KB IUD selama 1 bulan. Klien mengatakan merasa nyeri ketika haid selama menggunakan KB IUD. Klien berencana akan menggunakan KB MOW.

d) Riwayat, kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu

Klien mengatakan tidak pernah ada masalah pada kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu. Sebelumnya persalinan klien dilakukan secara spontan.

e) Riwayat kehamilan sekarang

Riwayat kehamilan sekarang P₂A₀, klien merasa hamil 6-7 minggu, tidak ada penambahan BB selama hamil, klien mengatakan rutin melakukan pemeriksaan kehamilan di bidan terdekat.

c. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

Keadaan : Klien tampak lemah

Kesadaran : Compos mentis

GCS : 15 (E:4 V:5 M:6)

BB saat hamil : 52 kg

TB : 156 cm

2) Tanda-tanda vital

TD : 110/80 mmHg

N	: 86 x/menit
RR	: 22 x/menit
S	: 36,1 °C
SPO ₂	: 96 %

3) Kepala

a) Rambut dan wajah

Warna rambut hitam, distribusi rambut merata, rambut tidak rontok, kulit kepala tampak bersih, kepala simetris, bentuk kepala bulat, ekspresi wajah meringis, tidak terdapat kloasma gravidarum. Tidak terdapat benjolan ataupun nyeri tekan pada kepala.

b) Mata

Bentuk mata simetris, kelopak mata mampu mengedip, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, tidak ada lesi dan tidak ada nyeri tekan. Reaksi pupil terhadap cahaya baik, kebersihan mata bersih, bola mata klien dapat mengikuti gerakan tangan yang diperintah, klien tidak menggunakan alat bantu penglihatan, penglihatan klien baik terbukti klien mampu menyebutkan nama obyek yang dilihatnya.

c) Hidung

Lubang hidung simetris antara kiri dan kanan, tidak ada lesi dan sekret, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada

nyeri tekan. Fungsi penciuman baik, terbukti klien mampu membedakan bau parfum dan minyak kayu putih.

d) Telinga

Telinga simetris antara kiri dan kanan, posisi sejajar dengan mata, tidak ada lesi dan kemerahan, tidak ada pembengkakan pada telinga luar, liang telinga bersih tidak ada serumen. Klien tidak menggunakan alat bantu pendengaran, fungsi pendengaran baik terbukti klien dapat menjawab pertanyaan perawat.

e) Mulut dan gigi

Mukosa bibir merah muda dan lembab, tidak ada lesi dan stomatitis, gigi tampak bersih, gusi berwarna merah muda, jumlah gigi klien lengkap. Lidah bersih tidak lesi, gerakan lidah tidak ada hambatan. Fungsi pengecapian baik terbukti klien mampu membedakan rasa manis dan asin.

f) Leher

Warna kulit leher sama dengan warna kulit anggota tubuh lain, tidak ada nyeri saat menelan, pergerakan leher tidak kaku dan tidak terbatas, tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid, denyut nadi pada arteri karotis kuat, tidak ada peningkatan vena jugularis, refleks menelan baik.

4) Dada

Bentuk dada simetris antara kiri dan kanan, pengembangan dada simetris, tidak ada nyeri tekan, tidak ada penggunaan otot bantu pernapasan.

5) Jantung

Bunyi jantung S1 dan S2 (lup dup), irama reguler, TD: 110/80 mmHg , N: 86x/menit.

6) Paru-paru

Bunyi nafas vesikuler, irama reguler. Respirasi: 22 x/menit.

7) Payudara

Bentuk payudara simetris antara kiri dan kanan, puting menonjol, payudara tampak bersih, tidak ada benjolan, areola berwarna kecoklatan, tidak ada pengeluaran ASI, tidak ada nyeri tekan.

8) Abdomen

Bentuk perut cembung, tidak ada striae livide dan terdapat linea nigra, terdapat luka bekas operasi pada abdomen bagian bawah dengan panjang ± 9 cm horizontal, luka operasi tertutup perban. Bising usus 8x/menit, TFU 2 jari dibawah pusat, terdapat nyeri tekan, uterus teraba keras, tidak terdapat ditensi kandung kemih.

9) Genetalia, perineum, dan anus.

Klien terpasang kateter, keadaan genetalia sedikit kotor, adanya pengeluaran darah pervagina, darah yang terdapat di pembalut

tampak tidak penuh, urine yang keluar dalam urine bag 100cc/jam, perineum utuh, tidak terdapat hemoroid.

10) Ekstremitas

a) Ekstremitas atas

Tangan simetris antara kiri dan kanan, pergerakan tangan baik, tidak ada lesi, edema, ataupun nyeri tekan, tidak ada sianosis, CRT <2 detik, turgor kulit baik, jari-jari tangan lengkap, reflek bisep dan trisep (+), tangan kanan terpasang infus RL 20 tpm, kekuatan otot 5/5.

b) Ekstremitas bawah

Kaki simetris antara kiri dan kanan, tidak ada edema, lesi, ataupun nyeri tekan, tidak ada varises, tidak ada sianosis, refleks patella (+), kaki sedikit susah untuk digerakkan, kekuatan otot 4/4.

d. Aspek psikologis, sosial dan spiritual

- 1) Klien mengatakan merasa sedih karena kehilangan anaknya, klien mengatakan rasa sakitnya tidak terbayarkan karena anaknya tidak ada, klien tampak gelisah. Saat ini klien sedang melalui tahapan berduka dan berada pada tahap depresi.
- 2) Hubungan klien dengan keluarga baik, terbukti banyak keluarga yang menjaga klien. Pola komunikasi klien kurang baik, terlihat klien tampak sering melamun, kontak mata klien kurang saat diajak bicara.

- 3) Klien adalah seorang muslim dan selalu beribadah sesuai dengan kepercayaannya, klien selalu berdoa untuk kesembuhannya.

e. Aktivitas sehari-hari

Tabel 3.1
Pola Aktivitas Sehari-hari

No	Jenis aktivitas	Di rumah	Di rumah sakit
1	Nutrisi a. Makan Jenis menu Frekuensi Porsi Cara Keluhan b. Minum Jenis minuman Frekuensi Cara Keluhan	Nasi, lauk pauk, sayuran 3x/hari 1 porsi Mandiri Tidak ada Air putih 6-8 gelas/hari Mandiri Tidak ada	Nasi, lauk pauk, sayuran 3x/hari 1 porsi Dibantu Tidak ada Air putih 6 gelas/hari Mandiri Tidak ada
2	Istirahat dan tidur a. Malam Lamanya Keluhan b. Siang Lamanya Keluhan	7-8 jam/hari Tidak ada 1-2 jam/hari Tidak ada	5-6 jam/hari Tidak ada 1 jam/hari Tidak ada keluhan
3	Eliminasi a. BAK Frekuensi Warna Bau b. BAB Frekuensi Konsistensi Warna Bau	5-8x/hari Kuning jernih Khas urine 1-2x/hari Padat Khas feses Khas feses	100 cc terpasang kateter Kuning pekat Khas urine Belum BAB - - -
4	<i>Personal Hygiene</i> a. Mandi Frekuensi Cara Gosok gigi b. Berpakaian Ganti pakaian	2x/hari Mandiri 3x/hari 2x/hari	Hanya di lap Dibantu 1x/hari 1x/hari

	Cara	Mandiri	Dibantu
5	Aktivitas a. Aktivitas yang dilakukan	Bekerja	Tidak dapat beraktivitas karena nyeri

f. Data penunjang

Tabel 3.2
Hasil Laboratorium

Tanggal: 03 April 2023

Pemeriksaan	Hasil	Flag	Satuan	Nilai Normal
HEMATOLOGI				
Darah rutin				
Hemoglobin	12.7		g/dl	12.0-16.0
Hematokrit	27		%	35-47
Leukosit	26,580		/mm ³	3,800-10,600
Trombosit	382,000		/mm ³	150,000-440,000
Eritrosit	3.26		juta/mm ³	3.6-5.8

g. Terapi medis

Tabel 3.3
Terapi Medis

No	Nama Obat	Dosis	Cara Pemberian
1	<i>Cefotaxime</i>	2 x 1 gr	IV
2	<i>Keterolac</i>	2 x 30 mg	IV
3	Infus RL	20 tpm	IV

2) Analisa data

Tabel 3.4
Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	DS: - Klien mengeluh nyeri pada luka bekas operasi di bagian abdomen bawah	Adanya luka operasi yang menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan dan terjadinya	Nyeri akut

	<ul style="list-style-type: none"> - Nyeri yang dirasakan klien bertambah apabila klien banyak bergerak dan nyeri berkurang apabila klien tidak bergerak - Nyeri dirasakan seperti disayat-sayat benda tajam - Nyeri hanya dirasakan di bagian abdomen yang terdapat luka - Skala nyeri 7 (0-10) - Nyeri dirasakan hilang timbul. <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak meringis - Terdapat luka bekas operasi pada abdomen bagian bawah - Terdapat nyeri tekan 	<p>pelepasan media nyeri (histamin, prostaglandin, serotonin, dll) sehingga dihantarkan ke hipotalamus dan meneruskan ambang nyeri yang dipersepsikan sebagai nyeri.</p>	
2	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan merasa sedih karena kehilangan anaknya - Klien mengatakan rasa sakitnya tidak terbayarkan karena anaknya tidak ada <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak gelisah - Kontak mata klien kurang - Klien tampak sering melamun 	<p>Janin mati karena hasil konsepsi mati dini di saluran tuba.</p>	<p>Berduka</p>
3	<p>DS: -</p> <p>DO: -</p>	<p>Post operasi menyebabkan adanya luka yang merupakan media yang baik untuk tumbuh dan berkembangnya bakteri sehingga menimbulkan infeksi.</p>	<p>Risiko infeksi</p>

3) Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas

a) Nyeri akut b.d agen pencedera fisik akibat prosedur operasi

DS:

- Klien mengeluh nyeri pada luka bekas operasi di bagian abdomen bawah
- Nyeri yang dirasakan klien bertambah apabila klien banyak bergerak dan nyeri berkurang apabila klien tidak bergerak
- Nyeri dirasakan seperti disayat-sayat benda tajam
- Nyeri hanya dirasakan di bagian abdomen yang terdapat luka
- Skala nyeri 7 (0-10)
- Nyeri dirasakan hilang timbul.

DO:

- Klien tampak meringis
- Terdapat luka bekas operasi pada abdomen bagian bawah
- Terdapat nyeri tekan

b) Berduka b.d kehilangan

DS:

- Klien mengatakan merasa sedih karena kehilangan anaknya
- Klien mengatakan rasa sakitnya tidak terbayarkan karena anaknya tidak ada

DO:

- Klien tampak gelisah
- Kontak mata klien kurang

- Klien tampak sering melamun
 - c) Risiko infeksi d.d ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer b.d
kerusakan integritas kulit
- DS: -
- DO: -

4) Intervensi keperawatan

No	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik akibat prosedur operasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun	<p>Manajemen nyeri (I.08238)</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi napas dalam) 4. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 6. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 	<p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diharapkan dapat mengetahui sejauh mana rasa nyeri yang dirasakan, adakah rasa nyeri yang menyebar atau tidak 2. Mengetahui skala nyeri <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Untuk mengurangi rasa nyeri 4. Diharapkan dapat menciptakan lingkungan yang nyaman <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Memberikan informasi terkait nyeri yang dirasakan klien 6. Memudahkan klien untuk mengurangi rasa nyeri secara sederhana

			<i>Kolaborasi</i> 7. Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i>	<i>Kolaborasi</i> 7. Untuk mengurangi rasa nyeri
2	Berduka b.d kehilangan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x4 jam diharapkan klien dapat menerima kehilangan dengan kriteria hasil: 1. Konsentrasi membaik 2. Verbalisasi menerima kehilangan meningkat 3. Verbalisasi perasaan sedih menurun	Dukungan proses berduka (I.09274) <i>Observasi</i> 1. Identifikasi kehilangan yang dihadapi 2. Identifikasi proses berduka yang dialami <i>Terapeutik</i> 3. Motivasi untuk menguatkan dukungan keluarga atau orang terdekat 4. Fasilitasi mengekspresikan perasaan dengan cara yang nyaman <i>Edukasi</i> 5. Jelaskan kepada pasien dan keluarga bahwa sikap mengingkari, marah, tawar menawar, depresi dan menerima adalah wajar dalam menghadapi kehilangan 6. Ajarkan melewati proses berduka secara bertahap	<i>Observasi</i> 1. Mengetahui penyebab berduka 2. Mengetahui tahapan proses berduka yang dialami <i>Terapeutik</i> 3. Agar klien merasa memiliki support sistem 4. Agar klien bisa mengekspresikan perasaannya yang berhubungan dengan kehilangan <i>Edukasi</i> 5. Agar klien mengekspresikan perasaan secara adaptif 6. Agar klien tidak mengalami respon maladaptif

3	<p>Risiko infeksi d.d ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer b.d kerusakan integritas kulit</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Demam menurun 2. Kemerahan menurun 3. Nyeri menurun 4. Bengkak menurun 5. Kadar sel darah putih membaik 	<p>Pencegahan infeksi (I.14539)</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Batasi jumlah pengunjung 4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 6. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 7. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 	<p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dengan memonitor tanda dan gejala infeksi, diharapkan infeksi dapat diketahui sejak dini <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Diharapkan dapat mencegah bakteri yang dibawa pengunjung 4. Untuk mempertahankan lingkungan aseptik pada klien <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Agar klien mengetahui tanda dan gejala infeksi 6. Mengurangi kontaminasi mikroorganisme 7. Agar dapat mengidentifikasi bila terjadi infeksi
---	---	--	--	--

5) Implementasi dan evaluasi

Tanggal dan Jam	No. Dx	Implementasi	Evaluasi	Paraf
03 April 2023 21.30 WIB	1	<p>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Respon: Nyeri pada abdomen masih dirasakan seperti disayat-sayat, nyeri hilang timbul.</p> <p>2. Mengidentifikasi skala nyeri Respon: Skala nyeri 7 (0-10).</p> <p>3. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi napas dalam) Respon: Setelah dilakukan tarik nafas dalam klien tampak rileks.</p> <p>4. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (pencahayaan, kebisingan) Respon: Mengatur pencahayaan dengan lampu, mengurangi kebisingan.</p> <p>5. Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p>	<p>04 April 2023 07.00 WIB</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri masih terasa - Skala nyeri 7 (0-10) - Nyeri dirasakan apabila klien banyak bergerak dan nyeri berkurang apabila klien tidak bergerak - Nyeri seperti disayat-sayat <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak meringis - TD : 110/80 mmhg - N : 84x/menit - R : 20x/menit - S : 36,3°C <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi skala nyeri - Berikan teknik nonfarmakologis untuk 	Nadya Lestari

		<p>Respon: Klien tampak paham dengan penjelasan yang diberikan.</p> <p>6. Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Respon: Klien melakukan teknik relaksasi nafas dalam dan terapi murattal.</p> <p>7. Kolaborasi pemberian analgetik Respon: Memberikan analgetik dengan ketorolac 30 mg IV, klien tampak kooperatif.</p>	<p>mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi napas dalam)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian analgetik 	
04 April 2023 07.00 WIB	2	<p>1. Mengidentifikasi kehilangan yang dihadapi Respon: Klien mengatakan kehilangan anaknya.</p> <p>2. Mengidentifikasi proses berduka yang dialami Respon: Klien menyatakan keputusasaannya.</p> <p>3. Memotivasi untuk menguatkan dukungan keluarga atau orang terdekat</p>	<p>04 April 2023 07.30 WIB</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan masih berusaha ikhlas bahwa telah kehilangan anaknya. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kontak mata kurang - Klien masih suka melamun <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>	Nadya Lestari

		<p>Respon: Keluarga tampak selalu bersedia menemani dan mendampingi klien.</p> <p>4. Fasilitasi mengekspresikan perasaan dengan cara yang nyaman Respon: Klien tampak tenang ketika bercerita kepada perawat.</p> <p>5. Menjelaskan kepada pasien dan keluarga bahwa sikap mengingkari, marah, tawar menawar, depresi dan menerima adalah wajar dalam menghadapi kehilangan Respon: Klien mengatakan bahwa ia paham dengan edukasi yang diberikan oleh perawat dan ia berada di tahap depresi</p> <p>6. Mengajarkan melewati proses berduka secara bertahap Respon: Klien memahami apa yang dijelaskan perawat</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Motivasi untuk menguatkan dukungan keluarga atau orang terdekat - Ajarkan melewati proses berduka secara bertahap 	
04 April 2023 07.15 WIB	3	1. Memonitor tanda dan gejala infeksi	05 April 2023 07.00 WIB	Nadya Lestari

	<p>Respon: Klien mengatakan tidak merasakan panas pada luka, tidak terlihat adanya tanda-tanda infeksi seperti pembengkakan, kemerahan.</p> <p>2. Membatasi jumlah pengunjung Respon: Klien dan keluarga bersedia untuk membatasi jumlah pengunjung, tampak hanya 1 orang yang menunggu klien.</p> <p>3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Respon: Perawat selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien.</p> <p>4. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi Respon: Klien mengatakan sudah mengerti dan akan memberitahu perawat jika ada keluhan.</p>	<p>S: - O: - S : 36,3°C - Terdapat luka bekas operasi pada abdomen bagian bawah dengan panjang ±9 cm horizontal - Tidak ada kemerahan dan pembengkakan sekitar luka A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi - Monitor tanda dan gejala infeksi - Batasi jumlah pengunjung - Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p>	
--	--	---	--

		<p>5. Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar Respon: Klien bersedia diajarkan cara mencuci tangan dengan benar.</p> <p>6. Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi Respon: Klien mengatakan sudah mengetahui cara memeriksa kondisi luka operasi karena klien adalah seorang bidan.</p>		
--	--	--	--	--

6) Catatan perkembangan

Nama : Ny. S

No. RM : 01345558

Umur : 33 tahun

Ruang : Jade

Tanggal dan Jam	No. Dx	Catatan Perkembangan	Paraf
04 April 21.00 WIB	1	S: - Klien mengatakan nyeri masih terasa namun sudah berkurang O: - Skala nyeri 5 (0-10) - Klien tampak sedikit meringis A: Nyeri akut P: - Identifikasi skala nyeri - Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi napas dalam) - Kolaborasi pemberian analgetik I: - Mengkaji tanda-tanda vital dengan hasil: TD: 110/80 mmhg N: 84x/menit	Nadya Lestari

		<p>R: 20x/menit S: 36,4°C</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengkaji skala nyeri dengan hasil: 5 (0-10) - Mengajarkan untuk melakukan teknik relaksasi nafas dalam - Lanjutkan pemberian obat <i>keterolac</i> 2x30 mg <p>E: 21.30</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah teratasi sebagian 	
	2	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan bahwa dirinya sudah menerima keadaannya yang sekarang - Klien sudah berada pada tahap berduka <i>acceptance</i> (penerimaan) <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak tenang - Kontak mata klien baik - Klien berinteraksi dengan baik <p>A: Berduka</p> <p>P: -</p> <p>I: -</p> <p>E: Masalah teratasi</p>	Nadya Lestari
	3	<p>S: -</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan luka tertutup perban 	Nadya Lestari

		<p>A: Risiko infeksi</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda dan gejala infeksi - Batasi jumlah pengunjung - Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien <p>I:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor tanda dan gejala infeksi - Membatasi jumlah pengunjung - Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien - Memberikan obat antibiotik <i>Cefotaxime</i> 2x1 gr <p>E: 21.30</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah teratasi sebagian 	
05 April 2023 10.00 WIB	1	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri berkurang <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skala nyeri 4 (0-10) - Klien tampak sedikit meringis - Klien sudah bisa mobilisasi dini <p>A: Nyeri akut</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi skala nyeri 	Nadya Lestari

		<ul style="list-style-type: none"> - Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi napas dalam) - Kolaborasi pemberian analgetik <p>I:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengkaji tanda-tanda vital dengan hasil: TD: 120/80 mmhg N: 87x/menit R: 20x/menit S: 36,2°C - Mengkaji skala nyeri dengan hasil: 3 (0-10) - Mengajarkan untuk melakukan teknik relaksasi nafas dalam - Lanjutkan pemberian obat <i>keterolac</i> 2x30 mg <p>E: 10.30</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah teratasi sebagian 	
	2	<p>S: -</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan luka tertutup perban <p>A: Risiko infeksi</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda dan gejala infeksi - Batasi jumlah pengunjung - Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien <p>I:</p>	Nadya Lestari

		<ul style="list-style-type: none">- Memonitor tanda dan gejala infeksi- Membatasi jumlah pengunjung- Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien- Memberikan obat antibiotik <i>Cefotaxime</i> 2x1 gr E: 10.30 <ul style="list-style-type: none">- Masalah teratasi sebagian	
--	--	---	--

B. Pembahasan

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada Ny. S (P₂A₀) *post laparatomi* dengan *salpingektomi dekstra* hari ke-1 (10 jam) atas indikasi kehamilan ektopik terganggu di ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut, yang dilakukan pada tanggal 03 April 2023 sampai dengan tanggal 05 April 2023. Penulis menemukan berupa kesenjangan-kesenjangan antara teori yang didapatkan dengan fakta yang ada di lapangan. Adapun pembahasan ini dibagi berdasarkan tahap proses keperawatan yaitu, pengkajian, perumusan diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

1. Tahap pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal proses keperawatan, dimana dalam tahap ini kita akan mengumpulkan data-data pendokumentasian yang ada di ruangan. Data yang diperoleh merupakan data subjektif dan data objektif yang kemudian dirumuskan menjadi diagnosa keperawatan. Pada saat tahap pengumpulan data, penulis tidak menemukan banyak kesulitan karena Ny. S dan keluarga bersedia menjawab pertanyaan penulis untuk memberikan data-data yang diperlukan serta bersedia untuk dilakukan pemeriksaan fisik secara sistematis.

Data pengkajian asuhan keperawatan pada Ny. S (P₂A₀) *post laparatomi* dengan *salpingektomi dekstra* hari ke-1 (10 jam) atas indikasi kehamilan ektopik terganggu pada tahap pengkajian ini pasien mengeluh nyeri pada luka bekas operasi, nyeri bertambah apabila klien bergerak dan berkurang apabila tidak digerakkan, nyeri dirasakan seperti disayat-sayat

benda tajam dan nyeri hilang timbul dengan skala nyeri 7 (0-10). Hal ini disebabkan karena adanya luka bekas operasi yang menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan dan terjadinya pelepasan media nyeri (histamin, prostaglandin, serotonin, dll) sehingga dihantarkan ke hipotalamus dan meneruskan ambang nyeri yang dipersepsikan sebagai nyeri (Nurarif, 2015).

Saat pengkajian pasien mengatakan merasa sedih karena kehilangan anaknya dan pasien mengatakan rasa sakitnya tidak terbayarkan karena anaknya tidak ada. Pasien tampak gelisah, kontak mata klien kurang dan tampak sering melamun. Hal ini dikarenakan pasien telah melakukan operasi *salpingektomi* yaitu pengangkatan salah satu tuba fallopi yang menyebabkan janin mati sehingga pasien berduka.

Data selanjutnya yang ditemukan pada pasien adalah terjadinya peningkatan leukosit yaitu $26,580/\text{mm}^3$. Fase penyembuhan luka akan mengalami fase inflamasi yang terjadi pada hari pertama sampai hari kelima. Pada tahap inflamasi, sel darah putih akan menghancurkan kuman dan bakteri di area luka sehingga terjadi peningkatan jumlah leukosit (Nurrido, 2022).

Secara teori data-data tersebut merupakan masalah yang bisa muncul pada pasien *post laparotomi* dengan *salpingektomi*. Adapun data yang tidak ditemukan pada kasus Ny. S yaitu defisit nutrisi, gangguan mobilitas fisik, dan defisit pengetahuan. Defisit nutrisi tidak ditemukan dikarenakan tidak ada masalah status nutrisi pada Ny. S dibuktikan pada

saat dilakukan pengkajian kebutuhan nutrisi pada pasien terpenuhi, pasien mampu makan sesuai dengan anjuran yang diberikan. Untuk masalah gangguan mobilitas fisik juga tidak ditemukan karena pada saat pengkajian 10 jam *post operasi* penulis tidak menemukan data-data gangguan yang menunjukkan pada masalah tersebut dan juga tidak ditemukan adanya masalah defisit pengetahuan karena saat pengkajian, pasien adalah seorang bidan dan saat melakukan edukasi pasien mengatakan sudah paham bagaimana manajemen nyeri dan melakukan pencegahan infeksi.

2. Diagnosa keperawatan

a. Nyeri akut (D.0077)

Nyeri akut merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (SDKI, 2018). 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. S. Alasan diangkatnya diagnosa tersebut karena pada saat pengkajian didapatkan data subjektif pasien mengeluh nyeri pada luka bekas operasi, nyeri bertambah apabila klien bergerak dan berkurang apabila tidak digerakkan, nyeri dirasakan seperti disayat-sayat benda tajam dan nyeri hilang timbul dengan skala nyeri 7 (0-10). Data objektifnya, pasien tampak meringis dan terdapat luka operasi pada abdomen

bagian bawah serta nyeri tekan saat dipalpasi. Diagnosa tersebut menjadi prioritas karena masalah tersebut saat mengganggu dan apabila tidak ditangani akan menimbulkan ketidaknyamanan pada pasien.

b. Berduka (D.0081)

Menurut SDKI (2018) berduka adalah respon psikososial yang ditunjukkan oleh pasien akibat kehilangan (orang, objek, fungsi, status, bagian tubuh atau hubungan). Dengan penyebab yang ada pada Ny. S yaitu kehilangan. Pada saat pengkajian didapatkan data subjektif pasien mengatakan merasa sedih karena telah kehilangan anaknya dan data objektifnya yaitu kontak mata klien kurang dan klien tampak sering melamun sehingga saat diajak bicara klien tidak mampu berkonsentrasi. Kemudian alasan diangkatnya diagnosa ini agar pasien bisa melewati proses atau tahap berduka dan agar pasien mampu mengekspresikan perasaannya secara adaptif sehingga pasien tidak mengalami respon maladaptif.

c. Risiko infeksi (D.0142)

Risiko infeksi adalah berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik (SDKI, 2018). Dengan penyebab yang ada pada pasien adalah ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: kerusakan integritas kulit akibat dari tindakan *laparotomi*. Data objektif yang ditemukan pada Ny. S, adanya faktor pendukung risiko infeksi yaitu terdapat luka bekas operasi dan didapatkan hasil jumlah leukosit

26,580/mm³ dimana jumlah tersebut terjadi peningkatan dari nilai normalnya yaitu 3,800-10,600/mm³. Diagnosa ini menjadi diagnosa ketiga karena diagnosa ini merupakan diagnosa risiko dimana masalah belum terjadi pada pasien namun bisa saja terjadi jika tidak dilakukan perawatan luka pada pasien.

3. Perencanaan

Pada saat merencanakan penulis menggunakan standar yang sudah ditetapkan oleh PPNI (Persatuan Perawat Nasional Indonesia) yaitu berdasarkan buku referensi Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Sehingga pada tahap perencanaan, penulis tidak mendapat kesulitan didukung juga dengan adanya kerjasama, bantuan dari pihak keluarga pasien dan juga petugas kesehatan dalam ruangan sehingga tahap perencanaan terlaksana.

4. Tahap pelaksanaan

Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan, pasien bisa berpartisipasi dalam pelaksanaan tindakan keperawatan. Dengan adanya kerjasama, dukungan, dan bantuan dari petugas kesehatan dan keluarga asuhan keperawatan dapat berjalan dengan lancar.

Pada diagnosa pertama, penulis melakukan tindakan sesuai dengan perencanaan yang dibuat yaitu pada intervensi utama adalah manajemen nyeri dengan mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri kemudian, mengidentifikasi skala nyeri, memberikan teknik nonfarmakologis dengan mengajarkan teknik relaksasi

napas dalam, mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, menjelaskan penyebab dan pemicu nyeri, serta memberi terapi obat analgetik keterolac 2x30 mg IV.

Pada diagnosa kedua, penulis melakukan tindakan sesuai dengan perencanaan yang dibuat yaitu mengidentifikasi kehlangan yang dihadapi, mengidentifikasi proses berduka yang dialami, memotivasi untuk menguatkan dukungan keluarga atau orang terdekat, memfasilitasi untuk mengekspresikan perasaan dengan cara yang nyaman. Kemudian penulis juga menjelaskan kepada pasien dan keluarga bahwa sikap mengingkari, marah, tawar-menawar, depresi, dan menerima adalah wajar dalam menghadapi kehilangan serta mengajarkan melewati proses berduka secara bertahap.

Pada diagnosa ketiga, penulis melakukan tindakan sesuai dengan perencanaan yang dibuat dengan intervensi utama yaitu pencegahan infeksi dengan memonitor tanda dan gejala infeksi pada pasien dimana didapatkan pasien mengeluh nyeri dan hasil jumlah leukosit $26,580/\text{mm}^3$. Penulis kemudian menganjurkan untuk membatasi jumlah pengunjung dan mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, serta menjelaskan tanda dan gejala infeksi, mengajarkan cara mencuci tangan, dan mengajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi. Kemudian penulis juga memberikan terapi obat antibiotik injeksi yaitu cefotaxime 2x1 gr IV.

5. Tahap evaluasi

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari di rumah sakit, penulis mengevaluasi pasien dan didapatkan:

Hasil evaluasi pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, didapatkan setelah dilakukan perawatan 3x24 jam pasien mengatakan nyeri berkurang dengan skala nyeri 3 (0-10) yang berarti nyeri pasien berkurang yang tadinya berada pada skala 7 (0-10). Sehingga masalah teratasi sebagian.

Hasil evaluasi pada diagnosa berduka berhubungan dengan kehilangan, didapatkan setelah dilakukan perawatan 3x24 jam pasien mengatakan bahwa dirinya sudah menerima keadaannya yang sekarang, pasien sudah berada pada tahap berduka *acceptance* (penerimaan). Pasien tampak tenang, kontak mata baik dan mampu berinteraksi dengan baik. Sehingga masalah teratasi.

Hasil evaluasi pada diagnosa risiko infeksi ditandai dengan kerusakan integritas kulit, setelah dilakukan perawatan 3x24 jam didapatkan data objektif hasil jumlah leukosit $4,200/\text{mm}^3$ yang terjadi pengurangan yang mulanya $26,580/\text{mm}^3$. Sehingga masalah teratasi sebagian.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. KESIMPULAN

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada Ny. S (P₂A₀) *post laparotomi* dengan *salpingektomi dekstra* hari ke-1 (10 jam) atas indikasi kehamilan ektopik terganggu di ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut pada tanggal 03 April 2023, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Penulis mampu melaksanakan pengkajian pada Ny. S (P₂A₀) *post laparotomi* dengan *salpingektomi dekstra* hari ke-1 (10 jam) atas indikasi kehamilan ektopik terganggu di ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut.
2. Penulis mampu merumuskan diagnosa keperawatan dengan tepat pada Ny. S (P₂A₀) *post laparotomi* dengan *salpingektomi dekstra* hari ke-1 (10 jam) atas indikasi kehamilan ektopik terganggu di ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut.
3. Penulis mampu menyusun rencana asuhan keperawatan pada Ny. S (P₂A₀) *post laparotomi* dengan *salpingektomi dekstra* hari ke-1 (10 jam) atas indikasi kehamilan ektopik terganggu di ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut.
4. Penulis mampu melakukan tindakan keperawatan pada Ny. S (P₂A₀) *post laparotomi* dengan *salpingektomi dekstra* hari ke-1 (10 jam) atas

indikasi kehamilan ektopik terganggu di ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut.

5. Penulis dapat melakukan evaluasi dan tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada Ny. S (P₂A₀) *post laparotomi* dengan *salpingektomi dekstra* hari ke- 1 (10 jam) atas indikasi kehamilan ektopik terganggu di ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut.
6. Penulis dapat membuat dokumentasi keperawatan pada Ny. S (P₂A₀) *post laparotomi* dengan *salpingektomi dekstra* hari ke-1 (10 jam) atas indikasi kehamilan ektopik terganggu di ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut.

B. REKOMENDASI

Dari kesimpulan diatas, maka penulis berusaha mencoba mengemukakan rekomendasi yang bisa dijadikan pertimbangan dan untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan. Adapun saran tersebut adalah:

1. Rumah sakit

Dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan bagi pasien, hal yang perlu diperhatikan adalah sarana dan prasarana yang menunjang. Rumah sakit diharapkan sebagai pemberi pelayanan kesehatan dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan sesuai Standar Operasional Prosedur (SOP).

2. Perawat

Dalam upaya meningkatkan kualitas asuhan keperawatan diharapkan perawat dan tenaga kesehatan lainnya dapat mengikuti kegiatan

seminar pelatihan dan workshop yang dapat meningkatkan skill dalam melakukan asuhan keperawatan.

3. Institusi pendidikan

Diharapkan agar lembaga institusi pendidikan lebih meningkatkan pembelajaran dalam bentuk praktik dan mampu mengefektifkan waktu dengan sebaik-baiknya agar mahasiswa siap terjun ke dunia kerja dan mampu melakukan asuhan keperawatan sesuai dengan standar operasional prosedur. Serta diharapkan perpustakaan memiliki referensi sumber yang lengkap dan *update* untuk dijadikan bahan kajian dalam pembuatan karya tulis ilmiah maupun penelitian.

4. Pasien dan keluarga

Dalam upaya meningkatkan kualitas asuhan keperawatan maka diperlukannya hubungan kerjasama yang baik antara tenaga kesehatan dengan pasien maupun keluarga pasien. Hal ini bertujuan untuk mencegah terjadinya komplikasi yang bisa terjadi pada pasien, yang salah satunya adalah risiko infeksi. Keluarga harus memberikan dukungan pada pasien dalam perawatan luka, kebersihan diri dan pemenuhan nutrisi untuk pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Aggarwal N, Sharma. 2016. *Opportunistic salpingectomy: remove the tubes and save the ovaries*. Dikutip dari: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5192982/> (Diakses tanggal 21 Juni 2023)
- Aspiani, (2017), Buku Ajar Asuhan Keperawatan Maternitas. Jakarta: Trans Info Media
- Backes. 2014. FJ. Salpingectomy. Dikutip dari: <https://www.ajog.org/article/S0002-9378/fulltext> (Diakses tanggal 21 Juni 2023)
- Danielson, 2022. Ectopic pregnancy surgery. Dikutip dari: <https://www-verywellfamily-com.translate.goog/treatment-of-ectopic-pregnancy> (Diakses tanggal 23 Juni 2023)
- Dewi. (2016). Buku ajar perdarahan pada kehamilan trimester 1. Fakultas Kedokteran Universitas Lampung
- Dinas Kesehatan Jawa Barat, (2021). Laporan Kerja Instansi Pemerintah 2020 Bandung: Dinkes Jabar
- Nurarif (2015). Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA *Nic Noc*, Edisi 4. Jakarta: Salemba Medika
- Prawirohardjo dan Sarwono (2014). Ilmu Kebidanan. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prahardjo
- Profil Dinas Kesehatan Garut, (2022). Angka Kematian Ibu dan Bayi Tahun 2021
- RSUD dr. Slamet Garut, (2023). Rekam Medik Kasus Salpingektomi 2023
- Sari dan prabowo, (2018). Buku Ajar Perdarahan pada kehamilan trimester 1. Fakultas Kedokteran Universitas Lampung

Sukarni dan Margareth. (2013). *Kehamilan Persalinan dan Nifas*, Yogyakarta: Nuha Medika

Splane, 2021. *Salpingectomy surgery*. Dikutip dari: <https://www-verywellhealth-com.translate.goog/salpingectomy-5194090> Diakses tanggal 23 Juni 2023

Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2018), *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*, Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia

Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2018), *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*, Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia

Tim Pokja SLKI DPP PPNI, (2019), *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*, Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia

Wilson. 2023. *Salpingectomy complication*. Dikutip dari: <https://www-healthline-com.translate.goog/health/salpingectomy> Diakses tanggal 23 Juni 2023

World Health Organization, 2019. *Maternal mortality*. Dikutip dari: <https://www.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality> Diakses tanggal 23 Juni 2023

World Health Organization, 2014. *Penyebab Global AKI*. Dikutip dari: <https://pubmd-ncbi-nlm-nih-gov.translate.goog> Diakses tanggal 23 Juni 2023

Satuan Acara Penyuluhan (SAP)

Pokok Bahasan : Pencegahan infeksi pasca operasi

Sub Pokok Bahasan : Pencegahan infeksi pasca operasi saat dirumah

Tempat : Ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut

Waktu : 15 menit

Hari/tanggal : 04 April 2023

Sasaran : Pasien dan keluarga

Penyuluh : Nadya Lestari

A. Tujuan Instruksional

1. Umum

Selama mendapatkan penyuluhan selama 1x15 menit, pasien dan keluarga memahami dan mampu menjelaskan tentang pencegahan infeksi.

2. Khusus

Setelah mendapatkan penyuluhan, peserta mampu:

- a. Menyebutkan pengertian infeksi
- b. Menyebutkan penyebab infeksi
- c. Menyebutkan tanda dan gejala infeksi
- d. Menyebutkan cara pencegahan infeksi
- e. Memperagakan kembali cara mencuci tangan yang benar

B. Materi

1. Pengertian infeksi
2. Penyebab infeksi
3. Tanda dan gejala infeksi
4. Cara pencegahan infeksi
5. Cara mencuci tangan yang benar

C. Media

Leaflet

D. Metode

Ceramah dan tanya jawab

E. Kegiatan penyuluhan

No	Waktu	Kegiatan Penyuluhan	Kegiatan Peserta
1	2 menit	Pembukaan 1. Mengucapkan salam 2. Memperkenalkan diri 3. Membuat kontrak waktu 4. Menjelaskan cakupan materi yang akan disampaikan	Menjawab salam dan mendengarkan
2	8 menit	Pelaksanaan 1. Menjelaskan pengertian dari infeksi 2. Menjelaskan penyebab infeksi 3. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi 4. Menjelaskan cara pencegahan infeksi 5. Menjelaskan cara mencuci tangan yang benar	Menyimak, mendengarkan, memperhatikan dan mengemukakan pendapat
3	5 menit	Penutup	Mendengarkan, menjawab pertanyaan, menjawab salam

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan evaluasi dengan memberikan pertanyaan sederhana 2. Menyampaikan kesimpulan materi yang telah dibahas 3. Mengakhiri pertemuan 4. Memberi salam penutup 	
--	--	---	--

F. Evaluasi

1. Evaluasi struktur

Materi sudah siap 1 hari sebelum penyuluhan serta media yang digunakan dalam penyuluhan lengkap dan dapat digunakan dalam penyuluhan.

2. Evaluasi proses

- a. Pelaksanaan kegiatan sesuai dengan waktu yang telah direncanakan
- b. Peran dan tugas mahasiswa sesuai dengan perencanaan
- c. Peserta mengikuti kegiatan penyuluhan sampai selesai
- d. Peserta berperan aktif selama kegiatan berjalan

3. Evaluasi hasil

- a. Peserta mampu menyebutkan pengertian infeksi
- b. Peserta mampu menyebutkan penyebab infeksi
- c. Peserta mampu menyebutkan tanda dan gejala infeksi
- d. Peserta mampu menyebutkan cara pencegahan infeksi
- e. Peserta mampu memperagakan kembali cara mencuci tangan

Materi Pencegahan Infeksi Pasca Operasi

A. Pengertian

Infeksi merupakan masuknya mikroorganisme yang memperbanyak diri di jaringan tubuh yang menyebabkan peradangan (Dorland, 2012). Penyakit infeksi dapat disebabkan oleh mikroorganisme patogen seperti bakteri, virus, parasit atau jamur (WHO, 2019).

B. Penyebab

1. Adanya benda asing atau jaringan yang sudah mati dalam tubuh
2. Luka terbuka dan kotor
3. Gizi buruk
4. Daya tahan tubuh lemah
5. Mobilisasi terbatas atau kurang gerak

C. Tanda dan gejala

1. Merasa panas pada daerah luka atau suhu badan meningkat
2. Merasa sakit atau nyeri pada daerah luka
3. Ada kemerahan pada kulit didaerah luka
4. Terjadi bengkak pada daerah luka
5. Gangguan fungsi gerak pada daerah luka
6. Luka berbau tidak sedap
7. Terdapat cairan nanah/pus pada luka

D. Cara pencegahan

Upaya pencegahan infeksi yang dapat diberikan perawat kepada keluarga dan pasien menurut (Bangun, 2018) meliputi:

1. Manajemen perawatan luka
2. Istirahat dan tidur yang seimbang
3. Menghindari stress
4. Membiasakan diri melakukan *personal hygiene*, misalnya mencuci tangan dan mandi secara teratur
5. Kebutuhan nutrisi tercukupi. Makanan yang dibutuhkan adalah makanan yang mengandung tinggi kalori dan tinggi protein (TKTP) misalnya susu, telur, madu, roti, ikan laut, kacang-kacangan.

E. Langkah mencuci tangan dengan benar

1. Basahi kedua telapak tangan setinggi pertengahan lengan memakai air yang mengalir, ambil sabun kemudian usap dan gosok kedua telapak tangan secara lembut
2. Usap dan gosok kedua punggung tangan secara bergantian
3. Kemudian gosok sela-sela jari hingga bersih
4. Bersihkan ujung jari secara bergantian dengan posisi telapak tangan seperti mengunci
5. Gosok dan putar ibu jari secara bergantian
6. Letakkan ujung jari ke telapak tangan kemudian gosok perlahan
7. Bersihkan kedua pergelangan tangan secara bergantian dengan cara memutar, kemudian diakhiri dengan membilas seluruh bagian tangan dengan air bersih yang mengalir lalu keringkan memakai handuk atau tisu

7 LANGKAH CUCI TANGAN

1. Basahi kedua telapak tangan setinggi pertengahan lengan memakai air yang mengalir, ambil sabun kemudian usap dan gosok kedua telapak tangan secara lembut
2. Usap dan gosok kedua punggung tangan secara bergantian
3. Kemudian gosok sela-sela jari hingga bersih
4. Bersihkan ujung jari secara bergantian dengan posisi telapak tangan seperti mengunci
5. Gosok dan putar ibu jari secara bergantian
6. Letakkan ujung jari ke telapak tangan kemudian gosok perlahan
7. Bersihkan kedua pergelangan tangan secara bergantian dengan cara memutar, kemudian diakhiri dengan membilas seluruh bagian tangan dengan air bersih yang mengalir lalu keringkan memakai handuk atau tisu



PENCEGAHAN

1. Manajemen perawatan luka
2. Istirahat dan tidur yang seimbang
3. Menghindari stress
4. Membiasakan diri melakukan *personal hygiene*, misalnya mencuci tangan dan mandi secara teratur
5. Kebutuhan nutrisi tercukupi. Makanan yang dibutuhkan adalah makanan yang mengandung tinggi kalori dan tinggi protein (TKTP) misalnya susu, telur, madu, roti, ikan laut, kacang-kacangan.



Pencegahan Infeksi

NADYA LESTARI
KHGA20069

PENGERTIAN

Infeksi merupakan masuknya mikroorganisme yang memperbanyak diri di jaringan tubuh yang menyebabkan peradangan. Penyakit infeksi dapat disebabkan oleh mikroorganisme patogen seperti bakteri, virus, parasit atau jamur (

PENYEBAB

1. Adanya benda asing atau jaringan yang sudah mati dalam tubuh
2. Luka terbuka dan kotor
3. Gizi buruk
4. Daya tahan tubuh lemah
5. Mobilisasi terbatas atau kurang gerak

TANDA DAN GEJALA



- Merasa panas pada daerah luka atau suhu badan meningkat
- Merasa sakit atau nyeri pada daerah luka
- Ada kemerahan pada kulit didaerah luka
- Terjadi bengkak pada daerah luka
- Gangguan fungsi gerak pada daerah luka
- Luka berbau tidak sedap
- Terdapat cairan nanah/pus pada luka



DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. DATA DIRI

Nama : Nadya Lestari
Tempat, tanggal lahir : Bandung, 07 November 2002
Kewarganegaraan : Indonesia
Agama : Islam
Status : Mahasiswa
Alamat : Kp. Rancapari, Desa Bagendit, Banyuresmi

B. PENDIDIKAN

SDN Selaawi 2 Limbangan	2008-2011
SDN 05 Petang Jakarta Selatan	2011-2014
MTS Daarussalaam Jakarta Selatan	2014-2017
SMP Muslimin Banyuresmi	2017
SMAN 10 Garut	2017-2020
STIKes Karsa Husada Garut	2020-2023