

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS PADA Ny. M DENGAN DIAGNOSA  
MEDIS PENYAKIT TROFOBLAS GESTASIONAL (PTG) DI RUANG F2  
RUMKITAL Dr. RAMELAN SURABAYA**



**OLEH :**

**RIZQI SA'DIYYAH**  
**1920036**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA  
2022**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS PADA Ny. M DENGAN DIAGNOSA  
MEDIS PENYAKIT TROFOBLAS GESTASIONAL (PTG) DI RUANGF2**

**RUMKITAL Dr. RAMELAN SURABAYA**

**Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat  
untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan**



**OLEH :**

**RIZQI SA'DIYYAH**  
**1920036**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA  
2022**

## **SURAT PERNYATAAN**

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya.

Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya,30 Mei 2022

**RIZQI SA'DIYYAH**  
**1920036**

## HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Rizqi Sa'diyah

NIM : 1920036

Program Studi : D-III Keperawatan

Judul : **Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny. M Dengan Diagnosa  
Medis Penyakit Trofoblas Gestasional (PTG) Di Ruang F2  
RUMKITAL Dr. Ramelan Surabaya**

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

**AHLI MADYA KEPERAWATAN (AMd. Kep)**

Surabaya, 30 Mei 2022

**Pembimbing**



**Iis Fatimawati, S.Kep., Ns., M.Kes**  
**NIP. 03067**

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 08 Juli 2022

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari :

Nama : Rizqi Sa'diyah

NIM : 1920036

Program Studi : D-III Keperawatan

Judul : **Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny. M Dengan Diagnosa Medis Penyakit Trofoblas Gestasional(PTG) Di Ruang F2 RUMKITAL Dr. Ramelan Surabaya**

Telah dipertahankan dihadapan dewan Sidang Karya Tulis Ilmiah Stikes Hang Tuah Surabaya, pada :

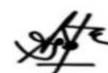
Hari, tanggal : Senin, 08 Agustus 2022

Bertempat : STIKES Hang Tuah Surabaya

Dan dinyatakan **Lulus** dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar AHLI MADYA KEPERAWATAN pada Prodi D-III Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya.

Penguji I : **Puji Hastuti, S.Kep., Ns., M.Kep** ( )  
**NIP.03010**

Penguji II : **Astrida Budiarti, M.Kep., Ns. Sp.Kep. Mat**  
**NIP.03025**



Penguji III : **Iis Fatimawati, S.Kep. Ns, M.Kes**  
**NIP.03067**



Mengetahui,  
**Stikes Hang Tuah Surabaya**  
**Ka Prodi D-III Keperawatan**

**Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes**  
**NIP. 03007**

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 08 Agustus 2022

## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program pendidikan Ahli Madya Keperawatan.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya tulis ini bukan hanya karena kemampuan penulis tetapi banyak ditentukan oleh bantuan dari berbagai pihak, yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulisan. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada :

1. Kolonel Dr. Gigih Imanta J., SP.PD., Finasim., M.M selaku Kepala Rumkital Dr. Ramelan Surabaya yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk penyusunan karya tulis dan selama kami berada di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
2. Dr. AV. Sri Suhardiningsih, S.Kp.,M.Kes selaku Ketua STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk praktik di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya dan menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
3. Ibu Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes selaku Kepala Program Studi D-III Keperawatan yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Ibu Puji Hastuti, S.Kep., Ns., M.Kep, selaku penguji I, yang dengan telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

5. Ibu Astrida Budiarti, M.Kep., Ns. Sp.Kep. Mat selaku penguji II saya, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
6. Ibu Iis Fatimawati, S.Kep., Ns., M.Kes selaku penguji III sekaligus pembimbing saya, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
7. Ibu Anti Widayani, S.Keb. Bd, selaku pembimbing lahan di ruang F2RSPAL Dr.Ramelan Surabaya, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
8. Bapak dan ibu dosen STIKES Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan karya tulis ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya.
9. Perpustakaan STIKES Hang Tuah Surabaya, yang telah menyediakan sumber pustaka dalam penyusunan dan penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
10. Keluarga yang selalu mendukung dan memberi dorongan, semangat serta do'a yang tak terkira selama proses pendidikan di Stikes Hang Tuah Surabaya.
11. Sahabat-sahabat seperjuangan tersayang dalam naungan STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semangat sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persahabatan tetap terjalin.
12. Terimakasih kepada keluarga Ny. M sudah membantu dalam penyusunan karya tulis ilmiah saya.

13. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo'a semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka dari itu saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga karya tulis ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi Civitas STIKES Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 30 Mei 2022

Rizqi Sa'diyah



## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
SURAT PERNYATAAN .....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN .....	iv
KATA PENGANTAR .....	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL.....	ix
DAFTAR GAMBAR .....	x
DAFTAR SINGKATAN .....	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
<b>BAB 1 PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	3
1.3 Tujuan Penelitian .....	3
1.3.1 Tujuan Umum .....	3
1.3.2 Tujuan Khusus .....	3
1.4 Manfaat .....	4
1.4.1 Secara Teori .....	4
1.4.2 Secara Praktis .....	5
1.5 Metode Penulisan .....	5
1.5.1 Metode .....	5
1.5.2 Teknik Pengumpulan Data.....	6
1.5.3 Sumber Data.....	6
1.5.4 Studi Kepustakaan .....	6
1.6 Sistematika Penulisan .....	6
1.6.1 Bagian Awal.....	6
1.6.2 Bagian Inti.....	7
1.6.3 Bagian Akhir .....	7
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>8</b>
2.1 Anatomi dan Fisiologi Sistem Reproduksi Wanita.....	8
2.1.1 Anatomi Sistem Reproduksi Wanita.....	8
2.1.2 Fisiologi Sistem Reproduksi Wanita .....	12
2.2 Konsep Kemoterapi .....	15
2.2.1 Definisi Kemoterapi.....	15
2.2.2 Tujuan Penggunaan Kemoterapi.....	16
2.2.3 Macam-macam Kemoterapi.....	16
2.2.4 Syarat Kemoterapi .....	16
2.2.5 Cara Pemberian Kemoterapi .....	17
2.2.6 Cara Kerja Kemoterapi .....	17
2.2.7 Efek Samping Kemoterapi.....	17
2.2.8 Efek Samping Secara Fisik .....	17
2.2.9 Efek Samping Psikologi.....	18
2.3 Konsep Penyakit Trofoblas Gestasional (PTG).....	20
2.3.1 Pengertian Penyakit Trofoblas Gestasional (PTG).....	20
2.3.2 Etiologi.....	21
2.3.3 Faktor Resiko .....	23
2.3.4 Klasifikasi .....	23
2.3.5 Manifestasi Klinis .....	25

2.3.6 Patofisiologi .....	26
2.3.7 Komplikasi .....	27
2.3.8 Pemeriksaan Penunjang .....	28
2.3.9 Pencegahan .....	30
2.3.10 Penatalaksanaan .....	30
2.4 Konsep Asuhan Keperawatan Pasien Penyakit Trofoblas Gestasional (PTG) .....	36
2.4.1 Pengkajian .....	36
2.4.2 Diagnosa Keperawatan .....	39
2.4.3 Rencana Keperawatan .....	40
2.4.4 WOC Penyakit Trofoblas Gestasional (PTG) .....	43
2.4.5 WOC Kemoterapi PTG .....	44
<b>BAB 3 TINJAUAN KASUS .....</b>	<b>45</b>
3.1 Pengkajian .....	45
3.1.1 Identitas .....	45
3.1.2 Status Kesehatan Saat Ini .....	45
3.1.3 Riwayat Keperawatan .....	47
3.1.4 Riwayat Keluarga Berencana .....	48
3.1.5 Riwayat Kesehatan .....	49
3.1.6 Riwayat Lingkungan .....	49
3.1.7 Aspek Psikososial .....	49
3.1.8 Kebutuhan Dasar Khusus .....	49
3.1.9 Pemeriksaan Fisik .....	50
3.1.10 Data Penunjang .....	51
3.2 Analisa Data .....	53
3.3 Prioritas Masalah .....	54
3.4 Rencana Keperawatan .....	54
3.5 Implementasi Keperawatan .....	56
<b>BAB 4 PEMBAHASAN .....</b>	<b>65</b>
4.1 Pengkajian .....	65
4.2 Diagnosa Keperawatan .....	66
4.3 Perencanaan .....	66
4.4 Pelaksanaan .....	68
4.5 Evaluasi .....	68
<b>BAB 5 PENUTUP .....</b>	<b>70</b>
5.1 Kesimpulan .....	70
5.2 Saran .....	71
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>73</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Rencana Keperawatan.....	40
Tabel 3.1 Hasil Laboratorium .....	51
Tabel 3.2 Terapi Obat .....	52
Tabel 3.3 Analisa Data.....	53
Tabel 3.4 Prioritas Masalah .....	54
Tabel 3.5 Rencana Keperawatan.....	54
Tabel 3.6 Implementasi Keperawatan.....	56

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Mons Pubis.....	8
Gambar 2.2 Ovarium .....	12
Gambar 2.3 Kerangka Masalah Penyakit Trofoblas Gestasional .....	43
Gambar 2.4 Kerangka Kemoterapi PTG.....	44
Gambar 3.1 Genogram Ny. M .....	48

## DAFTAR SINGKATAN

amp	: Ampul
b.d	: Berhubungan Dengan
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BB	: Berat Badan
cm	: Sentimeter
CRT	: Cardiac Resynchronization Therapy
CT-Scan	: Computed Tomography Ovar
dkk	: Dan Kawan-Kawan
DO	: Data Objektif
Dr	: Dokter
DS	: Data Subjektif
DX	: Diagnosa
EDTA	: Ethylene diamine tetra-acetic acid
FSH	: Folicle Stimulating Hormone
GCS	: Glasgow Coma Scale
Hal	: Halaman
Hb	: Hemoglobin
hCG	: Human Chorionic Gonadotropin
IU	: Internasional Unit
IUCR	: Internasional Union Against Cancer
IUD	: Intrauterine Device
IV	: Intra Vena
KB	: Keluarga Berencana
Kg	: Kilogram
Lab PA	: Laboratorium Patologi
LH	: Lutein Hormone
LTH	: Luteotropin Hormone
Mg	: Magnesium
MH	: Mola Hidatidosa
MHK	: Mola Hidatidosa Komplet
MHP	: Mola Hidatidosa ParIntr
mIU	: Million Internasional Units
mmHg	: Milimeter Hydrargyrum
mnt	: Menit
MRI	: Magnetic Resonance Imaging
MRS	: Masuk Rumah Sakit
MTX	: Methotrexate
N	: Nadi
Nacl	: Natrium Klorida
No	: Nomer
Ns	: Natrium Chloride
Ny	: Nyonya
PCO2	: Tekanan Parsial Karbon Dioksida
Prof	: Profesor
PSTT	: Placental Site Trophoblastic Tumor
PTG	: Penyakit Trofoblas Gestasional
RL	: Ringer Laktat

RM	: Rekam Medis
RR	: Respirasi
Rs	: Rumah Sakit
RSI	: Rumah Sakit Islam
RSPAL	: Rumah Sakit Pusat AngkaSubhanah
RSUP	: Rumah Sakit Umum Pusat
S	: Suhu
SDKI	: Standard Diagnosa Keperawatan Indonesia
SIKI	: Standard Intervensi Keperawatan Indonesia
SIMRS	: Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit
SLKI	: Standard Luaran Keperawatan InPenyaki
SMA	: Sekolah Menengah Atas
SOAP	: Simple Object Access Protocol
SpO2	: Saturasi Oksigen Darah
SpOG	: Spesialis Obstetrisian dan Ginekologi
SWT	: Subhanahu wata'ala
TD	: Tekanan Darah
Tn	: Tuan
TTD	: Tanda Tangan Digital
TTV	: Tanda-Tanda Vital
UGD	: Unit Gawat Darurat
USG	: Ultrasonografi
WIB	: Waktu Indonesia Barat
WOC	: Work Order Control
β-hCG	: Hormon Beta Chorionic Gonadotropin

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1.1 .....	75
Lampiran 1.2 .....	80

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Kehamilan merupakan bersatunya (fertilisasi) spermatozoa dan ovum pada tuba falopi dilanjutkan dengan nidasi atau implementasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional. Selain kehamilan normal, di dalam rahim juga dapat berkembang suatu kehamilan abnormal. Salah satu bentuk kehamilan abnormal adalah penyakit trofoblas gestasional. Penyakit trofoblas gestasional (PTG) merupakan spektrum proliferasi seluler yang berkembang dari trofoblas vili plasenta (Devi dan Ratna, 2021). Masalah keperawatan yang bisa muncul pada kasus penyakit trofoblas gestasional (PTG) adalah nyeri akut berhubungan dengan pembesaran uterus dan vagina, gangguan perfusi jaringan (anemia) berhubungan dengan perdarahan berlebih, ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual yang berlebihan, ansietas berhubungan dengan ketidakefektifan pola seksualitas terhadap kondisi penyakit. Hasil pengamatan selama satu minggu praktik di ruang F2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya ditemukan masalah keperawatan pada kasus penyakit trofoblas gestasional yaitu nausea, defisit nutrisi, dan intoleransi aktifitas.

Angka kejadian penyakit trofoblas gestasional di dunia terdapat 48.000 kasus baru dan 1.430 kematian setiap tahunnya (J.Sharom, 2011). Angka kejadian penyakit trofoblas gestasional di Indonesia sebesar 142 kasus per 100.000 populasi (Friadi, 2019). Angka penderita penyakit trofoblas gestasional di Jawa Timur



mencapai 19 kasus (Abi Rafdi, dkk., 2019). Kasus penyakit trofoblas gestasional di Surabaya tahun 2020 berjumlah 39 kasus (Kasus PTG Di Surabaya, 2020 n.d.). Dan jumlah penyakit trofoblas gestasional di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya di ruangan F2 RSPAL tahun 2021 sejumlah 8 kasus (Dokumen F2 RSPAL 2021, n.d.).

Kehamilan mola hidatidosa disebabkan oleh ketidakseimbangan kromosom pada kehamilan. Faktor penyebab terjadinya kehamilan mola hidatidosa antara lain sel telur yang secara patologik sudah mati tetapi terhambat untuk dikeluarkan, adanya imunoselektif dari trofoblas, status sosial ekonomi yang rendah, paritas tinggi, defisiensi protein, dan adanya infeksi virus serta faktor kromosom yang belum jelas (Devi dan Ratna, 2021). Faktor risiko terbanyak adalah riwayat kehamilan mola sebelumnya dan umur <20 tahun atau >35 tahun. Risiko untuk mengalami penyakit ini meningkat jika sang ibu pernah mengalami PTG sebelumnya lebih tinggi dibandingkan dengan wanita pada umumnya (Rasjidi, 2019). Penyakit ini biasanya diakibatkan oleh banyak faktor diantaranya baik usia, jarak antara kehamilan, riwayat abortus sebelumnya, sosial ekonomi, dan riwayat mola sebelumnya. Kehamilan Mola Hidatidosa (MH) dapat berubah menjadi koriokarsinoma setelah interval bertahun-tahun. Kehamilan mola hidatidosa lanjut sering dipersulit oleh anemia dan infeksi intrauterus serta sepsis bahkan dapat mengakibatkan kematian (Devi dan Ratna, 2021).

Penyakit trofoblas gestasional dapat di deteksi secara dini dengan melakukan pemeriksaan gambaran ultrasonografi kehamilan mola, gambaran ultrasonografi PTG, USG doppler, CT scan/MRI, dan angiografi selektif atau konvensional. Pengobatan penyakit trofoblas gestasional dapat dilakukan dengan kemoterapi, kuretase, operatif dan follow up. Tetapi pengobatan penyakit trofoblas gestasional

juga tergantung pada stadium tumor yang dialami pasien dan kondisi kesehatannya. Pada kasus resiko tinggi bila jumlah anak yang diinginkan sudah mencukupi supaya dilakukan histerektomi. Memberikan kemoterapi terhadap kasus-kasus kehamilan ektopik untuk mencegah penyakit trofoblas. Bila titer  $\beta$ -hCG paska mola tidak turun-turun selama 3 minggu berturut-turut atau malah semakin naik dapat diberi kemoterapi, kecuali anak sudah cukup dapat dilakukan histerektomi. Peluang penderita penyakit trofoblas gestasional untuk sembuh akan lebih besar jika terdeteksi sejak dini, oleh karena itu penulis mengangkat kasus “Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny. M Dengan Diagnosa Medis Penyakit Trofoblas Gestasional (PTG) Di Ruang F2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya”.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan penyakit ini maka penulis akan melakukan kajian lebih lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan klien dengan diagnosa medis Asuhan keperawatan pada Ny. M dengan diagnosa medis Penyakit Trofoblas Gestasional (PTG), membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimana asuhan keperawatan padapasiendengan diagnosa medis *penyakit trofoblas gestasional (PTG)* di ruang F2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya”.

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *penyakit trofoblas gestasional (PTG)* di ruang F2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mengkaji pasien Ny. M dengan diagnosa medis *penyakit trofoblas gestasional (PTG)* di ruang F2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada Ny. M dengan diagnosa *penyakit trofoblas gestasional (PTG)* di ruang F2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
3. Merencanakan asuhan keperawatan pada Ny. M dengan diagnosa medis *penyakit trofoblas gestasional (PTG)* di ruang F2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
4. Melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny. M dengan diagnosa medis *penyakit trofoblas gestasional (PTG)* di ruang F2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
5. Mengevaluasi Ny. M dengan diagnosa medis *penyakit trofoblas gestasional (PTG)* di ruang F2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan Ny. M dengan diagnosa medis *penyakit trofoblas gestasional (PTG)* di ruang F2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

#### **1.4 Manfaat**

Terkait dengan tujuan, maka tugas akhir ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi kepentingan pengembangan program maupun bagi kepentingan ilmu pengetahuan. Adapun manfaat dari karya tulis ilmiah secara teoritis dan praktis berikut dibawah ini :

#### **1.4.1 Secara Teori**

Hasil karya tulis ilmiah ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *penyakit trofoblas gestasional (PTG)*.

#### **1.4.2 Secara Praktis**

##### 1. Bagi pelayanan keperawatan rumah sakit

Hasil karya tulis ilmiah ini, dapat sebagai masukan bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *penyakit trofoblas gestasional (PTG)* dengan baik.

##### 2. Bagi peneliti

Hasil karya tulis ilmiah ini, dapat menjadi referensi bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan karya tulis ilmiah pada asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *penyakit trofoblas gestasional (PTG)*.

##### 3. Bagi profesi kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada pasien diagnosa medis *penyakit trofoblas gestasional (PTG)*.

### **1.5 Metode Penulisan**

#### **1.5.1 Metode**

Metode deskriptif adalah metode yang mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses

keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

### **1.5.2 Teknik Pengumpulan Data**

#### 1. Wawancara

Data diambil atau diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien, keluarga maupun tim kesehatan lain.

#### 2. Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan baik dengan pasien, keluarga maupun tim kesehatan lain.

#### 3. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium yang dapat menunjang menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

### **1.5.3 Sumber Data**

#### 1. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari pasien

#### 2. Data Sekunder

Data sekunder dapat diperoleh melalui keluarga atau orang terdekat pasien, catatan medik perawat baik melalui SIMRS ataupun file bukti fisik pasien, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

### **1.5.4 Study Kepustakaan**

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis ilmiah dan masalah yang dibahas.

## **1.6 Sistematika Penulisan**

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami karya tulis ilmiah ini, secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian, yaitu :

### **1.6.1 Bagian Awal**

Memuat halaman judul, surat pernyataan keaslian, halaman persetujuan, halaman pengesahan, kata pengantar, daftar isi, daftar gambar, daftar tabel, daftar singkatan dan daftar lampiran.

### **1.6.2 Bagian Inti**

Bagian inti terbagi menjadi lima bab, masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :

BAB 1 : Pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian, dan sistematika penulisan karya tulis ilmiah.

BAB 2 : Tinjauan Pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa medis penyakit trofoblas gestasional (PTG), serta kerangka masalah.

BAB 3 : Tinjauan Kasus berisi tentang diskripsi data hasil pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi dari pelaksanaan.

BAB 4 : Pembahasan kasus berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataanyang ada di lapangan.

BAB 5 : Penutup, berisi tentang kesimpulan dan saran

### **1.6.3 Bagian Akhir**

Terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

Bab 2 memaparkan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan penyakit trofoblas gestasional (PTG). Konsep penyakit akan diuraikan definisi, etiologi dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah–masalah yang muncul pada penyakit trofoblas gestasional dengan melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi.

#### 2.1 Anatomi dan Fisiologi Sistem Reproduksi Wanita

##### 2.1.1 Anatomi Sistem Reproduksi Wanita

Sistem reproduksi wanita terdiri dari genitalia eksternal dan genitalia internal. Genitalia eksternal terdiri dari mons pubis, labia mayora, labia minora, klitoris, glandula vestibularis mayor, glandula vestibularis minor. Sedangkan genitalia internal terdiri dari vagian, himen, tuba uterina, uterus, ovarium (Lilis, 2020).

#### 1. Genitalia Eksternal

##### a. Mons pubis



**Gambar 2.1** Mons Pubis

Mons pubis adalah penonjolan berlemak di sebelah ventral simfisis dan daerah supra pubis. Sebagian besar mons pubis terisi oleh lemak, jumlah

jaringan lemak bertambah pada pubertas dan berkurang setelah menopause. Setelah dewasa, mons pubis tertutup oleh rambut kemaluan yang kasar (Lilis, 2020).

b. Labia mayora

Labia mayora merupakan organ yang terdiri atas dua lipatan yang memanjang berjalan ke kaudal dan dorsal dari mons pubis dan keduanya menutup rima pudendi (*pudendal cleft*). Permukaan dalamnya licin dan tidak mengandung rambut. Kedua labia mayora di bagian ventral menyatu dan terbentuk komisura anterior. Jika dilihat dari luar, labia mayora dilapisi oleh kulit yang mengandung banyak kelenjar lemak dan tertutup oleh rambut setelah pubertas (Lilis, 2020).

c. Labia minora

Labia minora merupakan organ yang terdiri atas dua lipatan kulit kecil terletak di antara kedua labia mayora pada kedua sisi introitus vaginae. Kedua labium minus membatasi suatu celah yang disebut sebagai vestibulum vaginae. Labia minora ke arah dorsal berakhir dengan bergabung pada aspectus medialis labia mayora dan di sini pada garis mereka berhubungan satu sama lain berupa lipatan transversal yang disebut frenulum labii. Sementara itu, ke depan masing-masing minus terbagi menjadi bagian lateral dan medial. Pars lateralis kiri dan kanan bertemu membentuk sebuah lipatan di atas (menutup) glans klitoris disebut preputium klitoridis. Kedua pars medialis kiri dan kanan bergabung di bagian kaudal klitoris membentuk frenulum klitoris. Labia minora tidak mengandung lemak dan kulit yang menutupnya berciri halus, basah dan agak kemerahan (Lilis, 2020).



d. Klitoris

Terletak dorsal dari komisura anterior labia mayora dan hampir keseluruhannya tertutup oleh labia minora. Klitoris mempunyai tiga bagian yaitu krura klitoris, korpus klitoris dan glans klitoris (Lilis, 2020).

e. Glandula vestibularis mayor

Sering disebut juga kelenjar Bartholini, merupakan kelenjar yang bentuknya bulat/ovoid yang ada sepanjang dan terletak dorsal dari bulbus vestibule atau tertutup oleh bagian posterior bulbus vestibuli (Lilis, 2020).

f. Glandula vestibularis minor

Glandula vestibularis minor mengeluarkan lendir ke dalam vestibulum vagina untuk melembapkan labia minora dan mayora serta vestibulum vagina. Organ ini adalah daerah dengan peninggian di daerah dengan peninggian di daerah median membulat terletak ventral dari simfisis pubis. Sebagian besar terisi oleh lemak. Setelah pubertas, kulit diatas tertutup rambut kasar (Lilis, 2020).

## 2. Genitalia Internal

a. Vagina

Secara anatomi, vagina merupakan organ yang berbentuk tabung dan membentuk sudut kurang lebih 60 derajat dengan bidang horizontal. Namun, posisi ini berubah sesuai dengan isi vesika urinaria. Dinding ventral vagina yang ditembus serviks panjangnya 7,5 cm, sedangkan panjang dinding posterior kurang lebih 9 cm. Dinding anterior dan posterior ini tebal dan dapat diregang. Dinding lateralnya di bagian cranial melekat pada ligament Cardinale, dan di bagian kaudal melekat pada diafragma pelvis sehingga lebih rigid dan terfiksasi.

Vagina ke bagian atas berhubungan dengan uterus, sedangkan bagian kaudal membuka pada vestibulum vagina pada lubang yang disebut introitus vaginae (Lilis, 2020).

b. Himen

Himen adalah lipatan mukosa yang menutupi sebagian dari introitus vagina. Himen tidak dapat robek disebut hymen imperforatus. Terdapat beberapa bentuk himen diantaranya : himen anular, himen septal, himen kribiformis, himen parous (Lilis, 2020).

c. Tuba uterina

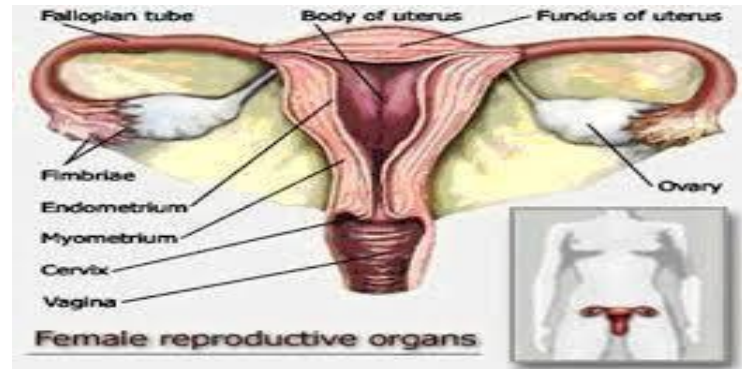
Tuba uterina atau tuba fallopi memiliki panjang masing-masing tuba kurang lebih 10 cm. Dibagi atas 4 bagian (dari uterus kearah ovarium) yaitu pars uterine tubae (pars intramuralis), isthmus tubae, ampulla tubae, dan infundibulum tubae (Lilis, 2020).

d. Uterus

Uterus merupakan organ berongga dengan dinding muscular tebal, terletak di dalam kavum pelvis minor (true pelvis) antara vesika urinaria dan rectum. Ke arah kaudal, kavum uteri berhubungan dengan vagina. Uterus berbentuk seperti buah pir (pyriformis) terbalik dengan apeks mengarah ke kauda dorsal, yang membentuk sudut dengan vagina sedikit lebih 90 derajat uterus seluruhnya terletak di dalam pelvis sehingga basisnya terletak kaudal dari aperture pelvis kranialis. Organ ini tidak selalu terletak tepat di garis median, sering terletak lebih kanan. Posisi yang tidak tepat (fixed) bisa berubah tergantung pada isi vesika urinaria yang terletak ventro kaudal dan isi rectum yang terletak dorso cranial. Panjang uterus kurang lebih 7,5 cm, lebarnya kurang lebih 5 cm,

tebalnya kurang lebih 2,5 cm, beratnya 30-40 gram. Uterus dibagi menjadi tiga bagian yaitu fundus uteri, korpus uteri dan serviks uteri (Lilis, 2020).

e. Ovarium



**Gambar 2.2** Ovarium

Ukuran dan bentuk ovarium tergantung umur dan stadium siklus menstruasi. Bentuk ovarium sebelum ovulasi adalah ovoid dengan permukaan licin dan berwarna merah muda keabu-abuan. Setelah berkali-kali mengalami ovulasi, maka permukaan ovarium tidak rata/licin karena banyaknya jaringan parut (*cicatrix*) dan warnanya berubah menjadi abu-abu. Pada dewasa muda ovarium berbentuk ovoid pipih dengan panjang kurang lebih 4 cm, lebar kurang lebih 2 cm, tebal kurang lebih 1 cm dan beratnya kurang lebih 7 gram. Posisi ovarium tergantung pada posisi uterus karena keduanya dihubungkan oleh ligamen-ligamen (Lilis, 2020).

## 2.1.2 Fisiologi Sistem Reproduksi Wanita

### 1. Genitalia eksternal

#### a. Glandula vestibularis mayor

Berfungsi melubrikasi bagian distal vagina (Imelda, 2017).

#### b. Glandula vestibularis minor

Berfungsi mengeluarkan lendir untuk melembabkan vestibulum vagina dan labium pudendi (Imelda, 2017).

### 2. Genitalia internal

#### a. Vagina

Sebagai organ kopulasi, jalan lahir dan menjadi duktus ekskretorius darah menstruasi (Imelda, 2017).

#### b. Tuba uterine

Berfungsi membawa ovum dari ovarium ke kavum uteri dan mengalirkan spermatozoa dalam arah berlawanan dan tempat terjadinya fertilisasi (Imelda, 2017).

#### c. Uterus

Sebagai tempat ovum yang telah dibuahi secara normal tertanam dan tempat normal dimana organ selanjutnya tumbuh dan mendapat makanan sampai bayi lahir (Imelda, 2017).

#### d. Ovarium

Sebagai organ eksokrin (sitogenik) dan endokrin. Disebut sebagai organ eksokrin karena mampu menghasilkan ovum saat pubertas, sedangkan

disebut sebagai organ kelenjar endokrin karena menghasilkan hormone estrogen dan progesteron (Imelda, 2017).

### 3. Hormon pada Wanita

#### a. Hormon estrogen

Estrogen memengaruhi organ endokrin dengan menurunkan sekresi FSH, dimana pada beberapa keadaan akan menghambat sekresi LH dan pada keadaan lain meningkatkan LH. Pengaruh terhadap organ seksual antara lain pada pembesaran ukuran tuba falopii, uterus, vagina, pengendapan lemak pada mons veneris, pubis, dan labia, serta mengawali pertumbuhan mammae. Pengaruh lainnya adalah kelenjar mammae berkembang dan menghasilkan susu, tubuh berkembang dengan cepat, tumbuh rambut pada pubis dan aksilla, serta kulit menjadi lembut (Imelda, 2017).

#### b. Hormon progesterone

Dihasilkan oleh korpus luteum dan plasenta, bertanggung jawab atas perubahan endometrium dan perubahan siklik dalam serviks serta vagina. Progesteron berpengaruh sebagai anti estrogenic pada sel-sel miometrium. Efek progesterone terhadap tuba falopii adalah meningkatkan sekresi dan mukosa. Pada kelenjar mammae akan meningkatkan perkembangan lobulus dan alveolus kelenjar mammae, kelenjar elektrolit serta peningkatan sekresi air dan natrium (Imelda, 2017).

#### c. *Follicle stimulating hormone* (FSH)

FSH dibentuk oleh lobus anterior kelenjar hipofisi. Pembentukan FSH ini akan berkurang pada pembentukan/pemberian estrogen dalam jumlah yang cukup seperti pada kehamilan (Imelda, 2017).

d. *Lutein hormone* (LH)

LH bekerjasama dengan FSH untuk menyebabkan terjadinya sekresi estrogen dari folikel de Graaf. LH juga menyebabkan penimbunan substansi dari progesterone dalam sel granulosa (Imelda, 2017).

e. Prolaktin atau *luteotropin hormone* (LTH)

Fungsi hormon ini adalah untuk memulai mempertahankan produksi progesterone dari korpus luteum (Imelda, 2017).

4. Ovulasi

Pada wanita yang mempunyai siklus seksual normal 28 hari, sesudah terjadinya menstruasi, tidak berapa lama sebelum ovulasi, dinding luar folikel yang menonjol akan membengkak dengan cepat. Dalam waktu 30 menit kemudian cairan akan mulai mengalir dari folikel ke stigma. Sekitar 2 menit kemudian, folikel menjadi lebih kecil karena kehilangan cairan. Stigma akan robek cukup besar dan cairan yang lebih kental yang terdapat di bagian tengah folikel akan mengalami evaginasi keluar dan kedalam abdomen. Cairan kental ini membawa ovum yang dikelilingi oleh beberapa ratus sel granulose kecil yang disebut corona radiata (Imelda, 2017).

5. Oogenesis

Oogenesis merupakan proses dari bentuk betina gametogenesis yang setara dengan jantan yakni spermatogenesis. Oogenesis berlangsung melibatkan pengembangan berbagai tahap reproduksi telur sel betina yang belum matang (Imelda, 2017).

## **2.2 Konsep Kemoterapi**

### **2.2.1 Definisi Kemoterapi**

Kemoterapi merupakan cara pengobatan kanker dengan cara memberikan sesuatu zat atau obat yang berfungsi dan mempunyai khasiat untuk membunuh sel-sel kanker. Kemoterapi adalah suatu metode pengobatan yang bertujuan untuk membunuh sel kanker dengan obat kanker dengan cara menghambat proliferasi sel. Kemoterapi merupakan pengobatan kanker dengan menggunakan obat sitostatika (zat-zat yang dapat menghambat proliferasi sel-sel kanker. Obat-obatan kemoterapi biasanya diberikan melalui suntikan atau infus. Kemoterapi lebih sering diberikan setelah operasi untuk menghilangkan kanker atau menurunkan kemungkinan munculnya kanker kembali (Maulidha, 2015).

### **2.2.2 Tujuan Penggunaan Kemoterapi**

1. Sebagai pengobatan kanker
2. Mengurangi massa tumor selain pembedahan atau radiasi
3. Meningkatkan kelangsungan hidup dan memperbaiki kualitas hidup pasien
4. Mengurangi komplikasi akibat metastase.

### **2.2.3 Macam-macam Kemoterapi**

1. Terapi adjuvant: kemoterapi yang diberikan sesudah operasi, dapat sendiri atau bersamaan dengan radiasi, dan bertujuan untuk membunuh sel yang telah bermetastase.
2. Terapi neoadjuvan: kemoterapi yang diberikan sebelum operasi untuk mengecilkan massa tumor, biasanya dikombinasi dengan radioterapi.

3. Kemoterapi primer: digunakan sendiri dalam penatalaksanaan tumor, yang kemungkinan kecil untuk diobati, dan kemoterapi di gunakan hanya untuk mengontrol gejalanya.
4. Kemoterapi induksi: digunakan sebagai terapi pertama dari beberapa terapi berikutnya.

#### **2.2.4 Syarat Kemoterapi**

1. Keadaan umum harus cukup baik, Usia <70 tahun
2. Memahami tujuan dan efek samping yang terjadi
3. Semua hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan hasil yang normal
4. Mendapatkan persetujuan baik dari pasien maupun dari keluarga. Hal ini sangat penting, karena kemoterapi merupakan salah satu pengobatan pada kanker yang membutuhkan biaya yang mahal, memiliki efek samping yang sangat besar pada kondisi pasien nantinya, dan termasuk obat yang berbahaya (Maulidha, 2015).

#### **2.2.5 Cara Pemberian Kemoterapi**

1. Pemberian per oral : Beberapa jenis kemoterapi telah dikemas untuk pemberian peroral
2. Pemberian secara intravena : Pemberian secara intravena dapat dengan bolus perlahan-lahan atau diberikan secara infuse (drip). Cara ini merupakan cara pemberian kemoterapi yang paling umum dan banyak digunakan.

#### **2.2.6 Cara Kerja Kemoterapi**

Suatu sel normal akan berkembang mengikuti siklus pembelahan sel yang teratur. Beberapa sel akan membelah diri dan membentuk sel baru dan sel yang lain akan mati. Sel yang abnormal akan membelah diri dan berkembang secara tidak



terkontrol, yang pada akhirnya akan terjadi suatu masa yang dikenal sebagai tumor (Kyanuranisya, 2019).

### **2.2.7 Efek Samping Kemoterapi**

Efek samping di kemoterapi meliputi, anemia, trombositopenia, leucopenia, mual dan muntah, alopecia (rambut rontok), stomatitis, reaksi alergi, neurotoksik, dan ekstrasvasasi (keluarnya obat vesikan atau iritan ke jaringan subkutan yang berakibat timbulnya rasa nyeri, nekrosis jaringan, dan ulserasi jaringan) (Kyanuranisya, 2019).

### **2.2.8 Efek Samping Secara Fisik**

Kemoterapi memiliki dampak dalam berbagai bidang kehidupan antara lain dampak terhadap fisik dan psikologis kemoterapi memberikan efek nyata kepada fisik pasien, setiap orang memiliki variasi yang berbeda dalam merespon obat kemoterapi, efek fisik yang tidak diberikan penanganan yang baik dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien, adapun dampak fisik kemoterapi adalah sebagai berikut (Ambarwati, 2014) :

1. Mual dan Muntah
2. Konstipasi
3. Neuropati perifer
4. Toksisitas kulit
5. Kerontokan rambut (alopecia)
6. Penurunan berat badan
7. Kelelahan (fatigue)
8. Penurunan nafsu makan
9. Perubahan rasa dan nyeri.

### **2.2.9 Efek Samping Psikologi**

Dampak psikologis pasien kanker diantaranya sebagai berikut (Kyanuranisya, 2019) :

#### **1. Ketidakberdayaan**

Ketidakberdayaan adalah kondisi psikologis yang disebabkan oleh gangguan motivasi, proses kognisi, dan emosi sebagai hasil pengalaman di luar control organisme. Ketidakberdayaan pada penderita kanker bisa terjadi karena proses kognitif pada penderita yang berupa pikiran bahwa usahanya selama ini untuk memperpanjang hidupnya atau mendapatkan kesembuhan, ternyata menimbulkan efek samping yang tidak diinginkan (perasaan mual, rambut rontok, diare kronis, kulit menghitam, pusing, dan kehilangan energy). Efek samping yang tidak diinginkan ini dapat muncul berupa proses emosi dimana penderita tersebut merasa bahwa mereka hanya dijadikan sebagai objek uji coba dokter.

Proses kognisi dan emosi inilah seorang penderita melakukan suatu reaksi penolakan sebagai gangguan dalam hal motivasi. Munculnya ketidakberdayaan ini mampu menimbulkan suatu bentuk tingkah laku yang dapat dilihat oleh semua orang (overt behavior). Bentuk tingkah laku ini bisa seperti marah dan seolah mencoba mengontrol lingkungan untuk menerima keberadaan mereka. Ketidakberdayaan dapat menyebabkan penderita kanker mengalami dampak psikologis lain yaitu depresi (Kyanuranisya, 2019).

#### **2. Kecemasan**

Kecemasan adalah keadaan psikologis yang disebabkan oleh adanya rasa khawatir yang terus-menerus ditimbulkan oleh rasa takut bahwa usianya singkat. Kegiatan untuk menjalani pengobatan agar bisa sembuh tetapi tidak mau menerima

adanya risiko bagi penampilannya. Risiko disini dapat berupa rambut rontok dan kulit menghitam akibat kemoterapi, atau hilangnya payudara akibat operasi.

### 3. Rasa malu

Rasa malu merupakan suatu keadaan emosi yang kompleks karena mencakup perasaan diri yang negatif. Perasaan malu pada penderita kanker muncul karena ada perasaan dimana ia memiliki mutu kesehatan yang rendah dan kerusakan dalam organ.

### 4. Harga diri

Sebagai penderita penyakit terminal seperti kanker, disebutkan bahwa pada diri penderita mengalami perubahan dalam konsep diri. Harga diri merupakan bagian dari konsep diri, maka bila konsep diri menurun diartikan bahwa harga dirinya juga menurun. Dengan memburuknya kondisi fisik, yaitu pasien tidak dapat merawat diri sendiri dan sulit menampilkan diri secara efektif. Ancaman paling berat pada psikologisnya adalah kehilangan harga diri. Penurunan dan kehilangan harga diri ini merupakan reaksi emosi yang muncul pada perasaan penderita kanker.

### 5. Stres

Stres yang muncul sebagai dampak pada penderita kanker memfokuskan pada reaksi seseorang terhadap stressor. Stressor dalam hal ini adalah penyakit kanker. Stres ini dipengaruhi oleh beberapa hal, salah satunya adalah dukungan sosial. Dukungan sosial sangat berguna untuk menjaga kesehatan seseorang dalam keadaan stress.

## 6. Depresi

Depresi adalah satu masa terganggunya fungsi manusia yang berkaitan dengan alam perasaan yang sedih dan gejala penyertanya, termasuk perubahan pada pola tidur dan nafsu makan, psikomotor, konsentrasi, kelelahan, rasa putus asa, dan tidak berdaya, serta gagasan bunuh diri. Salah satu akibat dari kecemasan yang berupa usianya akan singkat, menjadikan perasaan putus asa dalam diri penderita kanker. Ketidakberdayaan yang menjadi dampak psikologis memicu timbulnya perasaan depresi.

### **2.3 Konsep Penyakit Trofoblas Gestasional (PTG)**

#### **2.3.1 Pengertian Penyakit Trofoblas Gestasional (PTG)**

Penyakit trofoblas gestasional (PTG) adalah suatu penyakit akibat dari poliferasi sel trofoblas yang abnormal selama kehamilan meliputi mola hidatidosa, mola invasive, koriokarsinoma, dan *placenta site throphoblastic tumor* (PSTT). Sekitar 10% kasus penyakit trofoblas gestasional berkembang menjadi proses keganasan yang memerlukan tatalaksana lebih lanjut. Penyakit trofoblas gestasional adalah tumor ganas yang berasal dari sito dan sinsiotrofoblas yang menginvasi miometrium, merusak jaringan di sekitar, dan pembuluh darah.

PTG dapat didahului oleh proses fertilisasi (mola hidatidosa, kehamilan biasa abortus, dan kehamilan ektopik) bahkan dapat merupakan produk langsung dari hasil konsepsi atau yang bukan didahului oleh suatu kehamilan. PTG yang didahului oleh proses pembuahan sel telur digolongkan sebagai “koriokarsinoma dengan kehamilan (gestasional choriocarcinoma)” sedangkan yang tidak didahului pembuahan sel telur dikenal sebagai “koriokarsinoma tanpa kehamilan (non

gestasional choriocarcinoma)” yakni yang berasal dari tumor sel germinal pada ovarium (Arifin, 2018).

### **2.3.2 Etiologi**

Etiologi terjadinya koriokarsinoma belum jelas diketahui. Trofoblas normal cenderung menjadi invasive dan erosi pembuluh darah berlebihan. Metastase sering terjadi lebih dini dan biasanya sering melalui pembuluh darah jarang melalui getah bening. Tempat metastase yang paling sering adalah paru-paru (75%) dan kemudian vagina (50%). Pada beberapa kasus metastase dapat terjadi pada vulva, ovarium, hepar, ginjal, dan otak (Achmad Rifdi dkk, 2014). Faktor-faktor yang dapat menyebabkan antara lain :

1. Faktor ovum : ovum memang sudah patologik sehingga mati, tetapi terlambat dikeluarkan. Spermatozoa memasuki ovum yang telah kehilangan nukleusnya atau ada serum memasuki ovum tersebut sehingga akan terjadi kelainan atau gangguan dalam pembuahan.
2. Imunoselektif dari trofoblas, yaitu dengan kematian fetus, pembuluh darah pada stoma vili menjadi jarang dan stroma vili menjadi sembab dan akhirnya terjadi hyperplasia sel-sel trofoblast.
3. Keadaan sosio-ekonomi yang rendah, dalam masa kehamilan keperluan zat-zat gizi meningkat. Hal ini diperlukan untuk memenuhi kebutuhan pertumbuhan dan perkembangan janin, dengan keadaan sosial ekonomi yang rendah maka untuk memenuhi gizi yang diperlukan tubuh kurang sehingga mengakibatkan gangguan dalam pertumbuhan dan perkembangan janinnya.
4. Paritas tinggi, ibu multipara cenderung beresiko terjadi kehamilan mola hidatidosa karena trauma melahirkan atau penyimpangan transmisi. Secara

genetik yang dapat diidentifikasi dan penggunaan stimulan ovulasi seperti klomifen atau menotropis.

5. Kekurangan protein, protein adalah zat untuk membangun jaringan bagian tubuh sehubungan dengan pertumbuhan janin, rahim. Keperluan akan zat protein pada waktu hamil sangat meningkat apabila kekurangan protein dalam makanan mengakibatkan akan lahir lebih kecil dari normal.
6. Kualitas ovum dan sperma yang tidak baik.
7. Infeksi virus dan faktor kromosom belum jelas.
8. Pada wanita yang ovulasinya distimulasi dengan klomiferm.
9. Wanita yang berada di kedua ujung masa reproduksi (awal batasan tahun atau premenopause).
10. Umur, lebih banyak ditemukan pada wanita hamil berumur dibawah 20 tahun dan diatas 35 tahun.
11. Genetik, Wanita dengan balanced translocation mempunyai resiko lebih rendah tinggi.

Faktor lain yang mempengaruhi wanita untuk kehamilan mola yaitu berkaitan dengan genetika dan riwayat reproduksi (Sukarni, 2014).

### **2.3.3 Faktor Resiko**

Berikut faktor resiko untuk kehamilan mola hidatidosa (Gina Novia, 2020) :

1. Riwayat kehamilan mola hidatidosa sebelumnya

Wanita yang pernah mengalami kehamilan mola hidatidosa memiliki resiko 2 kali lipat dibandingkan dengan yang belum pernah mengalami kehamilan mola hidatidosa.

## 2. Riwayat genetik

Terdapat penelitian yang membuktikan bahwa kehamilan mola hidatidosa memiliki penyebab genetik terkait dengan mutasi gen.

## 3. Faktor makanan

Asupan rendah karotene dan rendah lemak hewani dikaitkan peningkatan resiko kehamilan mola hidatidosa sempurna, termasuk juga kekurangan vitamin A.

### 2.3.4 Klasifikasi

Penyakit trofoblas gestasional dibagi menjadi 2, yaitu (Arifin, 2018) :

#### 1. Penyakit trofoblas gestasional non-metastatik

##### a. Mola invasive (korioadenoma destruens)

Ditemukan sekitar 15% sesudah pengeluaran mola dan lebih rendah pada pasca kehamilan normal. Gejala-gejala klinis yang dapat ditemukan ialah :

- 1) Perdarahan vaginal yang tidak teratur
- 2) Adanya kista teka lutein
- 3) Subinvolusi uterus atau pembesaran asimetris
- 4) Sel-sel tumor trofoblas dapat menyebabkan perforasi miometrium sehingga terjadi perdarahan intraperitoneal
- 5) Infeksi tumor yang nekrosis dapat menyebabkan secret purulent dan nyeri pelvis akut.

##### b. Placental *site trophoblastic tumor*(PSTT)

Jarang ditemukan, tetapi merupakan varian penting dari koriokarsinoma. Ditemukan kurang dari 1% pada penderita penyakit trofoblas. Tumor tumbuh

local dengan infiltrasi ke miometrium atau berupa polip yang tumbuh ke dalam kavum uterus.

## 2. Penyakit trofoblas gestasional metastasik

Ditemukan sekitar 4% sesudah pengeluaran mola dan lebih rendah pada pasca kehamilan normal. Gejala-gejala klinis yang dapat ditemukan ialah:

- a. Gabungan perdarahan spontan & focus metastasis
- b. Paru-paru : nyeri dada, batuk, hemoptysis, sesak, hipertensi pulmonal
- c. Vagina : Perdarahan ireguler & secret purulent
- d. Hati : nyeri epigastrik atau nyeri kwadran kanan atas, perdarahan intraperitoneal hebat
- e. SSP : kelainan otak & gangguan neurologic fokal bila terjadi perdarahan spontan.

Pada pembagian lain secara klinis PTG di bagi 2, yaitu :

1. PTG terdapat hanya dalam uterus invasive mola
2. PTG meluas keluar uterus koriokarsinoma
  - a. Gestasional koriokarsinoma adalah karsinoma yang terjadi dari sel-sel trofoblas dengan melibatkan sitotrofoblas dan sinsiotrofoblas. Hal ini biasa terjadi dari hasil konsepsi yang berakhir dengan lahir hidup, lahir mati (*still birth*), abortus, kehamilan ektopik, mola hidatidosa atau mungkin juga oleh sebab yang tidak diketahui.
  - b. Non gestasional koriokarsinoma adalah suatu tumor ganas trofoblas yang terjadi tanpa didahului oleh suatu fertilisasi, tetapi berasal dari germ sel ovarium. *Brewer* mengatakan bahwa non gestasional koriokarsinoma juga dapat merupakan bagian teratoma. Oleh *International Union Against*



*Cancer* (IUCR) diadakan klasifikasi sederhana dari penyakit trofoblas, yang mempunyai keuntungan bahwa angka yang diperoleh dari berbagai negara di dunia dapat dibandingkan (Arifin, 2018).

### **2.3.5 Manifestasi Klinis**

Gejala mola tidak berbeda dengan kehamilan biasa, yaitu mual, muntah, pusing dan lain-lain, hanya saja derajat keluhannya sering lebih hebat. Selanjutnya, perkembangannya lebih cepat, sehingga pada umumnya besar uterus lebih besar dari pada umur kehamilan. Ada pula kasus kasus yang uterusnya lebih kecil atau sama besar walau jaringannya belum dikeluarkan. Dalam hal ini perkembangan jaringan trofoblas tidak begitu aktif sehingga perlu dipikirkan kemungkinan adanya *dying mole* (Aulia dkk, 2014).

Pada pasien mola biasa nya akan terjadi :

1. Nyeri/kram perut
2. Muka pucat/kekuning-kuningan
3. Perdarahan tidak teratur
4. Keluar jaringan mola
5. Keluar secret pervaginam
6. Muntah-muntah
7. Pembesaran uterus dan uterus lembek
8. Balotemen tidak teraba
9. Fundus uteri lebih tinggi dari kehamilan normal
10. Gerakan janin tidak terasa
11. Terdengar bunyi dan bising yang khas
12. Penurunan berat badan yang khas

### 2.3.6 Patofisiologi

Jonjot-jonjot tumbuh berganda dan mengandung cairan merupakan kista-kista anggur, biasanya didalamnya tidak berisi embrio. Secara histopatologik kadang-kadang ditemukan jaringan mola pada plasenta dengan bayi normal. Bisa juga terjadi kehamilan ganda mola adalah: satu janin tumbuh dan yang satu lagi menjadi mola hidatidosa. Gelembung mola besarnya bervariasi, mulai dari yang kecil sampai berdiameter lebih dari 1 cm. Mola parliasis adalah bila dijumpai janin dan gelembung-gelembung mola.

Secara mikroskopik terlihat :

1. Proliferasi dan trofoblas
2. Degenerasi hidropik dari stroma villi dan kesembaban
3. Terlambat atau hilangnya pembuluh darah dan stroma. Sel-sel langhans tampak seperti sel polidral dengan inti terang dan adanya sel sinsial giantik. Pada kasus mola banyak kita jumpai ovarium dengan kista lutein ganda berdiameter 10 cm atau lebih ( 25- 60%). Kista lutein akan berangsur-angsur mengecil dan kemudian hilang setelah mola hidatidosa sembuh (Gina Novia, 2020).

Sel telur seharusnya berkembang menjadi janin, justru terhenti perkembangannya karena tidak ada buah kehamilan atau degenerasi sistem aliran darah terhadap kehamilan pada usia 3-4 minggu. Pada fase ini sel seharusnya mengalami nidasi tetapi karena adanya poliferasi dari trofoblas atau pembengkakan vili atau degenerasi hidrifilik dari stroma vili dan hilangnya pembuluh darah stroma vili maka nidasi tidak terjadi. Selain itu sel trofoblas juga mengeluarkan hormon HCG yang akan mengeluarkan rasa mual dan muntah. Pada mola hidatidosa juga terjadi perdarahan pervaginam, ini dikarenakan poliferasi trofoblas yang

berlebihan, pengeluaran darah ini kadang disertai juga dengan gelembung vilus yang dapat memastikan diagnosis mola hidatidosa (Gina Novia, 2020).

### 2.3.7 Komplikasi

Komplikasi-komplikasi yang dapat terjadi akibat penyakit trofoblas gestasional antara lain (Indah Febriana, 2016) :

1. Perforasi uterus saat dilakukan tindakan kuretase (*suction curettage*) terkadang terjadi karena uterus luas dan lembek (*boggy*). Jika terjadi perforasi, harus segera diambil tindakan dengan bantuan laparoskop.
2. Perdarahan (*hemorrhage*) merupakan komplikasi yang sering terjadi saat pengangkatan (*evacuation*) mola. Oleh karena itu, oksitosin intravena harus diberikan sebelum evaluasi mola. Methergine dan atau Hemabate juga harus tersedia. Selain itu, darah yang sesuai dan cocok dengan pasien juga harus tersedia.
3. Penyakit trofoblas gestasional (*malignant trophoblastic disease*) berkembang pada 20% kehamilan mola. Oleh karena itu, quantitative HCG sebaiknya dimonitor terus-menerus selama satu tahun setelah evakuasi (*postevacuation*) mola sampai hasilnya negative.
4. Pembebasan factor-faktor pembekuan darah oleh jaringan mola memiliki aktivitas fibrinolysis. Oleh karena itu, semua pasien harus diskruining untuk disseminated intravascular coagulopathy (DIC).
5. Emboli trofoblas dipercaya menyebabkan *acute respiratory insufficiency*. Faktor risiko terbesar adalah ukuran uterus yang lebih besar dibandingkan usia kehamilan (*gestasional age*) 16 minggu. Kondisi ini dapat menyebabkan kematian.

### **2.3.8 Pemeriksaan Penunjang**

Ada beberapa pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada pasien penyakit trofoblas gestasional dengan (Salsabil Hisanah, 2021) :

#### **1. Gambaran Ultrasonografi Kehamilan Mola**

Pemeriksaan USG untuk mendeteksi suatu kehamilan mola terutama kehamilan mola parsial merupakan suatu tantangan tersendiri. Banyak terjadi kesulitan dalam membedakan suatu kehamilan mola parsial dengan suatu abortus. Hal ini disebabkan mola parsial mempunyai gambaran USG yang bervariasi ragamnya.

Ultrasonografi pelvis merupakan pemeriksaan pilihan untuk mendeteksi kehamilan mola, pada beberapa kasus dapat menilai penyebaran lokal dari PTG. Dahulu penggunaan USG rutin pada saat antenatal dapat mengidentifikasi kehamilan mola. Akurasi ultrasonografi untuk mendeteksi mola komplit lebih tinggi dibanding mola parsial yaitu 58% vs 17%. Pemeriksaan ultrasonografi dapat membantu menegakkan diagnosis kehamilan mola parsial ataupun komplit pada saat preevakuasi. Akan tetapi, diagnosis definitif ditegakkan berdasarkan hasil pemeriksaan histopatologi pada produk konsepsi.

#### **2. Gambaran Ultrasonografi PTG**

Ultrasonografi merupakan tehnik pencitraan terpilih untuk mendeteksi suatu PTG. Ultrasonografi Doppler memperlihatkan gambaran aliran darah yang hypervascular pada massa di miometrium. Hal ini dapat menggambarkan suatu koriokarsinoma atau mola invasif. Manifestasi PSTT adalah pembesaran uterus dengan gambaran massa yang hiperekoik dan peningkatan aliran darah pada pemeriksaan Doppler. Zhou dkk membagi tiga gambaran PSTT pada pemeriksaan ultrasonografi berdasarkan lokasi dan karakteristik lesi. Tipe I, lesi berlokasi di

rongga uterus, sedangkan untuk tipe II dan tipe III berada di miometrium. Tipe I dan II merupakan massa padat, sedangkan untuk tipe III memperlihatkan massa kistik.

### **3. Peran Ultrasonografi Doppler**

Kebanyakan pasien dideteksi PTG pasca kehamilan mola melalui pemeriksaan hCG berkala. Kemudian untuk menentukan penatalaksanaan selanjutnya dapat dikumpulkan informasi melalui riwayat klinis, pemeriksaan USG dan Doppler untuk melihat ukuran massa, penyebaran aorta vaskularisasi dari massa tersebut. Parameter Doppler antara lain arteri uterine pulsatility index (PI), banyak digunakan pada kasus PTG pasca mola untuk memprediksi respon kemoterapi. Pada PTG dengan  $PI < 1$  didapatkan resisten metotreksat pada 20% kasus, dibandingkan dengan yang tanpa resisten metotreksat pada  $PI < 1$ . Nilai PI yang rendah memperlihatkan respon kemoterapi metotreksat yang rendah.

### **4. Computed tomography (CT) Scan/Magnetic resonance imaging (MRI)**

Pasien dengan kadar hCG yang meningkat dan dicurigai suatu PTG pasca kehamilan mola, memerlukan pemeriksaan penunjang tambahan untuk menentukan stadium, antara lain rontgen thoraks, computed tomography (CT) scan dan magnetic resonance imaging (MRI). Metastasis pulmonal banyak ditemukan pada kasus PTG, sehingga pemeriksaan rontgen thoraks merupakan pemeriksaan yang esensial. Computed tomography thoraks tidak diperlukan apabila didapatkan hasil normal pada pemeriksaan rontgen thoraks. Tetapi apabila didapatkan hasil pemeriksaan yang positif metastasis pada pemeriksaan rontgen thorak, maka diindikasikan untuk pemeriksaan MRI otak dan CT abdomen. Pencitraan dengan menggunakan CT Abdomen dan MRI otak mempunyai peran penting dalam

menentukan lokasi dan jumlah metastasis yang merupakan indikator prognostik penting dalam tatalaksana PTG.

### **5. Angiografi Konvensional**

Angiografi selektif dapat berguna untuk menangani perdarahan pada uterus atau vagina. Angiografi konvensional juga dapat digunakan untuk embolisasi pada metastasis vagina dan liver. Penggunaan lain angiografi konvensional adalah untuk penanganan malformasi arteriovena pada PTG.

#### **2.3.9 Pencegahan**

Pada kasus resiko tinggi bila jumlah anak yang diinginkan sudah mencukupi supaya dilakukan histerektomi. Memberikan kemoterapi terhadap kasus-kasus kehamilan ektopik untuk mencegah penyakit trofoblas.

Bila titer  $\beta$ -hCG paska mola tidak turun-turun selama 3 minggu berturut-turut atau malah semakin naik dapat diberi kemoterapi, kecuali anak sudah cukup dapat dilakukan histerektomi(Arifin, 2018).

#### **2.3.10 Penatalaksanaan**

Karena kehamilan mola hidatidosa adalah suatu kehamilan patologik dan tidak jarang disertai penyulit yang membahayakan jiwa, pada prinsipnya harus segera dikeluarkan.

Terapi mola hidatidosa terdiri dari tiga tahap, yaitu (saifuddin, 2014) :

### **1. Perbaikan keadaan umum**

Adalah transfusi darah untuk mengatasi syok hipovolemik atau anemi, pengobatan terhadap penyulit, seperti pre eklampsi berat atau tirotoksikosis.

Perbaikan keadaan umum pada pasien mola hidatidosa, yaitu :

- a. Koreksi dehidrasi
- b. Transfusi darah bila ada anemia
- c. Bila ada gejala pre eklampsia dan hiperemesis gravidarum diobati sesuai dengan protokol penanganan dibagian obstetrik dan gynekologi
- d. Bila ada gejala-gejala tirotoksikosis, dikonsultasikan ke bagian penyakit dalam.

### **2. Pengeluaran jaringan mola dengan cara kuretase dan histerektomi**

- a. Kuretase pada pasien mola hidatidosa :
  - 1) Dilakukan setelah pemeriksaan persiapan selesai (pemeriksaan darah rutin, kadar beta HCG dan foto toraks) kecuali bila jaringan mola sudah keluar spontan.
  - 2) Bila kanalis servikalis belum terbuka maka dilakukan pemasangan laminaria dan kuretase dilakukan 24 jam kemudian.
  - 3) Sebelum melakukan kuretase, sediakan darah 500cc dan pasang infuse dengan tetasan oksitosin 10 IU dalam 500cc dektrose 5%.
  - 4) Kuretase dilakukan 2 kali dengan interval minimal 1 minggu.
  - 5) Seluruh jaringan hasil kerokan dikirim ke laboratorium PA.

b. Histerektomi

Syarat melakukan histerektomi adalah Tindakan ini dilakukan pada perempuan yang telah cukup umur dan cukup mempunyai anak. Alasan untuk melakukan histerektomi adalah karena umur tua dan paritas tinggi merupakan faktor predisposisi untuk terjadinya keganasan. Batasan yang dipakai adalah umur 35 tahun dengan anak hidup tiga.

c. Evakuasi

Pada umumnya evakuasi jaringan mola dilakukan dengan kuret vakum, kemudian sisanya dibersihkan dengan kuret tajam. Tindakan kuret hanya dilakukan satu kali. Kuret ulangan dilakukan hanya bila ada indikasi. Segera lakukan evakuasi jaringan mola dan sementara proses evakuasi berlangsung berikan infus 10 IU oksitosin dalam 500 ml NS atau RL dengan kecepatan 40- 60 tetes per menit (sebagai tindakan preventif terhadap perdarahan hebat dan efektifitas kontraksi terhadap pengosongan uterus secara cepat).

Prinsip dasar penanganan penyakit trofoblas gestasional adalah kemoterapi dan operasi serta follow up (Arifin, 2018).

**1. Indikasi kemoterapi yaitu :**

- a. Meningkatnya  $\beta$ -hCG setelah evakuasi
- b. Titer  $\beta$ -hCG sangat tinggi setelah evakuasi
- c. B-hCG tidak turun selama 4 bulan setelah evakuasi
- d. Meningkatnya  $\beta$ -hCG setelah 6 bulan setelah evakuasi atau turun tetapi lambat



- e. Metastasis ke paru-paru, vulva, vagina kecuali kalau  $\beta$ -hCGnya turun
- f. Metastasis ke bagian organ lainnya (hepar, otak)
- g. Perdarahan vaginal yang berat atau adanya perdarahan gastrointestinal
- h. Gambaran histologi koriokarsinoma

## **2. Operatif**

Operatif merupakan tindakan utama dalam penanganan dini Penyakit Trofoblas Gestasional (PTG), walaupun tumor sudah lama bila masih terlokalisir di uterus tindakan histerektomi baik dilakukan. Pasien-pasien dengan perdarahan pervaginam yang terus-menerus, setelah abortus, mola, dan persalinan yang normal dengan uterus sebesar kehamilan kurang lebih 12 minggu dan tidak ruptur operasinya diutamakan histerektomi. Bila penyakit telah meluas maka histerektomi dilakukan hanya atas dasar perdarahan dari uterus yang hebat atau resisten terhadap kemoterapi.

Bila tergolong risiko rendah, maka diberikan kemoterapi tunggal, sedangkan bila tergolong risiko sedang dan tinggi diberikan kemoterapi kombinasi. Penanganan penyakit trofoblas gestasional dibahas lebih lanjut berdasarkan stadiumnya (Arifin, 2018) yaitu :

### **a. Stadium I**

Jika penderita tidak menginginkan anak lagi, maka histerektomi dengan adjuvant kemoterapi tunggal merupakan pengobatan yang utama. Bila penderita masih menginginkan anak, maka diberikan kemoterapi tunggal.

Kemoterapi tunggal tersebut adalah :

- 1) Methotrexate (MTX): dosis 10-20 mg/m<sup>2</sup> IV/IM tiap hari selama 5 hari diulang tiap 2-3 minggu, jika dalam 2 minggu tidak ada tanda-tanda depresi sum-sum

tulang/kelainan darah (Hb, leukosit, trombosit) maka segera diberikan seri berikutnya.

- 2) Actinomycin D (ACT.D) : dosis 12 ug/kg BB/IV tiap hari selama 5 hari diulang tiap 2-3 minggu, jika tidak ada depresi sum-sum tulang. Kemoterapi diberikan sampai kadar  $\beta$ -hCG dalam darah menjadi normal, kemudian dilanjutkan 1-2 seri.
- 3) Jika kadar  $\beta$ -hCG meningkat atau menetap setelah pemberian sitostatika sebanyak 1 seri, maka dianggap resisten/tidak dilanjutkan lagi untuk seri berikutnya kemudian diganti dengan kemoterapi kombinasi.
- 4) Penderita stadium I harus :
  - a) Kontrol  $\beta$ -hCG tiap minggu sampai normal tiga minggu berturut-turut, kemudian dilanjutkan setiap bulan sampai normal 12 kali berturut-turut.
  - b) Menggunakan kontrasepsi selama evaluasi.

**b. Stadium II dan Stadium III**

Ditentukan apakah tergolong risiko rendah, sedang atau tinggi. Jika tergolong rendah maka diberikan kemoterapi tunggal seperti penderita stadium I. Bila tergolong risiko sedang atau tinggi, maka diberikan terapi kombinasi.

Kemoterapi kombinasi tersebut adalah :

- 1) Untuk risiko sedang :
  - a) Kombinasi : Vincristine 1 mg/m<sup>2</sup>/IV dan Cyclophosphamide 600 mg/m<sup>2</sup>/IV.
  - b) Diberikan pada hari 1 dan hari ke 3 dengan interval 1 minggu, bila penekanan sum-sum tulang sudah pulih.
- 2) Untuk risiko tinggi :
  - a) Kombinasi : Vincristine 1 mg/m<sup>2</sup>/IV dan Cyclophosphamide 600 mg/m<sup>2</sup>/IV.

b) Diberikan pada hari 1 dan hari ke 3 dengan interval 1 minggu, bila penekanan sum-sum tulang sudah pulih.

c) Pemantauan penderita stadium II dan III sama dengan penderita stadium I

**c. Stadium IV**

Semua penderita stadium IV diberi kemoterapi kombinasi sama dengan yang tergolong risiko tinggi.

Pemantauan penderita stadium IV berupa :

- 1) Pemeriksaan kadar  $\beta$ -hCG setiap sampai mencapai kadar normal 3 minggu berturut-turut.
- 2) Pemeriksaan kadar  $\beta$ -hCG dilanjutkan setiap bulan sampai kadar normal 24 bulan berturut-turut.

**3. Follow Up**

Standart follow up dari sebagian literature adalah sebagai berikut :

a. Pemeriksaan  $\beta$ -hCG serum/urin

Diperiksakan setiap minggu sampai dinyatakan negatif selama 3 kali pemeriksaan, selanjutnya setiap bulan selama 12 bulan kemudian setiap 2 bulan selama 12 bulan dan selanjutnya setiap 6 bulan. Setelah kemoterapi titer  $\beta$ -hCG akan turun pada batas yang tidak dapat dideteksi selama 2 bulan awal pengobatan.

b. Pemeriksaan pelvis dilakukan setiap minggu, setelah evakuasi sesuatu kehamilan sampai batas normal. Selanjutnya setiap 4 minggu mengevaluasi perubahan-perubahan besar uterus dan munculnya kista teka lutein.

c. Thorax foto

Jika terapi sempurna sampai selesai, ternyata masih tampak sisa tumor di paru-paru diperlukan pemeriksaan radiographis selama 2 tahun, untuk melihat bukti apakah sisa tumor hilang.

## **2.4 Konsep Asuhan Keperawatan Maternitas Pasien Penyakit Trofoblas Gestasional (PTG)**

### **2.4.1 Pengkajian**

Pengkajian merupakan upaya mengumpulkan data secara lengkap dan sistematis untuk dikaji dan dianalisis masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapi pasien. Pengkajian ini meliputi bio-psiko-spiritual pasien itu (Simamora, 2019).

#### **1. Identitas Pasien**

Pada identitas pasien meliputi nama agar dapat lebih mudah memanggil, mengenali pasien antara yang satu dengan yang lain agar tidak keliru. Umur untuk mengetahui usia pasien apakah termasuk resiko tinggi/tidak. Pendidikan pemberian informasi yang tepat bagi pasien pasien. Penghasilan mengetahui bagaimana taraf hidup dan social ekonomi pasien. Pada identitas juga disertakan penanggung jawab (Novi, 2019).

#### **2. Status Kesehatan Saat Ini**

a. Keluhan utama saat ini :

Pasien mengeluh nyeri perut yang hebat disertai pusing kepala dan keluar darah. Keluhan yang dirasakan pasien diperlukan untuk menentukan tindak lanjut dalam memberikan asuhan kebidanan. Keluhan yang biasanya muncul

dalam kasus perdarahan uterus disfungsi dapat berupa perdarahan akut dan banyak, perdarahan irregular dan menoragia (Maulidha , 2015).

b. Riwayat penyakit sekarang :

Pada umumnya pasien penyakit trofoblas gestasional dengan keluhan sampai saat pasien pergi ke rumah sakit atau pada saat pengkajian seperti perdarahan pervaginam di luar siklus haid, pembesaran uterus lebih besar dari usia kehamilan (Novi, 2019).

c. Riwayat penyakit dahulu :

Pada umumnya pasien penyakit trofoblas gestasional memiliki riwayat kesehatan dahulu seperti riwayat penyakit anemia, pembedahan, dan penyakit kelamin (Novi, 2019).

### **3. Riwayat Obstetri**

a. Riwayat Menstruasi :Selama 4 bulan terakhir mengalami menoraghi dan perdarahan yang berlebihan pada vagina (Indah Febriana, 2016).

b. Riwayat Kehamilan dan Persalinan :Pada riwayat kehamilan sebelumnya, kehamilan bersifat non-mola maupun mola hidatidosa juga memiliki peluang untuk menjadi PTG. Namun wanita dengan riwayat mola hidatidosa memiliki risiko yang lebih tinggi untuk menjadi PTG dibandingkan dengan kehamilan non-mola (Abi Rafdi, 2019).

### **4. Riwayat Psikososial**

Pasien mengaku saat ini sudah bisa menerima kondisinya, ibu hanya berharap dirinya cepat sembuh setelah menjalani kemoterapi (Maulidha, 2015).

## **5. Riwayat Kebiasaan Sehari-hari**

Meliputi pemenuhan nutrisi, eliminasi (BAB dan BAK), aktivitas sehari-hari, pemenuhan istirahat dan tidur (Novelia, 2017).

## **6. Pemeriksaan Fisik**

Pemeriksaan fisik head to toe (Maulidha, 2015) :

### a. Kepala

Kulit kepala cukup bersih, rambut tipis/rontok, warna hitam, kebersihan cukup.

### b. Wajah

Wajah tidak oedem dan tidak pucat, kelopak mata tidak cekung, conjungtiva merah muda, sklera putih.

### c. Mulut dan Gigi

Keadaan mulut bersih, bibir tidak pucat dan kering, tidak ada tanda-tanda infeksi, gigi tidak terdapat caries.

### d. Leher

Tidak ada bendungan vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar lymfe, dan tidak ada pembesaran kelenjar tiroid.

### e. Dada

Bentuk dada simetris, suara nafa vesikuler, wheezing (-), ronchi (-), tidak ada retraksi dinding dada, jantung S1/S2 normal, tunggal, murmur (-), gallop (-).

f. Abdomen

Tidak ada bekas luka operasi, tidak ada kembung, tidak ada teraba massa dan tidak ada rasa nyeri di bagian bawah perut di atas symphysis.

g. Genitalia

Vulva dan vagina berwarna kemerahan, kebersihan cukup, tidak ada varises, tidak ada oedem, fluxus (+), fluor (-), tidak ada condiloma lata/acuminate, serta tidak tampak adanya metastase ke vagina.

h. Anus

Tidak ada hemoroid

i. Ekstremitas

Atas : Tidak oedem, sudah terpasang fenflon sebelah kanan.

Bawah : Tidak oedem, tidak ada varises.

**7. Pemeriksaan Penunjang**

- a. Uji sonde uterus (Hanifa). Tandanya yaitu sonde yang dimasukkan tanpa tahanan dan dapat diputar 3600 dengan deviasi sonde kurang dari 100
- b. Peningkatan kadar beta HCG darah atau urin.
- c. USG menunjukkan gambaran badai salju (snow flake pattern).
- d. Foto thoraks ada gambaran emboli udara.
- e. Pemeriksaan T3 dan T4 bila ada gejala tirotoksikosis.
- f. Hitung darah lengkap dengan apusan darah : lazimnya ditemukan anemia defisiensi besi, eritropoesis megaloblastik jarang
- g. Urinalisis : biasanya normal proteinuria memberi kesan adanya kaitan dengan kaitan pre eklamsia.

### **2.4.2 Diagnosa Keperawatan**

Diagnosis Keperawatan yang mungkin muncul menurut SDKI, kemungkinan masalah yang muncul adalah sebagai berikut : (SDKI, 2017).

1. Nyeri akut berhubungan dengan pembesaran uterus dan vagina.
2. Gangguan perfusi jaringan (Anemia) berhubungan dengan perdarahan berlebih.
3. Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual yang berlebihan.
4. Ansietas berhubungan dengan ketidakefektifan pola seksualitas terhadap kondisi penyakit.



### 2.4.3 Rencana Keperawatan

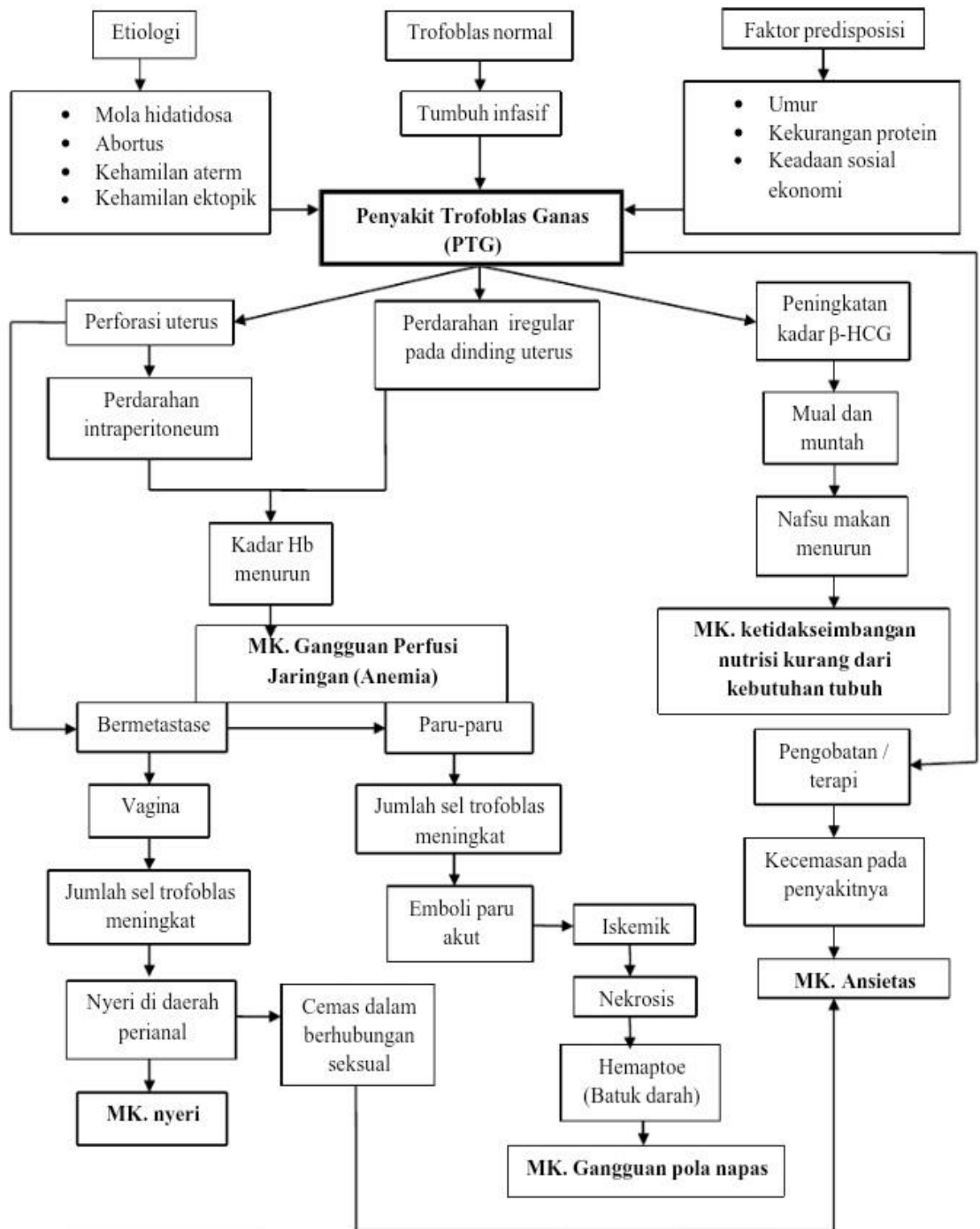
Tabel 2.1 Rencana Keperawatan

No.	Diagnosa	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	Nyeri akut berhubungan dengan pembesaran uterus dan vagina <b>SDKI (D.0077)</b>	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan tingkat nyeri pada pasien menurun. Dengan kriteria hasil : a. Keluhan nyeri menurun b. Kesulitan tidur menurun c. Meringis menurun d. Gelisah menurun e. Frekuensi nadi membaik <b>SLKI (L.08066)</b>	<b>Manajemen Nyeri</b> SIKI (I.08238) <b>Observasi</b> a. Kaji tingkat nyeri, lokasi dan skala nyeri yang dirasakan pasien b. Observasi tanda-tanda vital tiap 8 jam <b>Terapeutik</b> c. Kontrol faktor lingkungan penyebab nyeri <b>Edukasi</b> d. Anjurkan pasien untuk melakukan teknik relaksasi e. Beri posisi yang nyaman <b>Kolaborasi</b> f. Kolaborasi pemberian analgetik	a) Mengkaji tingkat nyeri, lokasi dan skala nyeri yang dirasakan pasien b) Mengobservasi tanda-tanda vital tiap 8 jam c) Mengontrol faktor lingkungan penyebab nyeri d) Menganjurkan pasien untuk melakukan teknik relaksasi e) Memberikan posisi yang nyaman f) Memberikan kolaborasi pemberian analgetik
2.	Gangguan perfusi jaringan (anemia) berhubungan dengan perdarahan berlebih <b>SDKI (D.0009)</b>	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan tingkat perdarahan berkurang atau teratasi. Dengan kriteria hasil : a. Kelembapan membran mukosa meningkat b. Perdarahan vagina menurun	<b>Pencegahan Perdarahan</b> SIKI (I.02067) <b>Observasi</b> a. Monitor tanda dan gejala perdarahan b. Monitor nilai hematokrit/hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah <b>Terapeutik</b>	a) Memonitor tanda dan gejala perdarahan b) Memonitor nilai hematokrit/hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah c) Mempertahankan bed rest selama perdarahan d) Batasi tindakan invasif, jika perlu

		<p>c. Hemoglobin membaik</p> <p>d. Hematokrit membaik</p> <p>e. Tekanan darah membaik</p> <p><b>SLKI (L.02017)</b></p>	<p>c. Pertahankan bed rest selama perdarahan</p> <p>d. Batasi tindakan invasif, jila perlu</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>e. Jelaskan tanda dan gejala perdarahan</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>f. Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlu.</p>	<p>e) Menjelaskan tanda dan gejala perdarahan</p> <p>f) Memberikan kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlu</p>
3.	<p>Ketidakseimbangan kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual yang berlebihan.</p> <p><b>SDKI (D.0019)</b></p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan nutrisi pasien dapat terpenuhi. Dengan kriteria hasil :</p> <p>a. Pasien makan sebanyak 3x/hari</p> <p>b. Pasien menghabiskan porsi makan</p> <p><b>SLKI (I.03030)</b></p>	<p><b>Manajemen Nutrisi</b> SIKI (I.03119)</p> <p><b>Observasi</b></p> <p>a. Monitor tanda dan gejala mual</p> <p>b. Jelaskan pentingnya nutrisi adekuat bagi proses penyembuhan penyakit</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>c. Beri dorongan pasien agar meningkatkan selera makannya, seperti menanyakan makanan yang disukai pasien.</p> <p>d. Beri suasana makan yang rileks</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>e. Tawarkan makanan porsi kecil tapi sering untuk mengurangi</p>	<p>a) Memonitor tanda dan gejala mual</p> <p>b) Menjelaskan pentingnya nutrisi adekuat bagi proses penyembuhan penyakit</p> <p>c) Memberikan dorongan pasien agar meningkatkan selera makannya, seperti menanyakan makanan yang disukai pasien.</p> <p>d) Memberikan suasana makan yang rileks</p> <p>e) Menawarkan makanan porsi kecil tapi sering untuk mengurangi perasaan tegang pada lambung</p> <p>f) Mengkolaborasi dengan ahli gizi untuk</p>

			<p>perasaan tegang pada lambung</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>f. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk penetapan asupan nutrisi pasien.</p> <p>g. Pantau kadar <math>\beta</math>-hCG pasien secara berkala</p> <p>h. Pantau porsi makan yang dihabiskan pasien</p>	<p>penetapan asupan nutrisi pasien.</p> <p>g) Memantau kadar <math>\beta</math>-hCG pasien secara berkala</p> <p>h) Memantau porsi makan yang dihabiskan pasien</p>
4.	<p>Ansietas berhubungan dengan ketidakefektifan pola seksualitas terhadap kondisi penyakit</p> <p><b>SDKI (D.0080)</b></p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan hubungan seksual terpenuhi. Dengan kriteria hasil :</p> <p>a. Pola seksualitas pasien normal</p> <p>b. Pasien terlihat tidak cemas terhadap aktifitas seksualnya</p> <p>c. Pasien mampu menggunakan mekanisme koping yang efektif.</p> <p><b>SLKI (L.09093)</b></p>	<p><b>Reduksi Ansietas</b> SIKI (I.09314)</p> <p><b>Observasi</b></p> <p>a. Identifikasi penyebab ketidakefektifan pola seksualitas</p> <p>b. Kaji tingkat kecemasan pasien</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>c. Jelaskan pada pasien waktu untuk melakukan hubungan seksual sesuai kondisinya.</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>d. Beri edukasi tentang keadaan pasien apabila berhubungan seksual</p> <p>e. Pantau keadaan umum pasien</p>	<p>a. Mengidentifikasi penyebab ketidakefektifan pola seksualitas</p> <p>b. Mengkaji tingkat kecemasan pasien</p> <p>c. Menjelaskan pada pasien waktu untuk melakukan hubungan seksual sesuai kondisinya.</p> <p>d. Memberikan edukasi tentang keadaan pasien apabila berhubungan seksual</p> <p>e. Memantau keadaan umum pasien</p>

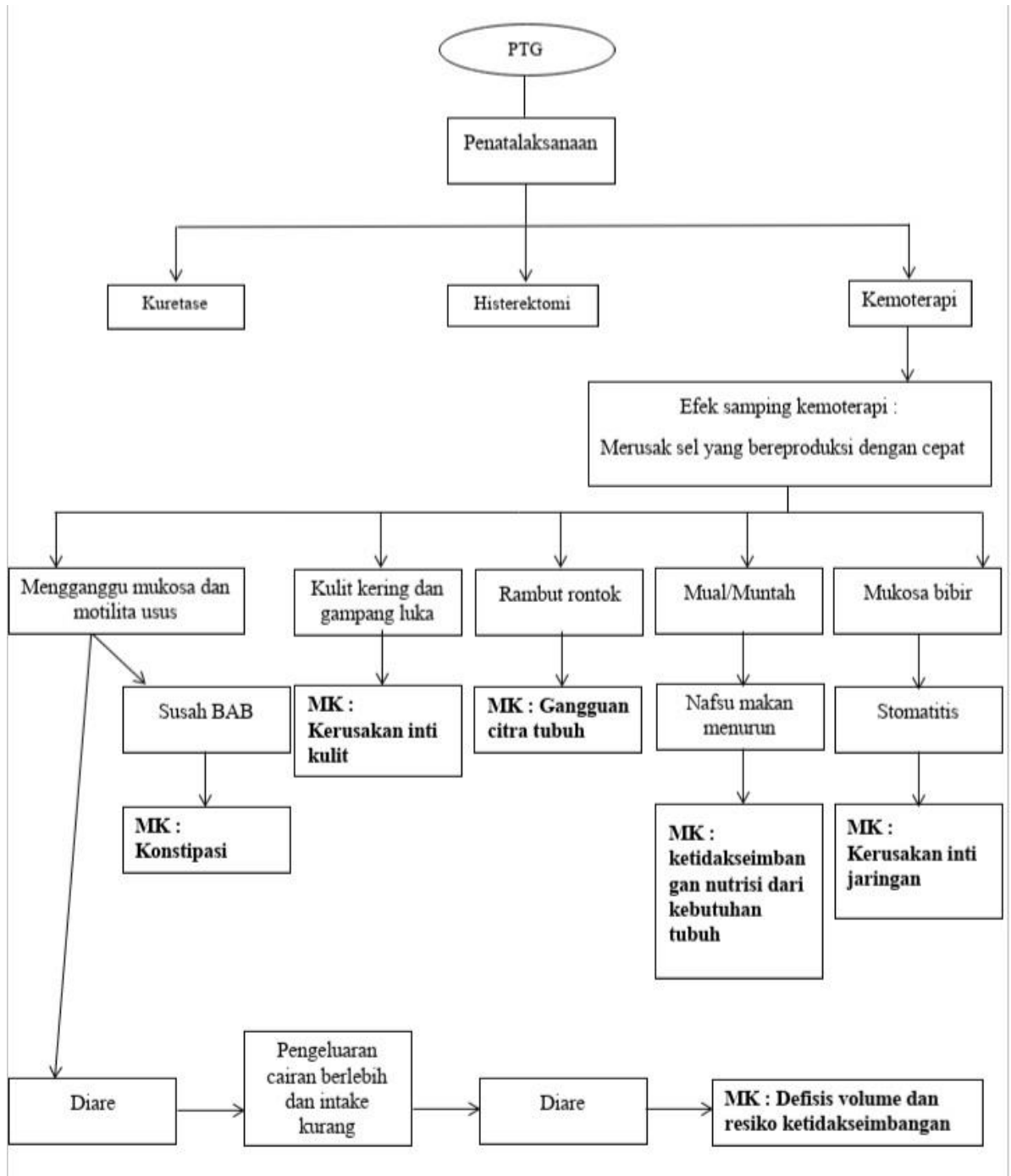
## 2.4.4 WOC Penyakit Trofoblas Gestasional (PTG)



**Gambar 2.3** Kerangka Masalah Penyakit Trofoblas Gestasional

(Indah Febriana, 2016)

## 2.4.5 WOC Kemoterapi



**Gambar 2.4** Kerangka Masalah Kemoterapi Penyakit Trofoblss Gestasional

(Saifuddin, 2014) & (Arifin, 2018)

## **BAB 3**

### **TINJAUAN KASUS**

Bab 3 memberikan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan maternitas dengan penyakit trofoblas gestasional, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 17 Januari 2022, dengan data pengkajian pada tanggal 17 Januari 2022 pukul 08.00 WIB, anamnesa diperoleh dari pasien dan RM No. Register 67.xx.xx sebagai berikut:

#### **3.1 Pengkajian**

##### **3.1.1 Identitas Pasien**

Pasien seorang wanita bernama Ny. M usia 40 tahun, pasien menikah pada umur 17 tahun, beragama Islam, pendidikan terakhir SMA, dan berdomisili di Banyuwangi, Jawa Timur. Saat ini pasien berstatus istri dari Tn. S dan mempunyai dua anak. Pasien bekerja sebagai ibu rumah tangga dan suami bekerja sebagai karyawan swasta. Pasien masuk rumah sakit pada tanggal 14 Januari 2022 untuk melakukan kemoterapi ke-2.

##### **3.1.2 Status Kesehatan Saat Ini**

1. Alasan Kunjungan kerumah sakit :

Pasien datang kerumah sakit untuk melakukan kemoterapi ke-2

2. Keluhan Utama Saat Ini :

Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 17 Januari 2022, pasien mengatakan merasa mual dan tidak nafsu makan.

3. Riwayat Penyakit Sekarang :

Saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan jika dirinya telat 2 bulan dari bulan Agustus 2021, sebelumnya pasien melakukan test pack dan hasilnya

positif hamil, dan setelah itu terjadi perdarahan di kehamilan ke-7 minggu. Perdarahan terjadi selama 3 hari dan sifat darah cair dan tidak mengumpal. Kemudian pasien di bawa ke RSI Fatimah Banyuwangi pada tanggal 14 Oktober 2021 untuk USG, dan ternyata hasil USG pasien mengalami hamil anggur, setelah itu disarankan untuk kuret pada tanggal 14 Oktober 2021 di RSI Fatimah Banyuwangi. Setelah kuret  $\beta$ -hCG nya tinggi akhirnya dirujuk ke RSPAL untuk melakukan kemoterapi.

Kemoterapi pertama dilakukan pada tanggal 21 Desember 2021. Kemudian pada tanggal 14 Januari 2022 Pasien datang ke RSPAL kembali untuk melakukan kemoterapi yang kedua di ruang F2. Sebelumnya pada tanggal 10 Januari 2022 pasien datang ke Poli Ginekologi Onkologi untuk melakukan tes laboratorium kemudian dirujuk ke ruang F2 untuk rencana kemoterapi ke-2. Pada tanggal 14 Januari 2022 pasien mengatakan tidak ada keluhan, pro kemoterapi. Mendapat tindakan pemasangan iv line di taka vena metacarpal 1x tusuk, tidak ada tanda-tanda plebitis, dan pemasangan infus Ns+Ondan 8mg. Kemudian pada Pukul 14.15-18.15 pasien mendapatkan terapi obat MTX 30mg, dan dilanjut pukul 20.10-00.15 pasien mendapatkan terapi obat Etoposid 150mg.

Pada tanggal 15 Januari 2022 pasien siap untuk kemoterapi hari ke-2, pada Pukul 13.00 pasien mendapatkan rehidrasi infus Ns drip ondan. Kemudian pada Pukul 14.15 pasien mendapatkan terapi obat Cytostatika MTX 30mg + infus D5% 500ml, pada Pukul 20.00 pasien mendapatkan terapi obat injeksi metocoplamide 1 ampul IV. Pada tanggal 16 Januari 2022 pasien siap

melakukan kemoterapi hari ke-3, pada Pukul 15.00 pasien mendapatkan terapi obat Cytostatika MTX 30mg dalam infus D5% 500ml.

#### 4. Riwayat penyakit dahulu

Pasien mengatakan jika tidak mempunyai riwayat hipertensi, DM maupun HIV/AIDS.

#### 5. Diagnosa medik : Penyakit trofoblas gestasional

### **3.1.3 Riwayat Keperawatan**

#### 1. Riwayat Obstetri

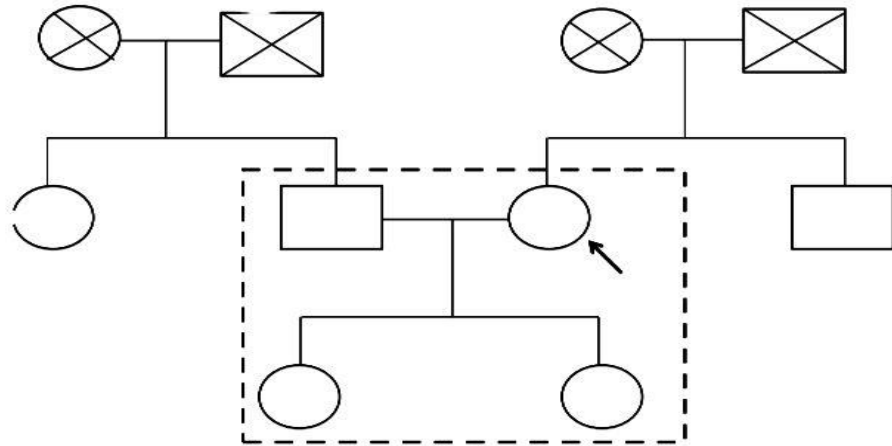
Pasien mengatakan haid pertama pada usia 14 tahun, lamanya haid selama 7 hari. Dan siklus haid nya teratur setiap bulan.

#### 2. Riwayat Kehamilan, Persalinan, Nifas

Pasien mempunyai 2 anak, anak yang ke 1 usianya saat ini 22 tahun, umur kehamilan pasien saat hamil anak pertama 36 minggu 4 hari, penyulit saat hamil pasien mengalami mual saat awal kehamilan, pasien melahirkan secara normal di Bidan, tidak ada penyulit selama melahirkan, tidak terdapat jahitan pada jalan lahir, dan tidak ada infeksi, sesudah melahirkan pasien mengalami masa nifas selama 40 hari dan tidak ada perdarahan yang berlebih. Anak yang ke 2 usianya saat ini 12 tahun, umur kehamilan pasien 36 minggu 15 hari, penyulit saat hamil pasien mengalami mual saat awal kehamilan, pasien melahirkan secara normal di Bidan, tidak ada penyulit selama melahirkan, tidak terdapat jahitan pada jalan lahir, dan tidak ada infeksi, sesudah melahirkan pasien mengalami nifas selama 40 hari.



### 3. Genogram



**Gambar 3.1** Genogram Ny. M

Keterangan :



= laki-laki



= perempuan



= pasien



= garis keturunan



= tinggal satu rumah



= meninggal

Penjelasan : Pasien tinggal satu rumah dengan suami pasien, dan anak-anak pasien.

#### 3.1.4 Riwayat Keluarga Berencana

Pasien pernah melakukan program KB suntik 2 tahun yang lalu. Kemudian pasien melakukan program KB kembali sejak habis kuret pada tanggal 14 Oktober 2021, pasien menggunakan KB suntik setiap 1 bulan, kemudian saat menggunakan KB suntik pasien belum menstruasi lagi sampai sekarang.

### **3.1.5 Riwayat Kesehatan**

Pasien mengatakan jika tidak mempunyai riwayat penyakit bawaan, keluarga tidak memiliki riwayat penyakit hipertensi, diabetes, jantung dan lainnya.

### **3.1.6 Riwayat Lingkungan**

Pasien mengatakan lingkungan sekitar pasien bersih, tidak terdapat bahaya.

### **3.1.7 Aspek Psikososial**

Pasien mengatakan jika penyakit yang diderita ini merupakan cobaan dari Allah SWT, pasien juga mengalami perubahan aktivitas selama sakit, pasien mengurangi aktivitas sehari harinya seperti memasak, menyapu, mengepel, dan lainnya. Pasien mengharapkan dirinya cepat sembuh, keluarga pasien mendukung pengobatan pasien.

### **3.1.8 Kebutuhan Dasar Khusus**

#### **1. Pola Nutrisi**

Pasien makan 3 x sehari, pasien tidak nafsu makan karena merasa mual saat makan, habis ½ porsi nasi, pasien tidak mempunyai alergi ikan laut, ayam, dan telur.

#### **2. Pola Eliminasi**

Pasien mengatakan frekuensi BAK 5 x sehari, dan BAB 1 x sehari, tidak ada keluhan pada eliminasi.

### 3. Pola Personal Hygiene

Pasien saat di opname diseka oleh suaminya 2x sehari, menggosok gigi 1x sehari dan ganti pakaian 1x sehari.

### 4. Pola Istirahat dan Tidur

Pasien mengatakan waktu tidur pasien  $\pm$  6 jam.

### 5. Pola Aktivitas dan Latihan

Pasien mengatakan kegiatan dalam pekerjaan yaitu ibu rumah tangga sehari hari memasak, menyapu, mengepel, membuat kue, saat sakit aktivitas pasien digantikan oleh anaknya.

### 6. Pola Kebiasaan yang dapat mempengaruhi kesehatan

Pasien mengatakan tidak merokok, namun suami pasien yang tinggal satu rumah merokok, pasien tidak mengkonsumsi minuman keras, dan tidak dalam ketergantungan obat.

## **3.1.9 Pemeriksaan Fisik**

Keadaan umum pasien lemah dengan kesadaran composmentis. Hasil observasi TTV saat pengkajian yaitu: Tekanan darah : 110/80, Nadi : 84 Suhu : 36.5°C, Respirasi : 20. Berat badan sebelum sakit 59 kg, berat badan sekarang tetap 59 kg.

1. Kepala, bentuk kepala terlihat simetris, rambut berwarna hitam.
2. Mata, kelopak mata normal, konjungtiva normal, sklera putih, pupil isokor.
3. Hidung, tidak ada reaksi alergi, tidak memiliki riwayat sinusitis.
4. Mulut dan tenggorokan, pasien tidak ada masalah pada gigi geligi, mengalami kesulitan menelan, membran mukosa pucat.

5. Dada dan axilla, tidak mengalami pembesaran mammae, areolla berwarna kecoklatan, papilla mammae menonjol, dan tidak ada pembengkakan di area payudara.
6. Pernafasan, irama nafas teratur, tidak terdapat pernafasan cuping hidung, tidak terdengar suara nafas tambahan, tidak menggunakan alat bantu pernafasan.
7. Sirkulasi jantung, kecepatan denyut apical 84 x/menit, irama jantung regular, tidak ada kelainan jantung, pasien tidak mengalami nyeri dada, CRT < 2 detik.
8. Abdomen, bentuk perut pasien datar, tidak ada luka pada perut, dan tidak ada riwayat operasi pada abdomen
9. Genitourinary, pasien selalu menjaga kebersihan setelah BAK, urine jernih tidak ada perdarahan.
10. Ekstremitas, turgor kulit pasien sedikit keriput, warna kulit pasien kuning langsung sedikit pucat, pasien mengalami kesulitan dalam pergerakan dikarenakan badan pasien masih lemah untuk berjalan, akral pasien teraba dingin, pasien terpasang infus Ns 14 tetes permenit pada tangan sebelah kanan.

### 3.1.10 Data Penunjang

#### 1. Pemeriksaan laboratorium patologi anatomi (10 Januari 2022)

Tabel 3.1 Hasil laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Rujukan
<b>Darah Lengkap</b>			
Leukosit	7.41		4.00 – 10.00
Hemoglobin	12.10	g/dL	12 – 15
Hematokrit	L 35.30	%	37.0-47.0
Eritrosit	4.01		3.50-5.00
Trombosit	H 792.00		150-450
<b>Kimia klinik</b>			
Fungsi Hati			
Albumin	4,37	Mg/Dl	3,50-5,20
Glukosa Darah Sewaktu-waktu	93	Mg/Dl	74-106
Kreatin	0.60	Mg/Dl	0.16 – 1.5
BUN	L 6	Mg/Dl	10-24
<b>Elektrolit &amp; Gas Darah</b>			
Na	142.8	mEq/L	135-147
K	4.18	mmol/L	3.0-5.0
Cl	H 109.9	mEq/L	95 – 105
TotalβhCG	H 2090.15	mIU/mL	< 5

Ket : L = rendah, LL = rendah kritis, H = tinggi, HH = tinggi kritis

Kesimpulan : Hasil laboratorium tanggal 10 Januari 2022 adalah Regio Cavum Uteri, kerokan : mola hidatidosa

- USG TVS : Hasil pemeriksaan USG pada tanggal 11 Oktober 2021 adalah Uterus RF 6,09x3,49cm, endometrial line (+), tampak banyak vascular di miometrium, curiga suatu choriocarcinoma uterus.

3. Terapi yang didapat :

Tabel 3.2 Terapi Obat

<b>Tanggal</b>	<b>Terapi Obat</b>	<b>Dosis</b>	<b>Indikasi</b>
17/01/22	Infus NaCl	500 ml	Untuk mengganti cairan plasma isotonik yang hilang, pengganti cairan pada kondisi alkalosis hipokloremia
17/01/22	Injeksi Cytostatika MTX	30 mg	Mengobati berbagai jenis kanker dan digunakan dalam pengobatan penyakit autoimun, seperti psoriasis, penyakit Crohn, atau rheumatoid arthritis
17/01/22	Infus D5%	500 ml	Sebagai terapi pengganti cairan tubuh saat mengalami dehidrasi
17/01/22	Injeksi Metoclopramide	1 amp IV	Digunakan untuk meredakan mual dan muntah yang bisa disebabkan oleh penyakit asam lambung, efek samping dari prosedur bedah, kemoterapi, atau radioterapi.

### 3.2 Analisa Data

Tabel 3.3 Analisa Data

No.	DATA	ETIOLOGI	MASALAH	PARAF
1.	<p>DS :</p> <p>1.Pasien mengatakan mual 2. Pasien mengatakan tidak nafsu makan</p> <p>DO :</p> <p>1.Pasien tampak lemas 2.Pasien hanya menghabiskan ½ porsi makanannya</p>	<p>Mual dan tidak nafsu makan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Efek Agen Farmakologis (Kemoterapi)</p>	<p><b>Nausea</b> SDKI (D.0076)</p>	Rizqi
2.	<p>DS :</p> <p>1.Pasien mengatakan mulut kering 2.Pasien mengatakan tenggorokan sakit 3.Pasien mengatakan susah menelan</p> <p>DO :</p> <p>1.Pasien tampak bibir nampak kering dan pucat</p>	<p>Ketidakmampuan menelan makanan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Gangguan Menelan</p>	<p><b>Defisit Nutrisi</b> SDKI (D.0019)</p>	Rizqi
3.	<p>DS :</p> <p>1.Pasien mengatakan tidak bisa beraktifitas seperti sebelumnya 2. Pasien mengatakan jika aktifitasnya dibantu oleh suaminya</p> <p>DO :</p> <p>1.Saat dilakukan pengkajian nampak pasien tidak bisa ke kamar mandi sendiri, dan dibantu oleh suaminya</p>	<p>Kelemahan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Imobilisasi</p>	<p><b>Intoleransi Aktifitas</b> SDKI (D.0056)</p>	Rizqi

### 3.3 Prioritas Masalah

Nama : Ny. M

Ruangan / kamar : F2 / 3E

Umur : 40 tahun

No. Register : 67.xx.xx

Tabel 3.4 Prioritas Masalah

No.	Diagnosa Keperawata	Tanggal Ditemukan	Tanggal Teratasi	Paraf
1.	Nausea berhubungan dengan mual dan tidak nafsu makan(D.0076)	17 Januari 2022	18 Januari 2022	Rizqi
2.	Difisit Nutrisi berhubungan dengan gangguan menelan (D.0019)	17 Januari 2022	18 Januari 2022	Rizqi
3.	Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan kelemahan(D.0056)	17 Januari 2022	18 Januari 2022	Rizqi

### 3.4 Rencana Keperawatan

Tabel 3.5 Rencana Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	Nausea berhubungan dengan mual dan tidak nafsu makan <b>SDKI (D.0076)</b>	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2 x 24 jam, diharapkan tingkat nausea membaik. Dengan kriteria hasil : 1. Keluhan mual menurun 2. Frekuensi menelan menurun 3. Nafsu makan meningkat  <b>SLKI (L.08065)</b>	<b>Manajemen Mual SIKI (I.03117)</b> 1) Identifikasi pengalaman mual 2) Identifikasi faktor penyebab mual 3) Monitor mual 4) Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual 5) Ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologis untuk mengatasi mual	1.Mengidentifikasi pengalaman mual 3.Mengidentifikasi faktor penyebab mual 4.Memonitor mual 5.Mengendalikan faktor lingkungan penyebab mual 6.Mengajarkan penggunaan teknik nonfarmakologis untuk mengatasi mual
2.	Defisit Nutrisi berhubungan dengan gangguan menelan <b>SDKI (D.0019)</b>	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2 x 24 jam, diharapkan status menelan membaik. Dengan kriteria hasil: 1. Reflek menelan membaik	<b>Terapi Menelan SIKI (I.03144)</b> 1. Monitor tanda kelelahan saat makan, minum dan menelan 2. Fasilitasi meletakkan	1.Memonitor tanda kelelahan saat makan, minum dan menelan 2.Memfasilitasi meletakkan makanan dibelakang mulut



		<p>2. Usaha menelan meningkat</p> <p><b>SLKI (L.06052)</b></p>	<p>makanan dibelakang mulut</p> <p>3. Informasikan manfaat terapi menelan kepada pasien dan keluarga</p> <p>4. Anjurkan membuka dan menutup mulut saat memberikan makanan</p> <p>5. Anjurkan tidak bicara saat makan</p>	<p>3.Menginformasikan manfaat terapi menelan kepada pasien dan keluarga</p> <p>4.Menganjurkan membuka dan menutup mulut saat memberikan makanan</p> <p>5.Menganjurkan tidak bicara saat makan</p>
3.	<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan</p> <p><b>SDKI (D.0056)</b></p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2 x 24 jam, diharapkan toleransi aktivitas meningkat. Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Frekuensi nadi meningkat</li> <li>2. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat</li> <li>3. Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat</li> <li>4. Keluhan lelah menurun</li> </ol> <p><b>SLKI (L.05047)</b></p>	<p><b>Managemen Energi SIKI (I.12379)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</li> <li>2. Monitor kelelahan fisik dan emosional</li> <li>3. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</li> <li>4. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan</li> <li>5. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</li> <li>6. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</li> <li>2. Memonitor kelelahan fisik dan emosional</li> <li>3. Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</li> <li>4. Memberikan aktivitas distraksi yang menenangkan</li> <li>5. Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</li> <li>6. Untuk kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</li> </ol>

### 3.5 Implementasi Keperawatan

Tabel 3.6 Implementasi Keperawatan

No. DX	Tanggal Jam	Tindakan	TTD	Tanggal Jam	Catatan Perkembangan (SOAP)	TTD
1	17-1-22 07.00	Timbang terima dengan dinas malam, terpasang infus NS	Bidan F2	17-1-22 14.00	<b>Diagnosa 1 : Nausea</b> S : Pasien mengatakan tidak nafsu makan dan mual	Rizqi
1	07.10	Melakukan bina hubungan saling percaya dengan pasien	Rizqi		O : - Pasien tampak lemas - Pasien hanya menghabiskan ½ porsi nasi	
1	07.15	Melakukan anamnesa pada pasien Ny. M	Rizqi		A : Masalah belum teratasi	
1	07.30	Menanyakan keluhan pasien Ny.M, pasien mengatakan mual dan tidak nafsu makan	Rizqi		P : Lanjutkan intervensi	
1	07.35	Melakukan pengkajian lengkap rasa mual termasuk frekuensi, durasi, tingkat mual, dan faktor yang menyebabkan pasien mual. danevaluasi efek mual terhadap nafsu makan pasien, aktivitas sehari-hari dan pola tidur pasien : Ny . M mengatakan mual biasanya meningkat apabila setelah kemoterapi	Rizqi		<b>Diagnosa 2 : Defisit Nutrisi</b> S : Pasien mengatakan susah menelan, dan mulut kering  O : Terlihat bibir pasien kering dan pucat  A : Masalah teratasi sebagian  P : Lanjutkan intervensi	
1	08.00	Monitoring intake makanan dan minuman. Ny.M mengatakan makan pagi hanya habis ½porsi nasi. Menganjurkan Ny. M	Rizqi		<b>Diagnosa 3 :</b> <b>Intoleransi Aktivitas</b> S : Pasien mengatakan tidak bisa beraktifitas seperti sebelumnya dan mengatakan jika	

		makan sedikit tapi sering dalam keadaan hangat, dan menganjurkan pasien mengurangi jumlah makan yang bisa menimbulkan mual			aktifitasnya dibantu oleh suaminya	
2	08.25	Memonitor tanda kelelahan saat makan, minum dan menelan. Ny. M mengatakan masih sulit menelan saat makan	Rizqi		O : Terlihat aktivitas pasien dibantu oleh suaminya  A : Masalah teratasi sebagian  P : Lanjutkan intervensi	
2	08.45	Mengajarkan pasien untuk meletakkan makanan dibelakang mulut, Ny. M mengatakan sedikit terbantu	Rizqi			
1	09.00	Observasi TTV T : 110/80 N : 84 S : 36,5 °C SpO2 : 98% Gcs : 456 RR : 20	Rizqi			
1	09.20	Mengajarkan penggunaan teknik Nonfarmakologis untuk mengatasi mual (teknik relaksasi)	Rizqi			
3	10.30	Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan : Pasien mengatakan setelah kemoterapi badannya terasa lemas	Rizqi			
3	11.30	Menganjurkan pasien untuk melakukan aktivitas secara bertahap	Rizqi			

1	13.00	Memberikan rehidrasi infus Ns drip Ondacentron	Rizqi			
1,2,3	14.00	Operan dengan dinas sore	Bidan F2			
1	17-1-22 14.00	Timbang terima dengan dinas pagi, terpasang infus NS drip Ondacentron	Bidan F2	17-1-22 21.00	<b>Diagnosa 1 : Nausea</b> S : Pasien mengatakan mual berkurang dan nafsu makan meningkat	Rizqi
1	14.30	Infus NS drip Ondacentron habis, ganti infus NS 500cc	Bidan F2		O : - Pasien nampak menghabiskan makan 1 porsi, sedikit-sedikit tapi sering	
1	15.00	Membantu memasukkan Cytostatika MTX 30mg dalam infus D5% 500ml	Bidan F2		A : Masalah teratasi sebagian  P : Lanjutkan Intervensi	
1	15.30	Mengobservasi tidak ada reaksi alergi	Bidan F2			
2	16.00	Memonitor tanda kelelahan saat makan, minum dan menelan. Ny.M mengatakan masih sulit menelan saat makan	Bidan F2		<b>Diagnosa 2 : Defisit Nutrisi</b> S : Pasien mengatakan sulit menelan makanan dan mulut kering  O : Terlihat bibir pasien kering dan pucat	
2	16.15	Menganjurkan pasien makan sedikit-sedikit tapi sering	Bidan F2		A : Masalah teratasi sebagian	
2	16.30	Mengajarkan pasien meletakkan makanan dibelakang mulut, Ny. M mengatakan sedikit terbantu	Bidan F2		P : Lanjutkan intervensi	
1	17.00	Observasi TTV			<b>Diagnosa 3 : Intoleransi Aktivitas</b>	

		T : 103/70 N : 80 S : 36,5 °C SpO2 : 97% Gcs : 456 RR : 18	Bidan F2		S : Pasien mengatakan tidak bisa beraktifitas seperti sebelumnya dan mengatakan jika aktifitasnya dibantu oleh suaminya	
3	17.30	Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas	Bidan F2		O : Terlihat aktivitas pasien dibantu oleh suaminya	
3	18.00	Memberikan pasien aktivitas distraksi yang menenangkan	Bidan F2		A : Masalah teratasi sebagian	
1	19.00	Cytostatika habis, ganti infus NS 500cc	Bidan F2		P : Lanjutkan intervensi	
1	19.30	Mengobservasi tidak ada alergi	Bidan F2			
1	20.00	Memasukkan inj Metocoplamide 1 amp IV	Bidan F2			
1,2,3	21.00	Operan dengan dinas malam	Bidan F2			
1	17-1-22 21.00	Timbang terima dengan dinas sore, terpasang infus NS	Bidan F2	17-1-22 07.00	<b>Diagnosa 1 : Nausea</b> S : Pasien mengatakan mual berkurang dan nafsu makan meningkat	Rizqi
1	22.00	Menganjurkan pasien untuk beristirahat	Bidan F2		O : -Pasien nampak menghabiskan makanan 1 porsi, makan sedikit-sedikit tapi sering	
1	05.00	Observasi TTV T : 110/80 N : 80 S : 36,2 °C SpO2 : 98% Gcs : 456 RR : 20	Bidan F2		A : Masalah teratasi sebagian	
2	05.30	Memonitor tanda kelelahan saat makan, minum dan menelan.	Bidan F2		P : Lanjutkan intervensi	

		Ny. M mengatakan masih sulit menelan saat makan			<b>Diagnosa 2 : Defisit Nutrisi</b> S : Pasien mengatakan sulit menelan makanan dan mulut kering  O : Terlihat bibir pasien kering dan pucat  A : Masalah teratasi sebagian  P : Lanjutkan intervensi	
2	05.45	Menganjurkan pasien makan sedikit-sedikit tapi sering	Bidan F2			
2	06.00	Mengajarkan pasien untuk meletakkan makanan dibelakang mulut. Ny. M mengatakan sedikit terbantu	Bidan F2			
3	06.15	Memonitor tanda kelelahan fisik dan emosional pasien	Bidan F2			
3	06.30	Memberikan pasien asupan makanan	Bidan F2			
1,2,3	07.00	Operan dengan dinas pagi	Bidan F2			
					<b>Diagnosa 3 : Intoleransi Aktivitas</b> S : Pasien mengatakan tidak bisa beraktifitas seperti sebelumnya dan mengatakan jika aktifitasnya dibantu oleh suaminya  O : Terlihat aktivitas pasien dibantu oleh suaminya  A : Masalah teratasi sebagian  P : Lanjutkan intervensi	
1	18-1-22 07.00	Timbang terima dengan dinas malam, terpasang infus NS	Bidan F2	18-1-22 14.00	<b>Diagnosa 1 : Nausea</b> S : -Pasien mengatakan mual berkurang -Pasien mengatakan menghabiskan 1 porsi makan. Makan sedikit-sedikit tapi sering -Pasien mengatakan selalu menggunakan teknik nafas dalam saat mual.	Rizqi
1	07.20	Melakukan anamnesa pada pasien Ny. M	Rizqi			
1	07.30	Menanyakan keluhan pasien Ny.M, pasien mengatakan sudah tidak mual dan	Rizqi			
1	07.35					

1	08.00	nafsu makan meningkat Melakukan pengkajian lengkap rasa mual termasuk frekuensi, durasi, tingkat mual, dan faktor yang menyebabkan pasien mual. dan evaluasi efek mual terhadap nafsu makan pasien, aktivitas sehari-hari dan pola tidur pasien :	Rizqi		O : -Keluhan mual menurun skor 4 menjadi 3 -Asupan makanan meningkat skor 3 menjadi 4 -Nafsu makan pasien meningkat skor 3 menjadi 4  A : Masalah teratasi sebagian  P : Intervensi lanjutkan.
2	08.30				
2	09.00	Ny . M mengatakan sudah tidak merasa mual setelah kemoterapi, dan nafsu makan meningkat  Monitoring intake makanan dan minuman. Ny.M mengatakan makan pagi hanya habis 1 porsi nasi. Menganjurkan Ny. M makan sedikit tapi sering dalam keadaan hangat.	Rizqi		<b>Diagnosa 2 : Defisit Nutrisi</b> S : Pasien mengatakan sudah bisa menelan dengan baik dan mulut sudah tidak kering  O : Terlihat bibir pasien sudah tidak kering  A : Masalah teratasi  P : Intervensi dihentikan
1	10.00	Memonitor tanda kelelahan saat makan, minum dan menelan. Ny. M mengatakan sudah bisa menelan dengan baik saat makan	Rizqi		<b>Diagnosa 3 :</b> <b>Intoleransi Aktivitas</b> S : Pasien mengatakan sudah bisa beraktifitas seperti sebelumnya dan mengatakan jika aktifitasnya sudah tidak dibantu lagi oleh suaminya
3	10.30	Mengajarkan pasien untuk meletakkan makanan dibelakang mulut. Ny. M mengatakan bahwa terapi tersebut sangat membantu Ny. M untuk menelan makanan	Rizqi		

3	11.30	Observasi TTV T : 110/90 N : 90 S : 36,5 °C SpO2 : 99% Gcs : 456 RR : 20	Rizqi		O : Terlihat pasien sudah tidak dibantu saat beraktivitas  A : Masalah teratasi  P : Intervensi dihentikan	
1	12.00	Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan : Pasien mengatakan setelah kemoterapi badannya terasa lemas	Rizqi			
1	13.00	Menganjurkan pasien untuk melakukan aktivitas secara bertahap	Rizqi			
1,2,3	14.00	Mengajarkan penggunaan teknik Nonfarmakologis untuk mengatasi mual (teknik relaksasi)	Rizqi			
1,2		Memberikan rehidrasi infus Ns drip Ondacentron  Operan dengan dinas sore	Rizqi			
1	18-1-22 14.00	Timbang terima dengan dinas pagi, terpasang infus NS drip Ondacentron	Bidan F2	18-1-22 21.00	<b>Diagnosa 1 : Nausea</b>  S : -Pasien mengatakan sudah tidak merasakan mual -Pasien mengatakan menghabiskan 1 porsi makan. Makan sedikit-sedikit tapi sering. Dan nafsu makan membaik	Rizqi
1	14.30	Infus NS drip Ondacentron habis, ganti infus NS 500cc	Bidan F2		-Pasien mengatakan selalu menggunakan	
1	15.00	Membantu memasukkan	Bidan F2			



1	15.30	Cytostatika MTX 30mg dalam infus D5% 500ml Mengobservasi tidak ada reaksi alergi	Bidan F2	teknik nafas dalam saat mual. O : -Keluhan mual menurun skor 4 menjadi 3
2	16.00	Memonitor tanda kelelahan saat makan, minum dan menelan. Ny. M mengatakan sudah bisa menelan dengan baik saat makan	Bidan F2	-Asupan makanan meningkat skor 3 menjadi 4 -Nafsu makan pasien meningkat skor 3 menjadi 4
2	16.20	Menganjurkan pasien makan sedikit-sedikit tapi sering	Bidan F2	A : Masalah teratasi
2	16.35	Mengajarkan pasien untuk meletakkan makanan dibelakang mulut. Ny. M mengatakan sangat terbantu	Bidan F2	P : Intervensi dihentikan, pasien rencana KRS pada tanggal 19 Januari 2022
1	17.00	Observasi TTV T : 110/0 N : 80 S : 36,3 °C SpO2 : 98% Gcs : 456 RR : 18	Bidan F2	<b>Diagnosa 2 : Defisit Nutrisi</b> S : Pasien mengatakan susah bisa menelan dan mulut sudah tidak kering O : Terlihat bibir pasien sudah tidak kering, dan terlihat sudah tidak pucat
3	17.30	Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan	Bidan F2	A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan, pasien rencana KRS pada tanggal 19 Januari 2022
3				<b>Diagnosa 3 : Intoleransi Aktivitas</b>

3	17.50	selama melakukan aktivitas	Bidan F2	S : Pasien mengatakan sudah bisa beraktifitas seperti sebelumnya dan mengatakan jika aktifitasnya sudah tidak dibantu lagi oleh suaminya
1	19.00	Memberikan pasien aktivitas distraksi yang menenangkan	Bidan F2	O : Terlihat pasie sudah tidak dibantu saat beraktifitas
1	19.30	Cytostatika habis, ganti infus NS 500cc	Bidan F2	A : Masalah teratasi
1	20.00	Mengobservasi tidak ada alergi	Bidan F2	P : Intervensi dihentikan, pasien rencana KRS pada tanggal 19 Januari 2022
1,2,3	21.00	Memasukkan inj Metocoplamide 1 amp IV	Bidan F2	
		Operan dengan dinas malam		

## **BAB 4**

### **PEMBAHASAN**

Bab 4 penulis menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada pasien Ny. M dengan diagnosa medis penyakit trofoblas gestasional (PTG) di ruang F2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

#### **4.1 Pengkajian**

Tahap pengumpulan data, penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah mengadakan perkenalan dan menjelaskan maksud yaitu untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien sehingga pasien dan keluarga mengerti serta kooperatif.

Pengkajian antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak banyak kesenjangan. Hasil tinjauan kasus didapatkan pada identitas pasien Ny. M berada pada usia 40 tahun. Pasien dari poli onkologi dirujuk ke ruang F2 RSPAL Dr. Ramelan untuk rencana kemoterapi ke-2. Pada teori biasanya klien datang dengan keluhan nyeri atau kram perut disertai dengan perdarahan pervaginam, keluar secret pervaginam, muntah-muntah (Lady, 2017).

Hasil tinjauan kasus didapatkan pasien tidak memiliki riwayat penyakit trofoblas gestasional keturunan dari keluarga. Menurut penulis banyak faktor penyebab penyakit trofoblas gestasional selain faktor genetik, sesuai teori (Sukarni, 2014) banyak faktor penyebab penyakit trofoblas gestasional yaitu sel telur yang secara patologi sudah mati tetapi terlambat untuk dikeluarkan, adanya

imunoselektif dari trofoblas, status sosial ekonomi yang rendah, paritas tinggi, defisiensi protein, dan adanya infeksi virus serta kromosom yang belum jelas.

#### **4.2 Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan yang ada pada tinjauan pustaka ada empat yaitu :

1. Nyeri akut berhubungan dengan pembesaran uterus dan vagina.
2. Gangguan perfusi jaringan (anemia) berhubungan dengan perdarahan berlebih.
3. Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual yang berlebihan.
4. Ansietas berhubungan dengan ketidakefektifan pola seksualitas terhadap kondisi penyakit.

Pada kasus Ny. M muncul 3 diagnosa keperawatan yaitu :

1. Nausea berhubungan dengan rasa makanan/minuman tidak enak. Diagnosa ini diangkat menjadi prioritas masalah dengan adanya kriteria yaitu pasien mengatakan mual, dan tidak nafsu makan.
2. Defisit nutrisi berhubungan dengan gangguan menelan. Diagnosa ini diangkat dengan adanya kriteria yaitu pasien mengatakan mulut kering, tenggorokan sakit, susah menelan, dan bibir pucat.
3. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan. Diagnosa ini diangkat dengan adanya kriteria hasil yaitu pasien mengatakan tidak bisa melakukan aktivitas sendiri, selalu dibantu oleh suaminya.

### **4.3 Perencanaan**

Penulis menguraikan tentang perbandingan perencanaan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus pada pasien Ny. M dengan diagnosa medis Penyakit Trofoblas Gestasional di ruang F2 RSPAL Dr.Ramelan Surabaya.

Perencanaan pada tinjauan pustaka disesuaikan dengan teori, sedangkan pada tinjauan kasus perencanaan disesuaikan dengan kondisi pasien secara nyata. Namun, tetap mendasar pada perencanaan yang telah disusun dalam tinjauan pustaka. Hal ini dilakukan dengan tujuan agar penulis mampu membandingkan dan mengukur tingkat keberhasilan tindakan keperawatan yang dilakukan pada tinjauan kasus sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan pada tinjauan pustaka.

Nausea berhubungan dengan rasa makanan/minuman yang tidak enak. Tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam maka tingkat nausea membaik. Perencanaan yang dilakukan pada tinjauan kasus adalah mengidentifikasi faktor mual, mengidentifikasi penyebab mual, monitor mual, mengendalikan factor lingkungan penyebab mual, mengajarkan penggunaan teknik nonfarmakologis untuk mengatasi mual.

Defisit nutrisi berhubungan dengan gangguan menelan. Tujuan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2 x 24 jam maka satus menelan membaik. Perencanaan yang dilakukan pada tinjauan kasus adalah memonitor tanda kelelahan saat makan, minum dan menelan, memfasilitasi meletakkan makanan dibelakang mulut, menginformasikan manfaat terapi menelan kepada pasien dan keluarga,

menganjurkan membuka dan menutup mulut saat memberikan makanan, menganjurkan untuk tidak berbicara saat makan.

Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan. Tujuan setelah dilakukan asuhan keperawatan 2 x 24 jam maka toleransi aktivitas meningkat. Perencanaan yang dilakukan pada tinjauan kasus adalah mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, memonitor kelelahan fisik dan emosional. Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, memberikan aktivitas distraksi yang menyenangkan, menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap.

#### **4.4 Pelaksanaan**

Penulis menguraikan tentang perbandingan pelaksanaan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus pada Ny. M dengan diagnosa medis Penyakit Trofoblas Gestasional di ruang F2 RSPAL Dr.Ramelan Surabaya.

Pelaksanaan rencana keperawatan dilakukan secara terkoordinasi dan terintegrasi untuk pelaksanaan diagnosa pada kasus, tidak semua sama pada tinjauan pustaka, hal itu karena disesuaikan dengan keadaan pasien sebenarnya. Hal-hal yang menunjang dalam asuhan keperawatan yaitu antara lain adanya kerjasama yang baik dari perawat maupun tim kesehatan lainnya.

Masalah keperawatan nausea berhubungan dengan mual dan tidak nafsu makan. Tindakan keperawatan yang dilakukan berupa mengobservasi TTV, memberikan terapi obat injeksi metoclopramide, mengajarkan penggunaan teknik relaksasi. Hal ini sesuai dengan teori SIKI, (2017) .

Masalah keperawatan defisit nutrisi berhubungan dengan gangguan menelan. Tindakan keperawatan yang dilakukan berupa memberikan terapi

menelan, menganjurkan pasien untuk makan sedikit tapi sering. Hal ini sesuai dengan teori SIKI, (2017).

Masalah keperawatan Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan. Tindakan keperawatan yang dilakukan memberikan aktivitas distraksi dan menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap. Hal ini sesuai dengan teori SIKI, (2017).

#### **4.5 Evaluasi**

Evaluasi merupakan tahap akhir dari asuhan keperawatan dimana evaluasi ini menentukan apakah masalah teratasi atau belum teratasi.

Evaluasi nausea berhubungan dengan mual dan tidak nafsu makan karena efek kemoterapi. Tingkat nausea pada pasien sudah teratasi selama 2x24 jam karena tindakan yang tepat dan telah berhasil dilaksanakan dan masalah teratasi pada tanggal 18 Januari 2022.

Evaluasi gangguan defisit nutrisi berhubungan dengan gangguan menelan. Status menelan meningkat dalam 2x24 jam karena tindakan tepat dan telah berhasil dilaksanakan dan masalah teratasi pada tanggal 18 Januari 2022.

Evaluasi intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan. Toleransi aktivitas meningkat dalam 2x24 jam dan hasil evaluasi pada tanggal 18 Januari 2022 intoleransi aktifitas teratasi.

Pada akhir evaluasi semua tujuan dapat dicapai karena adanya kerjasama yang baik antara pasien, keluarga dan tim kesehatan. Hasil evaluasi pada Ny.M sudah sesuai dengan harapan masalah teratasi dan pasien KRS pada tanggal 19 Januari 2022.

## **BAB 5**

### **PENUTUP**

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien Ny. M dengan kasus penyakit trofoblas gestasional di ruang F2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pasien dengan penyakit trofoblas gestasional (PTG).

#### **5.1 Kesimpulan**

Dari hasil uraian yang telah menguraikan tentang asuhan keperawatan pada pasien penyakit trofoblas gestasional (PTG), maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Pada pengkajian pada Ny. M usia 40 tahun dengan diagnosa medis penyakit trofoblas gestasional didapatkan data fokus dengan keluhan mual, tidak nafsu makan, dan sulit menelan saat makan. Pasien tidak memiliki riwayat penyakit trofoblas gestasional pada keluarganya.
2. Masalah keperawatan yang dapat diangkat sesuai kondisi pasien yaitu nausea, defisit nutrisi, intoleransi aktivitas.
3. Intervensi keperawatan yang utama pada pasien dengan diagnosa medis penyakit trofoblas gestasional adalah dengan mengidentifikasi riwayat kehamilan mola hidatidosa sebelumnya, dan riwayat genetik, melakukan pencegahan infeksi, pemberian terapi obat, pemeriksaan laboratorium secara berkala.
4. Pelaksanaan tindakan keperawatan yang tepat terhadap pasien dengan penyakit trofoblas gestasional adalah melakukan perawatan kulit dibagian organ intim,



mengajarkan teknik nafas dalam, menganjurkan pasien makan sedikit tapi sering, menganjurkan pasien makan makanan yang tinggi kalori dan tinggi protein.

5. Evaluasi untuk pasien dengan diagnosa medis penyakit trofoblas gestasional adalah keluhan mual menurun, hasil laboratorium darah lengkap membaik, status menelan dan nafsu makan membaik.
6. Susunan dan penulisan asuhan keperawatan medis penyakit trofoblas gestasional di dokumentasikan secara tertulis sehingga bisa dipertanggung jawabkan secara legal.

## **5.2 Saran**

Dari kesimpulan diatas penulis memberikan saran sebagai berikut:

1. Untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan, diperlukan hubungan yang baik dan keterlibatan pasien, 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 memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan penyakit trofoblas gestasional.
3. Dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang profesional alangkah baiknya diadakan suatu seminar atau suatu pertemuan yang membahas tentang masalah kesehatan yang ada pada pasien.
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 kompherensif sehingga mampu menerapkan asuhan keperawatan dengan baik.

## DAFTAR PUSTAKA

- Abdi Rafdi Azizi, dkk. 2019. *Profil Pasien Penyakit Trofoblastik Gestasional di RRSU Sanglah Denpasar Periode 1 Januari 2017 Sampai 31 Desember 2017*. Jurnal Medika Udayana, Volume 8 No, 7: 1-10.
- Budiono, dan Pertami, S. B. (2015). *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: Bumi Medika.
- Dokumen F2 RSPAL 2021, n.d
- Faiq Azizah, Maulidha. (2022). *PTG Penyakit Trofoblas Ganas*. Diakses 22 Mei 2022, <https://pdfcoffee.com/download/ptg-penyakit-trofoblas-ganas-pdf-free.html?reader=1>.
- Fatmawati, Lilis. (2020). *Keperawatan Maternitas I Sistem Anatomi Fisiologi Sistem Reproduksi*. Gresik: Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas GresDAF.
- Fitri, Imelda. (2017). *Lebih Dekat dengan Sistem Reproduksi Wanita*. Bandung: Goysen Publishing.
- Friadi, A. (2019). Update on the Diagnosis of Gestational Trophoblastic Disease. *Umi Medical Journal*, 4 No. 2.
- Gant, N., & Cunningham, F. (2011). In *Dasar-dasar Ginekologi & Obstetri* (p. 564 hlm). Jakarta: EGC.
- JSharon, R., Martin, L., & Griffin, D. (2011). In *Keperawatan Maternitas: Kesehatan Wanita, Bayi & Keluarga* (18ed., Vol. 2, p. 710 hlm). Jakarta: EGC.
- Khurun'in. (2022). WOC Trofoblastik Gestasional (PTG). Scribd. Diakses pada tanggal 20 Juni 2022 melalui <https://www.scribd.com/doc/306252568/woc-PTG>.
- Novelia D, 2017. *Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan kanker serviks post kemoterapi diruang Gynekologi-onkologi IRNA Kebidanan RSUP Dr. M. Djamil Padang*.
- Nugroho, D. (2011). In *Buku Ajar Obstetri untuk mahasiswa Kebidanan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Paputungan, T., W. Wagey, F., & Lengkong, R. (2016, Januari-Juni). Profil Penderita Mola Hidatidosa di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandaou Manado. *Jurnal e-Clinic (eCI)*, 4.
- Permata Sari, Lady. (2017). *Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Mola Hidatidosa di ruangan Gynekologi-Onkologi di RSUP DR. M. DJAMIL Padang*. Padang : Poltekkes Kemenkes Padang.
- Rafdi Azizi, Abi., Bayu Mahendra, I Nyoman., Sri Widyanti, Endang. (2017). *Profil Pasien Penyakit Trofoblas Gestasional Di RSUP Sanglah*

Denpasar Periode 1 Januari 2017 sampai 31 Desember 2017. *Jurnal Medika Udayana*, 8, 7.

- Rasjidi, Sp. OG, D. (2019). In C. Susanto (Ed.), *Buku Ajar Ginekologi Sistem Blok Reproduksi* (p. 436 hlm). Jakarta: EGC.
- Rasjidi, SpOG, D., Muljadi, Sp. Rad, d., & Cahyono, d. (2010). In *Imaging Ginekologi Onkologi*. Jakarta.
- Ria Andrian & Nurul Islamy. 2020. *Kehamilan Mola Hidatidosa Disertai Hipertiroid*. *Jurnal JIMKI*. Volume 8 No. 2 : 3-9.
- Ruslianty, Endang, 2015. Efek kemoterapi terhadap serum  $\beta$ -HCG, serum Angiogenin dan nilai resistensi indeks (RI) USG Doppler pada Penyakit Trofoblas Ganas (PTG) sebelum dan sesudah kemoterapi, tesis Megister, Universitas Hasanuddin, Makasar.
- Sastrawinata, dr, Sp. OG, P., Martaadisoebrota, dr, MPSPH, P., & Wirakusumah, dr, SpOG, D. (2012). *Ilmu Kesehatan Reproduksi*. In S. Handini, & L. Sari (Eds.), *Obstetri Patolgi* (2 ed., p. 207 hlm). Jakarta.
- Soekimin. (2005). *Penyakit Trofoblas Ganas*. Sumatera Utara : Universitas Sumatera Utara.

## Lampiran 1.1

### **STANDARD PROSEDUR OPERASIONAL**

#### **KEMOTERAPI**

##### **1. Pengertian**

Kemoterapi merupakan cara pengobatan kanker dengan jalan memberikan zat/obat yang mempunyai khasiat membunuh sel kanker.

##### **2. Tujuan**

- a. Menurunkan ukuran kanker sebelum operasi
- b. Merusak semua sel-sel kanker yang tertinggal setelah operasi
- c. Mengobati beberapa macam kanker darah, menekan jumlah kematian penderita kanker tahap dini
- d. Menunda kematian atau memperpanjang usia hidup pasien untuk sementara waktu meringankan gejala
- e. Mengontrol pertumbuhan sel-sel kanker

##### **3. Persiapan Pasien**

- a. Berikan salam, perkenalkan diri anda, dan identifikasi pasien dengan memeriksa identitas pasien secara cermat.
- b. Jelaskan tentang prosedur tindakan yang akan dilakukan, berikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya dan jawab seluruh pertanyaan pasien
- c. Minta pengunjung untuk meninggalkan ruangan, beri privasi kepada pasien
- d. Atur posisi pasien sehingga merasakan aman dan nyaman

#### **4. Persiapan Alat**

- a. Obat sitostatika
- b. Cairan NaCl 0,9%, D5% atau intralite. Pengalasan plastic dengan kertas absorbs atau kain diatasnya
- c. Gaun lengan panjang, masker, topi, kaca mata, sarung tangan, sepatu.
- d. Spuit disposable (5cc, 10cc, 20cc, 50cc).
- e. Infus set dan vena kateter kecil Alkohol 70% dengan kapas steril
- f. Bak spuit besar
- g. Label obat
- h. Plastik tempat pembuangan bekas
- i. Kardex (catatan khusus)

#### **5. Cara Bekerja :**

##### **a. Tahap PraInteraksi**

- 1) Mengecek program terapi yang digunakan, serta waktu pemberian obat sebelumnya.
- 2) Mencuci tangan
- 3) Periksa nama pasien, dosis obat, jenis obat, cara pemberian obat
- 4) Menyiapkan alat

##### **b. Tahap Orientasi**

- 1) Memberikan salam dan sapa nama pasien
- 2) Menjelaskan tujuan dan prosedur pelaksanaan
- 3) Menanyakan persetujuan/kesiapan (inform consent) pasien maupun keluarga

##### **c. Tahap Kerja**

## 1) Persiapan Obat

- a) Perawat mencuci tangan
- b) Meja dialasi dengan pengalas plastik di atasnya ada kertas penyerap atau kain
- c) Pakai gaun lengan panjang, topi, masker, kaca mata, sepatu
- d) Ambil obat sitostatika sesuai program, larutkan dengan NaCl 0,9%, D5% atau intralit
- e) Sebelum membuka ampul, pastikan bahwa cairan tersebut tidak berada pada puncak ampul
- f) Gunakan kasa waktu membuka ampul agar tidak terjadi luka dan terkontaminasi dengan kulit
- g) Pastikan bahwa obat yang diambil sudah cukup dengan tidak mengambil 2 kali
- h) Keluarkan udara yang masih berada dalam spuit dengan menutupkan kapas atau kassa sterildiujung jarum spuit
- i) Masukkan perlahan-lahan obat kedalam flabot NaCl 0,9% atau D5% dengan volume cairan yang telah ditentukan
- j) Jangan tumpah saat mencampur, menyiapkan dan saat memasukkan obat kedalam flabot atau botol infus
- k) Buat label nama pasien, jenis obat, tanggal, jam pemberian serta akhir pemberian atau dengan syringe pump
- l) Masukkan kedalam kontainer yang telah disediakan

- m) Masukkan sampah langsung ke kantong plastik, ikat dan beri tanda atau jarum bekas dimasukkan ke dalam tempat khusus untuk menghindari penusukan

## 2) Pemberian Obat

- a) Periksa pasien, jenis obat, dosis obat, jenis cairan, volume cairan, cara pemberian, waktu pemberian dan akhir pemberian
- b) Pakai proteksi : gaun lengan panjang, topi, masker, kaca mata, sarung tangan dan sepatu
- c) Lakukan teknik aseptik dan antiseptik
- d) Pasang pengalas plastik yang dilapisi kertas absorpsi dibawah daerah tusukan infuse
- e) Berikan anti mual  $\frac{1}{2}$  jam sebelum pemberian anti neoplastik (primperan, zofran, kitril secara intra vena)
- f) Lakukan aspirasi dengan NaCl 0,9%
- g) Beri obat kanker secara perlahan-lahan (kalau perlu dengan syringe pump) sesuai program
- h) Bila selesai bilas kembali dengan NaCl 0,9%
- i) Semua alat yang sudah di pakai dimasukkan ke dalam kantong plastik dan di ikat serta diberi etiket
- j) Buka gaun, topi, masker, kaca mata kemudian rendam dengan detergent
- k) Bila disposable masukkan dalam kantong plastik kemudian di ikat dan diberi etiket, kirim ke incinerator/bakaran



## **6. Hasil**

Dokumentasikan nama tindakan/tanggal/jam tindakan, hasil yang diperoleh, respon pasien selama tindakan, nama dan paraf perawat pelaksana.

## **7. Hal-hal yang perlu diperhatikan**

- a. Perhatikan kontaminasi obat dengan kulit
- b. Pastikan keadaan umum pasien sebelum pemberian kemoterapi

**STANDARD PROSEDUR OPERASIONAL**  
**MENGHITUNG TETESAN INFUS**

**1. Pengertian**

Tindakan keperawatan yang dilakukan kepada pasien untuk mengatur jumlah cairan yang masuk ke dalam tubuh pasien

**2. Tujuan**

- a. Memenuhi kebutuhan cairan dan elektrolit
- b. Mencegah terjadinya kelebihan cairan

**3. Kebijakan**

Surat keputusan pedoman pengorganisasian komite keperawatan RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

**4. Alat & Bahan**

- a. Jam tangan yang ada detiknya
- b. Buku dan Pena

**5. Proses**

- a. Cara menghitung tetesan infus
  - 1) Cuci tangan
  - 2) Jelaskan pada pasien tentang tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan
  - 3) Atur dan lihat posisi jarum infus, apakah tetesan infus lancar/tidak
  - 4) Hitung banyaknya / jumlah tetesan dalam satu menit, sesuai program medis dengan rumus

$$\frac{\text{volume total infus x faktor tetesan}}{\text{Total waktu infus dalam menit}}$$

Note :

- Faktor tetesan makro : 20
- Faktor tetesan mikro : 60

Contoh jika pasien menggunakan infus set makro dan cairan infus RI, sebanyak 500ml harus dihabiskan dalam waktu 8 jam berapa tetes per menit yang harus diberikan?

Jawab :

Tetes permenit

$$\frac{\text{volume total infus x faktor tetes}}{\text{total waktu dalam menit}}$$

$$= \frac{500 \times 20}{8 \times 60}$$

$$= \frac{10000}{480}$$

$$= 20,83 \text{ tetes permenit}$$

Bisa dibulatkan 20 tetesan permenit

5) Atur tetesan infus sesuai dengan jumlah tetesan permenit

## 6. Unit Terkait :

- a. Ruang Perawatan
- b. Poliklinik Rawat Jalan