# ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.G DENGAN DIAGNOSA MEDIS CA ENDOMETRIUM STADIUM 3 PRE OPERASI RADIKAL HISTEREKTOMI DI RUANG F2 RSPAL DR. RAMELAN

**SURABAYA**



# Oleh :

**NUR ALIF SIAD SUHENDRA**

# NIM 2130114

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA**

# 2022

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.G DENGAN DIAGNOSA MEDIS CA ENDOMETRIUM STADIUM 3 PRE OPERASI RADIKAL HISTEREKTOMI DI RUANG F2 RSPAL DR. RAMELAN**

# SURABAYA

**Karya Ilmiah Akhir Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar Ners**



Oleh :

**NUR ALIF SIAD SUHENDRA**

**NIM 2130114**

# PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA

**2022**

i

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa, karya ilmiah akhir ini adalah asli hasil karya saya dan saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengaturan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk, saya nyatakan dengan benar. Bila ditemukan plagiasi, maka akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 23 Juni 2022

**Nur Alif Siad Suhendra**

**Nim 2130114**

ii

# HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, kami selaku pembimbing mahasiswa :

|  |  |
| --- | --- |
| Nama | : Nur Alif Siad Suhendra |
| NIM | : 2130114 |
| Program Studi | : Profesi Ners |
| Judul | : “Asuhan Keperawatan Pada Ny.G Dengan Diagnosa Medis Ca Endometrium Stadium 3 Pre Operasi Radikal Histerektomi Di  Ruang F2 Rspal Dr. Ramelan Surabaya” |

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan menyetujui bahwa karya ilmiah akhir ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar :

# NERS (Ns)

Surabaya, 23 Juni 2022

|  |  |
| --- | --- |
| Pembimbing I  C:\Users\ASUS\Downloads\ttd bu puji.png  Puji Hastuti, M.Kep.,Ns  NIP. 03010 | Pembimbing II  C:\Users\ASUS\Downloads\WhatsApp Image 2022-09-04 at 21.16.00.jpeg  Enny Susilowati.,SST  NIK. 19674261987032003 |

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 06 Juli 2022

iii

# HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir Dari :

|  |  |
| --- | --- |
| Nama | : Nur Alif Siad Suhendra |
| NIM | : 2130114 |
| Program Studi | : Profesi Ners |
| Judul | : “Asuhan Keperawatan Pada Ny.G Dengan Diagnosa Medis Ca Endometrium Stadium 3 Pre Operasi Radikal Histerektomi Di  Ruang F2 Rspal Dr. Ramelan Surabaya” |

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji karya ilmiah akhir di STIKES Hang Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “NERS (Ns)” pada Prodi Profesi Ners STIKES Hang Tuah Surabaya.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Penguji Ketua** | **: Astrida Budiarti, M.Kep.,Ns.,Sp.Kep.Mat NIP. 03025** |  | **.** | **……………....** |
| **Penguji I** | **: Puji Hastuti, M.Kep.,Ns NIP. 03010** | **.** |  | **……………....** |
| **Penguji II** | **: Enny Susilowati.,SST NIK. 19674261987032003** | **.** |  | **……………....** |
|  | **Mengetahui,**  **Kaprodi Pendidikan Profesi Ners**  **StikesHang Tuah Surabaya**  **Dr. Hidayatus, S.Kep.,Ns.,M.Kep.**  **NIP. 03007** | | |  |

Ditetapkan di : Surabaya

Tanggal : 07 Juli 2022

iv

# KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT Yang Maha Esa, atas limpahan rahmat hidayah-Nya sehingga peneliti dapat menyusun karya ilmiah akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny.G Dengan Diagnosa Medis Ca Endometrium Stadium 3 Pre Operasi Radikal Histerektomi Di Ruang F2 Rspal Dr. Ramelan Surabaya” dan dapat diselesaikan sesuai waktu yang ditentukan.

Karya ilmiah akhir ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan di Program Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya. Karya ilmiah akhir ini disusun dengan memanfaatkan berbagai literatur serta mendapatkan banyak pengarahan maupun bantuan dari berbagai pihak, peneliti menyadari keterbatasan kemampuan dan pemanfaatan literatur, sehingga karya ilmiah akhir ini dibuat dengan sangat sederhana baik dari segi sistematika maupun isinya yang jauh dari sempurna.

Pada kesempatan ini, perkenankan peneliti menyampaikan rasa terima kasih, rasa hormat dan penghargaan kepada :

1. Laksamana Pertama TNI dr, Gigih Imanta J.,Sp.PD.,Finasim.,M.M selaku Kepala Rumkital Dr. Ramelan Surabaya yang telah member ijin dan lahan praktek untuk penyusunan karya tulis ilmiah.
2. Ibu Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes, selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan pada kami untuk praktik di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya dan menyelesaikan pendidikan di Stikes Hang Tuah Surabaya.

v

1. Ibu Dr. Hidayatus, S.Kep.,Ns.,M.Kep, selaku kepala progam pendidikan profesi Ners yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia
2. Ibu Astrida Budiarti, M.Kep.,Ns.,Sp.Kep.Mat. Selaku penguji, yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan, bimbingan, arahan, masukan dalam penyelesaian karya ilmiah akhir ini
3. Ibu Puji Hastuti, S.Kep., Ns., M.Kep, Selaku pembimbing, yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
4. Ibu Enny Susilowati.,SST. Selaku pembimbing ruangan, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan penyusunan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
5. Bapak dan ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan karya tulis ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulisan selama menjalani studi dan penulisannya.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempuurnaan. Maka dari itu saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan

Surabaya, 23 Juni 2022

Penulis

vi

# DAFTAR ISI

[HALAMAN JUDUL i](#_bookmark0)

[SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN ii](#_bookmark1)

[HALAMAN PERSETUJUAN iii](#_bookmark2)

[HALAMAN PENGESAHAN iv](#_bookmark3)

[KATA PENGANTAR v](#_bookmark4)

[DAFTAR ISI vii](#_bookmark5)

[DAFTAR TABEL vii](#_bookmark6)

[DAFTAR GAMBAR x](#_bookmark7)

[DAFTAR LAMPIRAN xi](#_bookmark8)

[DAFTAR SINGKATAN xii](#_bookmark9)

[BAB 1 PENDAHULUAN 1](#_bookmark10)

* 1. [Latar Belakang 1](#_bookmark11)
  2. [Rumusan Masalah 3](#_bookmark12)
  3. [Tujuan 3](#_bookmark13)
     1. [Tujuan Umum 3](#_bookmark14)
     2. [Tujuan Khusus 4](#_bookmark15)
  4. [Manfaat 4](#_bookmark16)
     1. [Manfaat teoritis 4](#_bookmark17)
     2. [Manfaat praktis 5](#_bookmark18)
  5. [Metode Penulisan 5](#_bookmark19)

[1.6 Sistematika Penulisan 7](#_bookmark20)

[BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA 8](#_bookmark21)

* 1. [Konsep Penyakit 8](#_bookmark22)
     1. [Konsep dasar penyakit 8](#_bookmark23)
     2. [Anatomi fisiologi 8](#_bookmark24)
     3. [Etiologi 9](#_bookmark25)
     4. [Manifestasi klinis 12](#_bookmark26)
     5. [Patofisiologi 13](#_bookmark27)
     6. [Klasifikasi 14](#_bookmark28)

vii

* + 1. [Komplikasi 14](#_bookmark29)
    2. [Penatalaksanaaan 15](#_bookmark30)
  1. [Konsep Pre Histerektomi 15](#_bookmark31)
     1. [Definisi Histerektomi 15](#_bookmark32)
     2. [Indikasi dan Kontra Indikasi Histerektomi 16](#_bookmark33)
     3. [Klasifikasi Histerektomi 17](#_bookmark34)
     4. [Web Of Caution 19](#_bookmark35)
  2. [Konsep Asuhan Keperawatan 20](#_bookmark36)
     1. [Pengkajian 20](#_bookmark37)
     2. [Diagnosa Keperawatan 21](#_bookmark38)
     3. [Intervensi keperawatan 21](#_bookmark39)
     4. [Implementasi Keperawatan 24](#_bookmark40)
     5. [Evaluasi Keperawatan 24](#_bookmark41)

[BAB 3 TINJAUAN KASUS 25](#_bookmark42)

* 1. [Pengkajian 25](#_bookmark43)
     1. [Data Dasar 25](#_bookmark44)
     2. [Status Kesehatan Saat ini 25](#_bookmark45)
     3. [Riwayat Keperawatan 27](#_bookmark46)
     4. [Pemeriksaan Penunjang 32](#_bookmark47)
  2. [Analisa data 33](#_bookmark48)
  3. [Prioritas masalah keperawatan 34](#_bookmark49)
  4. [Intervensi keperawatan 34](#_bookmark50)

[BAB 4 PEMBAHASAN 40](#_bookmark51)

* 1. [Pengkajian 40](#_bookmark52)
  2. [Diagnosa 42](#_bookmark53)
  3. [Rencana keperawatan 44](#_bookmark54)
  4. [Implementasi dan Evaluasi 46](#_bookmark55)

[BAB 5 PENUTUP 49](#_bookmark56)

* 1. [Simpulan 49](#_bookmark57)
  2. [Saran 50](#_bookmark58)

[DAFTAR PUSTAKA 52](#_bookmark59)

viii

# DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Klasifikasi Endometrium 14

Tabel 2.2 Rencana Keperawatan 21

Tabel 3.1. Pemeriksaan Penunjang 32

Tabel 3.2. Analisa Data 33

Tabel. 3.3. Prioritas Masalah 34

Tabel 3.4. Intervensi keperawatan 35

ix

# DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Anatomi Endometrium 10

Gambar 2.2. WOC Ca Endometrium 19

Gambar 3.1. Genogram Keluarga 27

x

Lampiran 1. Curriculum Vitae 54

Lampiran 2 Motto Dan Persembahan 55

Lampiran 3 Standar Prosedur Operasional Pemasangan Infus 56

xi

HPHT : Hari Pertama Haid Terakhir KB : Keluarga Berencana

MRS : Masuk Rumah Sakit

SDKI : Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia SIKI : Standar Intervensi Keperawatan Indonesia SLKI : Standar Luaran Keperawatan Indonesia USG : Ultrasonografi

Woc : *Web Of Caution*

# SIMBOL

< : Kurang Dari

> : Lebih Dari

≤ : Kurang Dari Sama Dengan

≥ : Lebih Dari Sama Dengan

xii

# PENDAHULUAN

# Latar Belakang

Kanker endometrium merupakan tumor ganas primer yang berasal dari endometrium atau miometrium. Kanker endometrium adalah kanker yang terjadi pada endometrium, lapisan paling dalam dari dinding uterus, dimana sel-sel endometrium tumbuh secara tidak terkontrol, menginvasi dan merusak jaringan di sekitarnya (Dewi & Budiana, 2017). Tingkat keganasan kanker endometrium dapat dilakukan penatalaksanaan pembedahan melalui histerektomi dengan mengangkat uterus pada ca endometrium stadium 3 Masalah keperawatan pada kasus Ca Endometrium meliputi nyeri akut, ansietas, deficit nutrisi, nausea, gangguan peran, gangguan citra tubuh, disfungsi peran, disfungsi seksual, gangguan pola tidur pada penderita Ca Endometrium (Tulumang et al., 2016).

Kanker endometrium merupakan kanker ginekologi yang paling sering terjadi di dunia barat, menempati urutan keempat kanker pada wanita, setelah kanker payudara, kolon, dan paru. Tahun 2012 pada seluruh dunia sejumlah 527.600 perempuan menderita kanker endometrium ( Ariyanto, 2020). WHO mencatat bahwa kanker endometrium merupakan kanker peringkat ke enam terbanyak yang diderita perempuan di Indonesia dengan insidens 6.745 dan jumlah mortalitas mencapai 1.947 (2,1%) (Mirhalina, 2020). Kejadian kanker ca endometrium di Surabaya pada tahun 2018 didominasi oleh perempuan pada rentang usia 35 hingga 44 tahun, yaitu dengan kejadian sebanyak 475 kasus (Dinkes Kota Surabaya, 2018). Di Rumah Sakit Rumkital Dr. Ramelan Surabaya

di ruang F2 pada bulan Januari – Desember tahun 2021 kasus penyakit ca

1

endometrium mencapai angka 50 kasus, dengan rata- rata perempuan usia

≥ 50 tahun.

Penyebab Ca Endometrium dimana adanya dominasi kerja hormon estrogen pada endometrium oleh berbagai penyebab baik endogen maupun eksogen memicu terjadinya mutasi gen pada sel-sel endometrium yang dapat menimbulkan kanker (Mirhalina, 2020). Ketidakseimbangan kerja estrogen yang mendasari terjadinya kanker endometrium dapat disebabkan oleh beberapa faktor resiko diantaranya adalah faktor reproduksi seperti jumlah paritas, menstruasi, penggunaan obat obatan, pengaruh hormon, gangguan hormon insulin, obesitas, kondisi medis maupun faktor genetik, gaya hidup yang tidak sehat. Paparan hormon esterogen dapat mempengaruhi tumbuhnya kista, mioma maupun endometrium pada organ reproduksi wanita. Salah satu tindakan yang dapat dilakukan pada pasien dengan endometrium adalah histerektomi atau tindakan pengangkatan rahim. Komplikasi ca endometrium Anemia disebabkan oleh sifat fagosit sel tumor atau adanya perdarahan dan Obstruksi disebabkan pembesaran sel-sel tumor yang dapat menekan usus. (Octavianny, 2016).

Perawat mampu menyelenggarakan fasilitas pelayanan kesahatan dengan upaya pelayanan baik promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yang dalam hal ini mampu memberikan pelayanan keperawatan berupa asuhan keperawatan. Asuhan keperawatan yang harus dikerjakan perawat meliputi; melakukan pengkajian keperawatan secara holistik, menetapkan diagnosis keperawatan, merencanakan tindakan keperawatan, melaksanakan tindakan keperawatan, mengevaluasi hasil tindakan keperawatan, melakukan rujukan, memberikan tindakan pada keadaan gawat darurat sesuai dengan kompetensi, memberikan

konsultasi keperawatan dan berkolaborasi dengan dokter dan melakukan penatalaksanaan pemberian obat kepada klien sesuai dengan resep tenaga medis atau obat bebas dan obat bebas terbatas (Undang Undang RI No.38 Tahun 2014, 2014). Peran perawat dalam penatalaksanaan ca endometrium meliputi pemberian pedidikan kesehatan, pelaksanaan screning dan deteksi dini serta pemulihan maupun follow up pada pasien ca endometrium (Mirhalina, 2020). Bedasarkan latar belakang diatas maka penulis tertarik untuk memberikan asuhan keperawatan yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny.G Dengan Diagnosa Medis Ca Endometrium Stadium 3 Pre Operasi Radikal Histerektomi Di Ruang F2 Rspal Dr. Ramelan Surabaya”

# Rumusan Masalah

“Bagaimana Asuhan Keperawatan Pada Ny.G Dengan Diagnosa Medis Ca Endometrium Stadium 3 Pre Operasi Radikal Histerektomi Di Ruang F2 Rspal Dr. Ramelan Surabaya?”.

# Tujuan

# Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mengetahui individu secara mendalam yang dihubungkan dengan penyakitnya melalui proses Asuhan Keperawatan Pada Ny.G Dengan Diagnosa Medis Ca Endometrium Stadium 3 Pre Operasi Radikal Histerektomi Di Ruang F2 Rspal Dr. Ramelan Surabaya.

# Tujuan Khusus

* + - 1. Melakukan pengkajian keperawatan pada Ny.G dengan diagnosis medis Ca Endometrium Stadium 3 Pre Operasi Histerektomi di Ruang F2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
      2. Merumuskan diagnosis keperawatan pada Ny.G dengan diagnosis medis Ca Endometrium Stadium 3 Pre Operasi Histerektomi di Ruang F2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
      3. Merumuskan rencana keperawatan pada Ny.G dengan diagnosis medis Ca Endometrium Stadium 3 Pre Operasi Histerektomi di Ruang F2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
      4. Melaksanakan tindakan keperawatan Ny.G dengan diagnosis medis Ca Endometrium Stadium 3 Pre Operasi Histerektomi di Ruang F2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
      5. Mengevaluasi tindakan keperawatan pada Ny.G dengan diagnosis medis Ca Endometrium Stadium 3 Pre Operasi Histerektomi di Ruang F2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

# Manfaat

Berdasarkan tujuan umum maupun tujuan khusus maka karya ilmiah ini diharapkan bisa memberikan manfaat baik bagi kepentingan pengembangan program maupun bagi kepentingan ilmu pengetahuan, adapun manfaat-manfaat dari karya ilmiah secara teoritis maupun praktis tersebut dibawah ini :

# Manfaat teoritis

Dengan pemberian asuhan keperawatan secara cepat, tepat dan efisen akan menghasilkan keluaran kritis yang baik, menurunkan angka kejadian mobidity,

disability dan mortalitas pada pasien dengan dengan diagnosa medis Ca Endometrium

# Manfaat praktis

1. Bagi institusi rumah sakit dapat sebagai masukkan untuk menyusun kebijakan atau pedoman pelaksanaan pasien dengan diagnosa medis Ca Endometrium sehingga penatalaksanaan dini bisa dilakukkan dan dapat menghasilkan keluaran klinis yang baik bagi pasien yang mendapatkan asuhan keperawatan di institusi rumah sakit yang bersangkutan.
2. Bagi institusi pendidikan Dapat digunakan dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan tehnologi serta meningkatkan kuallitas asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Ca Endometrium serta meningkatkan pengembangan profesi keperawatan.
3. Bagi keluarga dan klien Sebagai bahan penyuluhan kepada keluaraga tentang perawatan pada pasien Ca Endometrium, sehingga keluarga mampu menggunakan pelayanan kesehatan yang ada selain itu agar keluarga mampu melakukan perawatan di rumah.
4. Bagi penulis selanjutnya Sebagai pengetahuan dan pengalaman dalam melakukan asuhan keperawatan khususnya pada pasien dengan diagnosa medis Ca Endometrium di Ruang F2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

# Metode Penulisan

1. Metode

Metode yang digunakan dalam karya ilmiah akhir ini adalah dengan metode deskriptif dimana penulis mendeskripsikan satu objek tertentu yang diangkat sebagai sebuah kasus untuk dikaji secara mendalam yang meliputi

studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan dan membahas data dengan studi pendekatan proses asuhan keperawatan yang dimulai dari pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan hingga evaluasi.

1. Teknik Pengumpulan Data
   1. Wawancara

Data yang diambil/diperoleh melalui percakapan dengan pasien dan keluarga pasien maupun dengan tim kesehatan lain.

* 1. Observasi

Data yang diambil/diperoleh melalui pengamatan pasien, reaksi, respon pasien dan keluarga pasien.

* 1. Pemeriksaan

Data yang diambil/diperoleh melalui pemeriksaan fisik, laboratorium dan radiologi untuk menunjang menegakkan diagnosis dan penanganan selanjutnya.

1. Sumber Data
   1. Data Primer

Data yang diperoleh dari hasil wawancara dan pemeriksaan fisik pasien.

* 1. Data Sekunder

Data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat dengan pasien seperti; catatan medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan catatan dari tim kesehatan yang lain.

1. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yang digunakan dalam pembuatan karya ilmiah akhir ini

menggunakan sumber yang berhubungan dengan judul karya ilmiah akhir dan masalah yang dibahas, dengan sumber seperti: buku, jurnal dan KTI yang relevan dengan judul penulis.

# 1.6 Sistematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam memahami dan mempelajari studi kasus ini, secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian, yaitu :

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan pembimbing, pengesahan, kata pengantar, daftar isi, daftar tabel, daftar gambar, daftar lampiran serta daftar singkatan.
2. Bagian inti terdiri dari lima bab, yang terdiri dari sub bab berikut ini :

BAB 1 : Pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, rumusan masalah, tujuan, manfaat penelitian, metode penulisan dan sistematika penulisan studi kasus.

BAB 2 : Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis, konsep asuhan keperawatan pasien dengan diagnosis medis Ca Endometrium., serta kerangka masalah pada Ca Endometrium..

BAB 3 : Tinjauan kasus berisi tentang diskripsi data hasil pengkajian keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

BAB 4 : Pembahasan kasus yang ditemukan yang berisi fakta, teori dan opini penulis.

BAB 5 : Penutup: Simpulan dan saran.

1. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka, motto dan persembahan serta lampiran.

# BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini membahas mengenai konsep, landasan teori dan berbagai aspek, meliputi: 1) Konsep Penyakit Ca Endometrium, 2) Konsep Asuhan Keperawatan Ca Endometrium, 3) Konsep Masalah pada Ca Endomterium.

# Konsep Penyakit

# Konsep dasar penyakit

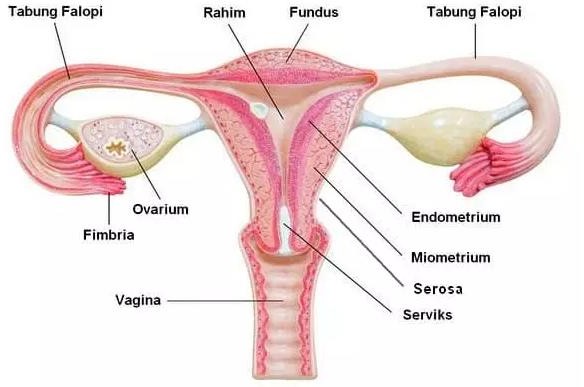
*American Cancer Society* (*2012)* Kanker endometrium adalah keganasan yang berasal dari sel-sel epitel yang meliputi rongga rahim (endometrium) (Ii, 2013). Kanker ini terjadi pada endometrium, lapisan paling dalam dari dinding uterus, dimana sel-sel endometrium tumbuh secara tidak terkontrol, menginvasi dan merusak jaringan di sekitarnya. (Fay, 2019).

# Anatomi fisiologi

Uterus adalah organ yang terdiri atas suatu badan (korpus) yang terletak di atas penyempitan rongga uterus (orifisium internum uteri), dan suatu struktur silindris di bawah yakni serviks yang terletak di bawah orifisium internum uteri. Uterus adalah organ yang memiliki otot yang kuat dengan ukuran panjang 7 cm, lebar 4 cm dan ketebalan 2,5 cm (Junquera 2017).

Endometerium merupakan lapisan paling dalam dari organ uterus atau rahim, yang bertempat di antara vesika urinaria (pada bagian anterior) dan rektum (pada bagian posterior). Lapisan ini berperan sebagai jalur masuk sel sperma menuju sel ovum di tuba falopii pada saat konsepsi, tempat implantasi ovum yang telah dibuahi, tempat perkembangan janin, serta lapisan penting pada saat siklus haid Wanita (Muliadi, 2015).

8



2.1 gambar anatomi endometrium (Suwin,2016)

# Etiologi

penelitian menunjukkan bahwa rangsangan estrogen yang berlebihan dan terus menerus bisa menyebabkan kanker endometrium. Berikut ini beberapa faktor resiko yang bisa meningkatkan munculnya kanker endometrium :

1. Faktor resiko reproduksi dan menstruasi

Kebanyakan peneliti menyimpulkan bahwa nulipara mempunyai risiko tiga kali lebih besar menderita kanker endometrium dibanding multipara. Hipotesis bahwa infertilitas menjadi factor risiko kanker endometrium didukung penelitian-penelitian yang menunjukkan resiko yang lebih tinggi untuk nulipara dibanding wanita yang tidak pernah menikah. Perubahan- perubahan biologis yang berhubungan dengan infertilitas dikaitkan dengan risiko kanker endometrium adalah siklus anovulasi (terpapar estrogen yang lama tanpa progesteron yang cukup), kadar androstenedion serum yang tinggi (kelebihan androstenedion dikonversi menjadi estron), tidak mengelupasnya lapisan endometrium setiap bulan (sisa jaringan menjadi hiperplastik (Mirhalina, 2020)

1. Hormon
   1. Hormone endogen Risiko terjadinya kanker endometrium pada wanita- wanita muda berhubungan dengan kadar estrogen yang tinggi secara abnormal seperti polycystic ovarian disease yang memproduksi estrogen.
   2. Hormone eksogen pasca menopause Terapi sulih hormone estrogen menyebabkan risiko kanker endometrium meningkat 2 sampai 12 kali lipat. Peningkatan risiko ini terjadi setelah pemakaian 2-3 tahun. Risiko relatif tinggi setelah pemakaian selama 10 tahun (Ii, 2013)
2. Kontrasepsi oral Peningkatan risiko secara bermakna terdapat pada pemakaian kontrasepsi oral yang mengandung estrogen dosis tinggi dan rendah progestin. Sebaliknya pengguna kontrasepsi oral kombinasi estrogen dan progestin dengan kadar progesterone tinggi mempunyai efek protektif dan menurunkan risiko kanker endometrium setelah 1-5 tahun pemakaian.
3. Tamoksifen

peningkatan risiko kanker endometrium 2-3 kali lipat pada pasien kanker yang diberi terapi tamoksifen. Tamoksifen merupakan anti estrogen yang berkompetisi dengan estrogen untuk menduduki reseptor. Di endometrium, tamoksifen malah bertindak sebagai faktor pertumbuhan yang meningkatkan siklus pembelahan sel (Dewi & Budiana, 2017).

F. Obesitas

Obesitas meningkatkan risiko terkena kanker endometrium. Kelebihan 13-

22 kg BB ideal akan meningkatkan risiko sampai 3 kali lipat. Sedangkan kelebihan di atas 23 kg akan meningkatkan risiko sampai 10 kali lipat. Obesitas adalah penyebab paling umum dari kelebihan produksi estrogen endogen. Jaringan adiposa berlebihan akan meningkatkan aromatisasi androstenedion perifer menjadi estrone. Pada wanita premenopause, tingkat estrone memicu umpan balik peningkatan abnormal pada aksis- hipofisis-ovarium hipotalamus. Hasil klinisnya adalah oligo-atau anovulasi. Dengan tidak adanya ovulasi, endometrium terkena stimulasi estrogen hampir terus - menerus tanpa efek progestasional berikutnya dan terjadi gangguan menstruasi.

1. Faktor diet

Perbedaan pola demografi kanker endometrium diperkirakan oleh peran nutrisi, terutama tingginya kandungan lemak hewani dalam diet. Konsumsi sereal, kacang- kacangan, sayuran dan buah terutama yang tinggi lutein, menurunkan risiko kanker yang memproteksi melalui fitoestrogen.

1. Kondisi medis

Wanita premenopause dengan diabetes meningkatkan 2-3 kali lebih besar berisiko terkena kanker endometrium jika disertai diabetes. Tingginya kadar estrone dan lemak dalam plasma wanita dengan diabetes menjadi penyebabnya. Hipertensi menjadi faktor risiko pada wanita pasca menopause dengan obesitas.

1. Faktor genetik

Seorang wanita dengan riwayat kanker kolon dan kanker payudara meningkatkan risiko terjadinya kanker endometrium. Begitu juga dengan

riwayat kanker endometrium dalam keluarga.

1. Merokok

Wanita perokok mempunyai resiko setengah kali jika dibandingkan yang bukan perokok (faktor proteksi) dan diperkirakan menopause lebih cepat 1-2 tahun.

1. Faktor risiko lain

Pendidikan dan status sosial ekonomi diatas rata-rata meningkatkan risiko terjadinya kanker endometrium akibat konsumsi terapi pengganti estrogen dan rendahnya paritas (Muliadi, 2015)

# Manifestasi klinis

Keluhan utama yang dirasakan pasien kanker endometrium adalah perdarahan pasca menopause bagi pasien yang telah menopause dan perdarahan intermenstruasi bagi pasien yang belum menopause. Keluhan keputihan merupakan keluhan yang paling banyak menyertai keluhan utama (Isdaryanto: 2017). Gejalanya bisa berupa:

* + - 1. Perdarahan rahim yang abnormal
      2. Siklus menstruasi yang abnormal
      3. Perdarahan diantara 2 siklus menstruasi (pada wanita yang masih mengalami menstruasi)
      4. Perdarahan vagina atau *spotting* pada wanita pasca menopause
      5. Perdarahan yang sangat lama, berat dan sering (pada wanita yang berusia diatas 40 tahun)
      6. Nyeri perut bagian bawah atau kram panggul
      7. Keluar cairan putih yang encer atau jernih (pada wanita pasca menopause)
      8. Nyeri atau kesulitan dalam berkemih
      9. Nyeri ketika melakukan hubungan seksual

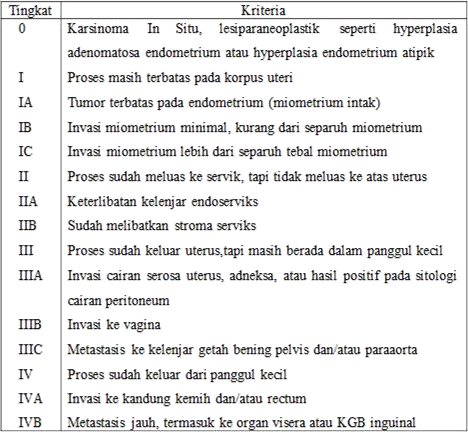
# Patofisiologi

Teori yang menjelaskan patofisiologi terjadinya endometrium antara lain menurut (Prawirohardjo, 2011) :

1. Teori refluks haid dan implantasi sel endometrium di dalam rongga peritoneum. Hal ini pertama kali diterapkan oleh John Sampson (1921). Teori ini dibuktikan dengan ditemukan adanya darah haid dalam rongga peritoneum pada waktu haid dengan laparoskopi, dan sel endometrium yang ada dalam haid itu dapat dikultur dan dapat hidup menempel dan tumbuh berkembang pada sel mesotel peritoneum.
2. Teori koelemik metaplasia, dimana akibat stimulus tertentu terutama hormon, sel mesotel dapat mengalami perubahan menjadi sel endometrium ektopik. Teori ini terbukti dengan ditemukannya endometrium pada perempuan pramenarke dan pada daerah yang tidak berhubungan langsung dengan refluks haid seperti di rongga paru. Disamping itu, endometrium eutopik dan ektopik adalah dua bentuk yang jelas berbeda, baik secara morfologi maupun fungsional.
3. Penyebaran melalui aliran darah (hematogen)dan limfogen
4. Pengaruh genetik. Pola penurunan penyakit endometrium terlihat berperan secara genetik. Risiko menjadi 7 kali lebih besar bila ditemukan endometrium pada ibu atau saudara kandung.

# Klasifikasi

Tabel 2.1 Klasifikasi Endometrium dalam ( Figo 2015 )



# Komplikasi

1. Anemia disebabkan oleh sifat fagosit sel tumor atau adanya perdarahan.
2. Obstruksi disebabkan pembesaran sel-sel tumor yang dapat menekan usus.
3. Depresi sum-sum tulang disebabkan faktor penghasil sel darah merah dari sum-sum tulang sebagai sistem imun. Sel darah merah berusaha untuk menghancurkan sel-sel tumor sehingga

kerja sel-sel tumor optimal.

1. Perdarahan disebabkan pembesaran tumor pada ovarium yang dapat menyebabkan ruptur (Octavianny, 2016)

# Penatalaksanaaan

Terapi Pembedahan

1. Pembedahan konservatif adalah pemeliharaan organ reproduksi dan erbaikan anatomi pelvis normal serta membuang semua lesi makroskopik endometrium
2. Pembedahan definitif adalah membuang uterus dan serviks bersamaan dengan lesi yang terlihat sementara membiarkan satu atau kedua ovarium. Pembedahan ini dapat berupa histerektomi total, salpingo- ooforektomi bilateral, dan pengangkatan semua sarang endometrium yang ditemukan (Hidayat & Hendry, 2019). Pembedahan ini hanya disarankan kepada wanita yang mengalami infertil (Advincula, Truong, & Lobo, 2017).

# Konsep Pre Histerektomi

# Definisi Histerektomi

Histerektomi berasal dari bahasa Yunani yakni *hystera* yang berarti “rahim” dan ektmia yang berarti “pemotongan”. Histerektomi berarti operasi pengangkatan rahim.28 Akibat dari histerektomi ini adalah si wanita tidak bisa hamil lagi dan berarti tidak bisa pula mempunyai anak lagi (Arista, 2018). Tindakan pembedahan untuk mengangkat uterus dapat dilakukan dengan tiga cara yaitu dengan pendekatan abdominal (laparotomi), vaginal, dan pada beberapa kasus secara laparoskopi. Tindakan histerektomi pada pasien dengan mioma uteri merupakan indikasi bila didapati keluhan menorrhagia, metrorrhagia, keluhan obstruksi pada traktus urinarius dan ukuran uterus sebesar usia kehamilan 12-14 minggu (Bayu, 2018).

# Indikasi dan Kontra Indikasi Histerektomi

Ada beberapa hal indikasi dan kontra indikasi Histerektomi seagai berikut:

1. Fibroid, yaitu tumor jinak Rahim, terutama jika tumor ini mneyebabkan perdarahan berkepanjangan, nyeri panggul, anemia, atau penekanan pada kandung kencing.
2. Kanker ini terjadi pada endometrium, lapisan paling dalam dari dinding uterus, dimana sel-sel endometrium tumbuh secara tidak terkontrol, menginvasi dan merusak jaringan di sekitarnya. (Fay, 2019).
3. Prolapses uteri, yaitu keluarnya kandungan melalui vagina (Arista, 2018).
4. Indikasi Histerektomi
   1. Ruptur uteri.
   2. Perdarahan yang tidak dapat dikontrol dengan cara-cara yang ada, misalnya pada : Atonia uteri. Afibrinogemia atau hipofibrinogemia pada solusio plasenta dan lainnya.Arteri uterine terputus. Hematoma yang luas pada rahin. Infeksi intrapartal berat. Pada keadaan ini biasanya dilakukan operasi Porro, yaitu uterus dengan isinya diangkat sekaligus. Uterus miomatosus yang besar.Kematian janin dalam Rahim dan *missed abortion* dengan kelainan darah. Kanker leher Rahim.
5. Kontraindikasi

Atelectasis,Luka infeksi.Infeksi saluran kecing.Tromoflebitis.Embolisme paru-paru.Terdapat jaringan parut, infamasi, atau perubahan endometrial pada adneksa. Riwayat laparotomy sebelumnya (termasuk perforasi appendix) dan abses pada cul-de-sac Douglas karena diduga terjadi pembentukan perlekatan (Pandang, 2018).

# Klasifikasi Histerektomi

Ada beberapa jenis-jenis histerektomi yang dilakukan oleh wanita yaitu (Hidayat & Hendry, 2019) :

1. Histerektomi Radikal

Histerektomi radikal yaitu mereka yang menjalani prosedur ini akan kehilangan seluruh sistem reproduksi seperti seluruh rahim dan serviks, tuba fallopi, ovarium, bagian atas vagina, jaringan lemak dan kelenjar getah bening. Prosedur ini dilakukan pada mereka yang mengidap kanker. Prosedur ini melibatkan operasi yang luas dari pada histerektomi abdominal totalis,karena prosedur ini juga mengikutsertakan pengangkatan jaringan lunak yang mengelilingi uterus serta mengangkat bagian atas dari vagina. Histerektomi radikal ini sering dilakukan pada kasus-kasus karsinom serviks stadium dini. Komplikasi lebih sering terjadi pada histerektomi jenis ini dibandingkan pada histerektomi tipe abdominal. Hal ini juga menyangkut perlukaan pada usus dan sistem urinarius

1. Histerektomi Abdominal
2. Histerektomi Total

Histerektomi total yaitu seluruh rahim dan serviks diangkat jika menjalani prosedur ini. Namun ada pula jenis histerektomi total bilateral saplingoooforektomi yaitu prosedur ini melibatkan tuba fallopi dan ovarium. Keuntungan dilakukan histerektomi total adalah ikut diangkatnya serviks yang menjadi sumber terjadinya karsinoma dan prekanker.

1. Histerektomi Subtotal

Histerektomi subtotal adalah Pengangkatan bagian atas uterus dengan

meninggalkan bagian segmen bawah rahim. Tindakan ini umumnya dilakukan pada kasus gawat darurat obstetrik seperti pendarahanpaska persalinan yang disebabkan atonia uteri, prolapsus uteri, dan plasenta akreta. Oleh karena itu, penderita masih dapat terkena kanker mulut rahim sehingga masih perlu pemeriksaan papsmear (pemeriksaan leher rahim) secara rutin.

1. Histerektomi Eksenterasi Pelvik

Histerektomi eksenterasi Pelvik yaitu pengangkatan semua jaringan dalam rongga panggul. Tindakan ini dilakukan pada kasus metastase daerah panggul.

19

# Web Of Caution

Faktor risiko

* Usia kehamilan berisiko 20 tahun atau >35 tahun
* Tidak pernah melahirkan

Status reproduksi, usia menarche dini (<12 thn), hormone, kontasepsi oral, obesitas, factor diet, genetic

Terjadi peningkatan hormon ekstrogen

Saat hormon ekstrogen dan progesteron turun

**Kanker Endometrium**

Penatalaksanaan

Vaskularisasi meningkat

Pertumbuhan berlebih selaput lendi di rahim

Vaskularisasi menurun

Jaringan endometrial

menjadi nekrosis

Usus tertekan

Kemoterapi

Radiasi

Pembedahan

Insisi pada abdomen untuk membuka uterus dan endometrium

Luka operasi

Hyperplasia endometrium

Kehilangan darah

saat operasi

Hipovolemia

Mual muntah

**MK: Gangguan pola tidur**

Menimbulkan nyeri

Anemia

**MK: Intoleransi aktivitas**

**MK: Resiko defisit nutrisi**

**MK: Nyeri akut**

Lemas dan pucat

Tidak mampu beraktivitas ADL secara mandiri

Gambar 2.2 WOC Ca Endometrium (Mulidi 2015)

# Konsep Asuhan Keperawatan

# Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah utama dan dasar utama dari suatu proses keperawatan, yaitu :

1. Identitas Pasien

Ca endometrium terjadi pada wanita dengan Usia yaitu sebanyak 63,9% pada usia ≥50 tahun dan sebanyak 12,5% pada usia ≤40 tahun (Tulumang et al., 2016)

1. Keluhan Utama

Keluhan utama yang sering dikeluhkan yaitu adanya nyeri haid (disminore), diikuti dengan nyeri perut bawah terutama pada daerah pelvis yang berlangsung cukup lama dan mengganggu dalam aktivitas sehari- harinya, dan infertilitas. Selain itu, pasien akan mengaku mengalami pendarahan yang abnormal.

1. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik pada endometrium dimulai pada pemeriksaan inspeksi vagina dengan menggunakan speculum. Haisl yang didapat biasnaya ditemukan lesi proliferasi merah pada forniks *post*erior yang dapat berdarah jika terkena sentuhan. Pemeriksaan selanjutnya adalah peemriksaan bimanual dan palpasi rektovagina. Pemeriksaan bimanual didapatkan nilai ukuran, posisi, dan mobilitas dari uterus. Palpasi rektovagina diperlukan untuk mempalpasi ligamentum sakrouterina dan septum rektovagina untuk menemukan nodul endometrisosis .

# Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis tentang respon individu klien, keluarga, dan komunitas terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (SDKI, 2017).

1. Nyeri kronis b.d Infiltrasi Tumor (ca endometrium)
2. Ansietas b.d krisis situasinal
3. Gangguan Pola Tidur b.d kurangnya kontrol tidur
4. Intoleransi aktifitas b.d ketidakseimbangan antara suplai

# Intervensi keperawatan

Tabel 2.2 Rencana Keperawatan (SIKI,2018)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Diagnosa keperawatan** | **Tujuan dan Kriteria Hasil** | **Intervensi** |
| 1 | Nyeri kronis b.d Infiltrasi Tumor (ca endometrium) **SDKI, 2017**  **(D.0078)** | Tujuan :  Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri berkurang dengan kriteria hasil:  (SLKI, L.07214)  Kriteria Hasil:   * Frekuensi Nadi 80- 100 kali/menit * Pola Nafas 16-18 kali/menit * Skala nyeri 4-5 * Keluhan Meringis Tidak ada * Mampu mengontrol nyeri dengan masas punggung | **Intervensi Utama:** Manajemen Nyeri(I.08238) **Observasi:**   * Identifikasi lokasi,   karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri   * Identifikasi skala nyeri * Identifikasi respons nyeri non verbal * Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri * Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri * Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup * Monitor efek samping penggunaan analgetik   **Terapeutik:**   * Berikan teknik   nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri   * Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri * Fasilitasi istirahat dan tidur |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | * Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri   **Edukasi**   * Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri * Jelaskan strategi meredakan nyeri * Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri   **Kolaborasi**   * Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu |
| 2 | Ansietas b.d krisis | Tujuan: | **ntervensi Utama :** |
|  | situasinal | Setelah dilakukan | Reduksi Ansietas (I.09314) |
|  | **SDKI, 2017** | tindakan keperawatan | **Observasi** |
|  | **(D.0080)** | tingkat ansietas | * Identifikasi tanda |
|  |  | menurun dengan | kecemasan (verbal-non |
|  |  | kreteria: | v) |
|  |  |  | * Identifikasi kemampuan |
|  |  | (SLKI, L.00121) | mengambil keputusan |
|  |  |  | * Monitor tanda vital |
|  |  | Kriteria Hasil : | **Terapeutik** |
|  |  | - Gelisah berkurang | * Ciptakan suasana |
|  |  | - Tidur Cukup 2-3 jam | terapeutik yg tenang |
|  |  | - Frekuensi nafas 16-18 | * Anjurkan keluarga/ |
|  |  | kali/menit | suami menemani |
|  |  | - Mampu mengetahui | **Edukasi** |
|  |  | prosedur persiapan | * Jelaskan prosedur, |
|  |  | operasi | termasuk sensasi yang |
|  |  |  | mungkin dialami |
|  |  |  | * Latih teknik relaksasi |
|  |  |  | nafas dalam |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 3 | Gangguan Pola  Tidur b.d  Kurangnya control tidur  **SDKI, 2017**  **(D.0055)** | Tujuan :  Setelah dilakukan  asuhan keperawatan pola tidur meningkat dengan kriteria hasil:  (SLKI, L.05045)  Kriteria Hasil:   * Keluhan sulit tidur tidak ada * Keluhan tidak puas tidur tidak ada * Tidur cukup 2-3 jam | **Intervensi utama:** Dukungan tidur (I.05174) **Observasi:**   * Identifikasi pola aktivitas dan tidur * Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) * Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. kopi, teh, alkohol, makanan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) * Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi   **Terapeutik:**   * Modifikasi lingkungan (mis. pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) * Batasi waktu tidur siang, jika perlu * Fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur * Tetapkan jadwal tidur rutin * Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) * Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur- terjaga   **Edukasi**   * + Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit   + Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur   + Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur   + Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM   + Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | terhadap gangguan pola tidur (mis.  psikologis:gaya hidup, sering berubah shift bekerja)   * Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya. |

# Implementasi Keperawatan

Merupakan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun dalam perencanaan keperawatan. Implementasi di berikan dengan menyesuaikan kondisi dan kemampuan pasien (Nuraisya,2015)

# Evaluasi Keperawatan

Merupakan pemantauan perkembangan pasien melalui perbandingan dengan tujuan dan rencana yang telah dibuat, dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan pasien, keluarga maupun tenaga kesehatan lainnya (Nesa,2015)

# BAB 3 TINJAUAN KASUS

Asuhan Keperawatan Pada Ny.G Dengan Diagnosa Medis Ca Endometrium Pre Operasi Histerektomi, didapatkan dari hasil penyaji yang penulis amati tanggal 30 Mei 2022 dengan data pengkajian pada tanggal 30 Mie 2022 pukul 08.30 WIB. Pasien masuk rumah sakit pada tanggal 30 Mei 2022 pukul 07.00 di poli onkologi dengan alsan akan dilakukan tindakan operasi radikal abdominal histeroktomi. Anamnese diperoleh dari keluarga dan pasien Di Ruang F2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

# Pengkajian

# Data Dasar

Pasien adalah seorang perempuan bernama Ny. G berusia 57 tahun, status menikah dengan Almarhum Tn.A., beragama islam, suku jawa bangsa Indonesia. bekerja sebagai buruh pabrik mempunyai 2 orang anak dan beralamat di Surabaya. Klien MRS tanggal 30 Mei 2022, diagnosa medis pasien adalah Malignant Neoplasm Endometrium. Pengkajian dilakukan pada tanggal 30 Mei 2022 pukul 08.30.

# Status Kesehatan Saat ini

* + - 1. Alasan Kunjungan Ke Rumah Sakit

Untuk melakukan operasi radikal histeroktomi.

* + - 1. Keluhan utama saat ini

Pasien mangatakan bahwa perut bagian bawah terasa nyeri dengan skala 5, pasien merasa khawatir akan dilakukan oprasi radikal abdominal histeroktomi pada tanggal 31 Mei 2022.

25

* + - 1. Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien rujukan dari Rumah Sakit Putri membawa hasil lab radiologi suspek ca endometrium untuk datang kerumah sakit RSPAL. Pada tanggal 20 Mei 2022 pasien datang ke poli onkologi untuk pemeriksaan USG kembali didapatkan hasil ca endometrium stadium 3, kemudian dokter menyarankan MRS dan konsultasi di klinik anastesi. Pada tanggal 30 Mei 2022 pukul 07.00 pasien berada di poli onkologi keluhan pendarahan diluar siklus menstruasi 2 pads dan nyeri semakin bertambah di perut bagian bawah, kemudian pasien dibawa ke ruang F2 bersama perawat menggunakan kursi roda bersama keluarganya pada pukul 08.15. Pada saat pengkajian pada tanggal 30 Mei 2022 pukul 08.30 pasien mengatakan nyeri perut bagian bawah dengan skala 5 dan cemas karena akan melakukan operasi pada tanggal 31 Mei 2022. Saat dilakukan pemeriksaan fisik dengan keadaan umum pasien tampak lemah, Tekanan Darah 150/90 mmhg, Nadi 98x/ menit, Suhu 36,20C, Repirasi 20x/ menit, Berat Badan 55kg, Tinggi Badan 150cm. Pasien terpasang infus RL 500ml/iv 20 tpm pada jam 09.00. pada pukul 12.40 pasien mendapatkan Inj transamin 1 ml/iv.

* + - 1. Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien mengatakan mempunyai riwayat penyakit Hipertensi sejak umur 40 tahun, pasien mendapatkan obat amlodipine 5mg dari puskesmas dan jarang minum obat.

# Riwayat Keperawatan

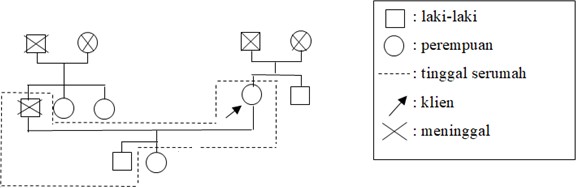
1. Riwayat Obstetri
   1. Riwayat Menstruasi

Pasien mengatakan awal menstruasi pada usia 12 tahun. Pasien sudah tidak mengalami menstruasi sejak umur 56 tahun. Pasien mengatakan tidak ada keluhan lain.

* 1. Riwayat Kehamilan, Persalinan, Nifas Yang Lalu :

Pasien mengatakan pernah melahirkan 2 kali. Pada saat hamil anak pertama pada tahun 1986, anak lahir secara spontan, usia kehamilan 37/38 mg, kemudia hamil ke dua pada tahun 1992, anak lahis secara spontan, usia kehamilan 37/38mg.

* 1. Genogram



Gambar 3.1. Genogram keluarga

1. Riwayat Keluarga berencana

Pasien mengatakan menggunakan KB suntik setelah melahirkan anak 1 dan 2, pasien mengguakan KB sutik selama 3 tahun dan durasi 3 bulanan, pasien

mangatakan haid tidak lancar selama menggunakan KB suntik. Tidak ada masalah yang terjadi.

1. Riwayat Kesehatan

Pasien mengatakan pernah memiliki riwayat penyakit Hipertensi. Pasien mengatakan pada riwayat penyakit keluarga terdapat penyakit hipertensi, dan keluarga tidak memiliki penyakit menular seksual.

1. Riwayat Lingkungan

Pasien mengatakan kebersihan lingkungan rumah bersih dan tidak ada membahayakan.

1. Aspek Psikososial

Pasien megatakan bahwa penyakit yang dialaminya sudah garis dari Tuhan. Harapan yang pasien inginkan cepat sembuh dan beraktifitas seperti dahulu

1. Kebutuhan Dasar Khusus (Di Rumah dan Di RS)
   1. Pola Nutrisi

Saat dirumah pasien mengatakan makan tiga sampai empat kali sehari habis satu porsi. pasien suka dengan sayuran, lauk-pauk, nasi dan buah-buahan, pada waktu di rumah sakit pasien mendapatkan diit bubur kecap¸ nafsu makan baik, pasien mengatakan tidak mempunyai alergi makanan.

* 1. Pola Eliminiasi
     1. BAK

Pasien mengatakan buang air kecil 3 kali sehari selama dirumah berwarna kuning dan tidak ada keluhan saat buang air kecil. Saat ini pasien buang kecil 2 kali perhari berwarna kuning jernih.

* + 1. BAB

Pasien mengatakan pada saat dirumah bisa buang air besar selama 3hari sehari warna kuning kecokelatan dan bau yang khas dengan konsistensi tidak lembek dan tidak kasar. Pada saat di rumah sakit pasien belum buang air besar.

* 1. Pola *Personal Hygiene*

Pasien mengatakan saat dirumah pasien mandi dua kali sehari menggunakan sabun dan sikat gigi 2 kali sehari. Saat di rumah sakit pasien belum menggosok gigi 1 kali. Saat di rumah pasien mencuci rambut 2 kali seminggu, saat dirumah sakit pasien melakukan cuci rambut 1 kali.

* 1. Pola Istirahat dan Tidur

Pasien hanya tidur 3-4 jam dan sering terbangun, mengatakan sulit tidur ketika di rumah sakit, keluhan saat ini adalah perutnya nyeri sehingga tidurnya juga terganggu dan sering terbagun.

* 1. Pola Aktifitas dan Latihan

Pasien bekerja sebagai buruh pabrik, Pasien jarang berolahraga. Saat waktu luang pasien memasak dan menonton TV. Pasien mengatakan tidak ada keluhan dalam beraktifitas. Pada saat dirumah sakit pasien hanya

terlentang saja di Kasur, tidak berolahraga, dan tidak mengurus pekerjaan rumah.

* 1. Pola Kebiasaan yang Mempengaruhi Kesehatan

Pasien mengatakan tidak merokok, tidak meminum-minuman keras, dan tidak ketergantungan obat.

1. Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum pasien baik, kesadaran composmentis, tekanan darah 150/90 mmHg, pernafasan 20x/menit, nadi 98x/menit, suhu 36,2℃, berat badan sebelum masuk rumah sakit 55 kg, tinggi badan 150 cm.

* 1. Kepala

Bentuk kepala simetris, tidak ada lesi, tidak ada benjolan yang abnormal, warna rambut hitam dan tidak beruban, tidak rontok, rambut tampak berminyak dan kotor.

* 1. Mata

Kelopak mata normal, gerakan mata simetris, konjungtiva tidak pucat, sklera normal, pupil isokor, akomodasi kesegala arah, kontak mata ada.

* 1. Hidung

Tidak ada reaksi alergi, tidak ada sinus, dan tidak ada keluhan.

* 1. Mulut dan Tenggorokan

Pasien mengatakan tidak mengalami kesulitan menelan, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, gigi tidak ada karies, tidak ada gigi palsu dan tidak menggunakan kawat gigi. Membran mukosa pucat.

* 1. Dada dan Axilla

Payudara tidak membesar dan simetris, areolla mammae berwarna coklat gelap, papilla mamae menonjol, colostrums tidak keluar.

* 1. Pernafasan

Jalan nafas bersih, tidak ada sumbatan, suara nafas vesikuler, tidak menggunakan otot bantu pernafasan, pasien mengatakan tidak ada keluhan

* 1. Sirkulasi Jantung.

Kecepatan denyut apical 88 x/menit, irama jantung regular, kelainan bunyi jantung tidak ada, pasien tidak mengeluh nyeri dada, CRT < 2 detik, tidak ada keluhan.

* 1. Abdomen

Tidak ada odema pada perut, tidak ada luka bekas operasi, skala nyeri 5 (0-10), saat di palpasi terdapat nyeri tekan, nyeri terasa seperti cenut-cenut, nyeri dirasakan hanya di area bawah perut, nyeri dirasa hilang timbul dan muncul ketika beraktifitas berat.

* 1. Genitourinari

Ada pendarahan pervaginam 2 pads, tidak ada nyeri tekan pada vesika urinaria, tidak ada odem, tidak ada hemoroid.

* 1. Ekstremitas

Integument: Turgor kulit elastis, warna kulit kuning langsat, tidak ada oedema di ektremitas atas maupun bawah, tidak ada lesi di ektremitas.

# Pemeriksaan Penunjang

Tabel 3.1. Pemeriksaan Penunjang

|  |
| --- |
| **Laboratorium TANGGAL 30-05-2022**   1. Pemeriksaan Antigen Sars – Coc 19 : Negatif 2. Pemeriksaan darah lengkap   a) Leukosit : 12,90 (4.000 – 10.000)   * 1. Hemoglobin : 9,5 (12.15)   2. Hematokrit : 27,4 (37 - 47)   d) Eritrosit : 3,08 (3,5 - 5)  e) Trombosit : 213 (150 - 450)   1. Pemeriksaan kimia klinis   a) ALBUMIN : 3,19 (3,5 – 5,2)   1. Faal hemostasis   a) Pasien PT : 15.7 (11-15)   * 1. Kontrol PT : 15.2   c) Pasien APTT : 38.1 (26.0-40.0)  d) Kontrol APTT : 37.6 |
| **USG**  **TANGGAL 30-05-2022**  ukuran masa 13x11 cm, kesan suatu masa padat intrauterine, dengan vaskularissi curiga suatu keganasan endometrium. |
| **Rontgen**  tidak ada hasil rongent |
| **Terapi yang didapat**   1. Inj transamin 1 ml 2. Inf RL 500cc / 8 jam 3. Tranfusi PRC 1 Bag |

# Analisa data

Tabel 3.2. Analisa Data

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Data** | **Penyebab** | **Masalah** |
| 1 | DS: pasien mengatakan nyeri dibagian bawah perut terasa cenut cenut   * pasien mengatakan nyeri saat dibuat duduk   P: saat berdiri lama  Q:nyerti seperti kram disertai cenut cenut  R:nyeri dipert bagian bawah S:skala 5  T:hilang timbul. Kemudia DO:   * ekspresi pasien meringis * ekspressi menahan sakit dibagian perut * TTV TD:150/90mmHg,   Nadi : 98 x/menit. | Infiltrasi Tumor (ca endometrium) | Nyeri kronis  **SDKI, 2017 (D.0078)** |
| 2 | DS:   * pasien mengatakan khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi * pasien merasa bingung * pasien merasa sulit untuk berkonsentrasi.   DO:   * pasien tampak gelisah * pasien tampak tegang * kemudian pasien sulit untuk tidur.   TTV  Nadi : 98 x/menit. | krisis situasional | Ansietas  **SDKI, 2017 (D.0080)** |
| 3 | DO:   * dengan pasien mengeluh sulit tidur * pasien mengeluh tidak puas tidur * asien mengatakan sering terbangun saat tidur.   DS:   * pasien tidur 2-3 jm, * pasien sering menguap. * Pasien tampak letih | Kurang kontrol tidur | Gangguan pola tidur  **SDKI, 2017 (D.0055)** |

# Prioritas masalah keperawatan

Tabel. 3.3. Prioritas Masalah

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Diagnosa keperawatan | TANGGAL | | Nama  perawat |
| ditemukan | Teratasi |
| 1 | Nyeri kronis b.d Infiltrasi Tumor (ca endometrium) | 30 Mei 2022 | Belum teratasi | Alif |
| 2 | Ansietas b.d krisis situasinal | 30 Mei 2022 | Belum teratasi | Alif |
| 3 | Gangguan Pola Tidur b.d kurangnya kontrol tidur | 30 Mei 2022 | Belum teratasi | Alif |

# Intervensi keperawatan

Tabel 3.4. Intervensi keperawatan

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Diagnosa keperawatan** | **Tujuan dan Kriteria Hasil** | **Intervensi** |
| 1 | Nyeri kronis b.d Infiltrasi Tumor (ca endometrium) **SDKI, 2017**  **(D.0078)** | Tujuan :  Setelah dilakukan  asuhan keperawatan selama 1x8 jam tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:  (SLKI. L.07214)  Kriteria Hasil:   * Frekuensi Nadi 80- 100 kali/menit * Pola Nafas 16-18 kali/menit * Skala nyeri 4-5 * Keluhan Meringis Tidak ada * Mampu mengontrol nyeri dengan masas punggung | **Intervensi Utama:** Manajemen Nyeri(I.08238) **Observasi:**   * Identifikasi lokasi,   karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri   * Identifikasi skala nyeri * Identifikasi respons nyeri non verbal * Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri * Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri * Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup * Monitor efek samping penggunaan analgetik   **Terapeutik:**   * Berikan teknik   nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri   * Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri * Fasilitasi istirahat dan tidur * Pertimbangkan jenis dan |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri  **Edukasi**   * Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri * Jelaskan strategi meredakan nyeri * Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri   **Kolaborasi**   * Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu |
| 2 | Ansietas b.d krisis | Tujuan: | **ntervensi Utama :**  Reduksi Ansietas (I.09314)  **Observasi**   * Identifikasi tanda kecemasan (verbal-non v) * Identifikasi kemampuan mengambil keputusan * Monitor tanda vital   **Terapeutik**   * Ciptakan suasana terapeutik yg tenang * Anjurkan keluarga/ suami menemani   **Edukasi**   * Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami * Latih teknik relaksasi nafas dalam |
|  | situasinal  **SDKI, 2017**  **(D.0080)** | Setelah dilakukan  tindakan keperaw selama 1x8 jam maka |
|  |  | tingkat ansietas |
|  |  | menurun dengan kreteria |
|  |  | : |
|  |  | (SLKI, L.00121) |
|  |  | Kriteria Hasil : |
|  |  | - Gelisah berkurang |
|  |  | - Tidur Cukup 8 jam |
|  |  | - Frekuensi nafas 16-18 |
|  |  | kali/menit |
|  |  | - Mampu mengetahui |
|  |  | prosedur persiapan |
|  |  | operasi |
| 3 | Gangguan Pola  Tidur b.d  Kurangnya control tidur | Tujuan :  Setelah dilakukan  asuhan keperawatan selama 1x8 jam maka | **Intervensi utama:** Dukungan tidur (I.05174) **Observasi:**   * Identifikasi pola aktivitas |
|  | **SDKI, 2017**  **(D.0055)** | tingkat pola tidur  membaik dengan | dan tidur   * Identifikasi faktor |
|  |  | kriteria hasil: | pengganggu tidur (fisik |
|  |  | (SLKI. L.05045) | dan/atau psikologis)   * Identifikasi makanan dan |
|  |  | Kriteria Hasil: | minuman yang mengganggu |
|  |  | - Keluhan sulit tidur | tidur (mis. kopi, teh, alkohol, |
|  |  | tidak ada | makanan mendekati waktu |
|  |  | - Keluhan tidak puas | tidur, minum banyak air |
|  |  | tidur tidak ada | sebelum tidur) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | - Tidur cukup 8 jam | * Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi   **Terapeutik:**   * Modifikasi lingkungan (mis. pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) * Batasi waktu tidur siang, jika perlu * Fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur * Tetapkan jadwal tidur rutin * Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) * Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur- terjaga   **Edukasi**   * + Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit   + Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur   + Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur   + Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM   + Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis.   psikologis:gaya hidup, sering berubah shift bekerja)   * + Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara   nonfarmakologi lainnya. |

# 3.4 Implementasi dan Evaluasi

NAMA KLIEN : Ny. G UMUR : 57 thn

Ruangan / kamar : F2 / 5 No. Register :.00-xx-xx

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No  Dx | Tgl Jam | Tindakan | TT | Tgl  Jam | Catatan Perkembangan | TT |
| 1,2,3 | 30/05/22 | * Melakukan Timbang Terima dengan dinas malam. * Mempersiapkan ruangan * Pasien datang dari klinik onkologi menggunakan kursi roda diantar oleh perawat pada pukul 08.15. * Mengkaji keadaan umum :   K/U lemah GCS 456 composmen Keluhan : pasien merasakan perut terasa sakit, perut terasa cenut cenut,merasa cemas dengan keadaan penyakit yang dideritanya dan takut dilakukan operasi pengangkatan rahim.   * Mengobservasi TTV   Tekanan darah : 150/90 mmHg, Nadi : 98 x/menit, Suhu: 36,2°C, SPO2: 99% .   * Memasang infus Ns 500 ml/iv 20 tpm * Memberikan inj transamin 5 ml/iv dan tidak ada reaksi alergi obat * Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur seperti kebisingan didalam ruangan * Mengidentifikasi pola aktifitas dan | Alif | 30/05 | **DX 1** | Alif |
|  | 07.00 |  | 14.00 | **S :** |  |
|  | 07.30 |  |  | **-** pasien mengatakan |  |
|  | 08.30 | Alif |  | nyeri perut bagian |  |
|  |  | Alif |  | bawah  **-** px merasa nyaman |  |
|  | 09.00 |  |  | setelah dilakukan |  |
|  |  |  |  | massage pinggang |  |
|  |  | Alif |  | P: saat berdiri lama |  |
|  |  |  |  | Q: nyerti seperti kram |  |
|  |  |  |  | disertai cenut cenut |  |
|  |  |  |  | R: nyeri diperut bagian |  |
|  |  |  |  | bawah |  |
|  |  |  |  | S: skala 5 |  |
|  | 09.15 |  |  | T: hilang timbul |  |
|  |  | Alif | 14.00 | **O :**  **-**tak tampak meringis |  |
|  | 09.45 | Alif |  | -skala nyeri 5  TD 150 /90, N |  |
|  |  |  |  | 98x/mnt |  |
|  | 10.00 | Alif |  | **A :** Masalah Teratasi |  |
|  |  |  |  | Sebagian |  |
|  | 10.30 | Alif |  | **P :** Intervensi |  |
|  |  |  |  | Dilanjutkan di ruang |  |
|  |  |  |  | OK |  |
|  | 10.50 |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 11.10  11.45  12.00  12.15  12.30  13.00  12.55  13.00  14.00  16.00  17.00  19.00  20.00 | tidur seperti kebiasaan pasien sebelum tidur apakan main hp atau menonton tv   * Mengobservasi kondisi fisik dan psikologi persiapan operasi dengan cara menjelaskan prosedur operasi * Mengkaji tanda-tands kecemasan klien merasa khawatir denagn operasinya, pasien tampak cemas * Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam dengan cara memejamkan mata saat menarik nafas dalam * Mengajarkan teknik mengurangi nyeri dg masse pinggang * Mengobservasi TTV   Tekanan darah : 130/80 mmHg, Nadi : 95 x/menit, Suhu: 36,5°C, SPO2: 99%,   * Memberikan diit bubur kecap makan habis * Menganjurkan keluarga menemani pasien * Menciptakan lingkungan yg tenang dengan cara membaca buku * Timbang terima dengan dinas siang * Pemberian Durcolax supp 2 * Mengobservasi TTV   Tekanan darah : 135/85 mmHg, Nadi : 98 x/menit, Suhu: 36,0°C, SPO2: 99%,   * Injeksi transamin 500mg/iv * Pemberian fleet enema 1 | Alif  Alif  Alif  Alif  Alif  Alif  Alif  Alif  Alif Alif Alif Alif  Alif | 14.00 | **DX 2 S :**   * Pasien merasa cemas berkurang setelah diberikan penjelasan * Pasien merasa bingung berkurang * Didamping keluarga   **O :**   * + gelisah berkurang   + tampak tegang berkurang   **A :** Masalah Teratasi Sebagian  **P :** Intervensi Dilanjutkan di ruang OK  **DX 3 S :**   * pasien mengatakan tidur 1 ½ jam   **O :**   * keadaan umum pasien tampak lebih segar * keluhan mengantuk tidak ada   TD 130 /80, N  95x/mnt  **A :** Masalah Teratasi Sebagian  **P :** Intervensi | Alif  Alif |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 21.00  22.00  23.00  23.05  04.00  05.00  05.10  05.30  07.00 | * Timbang terima dengan dinas malam * Pemberian Durcolax supp 2 * Menganjurkan pasien untuk puasa pro operasi * Anjurkan pasien untuk berdoa supaya dilancarkan pelaksanaan operasi * Injeksi transamin 500mg/iv * Melakukan cukur pubis, menyarankan pasien untuk mandi * Mengobservasi TTV   Tekanan darah : 129/80 mmHg, Nadi : 99 x/menit, Suhu: 36,5°C, SPO2: 99%,   * Memasang infus RL 20 tpm * Pasien berangkat operasi | Alif  Alif Alif Alif  Alif Alif  Alif Alif  Alif  Alif Alif |  | Dilanjutkan di ruang OK |  |

# BAB 4 PEMBAHASAN

Bab 4 ini dilakukan pembahasan mengenai “Asuhan Keperawatan Pada Ny.G Dengan Diagnosa Medis Ca Endometrium Pre Operasi Histerektomi Di Ruang F2 Rspal Dr. Ramelan Surabaya” yang dilaksanakan tanggal 30 Mei 2022 pukul 08.30. Melalui pendekatan studi kasus untuk mendapatkan kesenjangan antara teori dan praktek dilapangan. Pembahasan terhadap proses asuhan keperawatan ini di mulai dari pengkajian, diagnosa, rencana keperawatan, implementasi dan evaluasi.

# Pengkajian

Penulis melakukan pengkajian dengan melakukan anamnesa pada keluarga, melakukan pemeriksaan fisik dan mendapatkan data dari pmeriksaan penunjang medis dan rekam medis. Pembahasan dimulai dari :

1. Identitas

Pasien perempuan bernama Ny G, yang berusia 57 tahun, pasien beragama Islam, pasien sudah tidak mengalami menstruasi. Faktor risiko utama endometrium adalah berjenis kelamin wanita dengan riwayat ibu atau saudara perempuan menderita endometrium, Benyak penelitian menunjukkan usia saat menopause mempunyai hubungan langsung terhadap meningkatnya kanker ini. Sekitar 70% dari semua wanita yang didiagnosis kanker endometrium adalah pasca menopause. Wanita yang menopause secara alami diatas 52 tahun 2,4 kali lebih beresiko jika dibandingkan sebelum usia 49 tahun.(Muliadi, 2015).

40

1. Riwayat penyakit sekarang

Keluhan sebelum datang ke rumah sakit adalah adanya nyeri pada bagian perut bawah dan keluar darah ketika melakukan aktifitas yang berat. Tanda dan gejala pada pasien dengan endometrium antara lain adanya nyeri haid, nyeri panggul, nyeri senggama, keluhan intestinal siklik, capai/kelelahan dan infertilitas (Hendarto, 2015). Penyebab nyeri pada pasien endometrium yaitu karena Setiap bulan jaringan endometrium diluar kavum uteri mengalami penebalan dan perdarahan mengikuti siklus menstruasi. Perdarahan ini tidak mempunyai saluran keluar seperti darah menstruasi yang normal, tetapi terkumpul dalam rongga panggul dan menimbulkan nyeri (Suparman, 2012). Lesi endometrium menimbulkan nyeri dengan cara menekan dan menginfiltrasi saraf terdekat lesi tersebut dan menyebabkan adanya vaskulatisasi pembuluh darah, jika pembuluh darah semakin banyak jumlahnya digunakan untuk pertumbuhan lesi endometrium maka saraf aferen di area lesi endometrium akan menyalurkan sinyal istrik ke system saraf pusat (SSP) dengan berbagai sensitisas sentral dan memibu respon berlebihan rasa nyeri.

1. Aspek psikososial

Data yang didapatkan dari pasien megatakan bahwa, penyakit yang dialaminya sudah garis dari Tuhan. Harapan yang pasien inginkan cepat sembuh dan beraktifitas seperti dahulu. Dukungan sosial bagi penderita maupun bagi anggota keluarga penderita dapat menjadi salah satu pendorong individu tersebut mampu bangkit dari situasinya. dukungan keluarga merupakan salah satu elemen penting dalam menunjang proses perawatannya dan mengurangi kecemasan yang mereka rasakan selama proses perawatan. Adanya dukungan keluarga yang

cukup atau bahkan tinggi, maka pasien akan merasa lebih tenang dan nyaman menjalani proses perawatan (Empati, J., Kristanto, 2017). Hal ini terlihat jelas bahwa pasien sudah bisa beradaptasi dengan keadaan yang dialaminya sekarang dikarenakan adanya dukungan dari keluarga.

1. Pemeriksaan fisik

Pada pemeriksaan fisik didaptkan keadaan umum pasien baik, kesadaran composmentis, tekanan darah 150/90 mmHg, pernafasan 20x/menit, nadi 98x/menit, suhu 36,2℃, berat badan sebelum masuk rumah sakit 55 kg, tinggi badan 150 cm hal yang paling dikeluhkan oleh pasien adalah adanya nyeri dibagian bawah perut, dengan skala 5 (0-10) nyeri terasa seperti cenut-cenut, nyeri dirasa hilang timbul dan muncul ketika pasien melakukan aktifitas yang berlebih.

# Diagnosa

Diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus disesuaikan dnegan kondisi pasien saat pengkajian berlangsung. Terdapat tiga diagnosa sebagai berikut :

1. Nyeri kronis berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Penulis mengangkat masalah keperawatan nyeri kronis kerena saat pengkajian tanggal 30 Mei 2022 ditemukan beberapa tanda dan gejala mayor maupun minor yang dialami oleh pasien. Pasien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah, dengan skala 5 (0-10), nyeri terasa seperti cenut-cenut, nyeri dirasakan hanya di area bawah perut, nyeri dirasa hilang timbul dan muncul ketika beraktifitas berat, pasien tampak meringis ketika bergerak, terdapat gangguan tidur karena pasien merasa nyeri.

Definisi nyeri kronis adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berinteritas ringan hingga berat dan konstan, yang berlangsung lebih dari 3 bulan ( SDKI 2017).

1. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional

Penulis mengangkat masalah keperawatan ansietas karena saat pengkajian pada tanggal 30 Mei 2022 ditemukan beberapa tanda dan gejala mayor maupun minor yang dialami oleh pasien tersebut. Didapatkan dari hasil pengkajian Ny G mengatakan bahwa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, pasien merasa bingung, pasien merasa sulit untuk berkonsentrasi. Kemudian data objektive menunjukkan pasien tampak gelisah, pasien tampak tegang, kemudian pasien sulit untuk tidur. Definisi ansietas adalah kondisi emosi dan pengalaman subjektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman (SDKI 2017). Tindakan pembedahan menimbulkan ketakutan dan kecemasan pada pasien walaupun respon individu terhadap tindakan tersebut berbeda-beda. Beberapa pasien menyatakan takut dan menolak dilakukan tindakan pembedahan, tetapi klien mengatakan tidak tahu yang menjadi penyebab, namun ada juga beberapa pasien yang menyatakan ketakutannya dengan jelas dan spesifik (Long,2008). Kecemasan adalah perasaan tidak menyenangkan, yang ditandai dengan istilah-istilah seperti kekhawatiran, keprihatinan, dan rasa takut yang kadang-kadang dialami dalam tingkatan yang berbeda-beda. (Menurut Atkinson dalam Yanti, Erlamsyah & Zikra, 2013). Teori

tersebut sesuai dengan data yang penulis dapatkan pada Ny G mengatakan bahwa dirinya khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi.

1. Ganggua pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur

Penulis mengangkat masalah keperawatan gangguan pola tidur kerena saat pengkajian tanggal 30 Mei 2022 ditemukan beberapa tanda dan gejala mayor maupun minor yang dialami oleh pasien tersebut. Dipatkan dari hasil pengkajian Ny G mengatakan bahwa dirinya sulit tidur, istirahatnya kurang, pasien tampak letih dan hanya tidur 3-4 jam perhari. Definisi gangguan pola tidur adalah gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal (SDKI, 2017). Tidur merupakan kebutuhan dasar manusia yang merupakan mekanisme untuk memulihkan tubuh dan fungsinya, memelihara energi dan kesehatan, memelihara manfaat untuk memperbaharui & memulihkan tubuh baik secara fisik maupun emosional serta diperlukan untuk bertahan hidup (Nadya, 2017). Kualitas dan kuantitas tidur dipengaruhi oleh beberapa faktor. Kualitas tersebut dapat menunjukkan adanya kemampuan individu untuk tidur dan memperoleh jumlah istirahat sesuai dengan kebutuhannya Seseorang yang mengalami sakit memerlukan waktu tidur lebih banyak dari normal. Namun demikian, keadaan sakit menjadikan pasien kurang tidur atau tidak dapat tidur. Teori tersebut sesuai dengan data yang penulis dapatkan pada Ny G mengataka bahwa dirinya susah tidur dikarenana rasa nyeri yang dirasakan di perut bagian bawah.

# Rencana keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan

dalam usaha membantu, meringankan, memecahkan masalah atau untuk memenuhi kebutuhan pasien (Santa, 2019)

Penulis mengangkat diagnosa Nyeri Kronis berhubungan dengan Infiltrasi tumor ( ca endometrium ) (SDKI, 2017). Dengan tujuan dan kriteria hasil setelah dilakukan asuhan keperawatan 1x8 jam diharapkan tingkat nyeri berkurang dengan keluahan nyeri menurun, meringis menurun, ketegangan otot menurun. (SLKI 2018). Intervesi yang dilakukan berdasarkan analisa data yang sesuai dengan diagniosa keperawatan yaitu nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor meliputi observasi mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi nyeri, identits skala nyeri, identifikasi repon nyeri, indentifikasi faktor yang memperberat atau memperingan nyeri. Trapeutik, berikn teknik nafas dalam atau masage pinggang untuk mengurangi rasa nyeri, fasilitasi istirahat tidur. Edukasi, jelaskan penyebab pemicu nyeri, jelskan strategi untuk meredakan nyeri, ajarkan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri. Kolaborasi pemberian analgetik bila perlu (SIKI, 2018).

Penulis mengangkat diagnosa Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (SDKI, 2017). Dengan tujuan dan kriteria hasil setelah dilakukan asuhan keperawatan 1x8 jam diharapkan ansietas menurun dengan hasil gelisah berkurang, tidur cukup 2-3 jam, frekuensi nfas 16-18 x/mnit (SLKI 2018). Intervesi yang dilakukan berdasarkan analisa data yang sesuai dengan diagniosa keperawatan yaitu ansietas berhubungan dengan krisis situasional meliputi observasi identifikasi tanda-tanda kecemasan, identifikasi kemampuan mengambil keputusan, monitor tanda vital. Terapeutik ciptakan suasana yang tenang,

anjurkan keluarga/ suami menemani. Edukasi jelaskan proedur termasuk sensasi yang memungkin dialami, latih teknik relaksasi nafas dalam (SIKI, 2018).

Penulis mengangkat diagnosa Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur (SDKI, 2017). Dengan tujuan dan kriteria hasil setelah dilakukan asuhan keperawatan 1x8 jam diharapkan kualitas tidur membaik dengan hasil keluhan sulit tidur menurun, keluhan tidak puas tidur menurun, kuluhan pola tidur berubah menurun, keluhan istirahat tidak cukup menurun (SLKI 2018). Intervensi yang dilakukan berdasarkan analisa data yang sesuai dengan diagniosa Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur meliputi observasi identifikasi pola aktivitas dan tidur, identifikasi faktor pengganggu tidur, identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur ( kopi, alkohol ). Terapeutik modifikasi lingkungan ( pencahayaan, kebisingan, suhu, tempat tidur ), batasi waktu tidur siang jika perlu, fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur, tetapkan jadwal tidur rutin. Edukasi jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, anjurkan menepati kebiasan waktu tidur, anjurkan menghindari maakanan / minuman yang menggangu tidur, ajarkan relaksasi otot.

# Implementasi dan Evaluasi

1. Nyeri kronis berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Implementasi yang telah dilakukan yakni mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri Provoke saat berdiri lama, Quality nyeri seperti kram disertai cenut- cenut, Region nyeri perut bagian bawah, Skala 5, Time hilang timbul. Identifikasi respon nyeri non verbal. Pemberian teknik non farmakologi untuk

mengurangi rasa nyeri ( terapi massa pinggang ). Memfasiltasi istirahat dan tidur pasien. Menganjurkan keluarga untuk menemani.

Catatan perkembangan didapatkan setelah dilakukan tindaan keperawatan selama 8 jam didapatkan pasien merasa nyaman setelah dilakukan massage pinggang, tidak tampak meringis, skala nyeri 5, Provoke saat berdiri lama, Quality nyeri seperti kram disertai cenut-cenut, Region nyeri perut bagian bawah, Skala 5, Time hilang timbul, tekanan darah 150/90 mmHg, Nadi 95 x/menit. Dari data diatas bahwa masalah nyeri teratasi sebagian dengan intervensi dihentikan pasien pindah ke ruang operasi

1. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional

Implementasi yang telah dilakukan yakni mengidentifikasi tanda kecemasan (verbal, non verbal), mengobservasi Tekanan darah 150/90 mmHg, Nadi 98 x/menit, Suhu 36,2oC, SPO2 99%. Rencana Terapeutik meliputi ciptakan suasana terapeutik yang tenang. Anjurkan keluarga menemani/ suami menemani pasien. Jelaskan proedur operasi, termasuk sensasi yang mungkin dialami, melakukan persiapan operasi ( memberikan diit bubur kecap, pemberian fleet enema, menganjurkan pasien puasa, mencukur pubis). Menciptakan lingkungan yang tenang.

Catatan perkembangan didapatkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 8 jam didapatkan pasien merasa cemas berkurang setelah diberikan penjelasan dan didampingi keluarga/ suami, gelisah berkurang, pasien dapat tidur. Dari data diatas bahwa masalah dapat eratasi sebagian dengan intervensi dihentikan pasien berpindah ke ruang operasi.

1. Ganggua pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur

Implementasi yang telah dilakukan yakni mengidentifikasi pola tidur pasien, mengobservasi Tekanan darah 130/80 mmHg, Nadi 95 x/menit, Suhu 36,5oC, SPO2 99%. implementasi yang dilakukan memonitor pola dan jam tidur, memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, menyediakan lingkungan nyaman, menganjurkan tirah baring, menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, berkolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan,

Catatan perkembangan didapatkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 8 jam didapatkan pasien susah tidur menurun, keadaan umum pasien tampak segar, pasien tampak gelisah berkurang. Dari data diatas bahwa masalah teratasi sebagian denagn intervensi dihentikan pasien berpindah di ruang operasi.

# BAB 5 PENUTUP

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada Ny. G dengan diagnosis medis Ca Endometrium pre Histerektomi di ruang F2 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis bisa menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan.

# Simpulan

Mengacu pada hasil uraian yang telah menguraikan tentang asuhan keperawatan pada Ny. G dengan diagnosis medis Ca Endometrium pre Histerektomi. Maka penulis daat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Hasil pengkajian didapatkan Pasien mangatakan bahwa perut bagian bawah terasa nyeri dengan skala 5, pasien merasa khawatir akan dilakukan oprasi, pemeriksaan fisik dengan keadaan umum pasien tampak lemah, Tekanan Darah 150/90 mmhg, Nadi 98x/ menit, Suhu 36,20C, Repirasi 20x/ menit, Berat Badan 55kg, Tinggi Badan 150cm.
2. Diagnosa keperawatan yang didapat adalah nyeri kronis, ansietas dan gangguan pola tidur.
3. Perencanaan disesuaikan dengan intervensi utama dan pendukung pada setiap diagnosis yang diangkat manajemen nyeri, reduksi ansietas, dukungan tidur.
4. Pelaksanaan tindakan keperawatan dilakukan adalah mengidentifikasi nyeri (lokasi, durasi, frekuensi), mengajarkan teknik nonfarmakologi (tarik napas dalam, massage punggung), memfasilitasi Ny. G untuk istirahat tidur, menganjurkan Ny. G mengurangi ansietas dengan teknik relaksasi nafas dalam.

49

1. Hasil evaluasi pada taggal 30 Mei 2022 didapatkan dengan diagnosa Nyeri Kronis pasien mengatkan nyeri perut bagian bawah, pasien merasa nyaman setelah dilakukan masage pinggang, P : Saat berdiri lama, Q : Nyeri seperti kram disertai cenut-cenut, R: nyeri diperut bagian bawah, T: hilang timbul. Diagnosa Ansietas pasien mengatakan cemas berkurang setelah diberikan penjelasan, didampingi oleh keluarga/suami, perasaan bingung berkurang. Diagnsa gangguan pola tidur pasien mengatakan dapat tidur 1 ½ jam. Dari data tersebut dapat diambil kesimpulan bahwa Ny. G menjalani operasi radikal abdominal histerektomi.

# Saran

Dari kesimpulan diatas penulis memberikan saran sebagai berikut :

1. Untuk pencapaian hasil keperawatan yang diharapkan, diperlukan hubungan yang baik dan keterlibatan klien, keluarga dan tim kesehatan lainnya
2. Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, keterampilan yang cukup serta dapat bekerjasama dengan tim Kesehatan lainnya dengan memberi asuhan keperawatan pada klien dengan endometrium.
3. Dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang professional alangkah baiknya diadakan seminar atau suatu pertemuan yang membahas tentang masalah Kesehatan yang ada pada klien
4. Pendidikan dan pengetahuan perawat secara berkelanjutan perlu ditingkatkan baik secara formal dan informal khususnya pengetahuan dalam bidang pengetahuan.
5. Kembangkan dan tingkatkan pemahaman perawat terhadap konsep manusia secara komprehensif sehingga mampu menerapkan asuhan keperawatan dengan baik.

# DAFTAR PUSTAKA

Arista, P. N. (2018). Histerektomi Dalam Perspektif Undangundang Kesehatan No. 36 Tahun 2009 Dan Hukum Islam. *Journal of Chemical Information and Modeling*, *53*(9), 1689–1699.

Bashir, A. (2020). *Hubungan Nyeri dan Kecemasan dengan Pola Istirahat Tidur Pasien Post Operasi di Ruang Bedah Rumah Sakit Umum Tengku Chik Ditiro Sigli*. *VIII*(1), 15–22.

Bayu, S. (2018). Tinjauan Pustaka Tinjauan Pustaka. *Convention Center Di Kota Tegal*, *4*(80), 4.

Dewi, P. P. P., & Budiana, I. nyoman G. (2017). Profil Pasien Kanker Endometrium Di RSUP Sanglah Denpasar Periode Agustus 2012-Juli 2014. *E-Jurnal Medika*, *6*(8), 1–7.

Dictara, A. A., Angraini, D. I., & Musyabiq, S. (2018). Efektivitas Pemberian Nutrisi Adekuat dalam Penyembuhan Luka Pasca Laparotomi Effectiveness of Adequate Nutrition in Wound Healing Post Laparotomy. *Majority*, *7*(71), 249–256.

DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnostik Keperawatan Indonesia.* Jakarta Selatan: DPP PPNI.

DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia.* Jakarta Selatan: DPP PPNI.

DPP PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia.* Jakarta Selatan: DPP PPNI.

Empati, J., Kristanto, A. D., Kahija, Y. F. La, Psikologi, F., & Diponegoro, U. (2017). Pengalaman Coping Terhadap Diagnosis Kanker Pada Penderita Usia Kerja Di Rumah Sakit Margono Soekarjo Purwokerto. *Empati*, *6*(2), 1–9.

Indonesia, U., Sinardja, C. D., Masyarakat, F. K., Studi, P., Administrasi, K., Sakit, R., & Indonesia, U. (2014). *DI RUMAH SAKIT PRIMA MEDIKA DENPASAR BULAN JANUARI-PEBRUARI TAHUN 2014 DI RUMAH SAKIT PRIMA MEDIKA DENPASAR BULAN JANUARI-PEBRUARI TAHUN 2014*.

Junqueira LC, Carneiro J. 2017. Histologi Dasar. Edisi 10. Jakarta : EGC Keperawatan, J. (2019). *SKALA NYERI POST APPENDIXTOMY DI RSUD*

*PORSEA*. *2*(2), 61–69.

Made, N., Astuti, H., Umum, S., & Sanglah, P. (n.d.). *Penatalaksanaan insomnia pada usia lanjut*. 1–14.

Merdawati, L., & Huraini, E. (2013). Gambaran Pelaksanaan Mobilisasi dengan Pola Eliminasi Fekal Pasien Paska Laparatomi. *NERS Jurnal Keperawatan*, *9*(2), 190. https://doi.org/10.25077/njk.9.2.190-196.2013

Mirhalina, S. (2020). Jenis dan Faktor Risiko Kanker Endometrium Di Rumah Sakit dr Pirngadi Kota Medan Tahun 2015-2018. *Jurnal Pandu Husada*, *1*(3), 184. https://doi.org/10.30596/jph.v1i3.4944

Muliadi 2015 Woc Ca Endometrium <http://repository.unimus.ac.id/210/>

Nadya, C. (2017). *Program Studi D-III Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Sumatera Utara 2017*.

Octavianny, A. (2016). *Infertilitas di RSUD Tugurejo Semarang Dan RSUD Kota Semarang*. 1–69. Retrieved from <http://repository.unimus.ac.id/210/>

Patients, C. (2019). *Hubungan antara nafsu makan dengan asupan energi dan protein pada pasien kanker payudara*. *14*(2), 170–176.

Penelitian, J., & Vol, K. (2016). *No Title*. *2*(2), 112–118.

Rini, Y. S. (2016). Kelengkapan Informasi Penunjang Dalam Penentuan Keakuratan Kode Diagnosis Carcinoma Endometrium Pasien Rawat Inap Di Rsud …. *Rekam Medis*, 89–99.

Suparman, E. (2012). Penatalaksanaan Endometriosis. *Jurnal Biomedik (Jbm)*, *4*(2), 69–78. https://doi.org/10.35790/jbm.4.2.2012.754

Susilawati, D. (2019). HUBUNGAN OBESITAS DAN SIKLUS MENSTRUASI DENGAN KEJADIAN INFERTILITAS PADA PASANGAN USIA SUBUR DI KLINIK DR.HJ. PUTRI SRI LASMINI SpOG (K) PERIODE

JANUARI-JULI TAHUN 2017. *Jurnal Kesehatan Mercusuar*, *2*(1), 8. https://doi.org/10.36984/jkm.v2i1.20

Trianggono Bagus Ariyanto. (2020). Perbandingan Luaran Pasien Kanker Endometrium Yang Dilakukan Operasi Laparoskopi Dan Yang Dilakukan Operasi Laparotomi di RSUD Dr. Soetomo Tahun 2017. *Medical and Health Science Journal*, *4*(1), 55–62. https://doi.org/10.33086/mhsj.v4i1.1446

Trijayanti, E., Probosari, E., Gizi, S., & Makan, A. (2016). *HUBUNGAN ASUPAN MAKAN DAN STATUS GIZI PADA PASIEN*. *5*(4), 751–760.

Tulumang, J. A., Loho, M. F., & Mamengko, L. M. (2016). Gambaran kanker endometrium yang dirawat di RSUP Prof. Dr. R.D. Kandou Manado periode 2013 – 2015. *E-CliniC*, *4*(1). https://doi.org/10.35790/ecl.4.1.2016.11261.

LAMPIRAN 1

# CURRICULUM VITAE

Nama : Nur Alif Siad Suhendra Tempat, Tanggal Lahir : Madiun, 02 Juni 1999

Alamat : Desa Ngetrep RT 04 RW 02 Kecamatan Jiwan Kabupaten Madiun

|  |  |
| --- | --- |
| Agama E-mail  Riwayat Pendidikan | : Islam  : [alif020699@gmail.com](mailto:alif020699@gmail.com)  : |
| 1. TK Ngetrep | 2003-2005 |
| 2. SDN 04 Madiun Lor | 2005-2011 |
| 3. SMPN 13 Kota Madiun | 2011-2014 |
| 4. MAN 1 Kota Madiun | 2014-2017 |

LAMPIRAN 2

# MOTTO DAN PERSEMBAHAN

**MOTTO**

*“Amalan yang lebih dicintai Allah adalah amalan yang terus menerus dilakukan walaupun sedikit.”*

*– Nabi Muhammad SAW*

# PERSEMBAHAN

Alhamdulillah, atas rahmat dan hidayah-Nya, saya dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini dengan baik. karya ilmiah akhir ini saya persembahkan kepada :

1. Kepada ayahku Siad Sudarsono dan ibuku Kusnawatinigsih serta kakek, Nenek, adekku dan Sudara saudaraku yang telah memberikan dukungan moril dan materil.
2. Teman sejatiku Carmitha Nareswari Basmallah yang selalu mendengarkan keluh kesahku dan mengingatkan untuk refreshing.
3. Teman sekelompok bimbingan KIA, Fatimah, Alria, lailatul, Monica, Sabrina, Hogan yang membantu mengerjakan skripsi ini.
4. Terimakasih kepada teman – teman angkatan Provesi Ners yang telah memberikan support dan dukungan semangat sehingga skripsi ini dapat terselesaikan dengan baik.

# LAMPIRAN 3

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **STIKES HANG TUAH SURABAYA** | **SOP PEMASANGAN INFUS** | | |
| **PROSEDUR TETAP** | TGL.TERBIT | NO.DOC- HAL | **Praktek Profesi Keperawatan Medikal Bedah**  **Profesi Ners** |
| **PENGERTIAN** | Pemberian cairan atau obat yang langsung masuk kedalam pembuluh darah vena dalam jumlah dan waktu tertentu  dengan menggunakan infuse set | | |
| **TUJUAN** | 1. Mencukupi kebutuhan cairan dan elektrolit dalam tubuh agar adekuat 2. Mempermudah pemberian terapi obat berupa injeksi   atau memalui infuse | | |
| **INDIKASI** | 1. Pasien dengan dehidrasi. 2. Pasien sebelum transfusi darah. 3. Pasien pra dan pasca bedah, sesuai dengan program pengobatan. 4. Pasien yang tidak bisa makan dan minum melalui mulut. 5. Pasien yang memerlukan pengobatan yang pemberiannya harus dengan cairan infus. | | |
| **PROSEDUR PELAKSANAAN** | **TAHAP PRA-INTERAKSI**   1. **PERSIAPAN ALAT**    1. Seperangkat infust steril.    2. Cairan infus yang diperlukan (Asering, RL, Dektrose 5%, Nacl 0,9%)    3. Jarum infus steril sesuai ukuran dalam bak injeksi.    4. Kapas alkohol dalam tempatnya.    5. Tourniquet.    6. Pengalas/perlak.    7. bengkok.    8. Standar infus.    9. Handscoon.    10. Plester dan gunting perban.    11. Alat tulis 2. **PERSIAPAN PERAWAT**    1. Manajemen penampilan    2. Mencuci tangan 6 langkah    3. Memakai APD 3. **PERSIAPAN PASIEN**    1. Pastikan identitas dan kondisi klien    2. Posisikan pasien yang nyaman : supinasi | | |

|  |  |
| --- | --- |
|  | c) Jaga privasi klien   1. **PERSIAAPAN LINGKUNGAN**    1. Menutup Tirai    2. Keluarga |
| **TAHAP ORIENTASI**   1. Komunikasi Terapeutik (memberi salam) 2. Memastikan identitas dan tgl lahir klien, panggil klien dengan namanya/sapa keluarga klien, dan menanyakan kondisi klien 3. Memperkenalkan diri bila bertemu pasien pertama kali 4. Jelaskan tujuan, prosedur tindakan dan kontrak waktu pada klien/keluarga 5. Menanyakan persetujuan 6. Ex: apakah ibu/bpk berkenan kami lakukan prosedur tindakan. ? 7. Beri kesempatan klien/keluarga bertanya untuk klarifikasi |
| **TAHAP KERJA**   1. Mendekatkan alat-alat yang akan digunakan 2. Membuka bak instrumen dan membuka infus set kemudian atur klem infus 3. Menyambungkan infus set ke dalam cairan botol infus 4. Gantungkan cairan botol infuse pada standar infus/ tiang penyangga 5. Alirkan cairan infus hingga mengisi ½ bagian tabung pengatur tetesan. Kemudian buka klem infus dan alirkan cairan ke dalam selang hingga tidak ada udara dalam selang. Buang cairan ke dalam bengkok lalu klem kembali 6. Pasangkan perlak dibawah daerah yang akan dilakukan penusukkan dan dekatkan bengkok serta bak instrumen 7. Siapkan jarum suntik, alkohol swab dan plaster 8. Pasangkan tourniquet (± 10 cm diatas lokasi penusukan) 9. Anjurkan pasien menggemgam telapak tangan dan pilih area penusukan (vena relatif lurus, tidak bercabang dan jauh dari area persendian) bisa dibantu menggunakan alkohol swab 10. Lakukan desinfeksi pada area penusukan sekali swab. 11. Lakukan penusukan dengan posisi lubang jarum menghadap ke atas ( tangan kiri perawat memegang ujung vena agar stabil). Penusukan membentuk sudut 30-45 derajat IV 12. Perhatikan darah yang keluar di ujung IV Cath,keluarkan jarum sambil memasukan kembali selang IV cath secara perlahan 13. Tekan area penusukan saat menarik jarum keluar agar darah tidak mengalir segera sambungkan IV cath dengan selang infus 14. Lepas tourniquet dan atur tetesan infuse sesuai dosis 15. Fiksasi menggunakan pelester area abocath dan beri |

|  |  |
| --- | --- |
|  | tanggal pemasangan infus   1. Evaluasi kembali tetesan infus 2. Rapikan alat yang sudah digunakan dan melepaskan handscoon serta cuci tangan 6 langkah 3. Pasang kembali pembatas tempat tidur pasien |
| **TAHAP TERMINASI**   1. Akhiri kegiatan 2. Mengingatkan kepada pasien kalau membutuhkan perawat, perawat ada di ruang keperawatan atau mencet tombol yang sudah disediakan 3. Mengucapkan salam terapeutik 4. Catat tindakan yang dilakukan dan hasil serta respon klien pada lembar catatan klien 5. Catat tanggal dan jam melakukan tindakan dan nama 6. perawat yang melakukan dan tanda tangan/paraf pada lembar catatan klien |

Sumber : SOP STIKES Hang tuah surabaya

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **STIKES HANG TUAH SURABAYA** | **(SOP) MELAKUKAN**  **PERSIAPAN PASIEN PRE OPERASI** | | |
| **PROSEDUR TETAP** | TGL.TERBIT | NO.DOC- HAL | **Praktek Profesi Keperawatan Medikal Bedah**  **Profesi Ners** |
| **PENGERTIAN** | Suatu periode persiapan dan pengkajian fisik dan psikologis yangdibutuhkan pasien secara individu sejak pasien masuk Rumah  Sakit sampai dengan dilakukan operasi.. | | |
| **TUJUAN** | 1. Mempersiapkan pasien secara fisik dan psikologis agar dapatmengikuti prosedur operasi yang telah direncanakan. 2. Mengkaji kondisi fisik dan psikologis pasien sehingggapotensi masalah dapat diantisipasi dan dicegah. 3. Memeperkecil resiko infeksi post operasi. 4. Mencegah/ menghindari kemungkinan terjadinya komplikasi yang tidak diharapkan; dengan cara mengajaran pasien berlatih menarik napas panjang. 5. Adanya keseimbangan cairan elektrolit dalam tubuh. | | |
| **Kebijakan** | Pasien yang akan dilakukan operasi dapat dilakukan persiapan  pre-op sesuai standart. Dilakukan oleh perawat yang terlatih. | | |
| **PROSEDUR PELAKSANAAN** | Persiapan Alat :   1. Inform concent dengan materai 2. Status lengkap 3. Hasil pemeriksaan laboratorium 4. Hasil foto radiology 5. Daftar cek list pre-operasi   Pelaksanaan :   1. Kaji keadaan fisik dan psikologis pasien. 2. Pastikan bahwa pasien mengenakan gelang identitas yangbenar. 3. Pastikan bahwa pasien telah menerima dan mengerti benar tentang penyuluhan kesehatan pre-operasi secara lengkap, meliputi :    * Latihan menarik napas panjang dan batuk. | | |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Latihan penyembuhan termasuk latihan- latihan gerakan anggota badan untuk mencegah trombosis.   * Penyuluhan tentang operasi dan perawatan post operasi.  1. Catat nadi, tekanan, pernapasan, suhu dan berat badan pasien. 2. Cek apakah pasien telah dilakukan pemeriksaan-pemeriksaan seperti :radiologi, EKG, darahlaborat dan sertakan hasil- hasilnya dalam status pasien. 3. Anjurkan pasien membersihkan badannya (mandi/cuci muka). 4. Bantu pasien untuk ganti pakaian. 5. Ikat rambut ke belakang, sebaiknya tidak ikat rambut metal (hiasan rambut) untuk operasi daerah muka dan leher pasien diberi topi penutup rambut. Jika pasien alergi jangan lupa kenakan gelang merah serta catat dalam status pasien bahwa ada alergi.. 6. Lengkap cek list pre operasi dengan menanyakan langsung kepada pasien, cek catatan perawatan sebelum pasien dioperasi.    * Cek kapan pasien makan dan minum terakhir, pastikantidak kurang dari 6 jam sebelum jam operasi kecuali jika atas instruksi dokter.    * Cek apakah pasien telah b.a.k.    * Catat pasien apakah menggunakan gigi palsu.    * Pastikan gigi palsu, contact lenses (lenses kontak), protese telah diangkat.    * Lepaskan kaca mata dan letakkan pada tempat yang mudah    * Hearing Aids (alat bantu dengar) kenakan   pada pasien sampai ia mendapat anesthesi (alat ini tidak perlu diangkat jika operasi dilakukan dengan anestesi lokal) alat – alat protese harus diberi label yang jelas dan tinggalkan diruang recorvery (ruang pulih).   * + Semua alat-alat perhiasan (cincin kawin),   kosmetik, kuku bercat, baju serta lainnya harus ditanggalkan, kecuali baju operasi.   1. Jika ada barang-barang berharga lainnya (telepon genggam, uang, surat-surat berharga lainnya) berikan kepada keluarganya atau simpan di tempat yang |

|  |  |
| --- | --- |
|  | aman agar nantisetelah pasien sembuh dapat dikembalikan padanya.   1. Cek S.I.O ( Surat Ijin Operasi ) secara lengkap dan benar, ditanda tangani serta diberi tanggal. 2. Bila perlu beri tanda operasi yang akan dibedah. 3. Pastikan bahwa pasien telah dikaji dan dikunjuni oleh dokter anestesinya. 4. Berikan premedikasi sasuai dengan instruksi dokter anestesi. Laksanakan sesuai prosedur RS (cross check dengan dua perawat). 5. Jelaskan kepada pasien setelah mendapat obat premedikasi, pasien tidak diperkenankan turun dari tempat tidur, kalau perlu panggil perawat ( tekan bel ) di tempat tidur. 6. Antarkan ke kamar operasi dengan mempergunakan tempat tidur pasien dan didampingi oleh perawat, 7. Setibanya di kamar bedah, perawat ruangan harus serah terima pasien dengan perawat anestesi, serah terima tersebut meliputi :    * Nama pasien apakah sudah benar/sesuai dengan pasien,status yang di bawah.    * Pasien telah mendapat penjelasan dan mengerti benaroperasi yang akan dijalaninya.    * Kedua perawat mengecek kebenaran cek list dan S.I.O.    * Menginformasikan keadaan pasien yang alergi, diabetic.    * Keadaan umum pasien dan jenis anestesi yang akandijalani. |

Sumber : SOP STIKES Hang tuah surabaya