

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S DENGAN DIAGNOSA MEDIS
MYOMA UTERI PRE OP MIOMEKTOMY DI RUANG
E2 RSPAL DR. RAMELAN SURABAYA**



Oleh :

ALFI FADDILATUL MAULUDIYAH

NIM : 193.0006

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2020**

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S DENGAN DIAGNOSA MEDIS
MYOMA UTERI PRE OP MIOMEKTOMY DI RUANG
E2 RSPAL DR. RAMELAN SURABAYA**

**Karya Ilmiah Akhir ini diajukan sebagai salah satu syarat Untuk
Memperoleh Gelar Ners**



Oleh :

ALFI FADDILATUL MAULUDIYAH

NIM : 193.0006

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

2020

HALAMAN PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Alfi Faddilatul Mauludiyah

Nim : 1930006

Tempat, tanggal, lahir : Malang, 20 Agustus 1995

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah yang berjudul : **“Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny.S Dengan Diagnosa Medis Myoma Uteri Pre Operasi Miomektomy di Ruang E2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya”**, 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.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar – benarnya agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Surabaya, 24 Juli 2020

Yang Menyatakan,

A 6000 Rupiah postage stamp with a signature over it. The stamp features the Garuda Pancasila emblem and the text 'METERAI TEMPEL', '6000', and 'ENAM RIBURUPIAH'. The signature is written in blue ink over the stamp.

Alfi Faddilatul Mauludiyah

NIM. 193.0006

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Alfi Faddilatul Mauludiyah

Nim : 1930006

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny.S Dengan
Diagnosa Medis Myoma Uteri Pre Operasi Miomektomy
di ruang E2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

Serta perbaikan – perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa skripsi ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagian persyaratan memperoleh gelar :

NERS (Ns.)

Surabaya, 24 Juli 2020

Pembimbing



Puji Hastuti, S.Kep.,Ns.,M.Kep

NIP. 03010

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 24 Juli 2020

HALAMAN PENGESAHAN

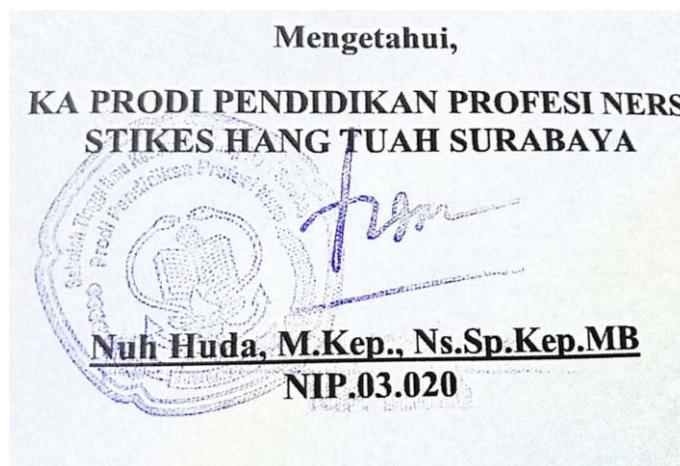
Nama : Alfi Faddilatul Mauludiyah
Nim : 1930006
Program Studi : Profesi Ners
Judul : **Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny.S Dengan
Diagnosa Medis Myoma Uteri Pre Operasi
Miomektomy di ruang E2 RSPAL Dr. Ramelan
Surabaya.**

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji skripsi di STIKES Hang
Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk
memperoleh gelar “PROFESI NERS” pada Prodi Pendidikan Profesi Ners Stikes
Hang Tuah Surabaya.

Penguji I : **Iis Fatmawati, S.Kep., Ns., M.Kes**
NIP. 03067



Penguji II : **Puji Hastuti, S.Kep., Ns., M.Kes**
NIP. 03010



LEMBAR PERSEMBAHAN

MOTTO

“Do not try to be same, but be better”
Bermimpilah, maka tuhan akan memeluk mimpimu
(Arai).

Yang Utama Dari Segalanya ...

Sembah sujud serta syukur kepada Allah SWT Yang Maha Mendengar lagi Maha Melihat dan atas segala limpahan rahmat, taufik serta hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini sesuai dengan waktu yang telah direncanakan. Shalawat serta salam semoga selalu tercurahkan kepada Baginda Besar Nabi Muhammad SAW.

Yang kedua ...

Karya Ilmiah Akhir ini kupersembahkan untuk sepasang malaikatku. Mereka, yang dalam sujud – sujud panjangnya berdoa untuk kebaikanmu. Kupersembahkan karya kecil ini kepada Ibu dan Ayah yang telah memberikan kasih sayang, dukungan, cinta dan motivasi terbaik dalam proses penyelesaian Tugas Akhirku ini. Semoga ini menjadi langkah awal untuk membuat Ibu dan Ayah bangga suatu saat nanti karena kusadar, selama ini belum bisa berbuat yang lebih. Terima kasih atas segalanya.

Terima kasih kepada Bapak/Ibu dosen yang telah memberikan begitu banyak inspirasi kepada saya. Khususnya pada Ibu dosen pembimbing, bu Puji Hastuti, S.Kep., Ns., M.Kes yang telah memberikan masukan dan arahan demi kesempurnaan penulisan Karya Ilmiah Akhir ini sehingga Karya Ilmiah Akhir ini dapat terselesaikan dengan baik dan tepat waktu. Terima kasih atas ilmu, nasehat, cerita dan pengalaman yang telah ibu berikan kepada saya yang begitu sangat bermanfaat.

Terima kasih juga kepada Ka.PRODI NERS Bapak Nuh Huda, S.Kep., M.Kes., Sp.KMB dan Waka.PRODI NERS Bu Qori' Ila S., S.Kep., Ns., Sp.Kep.An yang telah banyak bekerja keras yang terbaik untuk kami selama menempuh pendidikan Profesi Ners, terima kasih untuk tenaga dan support moril yang telah Pak Huda dan Bu Qori berikan kepada kami, juga teruntuk seluruh dosen pengajar STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan banyak ilmu yang sangat bermanfaat untuk kami semoga Allah SWT senantiasa membalas budi Bapak/Ibu Dosen sekalian dengan kebaikan yang berlipat. Terima kasih juga untuk seluruh Staf Admin & Karyawan STIKES Hang Tuah Surabaya, terima kasih banyak atas semua bantuan dan kerja samanya selama ini.

Dan taklupa, kusampaikan terima kasih untuk Kak ros (Untuk kakak terbaikku yang senantiasa memberi dukungan dan support terbaik selama ini) Terima kasih selama ini sudah menjadipendengar suka dan dukaku. Barisan para sahabat Indah, Tasya, Meriatul, Irda, Eka W, Ninik, Thata dan teman teman yang lain yang namanya tidak bisa saya sebutkan satu persatu dalam lembar yang terbatas ini terima kasih untuk kalian semua. Juga Specially for Hindayatus S, Dini Indah Saputri dan teman seangkatan sekalian yang telah banyak memberikan dukungan tenaga ataupun moril dan telah menjadi teman terbaik selama ini di kampus, yang membuat aku nyaman untuk berdiskusi tentang banyak hal.

Dan yang terakhir, saya ucapkan terima kasih kepada orang – orang yang telah menjadi inspirasi dalam hidup saya.

Origato Gozaimasu...

Maa Ladzatu Illa Ba'da Ta'bi ...

(Tidak ada kenikmatan kecuali setelah kesukaran)

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur peneliti panjatkan kahadirat Allah SWT Yang Maha Esa, atas limpahan karunia dan hidayahnya sehingga penulis dapat menyusun karya ilmiah akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Maternitas pada Ny.S dengan diagnosa medis Myoma Uteri Pre Operasi Miomektomi di ruang E2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya” dapat selesai sesuai waktu yang telah ditentukan.

Karya Ilmiah Akhir ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan di Program Profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya. Karya Ilmiah Akhir ini disusun dengan memanfaatkan berbagai literature serta mendapatkan banyak pengaruh dan bantuan dari berbagai pihak, penulis menyadari tentang segala keterbatasan kemampuan dan pemanfaatan literatur, sehingga Karya Ilmiah Akhir ini dibuat dengan sangat sederhana baik dari segi sistematika maupun isinya.

Dalam kesempatan kali ini, perkenankanlah penulis menyampaikan rasa terima kasih, rasa hormat dan penghargaan kepada :

1. Laksamana Pertama TNI dr. Ahmad Samsul Hadi selaku Kepala Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, yang telah memberikan izin dan lahan praktik untuk penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
2. Kolonel Laut (Purn.) Ibu Wiwiek Liestyningrum., S.Kp., M.Kep. Selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan Pendidikan Profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.

3. Puket 1, Puket 2 dan Puket 3 Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Profesi Ners.
4. Bapak Nuh Huda, S.Kep., Ns., M.Kep. Sp. KMB selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Pendidikan Profesi Ners serta selalu memberikan dorongan penuh serta wawasan dan meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
5. Ibu Puji Hastuti, S.Kep.,Ns., M.Kep selaku pembimbing I yang penuh kesabaran dan perhatian memberikan saran, masukan, kritik dan bimbingan demi kesempurnaan penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
6. Ibu Iis Fatimawati, S.Kep., Ns., M.Kes sebagai penguji I yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Pendidikan Profesi Ners.
7. Bapak/ Ibu dosen, staf, dan karyawan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah banyak membantu kelancaran proses belajar mengajar selama masa perkuliahan untuk menempuh studi dan telah membimbing selama menuntut Ilmu di Program Studi Pendidikan Profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya.
8. Ayah dan ibu tercinta yang senantiasa mendoakan dan memberikan support padaku setiap hari.
9. Pihak – pihak yang turut berjasa dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini yang tidak bisa disebutkan satu persatu

Penulis berusaha untuk menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini dengan sebaik – baiknya. Namun penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini. Oleh karena itu , penulis mengharapkan adanya kritik dan saran dari semua pihak untuk menyempurnakan. Akhirnya penulis berharap bahwa karya ilmiah akhir ini bermanfaat bagi kita semua. Aamiin Ya Robbal Alamiin.

Surabaya, 22 Juli 2020



ALFI FADDILATUL M
NIM. 1930006

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL i

HALAMAN PERNYATAAN.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
LEMBAR PERSEMBAHAN	v
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
DAFTAR SINGKATAN DAN SIMBOL	xv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	5
1.3 Tujuan.....	5
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4 Manfaat	6
1.4.1 Manfaat Akademis	6
1.4.2 Manfaat secara Praktis	6
1.5 Metode Penulisan	7
1.5.1 Teknik Pengumpulan Data.....	8
1.5.2 Sumber Data.....	8
1.5.3 Studi Kepustakaan.....	8
1.5.4 Sistematika Penulisan.....	8
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	Error! Bookmark not defined.
2.1 Konsep Teori Penyakit Myoma Uteri.....	Error! Bookmark not defined.
2.1.1 Pengertian	Error! Bookmark not defined.
2.1.2 Etiologi	Error! Bookmark not defined.
2.1.3 Klasifikasi	Error! Bookmark not defined.
2.1.4 Patofisiologi	17
2.1.5 WOC Myoma Uteri.....	20
2.1.6 Manifestasi Klinis	21

2.1.7 Penatalaksanaan	22
2.1.8 Komplikasi	24
2.1.9 Pemeriksaan Penunjang	25
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan <i>Myoma Uteri</i> Error! Bookmark not defined.	
2.2.1 Pengkajian Keperawatan	Error! Bookmark not defined.
2.2.2 Diagnosa Keperawatan	Error! Bookmark not defined.
2.2.3 Intervensi Keperawatam	Error! Bookmark not defined.
BAB 3 TINJAUAN KASUS.....	Error! Bookmark not defined.
3.1 Pengkajian	Error! Bookmark not defined.
3.2 Analisa Data	Error! Bookmark not defined.
3.3 Diagnosa Keperawatan.....	Error! Bookmark not defined.
3.4 Intervensi Keperawatan.....	Error! Bookmark not defined.
3.4 Implementasi dan Evaluasi	49
BAB 4 PEMBAHASAN	Error! Bookmark not defined.
4.1 Pengkajian Keperawatan	61
4.2 Diagnosa Keperawatan.....	63
4.3 Intervensi Keperawatan.....	67
4.4 Implementasi Keperawatan	69
4.5 Evaluasi Kepearwatan	76
BAB 5 PENUTUP.....	Error! Bookmark not defined.
5.1 Kesimpulan	Error! Bookmark not defined.
5.2 Saran.....	Error! Bookmark not defined.
DAFTAR PUSTAKA	84

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Hasil Pemeriksaan Laboratorium pada Ny.S	42
Tabel 3.2	Terapi Medis pada Ny.S	43

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 WOC Myoma Uteri..... 20

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	SOP Pengambilan Darah Vena.....	87
Lampiran 2	SOP Terapi Injeksi Intra Vena.....	90
Lampiran 3	SOP Pengukuran Tanda – tanda Vital.....	93
Lampiran 4	SOP Terapi Nyeri Relaksasi Nafas Dalam.....	95
Lampiran 5	SOP Terapi Kecemasan Mendengarkan Murrotal Qur'an.....	97
Lampiran 6	SOP Transfusi Darah.....	99
Lampiran 7	SOP Disharge Planning.....	102

DAFTAR SINGKATAN DAN SIMBOL

WHO	: World Health Organisation
ACOG	: American College of Obstetricians Gynecologists
USG	: Ultrasonografi
CT Scan	: Computed Tomography Scan
MRI	: Magnetic Resonance Imaging
SDKI	: Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia
SLKI	: Standar Luaran Keperawatan Indonesia
SIKI	: Standar Intervensi Keperawatan Indonesia
SMRS	: Sebelum Masuk Rumah Sakit
MRS	: Masuk Rumah Sakit
CRT	: Capillary Refil Time
Mmg	: Minggu
RL	: Ringer Lactat
%	: Persentase
≥	: Lebih dari
≤	: Kurang dari
-	: Kurang atau sampai
.	: Titik
,	: Koma
(: Kurung buka
)	: Kurung Tutup

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Masalah kesehatan reproduksi wanita sudah menjadi agenda internasional. Salah satu masalah kesehatan reproduksi wanita yaitu adanya penyakit kewanitaan atau ginekologi. Salah satu masalah kesehatan reproduksi wanita adalah Myoma Uteri. Mioma uteri merupakan salah satu tumor jinak uterus yang berasal dari otot uterus dan jaringan ikat yang menumpangnya. Mioma uteri merupakan salah satu tumor jinak pada daerah rahim atau lebih tepatnya otot rahim dan jaringan ikat disekitarnya. Mioma uteri dikenal juga dengan istilah *fibromioma*, *leiomioma* atau *fibroid* (Desen, 2013). Dari beberapa penelitian ditemukan gejala Myoma Uteri diantaranya perdarahan, dan sisanya mengeluh dismenore, nyeri perut bagian bawah dan pinggang, gangguan defekasi, gangguan miksi, dan infertilitas. Mioma akan mengecil seiring dengan penurunan hormon estrogen dalam tubuh (Firna, 2019).

World Health Organization (WHO) tahun 2010 memaparkan bahwa penyebab angka kematian ibu karena mioma uteri sebanyak 22 (1,95%) kasus dan tahun 2011 sebanyak 21 (2,04%) kasus. Studi yang dilakukan oleh Ekine dkk (2015), menyebutkan bahwa angka kejadian gangguan reproduksi di negara berkembang mencapai 36% dari total beban sakit yang diderita selama masa produktif. Diperkirakan insiden Myoma Uteri sekitar 20% - 35% dari seluruh wanita di dunia (Ekine dkk, 2015). Berdasarkan hasil analisis Riset Kesehatan Dasar Indonesia tahun 2013 mencatat angka kejadian Mioma Uteri secara

nasional 17,69 % dan tahun 2014 sebanyak 15,98 % secara nasional. Jumlah kejadian penyakit ini di Indonesia menempati urutan kedua setelah kanker serviks (Pratiwi, dkk, 2012). Mioma uteri ditemukan pada 2,39%-11,7% pada semua penderita ginekologi yang dirawat, sering ditemukan pada wanita nulipara atau kurang subur daripada wanita yang sering melahirkan. Insidensi mioma uteri di Jawa Timur pada tahun 2011 ini pun terjadi pada kelompok umur >35 tahun sebanyak 28 orang (71,8%) dan terjadi pada wanita multipara yaitu sebanyak 26 orang (66,7%). Mioma uteri belum pernah ditemukan sebelum terjadinya menarche (Dewi, 2011). Prevalensi mioma uteri di Surabaya sebanyak 10,03% dari semua pasien ginekologi yang dirawat (Sabrianti, dkk, 2015). Data rekam medik pada tanggal 16 Februari-16 Maret 2020 didapatkan pasien di Ruang E2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya berjumlah 164 orang dengan presentase pasien yang terdiagnosa mioma uteri sebanyak 0,23%.

Myoma Uteri merupakan sebuah tumor monoklonal yang dihasilkan dari mutasi somatik dari sebuah sel neoplastik tunggal yang berada di antara otot polos miometrium. Keluhan yang diakibatkan oleh mioma uteri tergantung dari lokasi, arah pertumbuhan, jenis, besar dan jumlah mioma. Hipermenore, menometroragia merupakan gejala klasik dari mioma uteri. Mioma uteri dapat menyebabkan morbiditas yang signifikan, dan penurunan kualitas hidup. Sebagian besar (sekitar dua pertiga) wanita dengan mioma uteri tidak menunjukkan gejala (asimtomatik). Hampir setengah dari kasus mioma uteri ditemukan secara kebetulan pada pemeriksaan ginekologik (Firma, 2019). Faktor-faktor yang mempengaruhi pertumbuhan Myoma, disamping faktor predisposisi genetik, adalah beberapa hormon seperti estrogen, progesteron, dan human growth hormone (Salim, 2015).

Kejadian mioma uteri juga menimbulkan gejala atau keluhan yang berbeda-beda tergantung pada jenis, ukuran, lokasi, dan adanya kehamilan (Salim, 2015). Myoma Uteri memiliki gejala yang tidak terlalu menonjol dirasakan penderitanya. Mioma uteri yang sampai menimbulkan gejala hanya dirasakan oleh 35-50% dari penderita mioma uteri. Myoma Uteri dapat mengakibatkan permukaan endometrium yang lebih luas dari pada biasanya. Perdarahan mioma uteri dapat berdampak pada ibu hamil dan penderita mioma uteri itu sendiri. Ibu hamil akan mengalami dampak berupa abortus spontan, persalinan premature, dan malpresentasi. Pada penderita mioma uteri akan mengalami perdarahan yang banyak dan dapat mengakibatkan anemia (Aspiani, 2017). Dengan demikian kesehatan alat reproduksi sangat erat hubungannya dengan angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian anak (AKA) (Manuaba, 2012).

Secara umum penatalaksanaan mioma uteri dibagi atas 2 metode, terapi medisinal (hormonal), dan terapi pembedahan. Tidak semua Myoma Uteri membutuhkan suatu pengobatan dalam bentuk apapun, terutama apabila Myoma itu masih kecil dan tidak menimbulkan gangguan atau keluhan. Pengobatan operatif meliputi tindakan *histerektomy* (pengangkatan rahim) atau pada wanita yang ingin mempertahankan kesuburannya dengan tindakan *miomektomy* (pengangkatan mioma) dapat menjadi pilihan (Manuaba, 2012). Mioma uteri umumnya ditemukan pada wanita usia reproduksi, dan belum pernah dilaporkan terjadi sebelum menarche, pada masa menopause mioma akan mengecil seiring dengan penurunan hormon estrogen dalam tubuh. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Karyanti (2014) bahwa paparan estrogen yang meningkat dan pola hidup yang tidak sehat merupakan faktor terjadinya mioma uteri. Jadi dapat

disimpulkan bahwa hormon estrogen mempunyai pengaruh terhadap tumbuhnya mioma uteri dalam tubuh. Mengingat banyaknya permasalahan yang timbul pada penyakit Myoma Uteri, sehingga perawat memegang peran penting dalam proses penyembuhan Myoma Uteri, menghindari komplikasi dan membantu dalam upaya pemeliharaan kesehatan penderita secara komprehensif. Berbagai upaya promotif untuk menurunkan angka kejadian Myoma Uteri seperti dengan memberikan edukasi bagi wanita usia subur untuk berpartisipasi dalam melakukan pemeriksaan ginekologi secara teratur, menjaga pola hidup sehat seperti melakukan olahraga secara teratur, menjaga pola makan untuk mengurangi makanan *junkfood* ataupun makanan mentah yang tidak dimasak dengan proses pematangan baik, memberikan konseling kepada para remaja khususnya remaja putri seputar kesehatan reproduksi dan permasalahan genokolgi salah satunya penyakit Myoma Uteri. Beberapa hal tersebut adalah upaya preventif dan promotif yang bisa dilakukan untuk meminimalisir angka kejadian dari tumor jinak ini serta penegakkan diagnosis dan penanganan dini dapat dilakukan.

Berdasarkan uraian diatas, sehingga penulis tertarik untuk mengangkat studi kasus dengan judul asuhan keperawatan pada pasien dengan Myoma Uteri Pre Operasi Miektomi di Ruang E2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya. Diharapkan dengan adanya studi kasus ini masyarakat dapat mengetahui tentang Myoma Uteri, penyebab, dan tanda gejalanya. Sehingga masyarakat khususnya wanita usia reproduktif lebih tanggap saat mengetahui kejadian tersebut, serta mampu menerapkan langkah yang harus terus ditingkatkan untuk mencegah terjadinya Myoma Uteri.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, maka rumusan masalah dalam studi kasus ini ialah “Bagaimana Asuhan Keperawatan Pada Ny. S dengan Diagnosa Medis Myoma Uteri Pre Operasi Miomektomy di Ruang E2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya” ?

1.3 Tujuan Penulisan

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu melaksanakan Asuhan Keperawatan pada Ny. S dengan Diagnosa Medis Myoma Uteri Pre Operasi Miomektomy di Ruang E2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian pada Ny. S dengan Diagnosa Medis Myoma Uteri Pre Operasi Miomektomy di Ruang E2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada Ny. S dengan Diagnosa Medis Myoma Uteri Pre Opreasi Miomektomy di Ruang E2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
3. Menyusun rencana asuhan keperawatan pada Ny. S dengan Diagnosa Medis Myoma Uteri Pre Operasi Miomektomy di Ruang E2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
4. Melaksanakan tindakan keperawatan pada Ny. S dengan Diagnosa Medis Myoma Uteri Pre Operasi Miomektomy di Ruang E2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

5. Melakukan evaluasi keperawatan pada Ny. S dengan Diagnosa Medis Myoma Uteri Pre Operasi Miomektomy di Ruang E2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
6. Melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan pada Ny. S dengan Diagnosa Medis Myoma Uteri Pre Operasi Miomektomy di Ruang E2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
7. Menganalisa kesesuaian fakta yang terjadi pada pasien yang berkaitan dengan tinjauan kasus asuhan keperawatan pada Ny.S dengan Diagnosa Medis Myoma Uteri Pre Operasi Miomektomy di Ruang E2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1.4 Manfaat Penulisan

Terkait dengan tujuan, maka tugas akhir ini diharapkan dapat memberi manfaat :

1.4.1 Akademis

Hasil studi kasus ini merupakan sumbangan ilmu pengetahuan khususnya dalam hal melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Myoma Uteri di Pre Operasi Miomektomy di Ruang E2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1.4.2 Secara Praktis

1. Bagi Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit

Hasil studi kasus ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan dirumah sakit agar dapat melakukan serta meningkatkan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Myoma Uteri Pre Operasi Miomektomy dengan baik.

2. Bagi Profesi Kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa Medis Myoma Uteri Pre Operasi Miomektomy serta bagi tenaga kesehatan agar dapat lebih proaktif dalam hal menginformasikan kepada masyarakat tentang faktor yang berhubungan maupun yang beresiko mempertinggi kejadian Myoma Uteri.

3. Bagi Penulis Selanjutnya

Hasil studi kasus ini dapat menjadi salah satu tambahan referensi bagi penulis berikutnya, yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Myoma Uteri Pre Operasi Miomektomy untuk sebagai dasar dalam penelitian selanjutnya namun dengan menambahkan faktor lain yang belum diteliti.

4. Bagi Masyarakat

Bagi masyarakat pada umumnya, disarankan agar lebih berperan aktif dalam melakukan pencegahan terhadap mioma uteri dengan melakukan *general chek-up* agar dapat dilakukan deteksi dini terhadap suatu kasus berkaitan dengan gangguan sistem reproduksi.

1.5 Metode Penulisan

Metode deskriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah – langkah pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

1.5.1 Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara

Data yang diambil atau diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien dan rekam medis.

2. Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan secara langsung terhadap keadaan, reaksi, sikap dan perilaku yang dapat diamati. Serta melakukan percakapan dengan pasien dan keluarga.

3. Pemeriksaan

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

1.5.2 Sumber Data

1. Data Premier

Data Primer adalah data yang diperoleh dari pasien langsung.

2. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat pasien, catatan medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

1.5.3 Studi Kepustakaan

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

1.5.4 Sistematika Penulisan

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

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi.
2. Bagian inti, terdiri dari lima bab, yang masing – masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :
 - BAB 1 : Pendahuluan, berisi tentang Latar Belakang, Masalah, Tujuan, Manfaat, Penelitian dan sistematika Penulisan studi Kasus.
 - BAB 2 : Tinjauan Pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa medis Myoma Uteri.
 - BAB 3 : Tinjauan Kasus, berisi tentang deskripsi data hasil pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.
 - BAB 4 : Pembahasan, berisi tentang perbandingan antara teori dan kenyataan yang dilapangan.
 - BAB 5 : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran
3. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan klien Myoma Uteri Pre Operasi Miomektomy. Konsep penyakit akan diuraikan definisi, etiologi dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul, dengan melakukan asuhan keperawatan terdiri dari pengmantauan, diagnose, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

2.1 Konsep Teori Myoma Uteri

2.1.1 Pengertian

Mioma uteri merupakan tumor jinak otot rahim, disertai jaringan ikatnya sehingga dapat dalam bentuk padat, karena jaringan ikatnya dominan dan lunak, karena otot rahimnya dominan (Manuaba, 2012).

Mioma uteri adalah tumor jinak rahim ini sebagian besar berasal dari sel muda otot rahim, yang mendapat rangsangan terus menerus dari hormon estrogen sehingga terus bertumbuh dan bertambah menjadi besar. Oleh karena itu tumor jinak otot rahim sebagian besar terjadi pada masa reproduktif aktif, yaitu saat wanita masih menstruasi (Manuaba, 2012).

Mioma uteri merupakan salah satu tumor jinak pada daerah rahim atau lebih tepatnya otot rahim dan jaringan ikat disekitarnya. Tumor jinak ini berasal dari otot uterus dan jaringan ikat yang menumpangnya. Mioma uteri dikenal juga dengan istilah *fibromioma*, *leiomioma* atau *fibroid* (Desen, 2013).

Mioma jarang sekali ditemukan sebelum usia pubertas, sangat dipengaruhi oleh hormon reproduksi, dan hanya bermanifestasi selama usia reproduksi (Prawirohardjo S, Wiknjosastro H, Sumapraja S, 2011).

Mioma uteri ini menimbulkan Dari berbagai pengertian dapat disimpulkan bahwa Mioma Uteri adalah suatu pertumbuhan jinak dari otot-otot polos, tumor jinak otot rahim, disertai jaringan ikat, neoplasma yang berasal dari otot uterus yang merupakan jenis tumor uterus yang paling sering, dapat bersifat tunggal, ganda, dapat mencapai ukuran besar, biasanya mioma uteri banyak terdapat pada wanita usia reproduksi terutama pada usia 35 tahun.

2.1.2 Etiologi

Sampai saat ini belum diketahui penyebab pasti mioma uteri dan diduga merupakan penyakit multifaktorial. Dipercayai bahwa mioma merupakan sebuah tumor monoklonal yang dihasilkan dari mutasi somatik dari sebuah sel neoplastik tunggal. Sel-sel tumor mempunyai abnormalitas kromosom, khususnya pada kromosom lengan. Faktor-faktor yang mempengaruhi pertumbuhan tumor, di samping faktor predisposisi genetik, adalah estrogen, progesteron dan human growth hormone. Dalam Jeffcoates Principles of Gynecology, ada beberapa faktor yang diduga kuat sebagai faktor predisposisi terjadinya mioma uteri, yaitu :

1. Umur

Mioma Uteri jarang terjadi pada usia kurang dari 20 tahun, ditemukan sekitar 10% pada wanita berusia lebih dari 40 tahun. Hasil uji statistik menggunakan *Chi Square* diperoleh p-value = 0,007 (p-value \leq 0,05) maka artinya terdapat hubungan yang signifikan antara usia dengan kejadian mioma uteri di RSUD Abdul Moeloek Bandar Lampung Tahun 2013. Frekuensi kejadian

mioma uteri paling tinggi antara usia 35-50 tahun yaitu 25%, jarang ditemukan pada usia dibawah 20 tahun. Hal ini disebabkan karena pada usia sebelum menarche kadar estrogen rendah, dan meningkat pada usia reproduksi, serta akan turun pada usia menopause (Amrina Octaviana, 2014).

2. Paritas

Pada penelitian Paritas dengan kejadian Myoma Uteri di RSUD Abdul Moeloek Bandar Lampung Tahun 2013, ditemukan hubungan yang signifikan antara Myoma Uteri lebih sering didapati pada wanita nulipara atau yang kurang subur. (Wiknjastro, 2011) Mioma lebih sering terjadi pada wanita nullipara atau wanita yang hanya mempunyai 1 anak. Parker (2007) mengemukakan bahwa semakin meningkatnya jumlah kehamilan maka akan menurunkan insidensi mioma uteri. Resiko terjadinya mioma uteri akan menurun dari 20%-50% dengan melahirkan minimal 1 orang anak. Dalam penelitiannya, Chen menemukan bahwa resiko menurun hingga 70% pada wanita yang melahirkan 2 anak atau lebih (Amrina Octaviana, 2014).

3. Hormon estrogen

Hasil ini sesuai dengan penelitian yang pernah dijalankan di India (Departement of Obstetric and Gynecology, Kasturba Medical College and Hospital) bahwa kasus mioma uteri terbanyak terjadi pada kelompok umur 40-49 tahun dengan usia rata-rata 42,97 tahun sebanyak 51%. Hal ini disebabkan karena telah terjadi perubahan-perubahan hormonal pada usia tersebut. Frekuensi kejadian mioma uteri paling tinggi antara usia 35 – 50 tahun yang mendekati angka 40%, jarang ditemukan pada usia di bawah 20 tahun (Wiknjastro H *et al.*, 2011). Karena pada usia sebelum menarche kadar estrogen rendah, dan meningkat

pada usia reproduksi serta akan turun pada usia menopause. Senada dengan pernyataan di atas bahwa pertumbuhan mioma uteri disebabkan oleh stimulasi hormon estrogen. Hormon estrogen disekresi oleh ovarium mulai saat pubertas berangsur-angsur meningkat dan akan mengalami penurunan bahkan tidak memproduksi lagi setelah usia menopause (Debi Gita Pancawati, 2010).

4. Riwayat keluarga

Faktor ini pertama sekali dilaporkan oleh Winkler and Hoffman pada tahun 1983. Mereka menyatakan bahwa ada peningkatan sebesar 4,2 kali lipat pada penderita mioma uteri yang mempunyai riwayat keluarga yang juga mengalami mioma uteri. Schwartz et al melakukan penilaian pada 638 perempuan yang memiliki riwayat keluarga penderita mioma uteri. Semua pasien berumur antara 18 – 59 tahun dan memiliki riwayat operasi dan bukti ultrasound terkait mioma uteri. Hasilnya didapati bahwa pasien yang memiliki riwayat keluarga yang mengalami mioma uteri risikonya terkena mioma uteri sebesar 2,5 kali dibandingkan yang tidak dan meningkat angkanya menjadi 5,7 kali bila penderita mempunyai riwayat keluarga yang telah didiagnosis mioma uteri pada umur 45 tahun (Debi Gita Pancawati, 2010).

5. Ras, genetik dan etnik

Pada wanita ras tertentu, khususnya wanita berkulit hitam, angka kejadian mioma uteri tinggi. Terlepas dari faktor ras, kejadian tumor ini tinggi pada wanita dengan riwayat keluarga, ada yang menderita mioma. (Manuaba, 2012). Etnik memegang peranan penting sebagai predileksi terjadinya mioma uteri. Perempuan Afrika Amerika mempunyai risiko 2 sampai 10 kali lipat mengalami mioma uteri dibandingkan perempuan kulit putih. Hal ini mendukung bahwa faktor

predisposisi genetik terhadap mioma uteri adalah perbedaan profil DNA etnik. Schwartz menyatakan bahwa ketika ia menilai faktor usia pada penderita mioma uteri, tingkat insiden meningkat 2-3 kali lebih tinggi pada perempuan kulit hitam dibandingkan kulit putih. Pada perempuan yang tidak memiliki riwayat mioma uteri, sekitar 59% perempuan kulit hitam didiagnosa dengan ultrasound terdapat mioma uteri dibandingkan perempuan kulit putih sekitar 43%. Perempuan kulit hitam juga didapati memiliki insiden yang lebih tinggi untuk mengalami mioma uteri yang multipel (74% : 31%). Meskipun tidak ada hubungan ukuran mioma uteri terhadap perbedaan ras antara perempuan kulit hitam dan putih yang mempunyai riwayat mioma tetapi perempuan kulit hitam memiliki kecenderungan mengalami mioma uteri yang lebih besar dibandingkan dengan perempuan kulit putih. Marshall et al mendemonstrasikan bahwa tingkat standarisasi (per 1000 perempuan per tahun) untuk insiden mioma uteri adalah sangat rendah pada perempuan Asia, berikutnya perempuan kulit putih, lalu perempuan Hispanic dan meningkat pada perempuan kulit hitam (10,4, 12,5, 14,5, 37,9 per 1000 wanita per tahun) (Victory, 2006; Fox, 2013; Goodier, 2013) .

6. Indeks massa tubuh

Indeks massa tubuh (IMT) itu sendiri telah diinvestigasi sebagai faktor risiko independen untuk pertumbuhan mioma uteri. Beberapa penelitian juga menemukan hubungan antara obesitas dan peningkatan insiden mioma uteri. Suatu studi di Harvard yang dilakukan oleh Dr. Lynn Marshall menemukan bahwa wanita yang mempunyai Indeks Massa Tubuh (IMT) di atas normal, berkemungkinan 30,23% lebih sering menderita mioma uteri mendapatkan risiko

mioma uteri meningkat hingga 21% untuk setiap 10 Kg kenaikan berat badan dan hal ini sejalan dengan kenaikan IMT (Dedi Purwito, 2015).

7. Pola Menstruasi

Beberapa penelitian telah menunjukkan bahwa peningkatan pertumbuhan mioma uteri adalah sebagai respon dari rangsangan esterogen, dengan kata lain pemberian analog gonadotropin-releasing hormone (GnRH) akan menurunkan pertumbuhan mioma uteri karena menimbulkan suasana yang hipoesterogen. Jadi, paparan esterogen yang lama akan meningkatkan insiden leiomioma. Teori ini didukung oleh data yang menyatakan bahwa adanya peningkatan risiko terhadap insiden mioma uteri pada pasien yang mengalami menarche awal. Marshall dan Faerstein mendemonstrasikan peningkatan insiden mioma uteri yang signifikan pada perempuan dengan terjadinya menarche dibawah usia 11 tahun. Perempuan kulit putih yang mengalami menstruasi berat dan durasi siklus lebih panjang dari 6 hari memiliki peningkatan risiko mioma uteri yang signifikan sebesar 1,4 menurut rasio odds. (Victory, 2006; Fox, 2013; Goodier, 2013) .

8. Pemakaian kontrasepsi oral dan terapi pengganti hormon

Penelitian yang dilakukan pada hewan menunjukkan bahwa ada respon hormonal mioma uteri terhadap esterogen dan progestin. Berdasarkan penelitian ini, hal tersebut sangat beralasan yang menyatakan bahwa paparan esterogen dan progestin secara eksogen akan mempengaruhi risiko mioma uteri. Penelitian yang menilai hubungan antara pemakaian kombinasi oral kontrasepsi dan mioma uteri telah menghasilkan kontroversi, beberapa mengatakan terdapat hubungan dan sebagian menyatakan tidak ada hubungan. Di Afrika Amerika, bukti muncul yang menyatakan bahwa pemakai oral kontrasepsi telah meningkatkan risiko

pertumbuhan mioma uteri, terutama ketika oral kontrasepsi mulai dipakai sejak remaja. Reed et al mempelajari efek dari penggunaan terapi pengganti hormon saat mendapati diagnosis pertama mioma uteri. Penggunaan terapi pengganti hormon lebih dari 5 tahun berdampak pada peningkatan risiko sebesar 4 kali lipat dalam insiden diagnosis pertama mioma uteri pada perempuan peri dan post menopause dengan indeks massa tubuh kurang dari 24 kg/m² (Victory, 2006; Fox, 2013; Goodier, 2013) .

2.1.3 Klasifikasi

Sarang mioma di uterus dapat berasal dari serviks uterus hanya 1-3%, sisanya adalah dari korpus uterus. Menurut letaknya, mioma dapat kita dapati sebagai berikut :

1. Mioma submukosum

Mioma yang berada di bawah lapisan mukosa uterus/ endometrium dan tumbuh kearah kavum uteri. Hal ini menyebabkan terjadinya perubahan bentuk dan besar kavum uteri.

2. Mioma intramural

Mioma yang terdapat di dinding uterus antara serabut miometrium. Biasanya multiple. Apabila masih kecil, tidak merubah bentuk uterus, uterus bertambah besar dan berubah bentuknya. Mioma sering tidak memberikan gejala klinis yang berrati kecuali rasa tidak enak karena adanya massa tumor di daerah perut sebelah bawah.

3. Mioma subserosum

Apabila Mioma tumbuh keluar dinding uterus sehingga menonjol pada permukaan uterus, diliputi oleh serosa. Mioma subserosum dapat tumbuh di antara kedua lapisan ligamentum latum menjadi mioma intra ligamenter, sehingga disebut mioma intraligamen. Mioma yang cukup besar akan mengisi rongga peritoneum sebagai suatu massa. Perlekatan dengan omentum di sekitarnya menyebabkan sistem peredaran darah dimobil alih dari tangkai ke omentum. Akibatnya tangkai semakin mengecil dan terputus, sehingga mioma terlepas dari uterus sebagai massa tumor yang bebas dalam rongga peritoneum (Saifuddin, Abdul Bari, 2010).

2.1.4 Patofisiologi

Secara makroskopik, mioma uteri merupakan suatu tumor berbatas jelas, bersimpai, pada penampang menunjukkan massa putih dengan susunan lingkaran konsentrik di dalamnya. Tumor ini bisa terjadi secara tunggal tetapi kebiasaannya terjadi secara multipel dan bertaburan pada uterus dengan ukuran yang berbeda-beda. Secara mikroskopik, hal yang sama juga terlihat seperti adanya gambaran susunan lingkaran-lingkaran konsentrik pada gambaran makroskopik.

Perubahan-perubahan sekunder yang terjadi pada mioma uteri adalah atrofi, degenerasi hialin, degenerasi kistik, degenerasi membatu, degenerasi merah, degenerasi lemak. Atrofi adalah suatu penyusutan mioma uteri yang terjadi sesudah kehamilan atau sesudah melewati masa menopause.

Degenerasi hialin adalah perubahan yang sering terjadi terutama pada penderita usia lanjut. Tumor kehilangan struktur aslinya menjadi homogen. Dapat

meliputi sebagian besar atau sebagian kecil daripadanya seolah-olah memisahkan satu kelompok serabut otot dari kelompok lainnya.

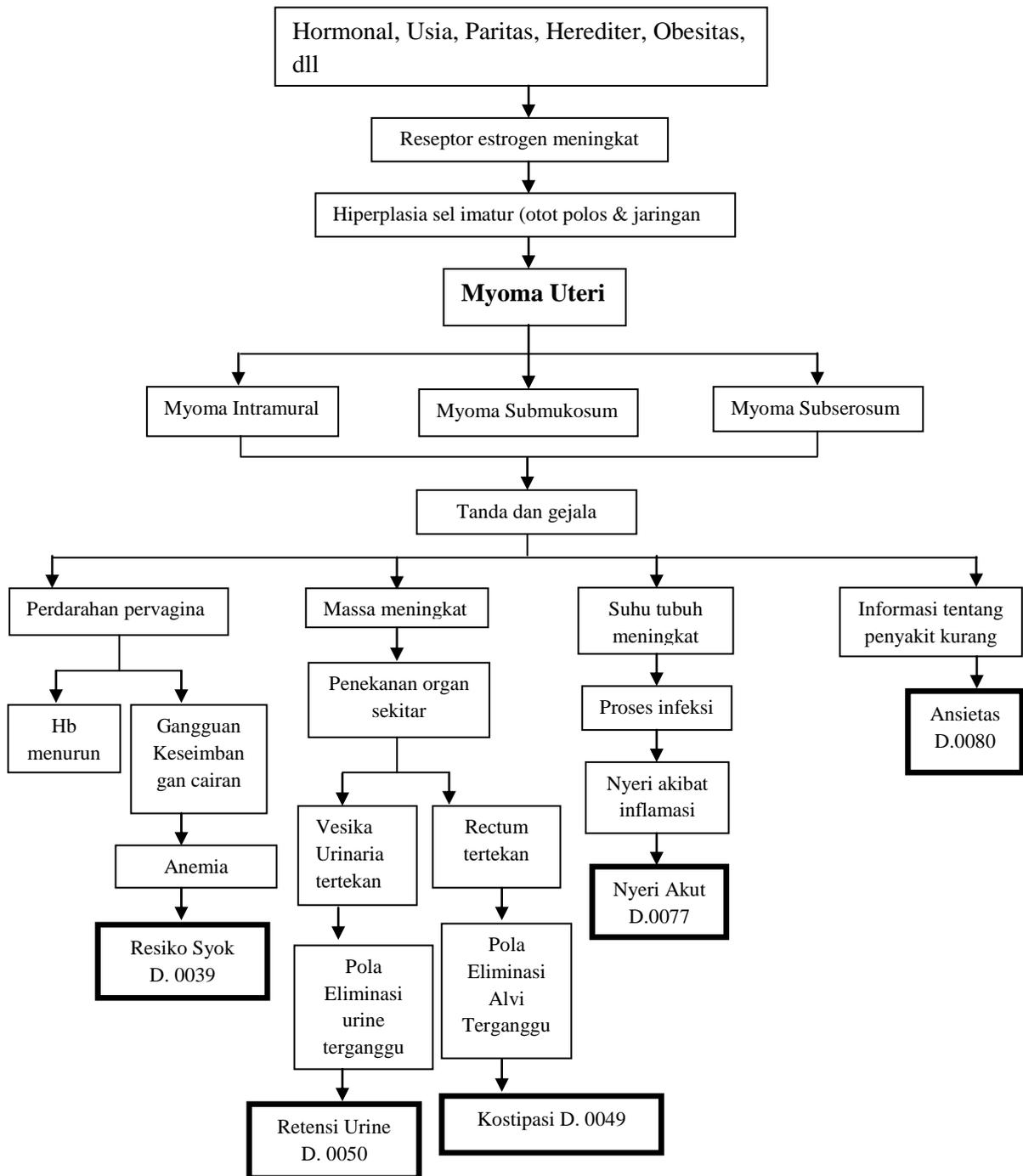
Degenerasi kistik meliputi daerah kecil maupun luas, di mana sebagian dari mioma menjadi cair, sehingga terbentuk ruangan yang tidak teratur berisi agar-agar, dapat juga terjadi pembengkakan yang luas dan bendungan limfe sehingga menyerupai limfangioma. Dengan konsistensi yang lunak ini tumor sukar dibedakan dengan kista ovarium atau suatu kehamilan.

Degenerasi membatu (Calcireous Degeneration) terutama terjadi pada wanita berusia lanjut oleh karena adanya gangguan dalam sirkulasi. Dengan adanya pengendapan garam kapur pada sarang mioma maka mioma menjadi keras dan memberikan bayangan pada foto rontgen. Degenerasi merah (Carneous Degeneration) biasanya terjadi pada kehamilan dan nifas. Patogenesis terjadinya diperkirakan karena suatu nekrosis subakut sebagai gangguan vaskularisasi. Pada pembelahan dapat dilihat sarang mioma seperti daging mentah berwarna merah disebabkan oleh pigmen hemosiderin dan hemofusin. Degenerasi merah tampak khas apabila pada kehamilan muda disertai emesis, haus, sedikit demam, kesakitan, tumor pada uterus membesar dan nyeri pada perabaan. Universitas Sumatera Utara Degenerasi lemak jarang terjadi dan merupakan lanjutan degenerasi hialin. (Prawirohardjo, 2009)

Mioma memiliki reseptor estrogen yang lebih banyak dibanding miometrium normal. Teori cellnest atau teori genitoblast membuktikan dengan pemberian estrogen ternyata menimbulkan tumor fibromatosa yang berasal dari sel imatur. Mioma uteri sebenarnya berasal dari sel miosit normal yang kemudian bermutasi somatik akibat mengalami defek kariotipe seperti kromosom 6, 7, 12,

dan 14. Mioma uteri terdiri dari otot polos dan jaringan yang tersusun seperti konde diliputi pseudokapsul. Mioma uteri lebih sering ditemukan pada nulipara, faktor keturunan juga berperan. Perubahan sekunder pada mioma uteri sebagian besar bersifat degeneratif karena berkurangnya aliran darah ke mioma uteri (Chandranita, Fajardkk, 2010).

2.1.5 WOC



Gambar 2.2 Pathway Myoma Uteri. Sumber : (Prawirohardjo, 2005) dan (Nanda, 2014).

2.1.6 Manifestasi Klinis

1. Perdarahan abnormal

Merupakan gejala klinik yang sering ditemukan (30%). Bentuk perdarahan yang ditemukan berupa menoragi, metroragi, dan hipermenorrhea. Perdarahan dapat menyebabkan anemia defisiensi Fe. Perdarahan abnormal ini dapat dijelaskan oleh karena bertambahnya area permukaan dari endometrium yang menyebabkan gangguan kontraksi otot rahim, distorsi dan kongesti dari pembuluh darah di sekitarnya dan ulserasi dari lapisan endometrium.

2. Penekanan rahim yang membesar :

- a. Terasa berat di abdomen bagian bawah.
- b. Gejala traktus urinarius: urine frekuensi, retensi urine, obstruksi ureter dan hidronefrosis.
- c. Gejala intestinal: konstipasi dan obstruksi intestinal.
- d. Terasa nyeri karena tertekannya saraf.

3. Nyeri dapat disebabkan oleh :

- a. Penekanan saraf.
- b. Torsi bertangkai.
- c. Submukosa mioma terlahir.
- d. Infeksi pada mioma.

4. Infertilitas, akibat penekanan saluran tuba oleh mioma yang berlokasi di korpus. Perdarahan kontinyu pada pasien dengan mioma submukosa dapat menghalangi implantasi. Terdapat peningkatan insiden aborsi dan kelahiran prematur pada pasien dengan mioma intramural dan submukosa.

5. Kongesti vena, disebabkan oleh kompresi tumor yang menyebabkan edema ekstremitas bawah, hemorroid, nyeri dan dyspareunia.

2.1.7 Penatalaksanaan

Penanganan yang dapat dilakukan ada dua macam yaitu penanganan secara konservatif dan penanganan secara operatif.

1. Penanganan konservatif sebagai berikut :
 - a. Observasi dengan pemeriksaan pelvis secara periodik setiap 3-6 bulan.
 - b. Bila anemia, Hb < 8 g% transfusi PRC.
 - c. Pemberian zat besi
2. Penanganan operatif, bila :
 - a. Ukuran tumor lebih besar dari ukuran uterus 12-14 minggu
 - b. Pertumbuhan tumor cepat.
 - c. Bila dapat menjadi penyulit pada kehamilan berikutnya.
 - d. Penekanan pada organ sekitarnya. (Astria Ema Kharisma, 2015)

Jenis operasi yang dilakukan untuk mengatasinya dapat berupa langkah-langkah berikut :

1. Miomektomy

E nukleasi mioma dilakukan pada penderita yang infertil, masih menginginkan anak, atau mempertahankan uterus demi kelangsungan fertilitas. E nukleasi sebaiknya tidak dilakukan jika ada kemungkinan terjadinya karsinoma endometrium atau sarkoma uterus dan dihindari pada masa kehamilan. Tindakan ini seharusnya dibatasi dengan tumor dengan tangkai dan tumor yang dengan mudah dapat dijepit dan diikat. Bila miomektomi menyebabkan cacat yang menembus atau sangat berdekatan

dengan endometrium, maka kehamilan berikutnya harus dilahirkan dengan seksio sesarea.

Menurut *American College of Obstetricians Gynecologists (ACOG)*, kriteria preoperasi adalah sebagai berikut :

- 1) Kegagalan untuk hamil atau keguguran berulang.
- 2) Terdapat leiomioma dalam ukuran yang kecil dan berbatas tegas.
- 3) Alasan yang jelas dari penyebab kegagalan kehamilan dan keguguran yang berulang tidak ditemukan.

2. Histerektomy

Histerektomi dilakukan jika pasien tidak menginginkan anak lagi dan pada pasien yang memiliki leiomioma yang simtomatik atau yang sudah bergejala. Kriteria ACOG untuk histerektomi adalah sebagai berikut :

- 1) Terdapat satu sampai tiga leiomioma asimtomatik atau yang dapat teraba dari luar dan dikeluhkan oleh pasien.
- 2) Perdarahan uterus berlebihan.
- 3) Perdarahan yang banyak, bergumpal-gumpal, atau berulang-ulang selama lebih dari delapan hari.
- 4) Anemia akut atau kronis akibat kehilangan darah.
- 5) Rasa tidak nyaman pada bagian pelvis akibat mioma meliputi hal-hal berikut :
 - a) Nyeri hebat atau akut.
 - b) Rasa tertekan yang kronis di bagian punggung bawah atau perut bagian bawah.

c) Penekanan buli-buli dan frekuensi urine yang berulang-ulang dan tidak disebabkan infeksi saluran kemih.

3. Penanganan Radioterapi

Tujuan dari radioterapi adalah untuk menghentikan perdarahan. Langkah ini dilakukan sebagai penanganan dengan kondisi sebagai berikut :

- 1) Hanya dilakukan pada pasien yang tidak dapat dioperasi(*bad risk patient*)
- 2) Uterus harus lebih kecil dari usia kehamilan 12 minggu.
- 3) Bukan jenis submukosa.
- 4) Tidak disertai radang pelvis atau penekanan pada rectum.
- 5) Tidak dilakukan pada wanita muda karena dapat menyebabkan menopause. (Setiati, 2010)

2.1.8 Komplikasi

1. Perdarahan sampai terjadi anemia
2. Nekrosis dan infeksi, setelah torsi dapat terjadi nekrosis dan infeksi
3. Perlekatan pasca miomektomi.
4. Perdarahan pervagina yang berat juga menimbulkan kondisi kurang darah
5. (anemi), yang boleh diatasi dengan pemberian obat preparat besi (iron).
6. Uterus robek (ruptur) dala, keadaan hamil atau plaenta acreta (akar
7. jaringan plasenta menyusup sampai otot jaringan plasenta) dan increta
8. atau, tonus uterus yang kurang dan kemudian perdarahan uterus (Reni, 2017).

2.1.9 Pemeriksaan penunjang

1. USG Transvaginal/ abdominal : untuk menentukan jenis tumor, lokasi mioma ketebalan endometrium dan keadaan adnexa dalam rongga pelvis.
Biasanya akan tampak uterus membesar
2. CT Scan
3. MRI (Magnetik Resona Imaging)
4. Pemeriksaan Laparaskopi : dilakukan untuk mengevaluasi massa pada pelvis.
5. Pemeriksaan Laboratorium : dilakukan pemeriksaan darah lengkap, urine lengkap, gula darah, tes fungsi hati, ureum, dan kreatinin darah.
(Chandranita, Fajar dkk, 2010).

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Myoma Uteri

Proses keperawatan menjadi 5 tahap, yaitu : pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Lima tahapan inilah yang sampai saat ini digunakan sebagai langkah-langkah proses keperawatan (Deswani, 2011).

2.2.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien menurut Lyer et al (1996, dalam Setiadi, 2012).

1. Identitas atau Biodata Pasien
 - a. Identitas : Mioma biasanya terjadi pada wanita usia reproduktif, paling sering ditemukan pada usia 35 tahun keatas.

2. Keluhan Utama : timbul benjolan diperut bawah dan terasa nyeri. Adapun yang perlu dikaji pada rasa nyeri tersebut adalah : Lokasi nyeri, Intensitas nyeri, waktu dan durasi, kualitas nyeri.
3. Riwayat Kesehatan
 - a. Riwayat Penyakit Sekarang : Saat dilakukan pengkajian, seperti rasa nyeri karena terjadi tarikan, adakah perdarahan
 - b. Riwayat Penyakit Dahulu : Tanyakan jenis pengobatan yang pernah dilakukan, tanyakan riwayat kehamilan, penggunaan alat kontrasepsi.
 - c. Riwayat Penyakit Keluarga : Wanita dengan garis keturunan dengan Myoma Uteri mempunyai 2 kali kemungkinan untuk menderita Myoma dibandingkan dengan wanita tanpa garis keturunan.
 - d. Riwayat Obstetri :
 - 1) Keadaan Haid

Dikaji tentang riwayat menarche dan haid terakhir, sebab Myoma Uteri tidak pernah ditemukan sebelum menarche dan mengalami atrofi pada masa menopause.
 - 2) Riwayat Kehamilan dan persalinan

Kehamilan mempengaruhi pertumbuhan Myoma, dimana Myoma Uteri tumbuh cepat pada masa hamil ini dihubungkan dengan hormon estrogen, pada masa ini dihasilkan dalam jumlah yang besar.

4. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum : Kaji tingkat pasien mioma uteri

b. Pemeriksaan fisik head to toe :

- 1) Kepala dan rambut : lihat kebershan kepala dan rambut
- 2) Mata : lihat konjungtiva anemis, pergerakan bola mata simetris
- 3) Hidung : Lihat kesimetrisan dan kebersihan
- 4) Telinga : lihat kebersihan
- 5) Mulut : Lihat mukosa mulut kering atau lembab
- 6) Leher dan tenggorokan : raba dan rasakan adanya pembengkakan kelenjar getah bening
- 7) Dada/torax : paru-paru, jantung, sirkulasi
- 8) Abdomen
Inspeksi : bentuk, adanya lesi, terlihat menonjol
Palpasi : terdapat nyeri tekan pada abdomen
Perkusi : timpani, pekak
Auskultasi : bagaimana bising usus
- 9) Ekstremitas : terdapat pembengkakan pada ekstremitas atas dan bawah
- 10) Genitalia dan anus : perhatikan kebersihan, perdarahan diluar dan siklus menstruasi (Austin, 2012).

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada Myoma Uteri, (SDKI, 2017) diantaranya :

1. Nyeri akut b/d trauma jaringan dan reflex spasme otot sekunder akibat tumor, nekrosis dan peradangan (D.0077)
2. Hipovolemia b.d. perdarahan pervaginam berlebihan (D. 0023)
3. Gangguan Eliminasi Urine b/d penekanan oleh massa jaringan neoplasma pada organ sekitarnya (D.0040)
4. Risiko syok (D.0039)
5. Ansietas b.d Kurangnya pengetahuan tentang penyakit, prognosis dan kebutuhan pengobatan (D.0080)

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Perencanaan adalah penyusunan rencana tindakan keperawatan akan dilaksanakan untuk menanggulangi masalah sesuai dengan diagnosa keperawatan yang telah di tentukan dengan tujuan, criteria hasil, rencana tindakan atau intervensi dan rasional tindakan (Dermawan, 2012).

1. Dx : Nyeri akut b/d trauma jaringan dan reflex spasme otot sekunder akibat tumor

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nyeri berkurang atau hilang

Kriteria hasil :

- a. Nyeri berkurang
- b. Gelisah menurun
- c. Tanda-tanda vital membaik

d. Nafsu makan membaik

Intervensi :

1) Observasi

Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri, identifikasi skala nyeri

R/ mengidentifikasi karakteristik nyeri dan untuk menetapkan intervensi yang tepat bagi pasien

2) Terapeutik

Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri, Fasilitasi istirahat dan tidur

R/ teknik relaksasi non farmakologis sebagai terapi pendukung medis dan psikis yang baik untuk manajemen mengurangi rasa nyeri

3) Edukasi

Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri

R/ memandirikan pasien terhadap terapi yang telah diajarkan jika serangan nyeri kembali muncul

4) Kolaborasi

Kolaborasi pemberian analgesic, jika perlu.

R/ menunjang proses kesembuhan pasien

2. Hipovolemia b.d. perdarahan pervaginam berlebihan.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tidak terjadi kekurangan volume cairan tubuh.

Kriteria Hasil :

- a. Tidak ditemukan tanda-tanda kekurangan cairan. Seperti turgor kulit kurang, membran mukosa kering, demam.
- b. Pendarahan berhenti, keluaran urine 1 cc/kg BB/jam.
- c. Tanda-tanda vital dalam batas normal : Suhu : 36-37°C, Nadi : 80 – 100 x/m, RR : 16-24 x/m, TD : Sistole : 100-130 mmHg, Diastole : 70-80 mmHg

Intervensi :

- 1) Kaji tanda-tanda kekurangan cairan.
R/ memantau adanya tand dehidrasi
- 2) Pantau masukan dan haluaran/ monitor balance cairan tiap 24 jam.
R/ mengetahui kecukupan kebutuhan cairan pasien
- 3) Monitor tanda-tanda vital. Evaluasi nadi perifer.
R/ memantau kondisi pasien
- 4) Observasi pendarahan
R/ mengindikasikan prognosis untuk melaksanakan intervensi yang tepat bagi pasien
- 5) Anjurkan pasien untuk meningkatkan asupan per oral (minum + 1500-2000 ,l/hari, dan meningkatkan nafsu makan)
- 6) Kolaborasi untuk pemberian cairan parenteral dan kalau perlu transfusi sesuai indikasi, pemeriksaan laboratorium. Hb, leko, trombo, ureum,kreatinin

R/ memperbaiki kondisi pasien dengan memberi terapi parenteral sesuai kebutuhan pasien.

3. Dx : Gangguan Eliminasi b/d penekanan oleh massa jaringan neoplasma pada organ sekitarnya

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan eliminasi urine membaik

Kriteria hasil :

- a. Sensasi berkemih menurun
- b. Desakan berkemih menurun
- c. Distensi kandung kemih menurun
- d. Frekuensi BAK membaik

Intervensi :

- 1) Observasi

Identifikasi tanda dan gejala retensi, identifikasi faktor yang menyebabkan retensi, monitor eliminasi urine

R/ mengidentifikasi penyebab dan memantau haluaran urin secara signifikan

- 2) Terapeutik

Catat waktu-waktu dan haluaran berkemih, batasi asupan cairan jika perlu

R/ memantau haluaran urine dan kebutuhan cairan yang sesuai bagi pasien

- 3) Edukasi

Ajarkan mengenai tanda berkemih dan waktu yang tepat untuk berkemih, anjurkan mengurangi minum menjelang tidur

R/ melatih pasien dalam mengontrol pengeluaran urine secara berkala

4) Kolaborasi

Kolaborasi pemberian obat suppositoria uretra, jika perlu

R/ menunjang proses asuhan keperawatan untuk kesembuhan pasien

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Bab ini disajikan untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan Asuhan Keperawatan Maternitas dengan diagnosa medis Myoma Uteri Pre Operasi Miomektomy, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 11-13 Maret 2020 dengan data pengkajian pada tanggal 11 Maret 2020 jam 08.00 WIB di ruang E2 Kelas III di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya. Anamnesa diperoleh dari pasien dan file register sebagai berikut.

3.1 Pengkajian

3.1.1 Identitas

Pasien adalah seorang Ibu bernama Ny.S usia 40 tahun. Pasien MRS pada tanggal 10 Maret 2020 pada Pukul 22.30 WIB di ruang E2 di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya dan dilakukan pengkajian pada tanggal 11 Maret 2020. Pada pukul 08.00 WIB. Pasien beragama Islam, bahasa yang sering digunakan adalah Bahasa Indonesia, pendidikan terakhir adalah Sekolah Dasar, pekerjaan Ibu sebagai Ibu Rumah Tangga. Pasien tinggal di Mulyorejo, Surabaya. Pasien merupakan istri dari Tn. H, pekerjaan suami sebagai Karyawan Swasta.

3.1.2 Status Kesehatan Saat Ini

1. Keluhan Utama

Pasien mengatakan nyeri perut bagian bawah

2. Riwayat Kondisi Saat ini

Pasien mengatakan datang ke IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya dengan keluhan nyeri perut karena ada benjolan (Miom) di rahimnya, nyeri cekot-cekot, nyeri terasa pada perut kanan bagian bawah, skala 7 (0-10), nyeri timbul ketika saat tubuh bergerak miring ke sebelah kanan. Ibu mengatakan ketika menstruasi selalu merasakan nyeri, serta saat sedang beraktivitas perut pasien terasa keras dan sakit saat dibuat jalan. Pada hari Selasa, 10 Maret 2020 pada pukul 22.30 WIB saat setelah mengeluh nyeri perut pasien diantar suaminya pergi ke IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya kemudian setelah dilakukan serangkaian pemeriksaan dan observasi oleh dokter, maka pasien disarankan untuk rawat inap di ruangan E2 karena akan dilakukan operasi Miomektomy. Saat dilakukan pengkajian tanggal 11 Maret 2020 pukul 08.00. Pasien mengatakan perut masih terasa nyeri cekot-cekot di perut kanan bagian bawah dengan skala 7 (0-10) dan hilang timbul, ada perdarahan menstruasi ganti pembalut \pm 3 kali (\pm 100 cc) terhitung sebelum pasien rawat inap di ruang E2 sejak pukul 20.00 – 01.00 WIB. Ibu tampak lemas dan cemas, Ibu sering bertanya pada perawat tentang kondisi yang dialaminya. TTV pasien TD 170/110 mmHg, N 62 x/menit, RR 21 x/menit, S 37°C, Spo2 95 %. Pasien mendapatkan terapi infuse RL 1000 ml/14 tpm, Terapi Ketorolac 2x30 mg, dan Transamin 2x500 mg.

3. Diagnosa medik

MiomaUteri Pre Operasi Miomektomy

3.1.3 Riwayat Keperawatan

1. Riwayat Obstetri

a. Riwayat Menstruasi

Pasien menarche pada usia 15 Tahun, dengan siklus tidak teratur, lamanya haid kurang lebih 7-8 hari. Dengan jumlah \pm ganti 2- 3 kali pembalut/ hari. Pasien mengeluh nyeri setiap kali menstruasi.

b. Genogram

Pasien merupakan anak terakhir dari lima bersaudara. Memiliki 1 kakak laki-laki dan 3 kakak perempuan. Orang tua (Ibu) pasien masih hidup, dan ayahnya sudah meninggal. Pasien menikah dengan Tn. H dan memiliki dua orang anak kembar laki – laki dan perempuan.

c. Riwayat Kehamilan, Persalinan, Nifas :

Pasien mengatakan memiliki dua orang anak kembar yang berjenis kelamin laki – laki dan perempuan. Keduanya saat ini berusia 17 Tahun. Anak lahir dengan cara operasi *Sectio Caesarea* oleh bantuan dokter di salah satu Rumah Sakit di Surabaya. BB lahir laki – laki 2400 gram dan perempuan 2100 gram, panjang badan laki – laki 55 cm dan perempuan 50 cm.

2. Riwayat Keluarga Berencana

Ny. S melaksanakan KB setelah melahirkan anak kembarnya hingga Tahun 2012. Jenis kontrasepsi yang digunakan adalah jenis pil merk Microgynon.

3. Riwayat Kesehatan

Pasien mengatakan Tahun 2007 pernah operasi Myoma yang 1 di Rumah Sakit Bakti Dharma Husada dan Pernah opname karena penyakit Stroke pada Tahun 2000 di Rumah Sakit Kediri. Pasien memiliki riwayat penyakit Myoma sejak \pm 15 Tahun terakhir dan Strokenya sejak \pm 20 Tahun terakhir.

4. Riwayat Kesehatan

Ny. S mengatakan memiliki riwayat penyakit Stroke yang dialami sejak \pm 20 Tahun terakhir, dan Mioma Uteri yang dialami sejak setelah \pm 15 Tahun terakhir. Ny. S mengatakan mendapatkan pengobatan yang di konsumsi yakni obat darah tinggi Captopril 5 mg.

5. Riwayat penyakit keluarga

Pasien mengatakan anggota keluarga ada yang memiliki riwayat penyakit Hipertensi, dan Penyakit pada Sistem Reproduksi (Mioma Uteri).

6. Riwayat Lingkungan

Lingkungan tempat tinggal pasien cukup bersih, pasien mengatakan setiap hari membersihkan rumah pagi dan sore. Ny. S mengatakan kesehariannya tidak berada di tempat yang berbahaya. Ny. S memahami tentang pentingnya menjaga kebersihan

7. Aspek Psikososial

Ny. S mengatakan bahwa pasrah akan penyakit yang dialaminya karena penyakitnya adalah ujian dari Allah SWT, Ny. S mengatakan yang biasanya bisa beraktivitas sehari – hari, kini tidak dapat beraktivitas karena berbaring di rumah sakit. Ny. S ingin cepat sembuh dan bisa beraktivitas kembali. Ny. S mengatakan orang terpenting adalah keluarga (suami dan anaknya), Ny. S mengatakan senang memiliki suami dan 2 anak kembar yang penurut dan menyayanginya, suami Ny. S dan kedua anaknya selalu memberikan semangat untuk kesembuhannya.

8. Kebutuhan Dasar Khusus (di Rumah dan Rumah Sakit)

a. Pola Nutrisi

Sebelum MRS pasien makan 3x sehari, jenis makanan sayur, nasi, lauk pauk, dan buah, frekuensi minum $\pm 8 - 1,5$ liter /hari, tidak ada pantangan. Saat MRS, pasien makan habis hanya $\frac{1}{2}$ porsi habis tidak mau makan olahan daging dan sayur, pasien makan pada pukul 07.00 WIB, jenis makanan : nasi, lauk, buah dan sayur, frekuensi minum : ± 250 ml sejak MRS.

b. Pola eliminasi

Sebelum MRS pasien mengatakan BAK 4-5 x/hari, warna : kuning jernih, bau khas urine, konsisten cair, jumlah urine ± 45 cc/jam, keluhan saat BAK : pasien mengatakan tidak memiliki masalah pada sistem perkemihan atau riwayat ISK, dll. Saat MRS pasien tampak menggunakan folley kateter, jumlah urine ± 200 cc/ 5 jam (terpasang hari ini pukul 04.00 WIB), warna : kuning jernih, tidak ada endapan, keluhan saat BAK : tidak ada. Pasien BAB SMRS frekuensi 1-2 x/hari, warna : kuning kecoklatan, bau : khas, konsistensi : lembek, keluhan : tidak ada. BAB MRS Ny.S mengatakan masih eblum BAB sejak MRS, warna bau dan konsisten : tidak terkaji.

c. Pola personal hygiene

Sebelum MRS pasien mandi 2 kali sehari, gosok gigi 2 kali sehari setiap mandi pagi dan sore. Cuci rambut 2 hari sekali. Selama MRS pasien bedrest sehingga saat mandi pasien hanya cuci muka dan

diseka dibantu oleh perawat dan keluarga sebanyak 2 kali sehari, gosok gigi 2 kali sehari pagi dan malam, belum cuci rambut selama MRS.

d. Pola istirahat dan tidur

Sebelum MRS pasien tidur 8-9 jam sehari. Kebiasaan sebelum tidur menonton TV, tidak ada masalah gangguan pola tidur. Selama MRS pasien mengatakan tidur 6jam sehari. Pasien mengatakan sulit tidur karena lingkungan kurang nyaman ramai banyak yang menjenguk dan tidak nyaman saat dirumah ungkap Ny.S,aktivitas sebelum tidur berbincang – bincang dengan keluarganya.

e. Pola aktifitas dan latihan

Keseharian Ny.S adalah sebagai Ibu Rumah Tangga, Ny.S tidak bekerja, Ny.S mengatakan olahraga suka jalan – jalan pagi keliling dekat rumahnya, kegiatan waktu luang : berkumpul dengan keluarganya. Keluhan dalam beraktifitas : Sebelum sakit Ibu mengatakan mampu melaksanakan aktivitas sehari-hari meliputi membersihkan rumah, mandi, makan, BAB/BAK, dan berpakaian pasien melakukannya secara mandiri dan tidak menggunakan alat bantu saat dirumah. Namun, setelah MRS pasien hanya beristirahat, karena saat dilakukan aktivitas perut terasa sakit dan keras, pasien ingin segera sembuh agar bisa kembali beraktifitas, kegiatan waktu luang : Menonton TV.

f. Pola kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan

Pasien maupun anggota keluarganya tidak ada yang konsumsi rokok,

minuman keras dan tidak ketergantungan obat.

3.1.4 Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum pasien tampak lemah, kesadaran composmentis, pemeriksaan Tanda – tanda vital : Tekanan darah 170/110 mmHg, Nadi 62 x/menit, Respiratory rate 21 x/menit, Suhu 37,0 ° c, Spo2 95 %, berat badan : 45 kg, tinggi badan : 155 cm. Berikut ini adalah pemeriksaan *head to toe* pada pasien:

1. Kepala

Pemeriksaan kepala tampak bentuk kepala simetris, tidak ada lesi ataupun massa. Tidak ada keluhan sakit kepala.

2. Mata

Pada pemeriksaan kelopak mata tidak ada pembengkakan pada kelopak mata, gerakan mata kanan kiri normal, bentuk mata simetris, akomodasi normal, dapat melihat ke segala arah, konjungtiva ditemukan anemis, sklera Ikterik, pupil bulat dan isokor.

3. Hidung

Pada pemeriksaan hidung tampak simetris bentuk kanan dan kiri, Ny. S mengatakan tidak memiliki alergi debu, sinus tidak memiliki riwayat sinusitis akut maupun kronis

4. Mulut dan Tenggorokan

Pada pemeriksaan mulut dan tenggorokan gigi geligi tampak utuh, tidak ada carries, tidak ada sariawan, Ny. S mengatakan tidak mengalami gangguan menelan , mukosa bibir pasien kering.

5. Dada dan Axilla

Pada pemeriksaan mammae, Mammae, Areolla mammae, Papila mammae , Colostrum tidak terkaji.

6. Pernafasan

Pada pemeriksaan pernafasan didapatkan bentuk dada normochest, jalan nafas bebas dan paten (bernafas spontan), suara nafas vesikuler, tidak menggunakan otot bantu nafas, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada pernafasan pursed lips, frekuensi pernafasan 21x/menit, Spo2 95 %.

7. Sirkulasi jantung

Pada pemeriksaan sirkulasi di dapatkan hasil tekanan nadi 62 x/menit, tekanan darah 170/110 MmHg, Irama teratur, bunyi jantung S1 S2 tunggal, tidak ada kelainan bunyi jantung, tidak ada nyeri dada, CRT < 2 detik.

8. Abdomen

Pada pemeriksaan abdomen terdapat massa di perut kanan bagian bawah, terdapat luka bekas operasi mioma uteri yang pertama, bising usus 10x/menit. Terdapat perlengketan dinding anterior uterus dengan dinding abdomen, uterus membesar 24-26 mkg, ovarium tuba kanan normal (perlekatan dengan dinding parametrium kanan), ovarium tuba kiri normal.

9. Genitourinary

Terdapat perdarahan menstruasi dari vagina, ganti pembalut \pm 3 kali (\pm 100cc) sejak pukul 02.00 – 08.00 WIB (saat pengkajian). Pada pemeriksaan vesika urinaria tidak terjadi distensi kandung kemih, pasien tampak menggunakan foley kateter, jumlah urine \pm 200 cc/ 5 jam

(terpasang hari ini pukul 04.00 WIB), warna kuning jernih, tidak ada endapan

10. Ekstrimitas (integumen/muskuloskeletal)

Pada pemeriksaan ekstermitas didapatkan hasil turgor kulit menurun/ tidak elastis, warna kulit sawo matang, tidak terdapat kontraktur pada persendian ekstrimitas, tidak terdapat edema ekstermitas, tidak ada kesulitan dalam pergerakan, akral dingin, pucat, dan basah.

Kekuatan otot	5555	5555
	5555	5555

3.1.5 Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan Laboratorium

Tabel 3.2 : Hasil pemeriksaan penunjang pada Ny.S dengan Myoma Uteri dengan di Ruang E2/III di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya pada tanggal 11 Maret 2020.

Laboratorium		
Pemeriksaan	Hasil 11 Maret 2020	Nilai Normal
Leukosit	13.79 k/UL	4.00-11.5 k/UL
Hemoglobin	9.9 g/Dl	11.5-15.0 g/dL
Hematokrit	30.1 %	34.0-46.0 %
Trombosit	385 k/UL	140-400 k/UL
Platelet	408 mg/dL	150-450 k/UL

2. Ultrasonografi (USG) tanggal 10 Maret 2020

Terdapat perlengketan dinding anterior uterus dengan dinding abdomen, uterus membesar 24-26 mgg, ovarium tuba kanan normal (perlekatan dengan dinding parametrium kanan), ovarium tuba kiri normal.

3. Terapi Medis tanggal 11 Maret 2020

Tabel 3.2 : Terapi medis pada Ny.S dengan Myoma Uteri dengan di Ruang E2/III di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya pada tanggal 11 Maret 2020.

Nama obat, dosis, cara pemberian	Indikasi	Kontraindikasi	Efek Samping
1. Infus RL 1000 ml/14 Tpm	1. Untuk resusitasi cairan dan terapi rumatan seperti pada pasien syok, luka bakar, atau gangguan keseimbangan elektrolit	1. Menyebabkan koagulasi pada pemberian bersamaan dengan transfusi darah	1. Ekspansi volume intravaskuler, sehingga menaikkan preload dan memperbaiki perfusi
2. Transfusi Prc 1 bag 300 cc/ Intra Vena	2. Untuk pasien yang kekurangan darah (penurunan kadar hemoglobin) atau menderita penyakit tertentu	2. Koagulasi bila diberikan bersamaan dengan cairan RL	2. Jarang terjadi, hanya beberapa orang dengan hipersensitifitas seperti demam dan reaksi alergi
3. Ketorolac 2x 30 mg /Intra Vena	3. Untuk meredakan nyeri	3. Hipersensitivitas	3. Denyut jantung meningkat, perubahan mood
4. Transamine 2 x 500 mg / Intra Vena	4. Menghentikan perdarahan	4. Hipersensitivitas	4. Mual, muntah, kepala pusing
5. Cefotaxim 2x1 gr / Intra Vena	5. Antibiotik yang digunakan untuk mengobati berbagai macam infeksi.	5. Hipersensitivitas	5. Diare, pusing, ruam kulit, demam, nyeri atau bengkak pada area yang diinjeksi

3.2 Analisa Data

No	DATA	PENYEBAB	MASALAH
1.	DS : Ibu mengatakan nyeri karena ada benjolan P : Mioma Q : Cekot – cekot R : Perut kanan bawah S : 7 (1-10) T : Hilang Timbul DO : - Ibu tampak meringis kesakitan - Ibu tampak gelisah - Hasil Laboratorum : - WBC : 13.79 10 ³ /uL (4.00-11.5 10 ³ /uL) - Observasi Tanda Vital : TD : 170/110 mmHg RR : 21 x/menit Nadi : 62 x/menit Suhu : 37 ° C Spo2 : 95 %	Agen pencedera fisiologis (Myoma Uteri)	Nyeri Akut
2.	Faktor Resiko : - Akral dingin, basah, pucat - Ibu mengalami menstruasi menghabiskan ± 3 pembalut (± 100 cc/ 5 jam) - Mukosa bibir kering - Konjungtiva anemis - Hasil laboratorium: Hct : 30.1 % (34.0-46.0 %) HGB : 9.9 g/dL (11.5 -15.0 g/dL) - Frekuensi Nadi 62 x/menit		Risiko Perfusi Perifer Tidak Efektif
3.	DS : Ibu mengatakan cemas dan khawatir karena akan menjalani operasi mioma DO : - Pasien tampak gelisah	Krisis situasional (Prosedure Pre operasi Miomektomy)	Ansietas

	<ul style="list-style-type: none"> - Muka pasien tampak pucat - Raut muka pasien tampak tegang - Tanda tanda vital: TD : 170/110 mmHg RR : 21 x/menit S : 37°C N : 62 x/menit 		
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

3.3 Diagnosa Keperawatan

Hasil pengkajian pasien didapatkan diagnosa keperawatan, yaitu :

1. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis (Myoma Uteri) ditandai dengan Ibu megeluh nyeri perut, karena ada massa (P : Mioma, Q : Cekot – cekot, R : Perut kanan bawah, S : 7 (1-10), T : hilang timbul), Ibu tampak meringis kesakitan, Ibu tampak gelisah, TD 170/110, N 62 x/menit, S 37° C, RR 21 x/menit, SpO₂ 95 %, WBC : 13.79 10³/uL (4.00-11.5 10³/uL)
2. Resiko Perfusi Perifer Tidak Efektif ditandai dengan akral teraba dingin, basah, pucat, ibu mengalami menstruasi yang tidak teratur, menghabiskan ± 3 pembalut (± 100 cc/ 5 jam) mukosa bibir kering, konjungtiva anemis, frekuensi nadi 62 x/menit, Spo₂ 95 %. Hasil pemeriksaan laboratorium : Hct : 30.1 % (34,0-46,0), HGB : 9.9 g/dL (11,5-15,0 g/dL).
3. Ansietas berhubungan dengan Krisis Situasional (Prosedur Pre Operasi Miomektomy) ditandai dengan Ibu tampak gelisah , Ibu mengatakan dan khawatir karena akan menjalani operasi Myoma, wajah tampak pucat, raut muka pasien tampak tegang , TD 170/110 mmHg, Nadi 62 x/menit. 170/110, N 62 x/menit, S 37° C, RR 21 x/menit, SpO₂ 95 %.

3.4 Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
1.	Nyeri Akut b/d Agen pencedera Fisiologis (Myoma Uteri)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam, diharapkan pasien toleran terhadap nyeri, dengan Kriteria Hasil: <ol style="list-style-type: none"> 1) Keluhan nyeri cukup menurun 2) Meringis menurun 3) Tanda – tanda vital cukup membaik TD : 110 – 120/ 70-80 mmHg Suhu : 36 – 37,5 ° C Nadi : 80 – 100 x/menit RR : 16 – 22 x/menit SpO2 : 95 – 100 % 4) Pasien mampu mengenali kapan nyeri terjadi 5) Skala nyeri menurun (rentang 1 - 10) 6) Pasien mampu menggunakan tindakan pencegahan nyeri 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi skala nyeri 2) Identifikasi respon nyeri non verbal 3) Identifikasi lokasi, karakteristik, kualitas dan intensitas nyeri 4) Edukasi dan latih pasien teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (Relaksasi nafas dalam) 5) Lakukan pengaturan posisi tidur yang nyaman yang disukai pasien 6) Motivasi pasien untuk mendemonstrasikan teknik relaksasi nafas dalam yang telah diajarkan 7) Kolaborasi dalam pemberian obat secara intravena (anti nyeri) 	R/ Mengetahui status kesehatan klien dan melakukan tindakan selanjutnya R/ Mengetahui tingkat nyeri yang dirasakan oleh pasien R/ Posisi yang nyaman dapat menurunkan intensitas nyeri pasien R/ Dengan memasukkan obat melalui intravena, maka reaksi nyeri akan cepat berkurang.
2.	Risiko Perfusi Perifer Tidak Efektif	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan masalah perfusi perifer meningkat, dengan Kriteria Hasil: <ol style="list-style-type: none"> 1) Kadar hemoglobin dalam 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan tekanan nadi, frekuensi nafas dan tekanan darah 	R/ memantau perkembangan kondisi pasien

		<p>batas normal (11,5 – 15,0 g/dl)</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) Membran mukosa membaik 3) Warna kulit pucat menurun 4) Pengisian kapiler membaik 5) Akral membaik 6) Turgor kulit membaik 7) Tanda – tanda vital cukup membaik <p>TD : 110 – 120/ 70-80 mmHg Suhu : 36 – 37,5 ° C Nadi : 80 – 100 x/menit RR : 16 – 22 x/menit SpO2 : 95 – 100 %</p>	<ol style="list-style-type: none"> 2) Monitor status saturasi oksigen 3) Monitor turgor kulit dan CRT, tingkat kesadaran, pantau jumlah perdarahan yang keluar 4) Anjurkan pasien untuk bedrest 5) Edukasi kepada pasien untuk meningkatkan asupan per oral (minum air putih sesering mungkin, meningkatkan nafsu makan sumber hewani dan sayur) 6) Kolaborasi pemasangan IV line dengan selang set transfusi, pemberian transfusi darah jika perlu. 	<p>R/ nilai hemoglobin yang rendah untuk memantau perdarahan pasien</p> <p>R/ asupan per oral dapat membantu tubuh untuk terhidrasi</p> <p>R/ menyuplai cairan tubuh pasien yang hilang.</p>
3.	<p>Ansietas b/d Kurang terpapar informasi, Krisis Situasional (Prosedur Pre Operasi Miomektomy)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan tingkat ansietas menurun, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 2) Perilaku gelisah menurun 3) Muka pucat menurun 4) Cemas menurun 5) Ketegangan menurun 6) Klien mampu mengungkapkan dan menunjukkan teknik untuk 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi tanda ansietas (mis.kondisi, waktu, stressor) 2) Ciptakan lingkungan yang tenang dan tanpa gangguan dan pencahayaan dan suhu ruang nyaman , jika memungkinkan 3) Beri edukasi pada pasien secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis tentang kondisi yang dialami 4) Anjurkan keluarga untuk tetap bersama mendampingi pasien 5) Edukasi pasien untuk rileks dan 	<p>R/ Memudahkan px melakukan Relaksasi</p> <p>R/ Lingkungan yang tenang dan nyaman dapat mempermudah prosesterapi</p> <p>R/ Suara yang lembut dan berirama terapi dapat diterima dengan mudah oleh pasien</p> <p>R/ Posisi nyaman dapat</p>

		<p>mengontrol cemas</p> <p>7) Tanda – tanda vital cukup membaik</p> <p>TD : 110 – 120/ 70-80 mmHg</p> <p>Suhu : 36 – 37,5 ° C</p> <p>Nadi : 80 – 100 x/menit</p> <p>RR : 16 – 22 x/menit</p> <p>SpO2 : 95 – 100 %</p>	<p>merasakan sensasi relaksasi (melakukan terapi audio/musik mendengarkan Murrotal Al-Qur'an)</p> <p>6) Motivasi pasien untuk mendemonstrasikan teknik relaksasi yang telah diajarkan.</p>	<p>membuat pasien menjadi rileks</p>
--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------

TINDAKAN KEPERAWATAN DAN CATATAN PERKEMBANGAN

RABU, 11 Maret 2020

Nama Klien : Ny. S

Ruangan/Kamar : Ruang E2/IV

Umur : 40 Tahun

No. Register : 23.XX.X

DX	Tgl/jam	Tindakan dan Evaluasi	TT	Tgl/jam	Catatan Perkembangan	TT
1,2,3	12 Maret 2020 08:00	Memonitor Tanda – tanda vital : RR : 21 x/mnt TD : 170/110 mmHg S : 37 ° C N : 62 x/mnt SpO2 : 95 %	<i>Afm</i>	11 Maret 2020 16.25	<u>Nyeri Akut</u> S : Pasien mengatakan masih nyeri Karakteristik nyeri : P : Mioma Uteri Q : Cekot – cekot R : Perut kanan bawah S : 7 (0 – 10) T : Hilang timbul O :	<i>Afm</i>
1	08:30	Mengidentifikasi karakteritik nyeri : P : Mioma Q : Cekot – cekot R : Perut kanan bawah S : 7 (1-10) T : Hilang Timbul	<i>Afm</i>			
2	08:45	Memantau turgor kulit, CRT, tingkat kesadaran pasien, pantau perdarahan → Akral pasien dingin basah dan pucat, mukosa bibir lembab, CRT < 2	<i>Afm</i>		- Pasien tampak meringis kesakitan - Pasien tampak gelisah Hasil Observasi TTV :	

1,2	09:00	detik, kesadaran baik composmetis, pengeluaran darah ganti ± 3 pembalut (± 100 cc / 5 jam) Memberikan Terapi : - Injeksi Ketorolac 30 mg/ Intra Vena - Injeksi Transamine 500 mg/ Intra Vena - Injeksi Cefotaxim 2x1 gr/ Intra Vena - Transfusi PRC 1 bag 300 cc	<i>Afm</i>		TD 166/109 mmHg Nadi 70 x/menit RR 20 x/menit S 36,5°C SpO2 95 % A : Nyeri Akut teratasi sebagian P : Intervensi nomor 1,2,3,4,7 dilanjutkan	
1,2	09:20	Memonitor hasil Laboratorium : Hematokrit 30.1 % Hemoglobin 9.9 g/dl Leukosit 13.79 k/ul	<i>Afm</i>	11 Maret 2020 16.35	<u>Risiko Perfusi Perifer Tidak Efektif</u> S : - O :	<i>Afm</i>
1,3	09:45	Mengajarkan pasien teknik relaksasi nafas dalam → membantu ibu lebih rileks dan mengurangi respon nyeri yang dirasakan	<i>Afm</i>		-Konjungtiva tidak anemis -Pasien minum ± 250 cc /7 jam, makan $\frac{1}{2}$ porsi	
1	10:00	Mengajarkan pasien untuk relaksasi nafas dalam → pasien kooperatif	<i>Afm</i>		-Mukosa bibir kering -Akral dingin, basah dan pucat	
3	10:20	Mengajarkan pasien untuk memutar musik Murrotal Qur'an untuk menurunkan kecemasan	<i>Afm</i>		-TD = 153/97 mmHg -Frekuensi menurun (70x/menit) A : Risiko hipovolemi teratasi sebagian	

3	11:00	Mengedukasi pasien untuk meningkatkan asupan oral untuk minum air putih sesering mungkin, dan meningkatkan nafsu makan daging dan sayur tinggi zat besi → pasien minum ± 250 ml, makan ½ porsi	<i>Afm</i>	11 Maret 2020 16.50	P : Intervensi nomor 1,2,3,4,5 dilanjutkan	<i>Afm</i>
1,2,3	11:30	Menganjurkan pasien untuk bedrest dan tidur dengan posisi dan lingkungan yang nyaman → pasien kooperatif	<i>Afm</i>		<u>Ansietas</u>	
3	12:00	Mengidentifikasi tanda ansietas → ibu merasa khawatir karena akan menjalani operasi Miektomi	<i>Afm</i>		S : Ibu mengatakan cemas karena akan operasi pengangkatan Myoma	
3	13:00	Memberikan edukasi kepada pasien secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis → menjelaskan ibu tentang penyakitnya , pengobatan serta tanda bahaya kondisi terkait agar ibu paham dan lebih merasa tenang kondisi yang dialaminya	<i>Afm</i>		O : -Ibu tampak gelisah -Ibu tampak waswas tentang prosedur operasi yang akan dijalani -Raut wajah Tegang -Pasien sering bertanya pada dokter dan perawat tentang kondisi yang dialami saat ini Hasil Observasi TTV : TD 166/109 mmHg. Nadi 70 x/menit, RR 20 x/menit, S 36,5°C, Spo2 95 %.	
3	14:00	Menganjurkan keluarga mendampingi ibu saat merasa cemas → memberikan support mental kepada ibu agar tetap semangat dengan kondisinya saat ini , dan mempersiapkan menghadapi prosedur operasi	<i>Afm</i>			

					<p>A : Ansietas teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi no 2,4,5,6,7 dilanjutkan</p>	
--	--	--	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------	--

TINDAKAN KEPERAWATAN DAN CATATAN PERKEMBANGAN

KAMIS, 12 Maret 2020

Nama Klien : Ny. S

Ruangan/Kamar : Ruang E2/IV

Umur : 40 Tahun

No. Register : 23.XX.X

DX	Tgl/jam	Tindakan dan Evaluasi	TT	Tgl/jam	Catatan Perkembangan	TT
2	12 Maret 2020 08:00	Memonitor - Akral pasien hangat, kering, merah - Mukosa bibir lembab - CRT < 2 detik - Kesadara baik composmetis - Pengeluaran darah ganti pembalut 2 kali ± 70 cc (saat pengkajian)	<i>Afm</i>	12 Maret 2020 16.25	<u>Nyeri Akut</u> S : Pasien mengatakan nyeri berkurang Karakteristik nyeri : P : Mioma Uteri Q : Cekot – cekot R : Perut kanan bawah S : 5 (0 – 10) T : Hilang timbul O : - Pasien tampak meringis kesakitan -Gelisah berkurang Hasil Observasi TTV : TD 153/97 mmHg	<i>Afm</i>
1,2,3	08:30	Memonitor Tanda – tanda vital : RR : 22 x/mnt TD : 170/90 mmHg S : 37 °C N : 90 x/mnt SpO2 : 97 %	<i>Afm</i>			

1	08:45	Mengidentifikasi karakteristik nyeri : P : Mioma Q : Cekot – cekot R : Perut kanan bawah S : 7 (1-10) T : Hilang Timbul	<i>Afm</i>		Nadi 90 x/menit RR 22 x/menit S 36°C SpO2 96 % A : Nyeri Akut teratasi sebagian P : Intervensi nomor 1,2,3,4,7 dilanjutkan	
1	08:45	Mengevaluasi ibu terhadap teknik relaksasi → ibu mampu mengulang teknik relaksasi nafas dalam yang telah diajarkan dengan baik	<i>Afm</i>	12 Maret 2020 16.35	<u>Risiko Perfusi Perifer Tidak Efektif</u> S : - O :	<i>Afm</i>
1,2	09:00	Memberikan Terapi : - Injeksi Ketorolac 30 mg/ Intra Vena - Injeksi Transamine 500 mg/ Intra Vena - Injeksi Cefotaxim 2x1 gr/ Intra Vena	<i>Afm</i>		-Konjungtiva tidak anemis -Pasien minum ± 500 ml, makan habis 1 porsi dengan daging dan sayur -Mukosa bibir lembab -TD = 153/97 mmHg -Frekuensi nadi membaik (90 x/menit) A : Risiko hipovolemi teratasi sebagian P : Intervensi nomor 1,2,3,4,5 dilanjutkan	
1,3	09:20	Menganjurkan ibu untuk mendemonstrasikan cara relaksasi nafas dalam →Ibu mampu mendemonstarsikan teknik nafas dalam dengan baik	<i>Afm</i>			
2	09:45	Mengedukasi pasien untuk meningkatkan asupan oral untuk minum air putih sesering mungkin, dan meningkatkan nafsu makan daging dan sayur tinggi zat besi →pasien mengatakan minum ± 500	<i>Afm</i>			

1,2,3	10:00	ml, makan ½ porsi dengan daging dan sayur Memotivasi pasien untuk tetap bedrest dan tidur dengan posisi yang nyaman → pasien kooperatif	<i>Afm</i>	11 Maret 2020 16.50	<u>Ansietas</u> S : Ibu mengatakan cemas berkurang setelah dijelaskan oleh perawat tentang prosedur yang akan dijalani dan tentang kondisi penyakitnya O : -Ibu tampak gelisah A : Ansietas teratasi sebagian P : Intervensi no 2,4,5,6,7 dilanjutkan	<i>Afm</i>
3	10:20	Mengevaluasi edukasi yang telah diberikan kepada ibu mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis → ibu mampu menjelaskan kembali tentang penyakitnya , pengobatan serta tanda bahaya kondisinya	<i>Afm</i>			
3	11:00	Menganjurkan keluarga mendampingi ibu saat merasa cemas → memberikan support mental kepada ibu agar tetap semangat dengan kondisinya saat ini , dan mempersiapkan menghadapi prosedur operasi	<i>Afm</i>			
3	12:00	Memantau pasien untuk menerapkan teknik relaksasi mendengarkan Murrotal Qu'an untuk menurunkan rasa cemas → tampak keluarga selalu memutar Murrotal Qur'an untuk pasien	<i>Afm</i>			

--	--	--	--	--	--	--

TINDAKAN KEPERAWATAN DAN CATATAN PERKEMBANGAN

JUM'AT, 13 Maret 2020

Nama Klien : Ny. S

Ruangan/Kamar : Ruang E2/ IV

Umur : 40 Tahun

No. Register : 23.XX.XX

DX	Tgl/jam	Tindakan dan Evaluasi	TT	Tgl/jam	Catatan Perkembangan	TT
1,2,3	13 Maret 2020 08:00	Memonitor : -Akral pasien hangat, kering, merah -Mukosa bibir lembab -CRT < 2 detik -Kesadara baik composmetis -Pengeluaran darah ganti pembalut 1 kali ± 50 cc (saat pengkajian)	<i>Afm</i>	13 Maret 2020 15.25	<u>Nyeri Akut</u> S : Pasien mengatakan nyeri berkurang Karakteristik nyeri : P : Mioma Uteri Q : Cekot – cekot R : Perut kanan bawah S : 4 (0 – 10) T : Hilang timbul O : - Pasien tampak rileks - Wajah tampak lebih segar - Tidak Gelisah	<i>Afm</i>
1,2,3	08:30	Memonitor Tanda – tanda vital : RR : 22 x/mnt TD : 170/90 mmHg S : 37 ° C N : 90 x/mnt SpO2 : 97 %	<i>Afm</i>			
1,3	08:45	Mengidentifikasi karakteristik nyeri : P : Mioma Q : Cekot – cekot R : Perut kanan bawah	<i>Afm</i>			

1,3	09:00	S : 4 (1-10) T : Hilang Timbul Mengevaluasi ibu terhadap teknik relaksasi ± ibu mampu menerapkan relaksasi nafas dalam setiap kali merasa nyeri	<i>Afm</i>	13 Maret 2020 15.35	Hasil Observasi TTV : TD 140/90 mmHg Nadi 95 x/menit RR 20 x/menit S 36°C SpO2 98 % A : Nyeri Akut teratasi sebagian P : Intervensi nomor 1,3,4,7 dilanjutkan	<i>Afm</i>
1,2	09:25	Memberikan Terapi : - Injeksi Antrain 500 mg/ Intra Vena - Injeksi Transamine 500 mg/ Intra Vena - Injeksi Cefotaxim 2x1 gr/ Intra Vena	<i>Afm</i>		<u>Risiko Perfusi Perifer Tidak Efektif</u>	
1	10:00	Menganjurkan ibu untuk mendemonstrasikan cara relaksasi nafas dalam →Ibu mampu mendemonstarsikan teknik nafas dalam dengan benar	<i>Afm</i>		S : - O : -Konjungtiva merah muda -Mukosa bibir lembab - Turgor kulit elastis - Akral hangat kering merah - pasien minum ± 700 ml, makan habis 1 porsi dengan daging dan sayur	
2	10:15	Mengedukasi pasien untuk meningkatkan asupan oral untuk minum air putih sesering mungkin, dan meningkatkan nafsu makan daging dan sayur tinggi zat besi →pasien mengatakan minum ± 500 - 800 ml, makan habis 1 porsi dengan daging dan sayur	<i>Afm</i>		-TD = 140/90 mmHg -Frekuensi nadi dalam batas normal (95 x/menit)	
1,2,3	11:00		<i>Afm</i>		A : Risiko hipovolemi teratasi sebagian	
3	11:30	Memotivasi pasien untuk tetap bedrest dan tidur dengan posisi yang nyaman				

3	12:00	<p>→pasien kooperatif</p> <p>Mengevaluasi edukasi yang telah diberikan kepada ibu mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis →ibu mampu menjelaskan kembali tentang penyakitnya , pengobatan serta tanda bahaya kondisinya</p>	<i>Afm</i>	13 Maret 2020 16.50	<p>P : Intervensi nomor 1,2,6 dilanjutkan</p> <p><u>Ansietas</u></p> <p>S :</p> <p>Ibu mengatakan sudah tidak cemas, mengatakan tau cara menangani ketika rasa cemas muncul</p>	<i>Afm</i>
3	13:00	<p>Menganjurkan keluarga mendampingi ibu saat merasa cemas →memberikan support mental kepada ibu agar tetap semangat dengan kondisinya saat ini , dan mempersiapkan menghadapi prosedur operasi</p>	<i>Afm</i>		<p>O :</p> <p>-Ibu tampak tenang</p> <p>-wajah berseri</p> <p>- Hasil Observasi TTV :</p>	
3	14:00	<p>Memantau pasien untuk menerapkan teknik relaksasi mendengarkan Murrotal Qur'an untuk menurunkan rasa cemas</p> <p>□tampak keluarga selalu memutarakan Murrotal Qur'an utntuk pasien</p> <p>Mengedukasi ibu agar tetap tenang saat menjalani prosedur operasi yang akan dilakukan.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menganjurkan pasien puasa ± 12 jam sebelum operasi - Melakukan pencukuran daerah operasi - Memastikan kebersihan 	<i>Afm</i>		<p>TD 140/90 mmHg</p> <p>Nadi 95 x/menit</p> <p>RR 20 x/menit</p> <p>S 36°C</p> <p>A : Ansietas teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	

		<p>tubuh dan melepas perhiasan ibu sebelum tindakan operasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memastikan keseimbangan cairan elektrolit dengan cara memasang cairan infus : - RL 500 cc/ 20 Tpm, Inj. Cefotaxim 1 gr Intra Vena atau obat – obatan lain yang dianjurkan oleh tim medis - Mengosongkan kandung kemih dengan memasang kateter sebagai persiapan sebelum pasien menuju ruang Operasi <p>Apa saja yang harus dipersiapkan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menyiapkan berkas Inform Consent oleh penanggung jawab pasien - Konsul Dokter Anastesi - Konsul dokter jantung - Kolaborasi dengan dokter penyakit dalam dan kandungan - Pemeriksaan Lab yang mendukung 			
--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

BAB 4

PEMBAHASAN

Pada pembahasan kasus ini ditunjukkan untuk menganalisa kesesuaian fakta yang terjadi pada pasien yang berkaitan dengan tinjauan kasus asuhan keperawatan pada Ny.S dengan diagnosa medis Myoma Uteri Pre Operasi Miomektomy di Ruang E2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya. Kegiatan yang dilakukan melalui pengkajian, diagnose keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

4.1 Pengkajian

Hasil pengkajian data fokus pada Ny.S didapatkan hasil bahwa pasien mengalami nyeri perut dengan skala 7 (1-10), (P : Mioma, Q : Cekot – cekot, R : Perut kanan bawah, S : 7 (1-10), T : Hilang Timbul). Dijelaskan dalam teori bahwa ada beberapa penyebab nyeri pada mioma uteri, yaitu perputaran tangkai mioma submukosa dan bila terjadi degenerasi merah, dismenorrhea biasanya dijumpai saat dekade empat atau lima mungkin merupakan gejala yang khas dari pertumbuhan mioma uteri (Breech, 2009). Hal ini sesuai dengan teori yang mengatakan bahwa Myoma Uteri selalu diikuti dengan rasa nyeri karena terjadi tekanan tumor dan terputarnya tangkai tumor, serta adanya infeksi di dalam rahim (Debi Gita Pancawati, 2010).

Pada saat dilakukan pengkajian pada Ny.S didapatkan pasien mengalami Resiko Perfusi Perifer Tidak Efektif ditandai dengan penurunan konsentrasi kadar Hemoglobin 9.9 g/dl, akral teraba dingin, basah dan pucat, terdapat perdarahan

menstruasi ganti pembalut ± 3 kali (± 100 cc/ 5 jam), frekuensi minum ± 250 cc dan makan hanya $\frac{1}{2}$ porsi tidak mau sayur ataupun lauk hewani. Perdarahan abnormal merupakan gejala yang muncul pada sepertiga pasien yang memiliki mioma uteri simptomatis dan biasanya membutuhkan pengobatan. Gejala dapat berupa menstruasi yang berat (menoragia), tetapi dapat juga ringan dan menstruasinya lama (metroragia) atau keduanya disebut menometroragia. Perdarahan akibat mioma submukosa dapat terjadi secara bebas saat menstruasi atau pun diantara periode menstruasi akibat gumpalan darah pasif, nekrosis, dan ulserasi di permukaan kontralateral uterus (Breech, 2009).

Menurut Herdman (2010), kecemasan adalah perasaan tidak nyaman atau ketakutan yang tidak jelas dan gelisah disertai dengan respon otonom (sumber terkadang tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu), perasaan yang was-was untuk mengatasi bahaya. Ini merupakan sinyal peringatan akan adanya bahaya dan memungkinkan individu untuk mengambil langkah dalam menghadapinya. Pada Ny.S mengalami permasalahan kecemasan, hal itu terbukti pada saat pengkajian ditemukan bahwa Ny.S mengatakan cemas dan khawatir dengan kondisi yang dialami saat ini, Ny.S juga merasa cemas karena akan menjalani operasi mioma, pada data objektif ditemukan bahwa raut wajah pasien tampak tegang dan gelisah, pasien tampak pucat, tanda tanda vital: TD 170/110 mmHg, RR 21 x/menit, S 37.0 C, N 62 x/menit. Hal tersebut menandakan bahwa masih minimnya pemahaman masyarakat tentang penyakit Myoma Uteri sehingga dapat menyebabkan kecemasan yang jika tidak diatasi dengan baik akan berpengaruh terhadap kondisi psikis ataupun fisiknya.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Pada tinjauan kasus ada 3 diagnosa keperawatan yang muncul, hal ini disesuaikan dengan keadaan pasien yaitu :

1. Nyeri Akut b/d Agen pencedera Fisiologis (Myoma Uteri)

Menurut SDKI (2017) diagnosa Nyeri Akut memiliki batasan karakteristik : Keluhan nyeri cukup menurun, ekspresi wajah meringis menurun, tanda – tanda vital cukup membaik, pasien mampu mengenali kapan nyeri terjadi, skala nyeri menurun, pasien mampu menggunakan tindakan pencegahan nyeri. Data yang memperkuat penulis mengangkat diagnosa Nyeri Akut antara lain : Ny. S mengatakan nyeri perut (P : Mioma Uteri, Q : Cekot – cekot, R : Perut kanan bawah, S : 7 (1-10), T : Hilang Timbul. Dengan didapatkan data Objektif Ny.S tampak meringis kesakitan, Ibu tampak gelisah, hasil Laboratorium : WBC : $13.79 \times 10^3/uL$ ($4.00-11.5 \times 10^3/uL$), Observasi Tanda Vital : TD 170/110 mmHg, RR 21 x/menit, Nadi 62 x/menit, Suhu $37^\circ C$, Spo2 95 % (SDKI, 2017).

Rasional : Diagnosa ini ditegakkan karena adanya pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (SDKI, 2017).

Penulis menegakkan diagnosa keperawatan ini dikarenakan nyeri akut terjadi sebagai respon tubuh adanya gangguan sirkulasi pada sarang mioma, yang disertai nekrosis setempat dan peradangan. Pasien dengan Myoma Uteri akan memicu terjadinya terbatasnya aktivitas dan kesulitan istirahat akibat nyeri yang disebabkan Myoma Uteri. Hal tersebut sejalan dengan teori yang

menyatakan Myoma Uteri memiliki gejala yang umum seperti pendarahan yang berlebihan, rasa nyeri yang kian menyiksa, dan tekanan pada sekitar panggul yang menjalar hingga ke punggung (Cahyasari dan Sakti, 2014).

2. Resiko Perfusi Perifer Tidak Efektif

Dari hasil pengkajian yang dilakukan pada Ny.S, penulis menemukan masalah Resiko Perfusi Perifer Tidak Efektif dengan data yang menunjang seperti adanya tanda dan gejala seperti akral dingin, basah, pucat, Ibu mengalami menstruasi menghabiskan ± 3 pembalut (± 100 cc/ 5 jam), mukosa bibir kering, konjungtiva anemis, terjadi penurunan kadar Hemoglobin : 9.9 g/dL (11.5 -15.0 g/dL), Hematocrit : 30.1 % (34.0-46.0 %), tanda tanda vital: TD 170/110 mmHg, RR 21 x/menit, S 37.0 C, N 62 x/menit, Spo2 : 95 %, frekuensi minum ± 250 cc, makan 1/2 porsi tidak mau sayur dan olahan daging (SDKI, 2017).

Rasional : Diagnosa ini ditegakkan karena ibu beresiko mengalami penurunan sirkulasi darah yang dapat mengganggu metabolisme tubuh yang ditandai dengan adanya perdarahan, akral teraba dingin, pucat dan basah seta terjadi penurunan kadar konsentrasi Hb dan konjungtiva anemis (SDKI, 2017). Hal ini sejalan dengan teori yang menyatakan bahwa gejala dan keluhan yang dihasilkan mioma uteri seperti perdarahan dan pembesaran ukuran Myoma adalah keluhan yang sering dijumpai. Pendarahan ini dapat terjadi akibat distorsi signifikan pada endometrium rongga oleh tumor yang mendasarinya. Akral dingin basah pucat dan terdapat perdarahan pervagina yang terjadi dapat menyebabkan sebagian besar penderita Myoma Uteri mengalami penurunan kadar hemoglobin (Salim & Irma, 2015). Menurut penulis kondisi

yang dialami pasien , sesuai dengan pembahasan terdahulu bahwa pasien mengalami perdarahan menstruasi hingga menyebabkan penurunan kadar Hemoglobin, konjungtiva anemis, frekuensi nadi menurun, akral dingin basah dan pucat. Dari kondisi tersebut maka dapat disimpulkan bahwa pasien telah mengalami tanda – tanda anemia, sehingga apabila hal tersebut tidak segera diatasi maka bisa saja efek dari perdarahan tersebut akan membuat kondisi pasien semakin memburuk dan bisa mengarah pada gangguan sirkulasi yang fatal, oleh karena itu penting untuk segera diatasi agar metabolisme kembali berregulasi dengan baik. Pada kasus Ny.S juga penting untuk menstabilkan kadar Hemoglobin yang menurun tersebut sebagai syarat pasien bisa menjalani operasi Miomektomy dengan kadar Hemoglobin dalam batas normal.

3. Ansietas b/d kurang Krisis situasional (Prosedur Pre Operasi Miekctomi)

Dari hasil pengkajian yang dilakukan pada Ny.S, penulis menemukan masalah Ansietas dengan data yang menunjang seperti Ny.S mengatakan cemas dan khawatir dengan kondisi yang dialami saat ini , Ny.S juga merasa cemas karena akan menjalani operasi mioma, pada data objektif ditemukan bahwa raut wajah pasien tampak tegang dan gelisah, pasien tampak pucat, tanda tanda vital: TD 170/110 mmHg, RR 21 x/menit, S 37.0 C, N 62 x/menit (SDKI, 2017).

Rasional : Diagnosa ini ditegakkan karena adanya kecemasan yang dialami oleh ibu karena akan menjalani operasi pengangkatan Myoma sehingga kondisi emosi dan pengalaman subjektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu

melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman (SDKI, 2017). Hal ini sejalan dengan teori yang dikemukakan oleh (Maeda dkk, 2013) mahasiswa keperawatan asal Jepang tentang dukungan sosial, terutama dukungan dari keluarga merupakan faktor yang signifikan dalam menurunkan kecemasan dan depresi. Hasil penelitian Maeda menunjukkan bahwa kurangnya dukungan dari keluarga berhubungan signifikan dengan peningkatan kecemasan. Persiapan sebelum operasi sangat penting dilakukan untuk mendukung kesuksesan tindakan operasi. Persiapan mental dapat dilakukan dengan bantuan keluarga atau perawat. Persiapan mental ini, dukungan keluarga sangat dibutuhkan oleh pasien yang akan menjalani tindakan operasi (Brunner & Suddarth, 2012). Alasan penulis mengangkat diagnosa ini dikarenakan dukungan sosial sangat berperan penting dalam meningkatkan harga diri, penyangga efek stres, dan memberikan kontribusi untuk status psikologis yang lebih baik pada seorang pasien. Dalam hal ini dukungan tersebut ditujukan bagi keluarga yang mendampingi pasien selama masa perawatan pre operasi Miomektomy. Persiapan operasi yang dapat dilakukan diantaranya persiapan fisiologis merupakan persiapan yang dilakukan mulai dari persiapan fisik, persiapan penunjang, pemeriksaan status anastesi sampai informed consent. Selain itu persiapan mental atau psikologis, persiapan mental merupakan hal yang tidak kalah pentingnya dalam proses persiapan operasi karena mental pasien yang tidak siap atau labil dapat berpengaruh terhadap kondisi fisiknya. Motivasi dan support sangat dibutuhkan ibu dalam menangani kecemasan yang dialaminya dengan selalu mendampingi pasien.

4.3 Intervensi Keperawatan

Menurut Nurjanah, (2010) rencana tindakan keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dapat mencapai setiap tujuan khusus. Perencanaan keperawatan meliputi perumusan tujuan, tindakan, dan penilaian asuhan keperawatan pada klien berdasarkan analisis pengkajian agar masalah kesehatan perawatn klien dapat diatasi. Rencana keperawatan yang dilakukan sama dengan landasan teori, karena rencana tindakan keperawatan tersebut telah sesuai dengan SOP (Standar Operasional Prosedure) yang telah ditetapkan.

Penulis mengangkat diagnose nyeri akut dengan tujuan dan kriteria hasil Setelah dilakukan asuhan perawatn 3x24 jam diharapkan pasien toleran terhadap nyeri yang ditandai dengan keluhan nyeri cukup menurun, ekspresi wajah meringis menurun, tanda – tanda vital cukup membaik, pasien mampu mengenali kapan nyeri terjadi, skala nyeri menurun, pasien mampu menggunakan tindakan pencegahan nyeri (SLKI, 2018). Intervensi dibuat berdasarkan hasil analisa data serta sesuai diagnose keperawatan yaitu mengidentifikasi skala nyeri (1-10), mengidentifikasi respon nyeri non verbal, mengidentifikasi (lokasi, karakteristik, kualitas dan intensitas nyeri), mengajarkan pasien teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (teknik relaksasi nafas dalam), melakukan pengaturan posisi tidur yang nyaman yang disukai pasien, menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri, motivasi pasien untuk mendemonstrasikan teknik relaksasi nafas dalam yang telah diajarkam, berkolaborasi dalam pemberian obat secara intravena (anti nyeri) (SIKI, 2018).

Penulis mengangkat diagnose resiko perfusi perifer tidak efektif dengan tujuan dan kriteria hasil setelah dilakukan asuhan perawatan 3x24 jam diharapkan masalah perfusi perifer meningkat ditandai dengan adanya kadar hemoglobin dalam batas normal (11.5-15.0 g/dl), membran mukosa membaik, warna kulit pucat menurun, pengisian kapiler membaik, akral membaik, turgor kulit membaik, tekanan nadi meningkat (SLKI, 2018). Intervensi dibuat berdasarkan hasil analisa data serta sesuai diagnose keperawatan yaitu memonitor status kardiopulmonal (frekuensi dan tekanan nadi, frekuensi nafas dan tekanan darah, memonitor status saturasi oksigen, memonitor turgor kulit dan CRT, tingkat kesadaran), memantau perdarahan menstruasi secara berkala, mengedukasi pasien untuk bedrest serta motivasi keluarga untuk membantu aktivitas kebutuhan pasien sesuai dengan kebutuhan, mengedukasi kepada pasien untuk meningkatkan asupan per oral (minum air putih sesering mungkin dan meningkatkan nafsu makan terutama sumber hewani dan sayur), dan berkolaborasi pemasangan IV line dengan selang set transfusi, pemberian transfusi darah jika perlu (SIKI, 2018).

Penulis mengangkat ansietas dengan tujuan dan kriteria hasil setelah dilakukan asuhan perawatan 3x24 jam diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun, perilaku gelisah menurun, muka pucat menurun, cemas menurun, ketegangan menurun, klien mampu mengungkapkan dan menunjukkan teknik untuk mengontrol cemas (SLKI, 2018). Intervensi dibuat berdasarkan hasil analisa data serta sesuai diagnose keperawatan yaitu mengidentifikasi tanda ansietas (mis.kondisi, waktu, stressor), menciptakan lingkungan yang tenang dan tanpa gangguan dan pencahayaan dan suhu ruang nyaman , memberikan edukasi pada

pasien mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis tentang kondisi yang dialami, mengedukasi keluarga untuk tetap bersama mendampingi pasien, menganjurkan mengambil posisi yang nyaman, menganjurkan pasien rileks dan merasakan sensasi relaksasi (terapi audio/musik : mendengarkan Murrotal Al-Qur'an) (SIKI, 2017).

4.4 Implementasi Keperawatan

Menurut Nurjanah (2010) implementasi adalah pengelolaan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Jenis tindakan pada implementasi ini terdiri dari tindakan mandiri (independent), saling ketergantungan atau kolaborasi (interdependent), dan tindakan rujukan atau ketergantungan (dependent). Penulis dalam melakukan implementasi menggunakan jenis tindakan mandiri dan saling ketergantungan.

1. Nyeri Akut b/d Agen pencedera Fisiologis (Myoma Uteri)

Implementasi pada diagnosa keperawatan pertama yaitu, melakukan pengkajian dan observasi tanda vital meliputi tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi pernafasan, suhu tubuh, mengidentifikasi karakteristik nyeri, memonitor hasil pemeriksaan laboratorium, memberikan terapi obat analgesik hasil kolaborasi dengan dokter, mengajarkan pasien teknik relaksasi nafas dalam dan memberikan posisi yang nyaman.

Setelah dilakukan implementasi keperawatan pasien mengatakan nyeri sudah berkurang, observasi karakteristik nyeri diperoleh : (P : Mioma Uteri, Q : Cekot – cekot, R : Perut kanan bawah, S : 4 (0 – 10), T : Hilang timbul), pasien tampak rilekas, wajah tampak lebih segar dan tidak gelisah, observasi

tanda – tanda vital ditemukan : TD 140/90 mmHg, N 95 x/menit, RR 20 x/menit, S 36 °C, spO2 98 %.

Intervensi tindakan keperawatan mandiri yang diberikan kepada Ny.S antara lain : melakukan observasi tanda – tanda vital meliputi (mengukur tekanan darah, frekuensi nafas, frekuensi nadi, suhu dan saturasi oksigen), mengkaji karakteristik nyeri yang dialami pasien, memberikan posisi yang nyaman dan mengajarkan latihan teknik relaksasi non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (relaksasi nafas dalam) dan mengevaluasi kemampuan pasien dalam melakukan teknik relaksasi nafas dalam yang telah diajarkan untuk mengurangi rasa nyeri.

Penanganan nyeri dengan melakukan teknik relaksasi merupakan tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mengurangi nyeri. Penanganan nyeri dengan tindakan relaksasi mencakup teknik relaksasi nafas dalam. Beberapa penelitian telah menunjukkan bahwa relaksasi nafas dalam sangat efektif dalam menurunkan nyeri pasca operasi (Sehono, 2010). Secara fisiologis, keadaan relaksasi ditandai dengan penurunan kadar epinefrin dan non epinefrin dalam darah, penurunan frekuensi denyut jantung, penurunan tekanan darah, penurunan frekuensi nafas penurunan ketegangan otot, metabolisme menurun, vasodilatasi dan peningkatan temperatur pada ekstermitas (Rahmayati, 2010). Dengan manajemen nyeri diharapkan pasien dapat mengontrol rasa nyeri, namun hal tersebut juga harus diimbangi dengan memberikan tindakan kolaboratif kepada pasien dengan pemberian terapi analgesik guna mencapai hasil penatalaksanaan nyeri yang optimal.

2. Resiko Perfusi Perifer Tidak Efektif

Implementasi yang telah dilakukan yaitu mengobservasi status kardiopulmonal meliputi (CRT, perdarahan, konjungtiva, akral dan turgor kulit, saturasi oksigen dan tingkat kesadaran), memantau frekuensi nadi, menganjurkan pasien untuk bedrest, menganjurkan pasien untuk meningkatkan asupan per oral (minum air putih sesring mungkin dan meningkatkan nafsu makan terutama sumber hewani dan sayur), memberikan terapi obat dan transfusi darah untuk mengontrol perdarahan, memonitor hasil pemeriksaan laboratorium terutama kadar Hb.

Setelah dilakukan implemetasi keperawatan pada data objektif ditemukan : konjungtiva merah muda, akral hangat kering merah, mukosa bibir lembab, turgor kulit elastis, pasien minum \pm 700 ml dan makan habis 1 porsi dengan lauk hewani dan sayur, observasi tekanan darah 140/90 mmHg, frekuensi nadi dalam batas normal (95 x/menit).

Tindakan keperawatan mandiri dengan menganjurkan pasien untuk bedrest karena pasien mengalami perdarahan dan meningkatkan asupan per oral. Anjuran untuk minum air putih yang banyak sangat baik untuk memenuhi kebutuhan cairan elektrolit dan perbaikan metabolisme (Yekti, 2011). Mengistirahat kan klien yang dimaksud yaitu seperti bedrest, tidur yang cukup dan batasi aktivitas klien seperti jika ingin jalan-jalan keluar bangsal atau turun dari tempat tidur lebih baik dihindari dulu sampai keadaan pulih (Yekti,2011).Istirahat sangat dianjurkan untuk pasien dengan ketidakseimbangan kadar konsentrasi pemeriksaan darah karena dapat mencegah terjadinya kelelahan dan mencegah terjadinya penurunan keadaan

pasien, sehingga istirahat harus tetap dilakukan demi mempercepat proses penyembuhan. Menurut Pujianti, (2009) Istirahat atau badrest yang cukup setidaknya 7 sampai 8 jam dapat membantu tubuh kembali fresh dan akan memproduksi lebih banyak trombosit dan mempercepat proses penyembuhan. (Pujianti, 2009). Kemudian untuk tindakan kolaboratif antara lain : berkolaboratif dalam pemantauan pemeriksaan laboratorium terutama kadar Hb, memberikan terapi obat untuk mengurangi perdarahan dan memberikan terapi transfusi darah PRC 1 bag 300 ml.

Satu unit darah lengkap 250 ml pada orang dewasa mampu meningkatkan Hb sekitar 0.1-1 g/dl. Darah lengkap 8 ml/kg pada anak-anak akan meningkatkan Hb sekitar 1 g/dl. Pemberian darah lengkap sebaiknya melalui filter darah dengan kecepatan tetesan tergantung keadaan klinis pasien (Sudoyo, 2012). Rata-rata kenaikan kadar Hb yaitu 0,5-1 g/dl tergantung kadar Hb pasien sebelum dilakukan transfusi darah dan juga tergantung berat badan pasien dan penyakit anemia yg diderita pasien, setelah transfusi kadar Hb diperiksa kembali minimal 12 jam setelah transfusi darah hal ini juga belum sebanding dengan normal kadar hemoglobin pada pasien anemia. Dengan demikian menurut penulis, diharapkan setelah diberikannya transfusi darah PRC 1 bag pada Ny.S mampu meningkatkan kadar Hb yang tadinya menurun yakni 9.9 g/dl, sehingga tanda – tanda anemia dapat teratasi dan kondisi pasien semakin membaik. Dengan meningkatnya kadar Hb pada Ny.S maka perdarahan yang dialami pasien juga semakin cepat mampu teratasi dengan dilakukannya Operasi Miomektomy yang menjadi salah satu syarat operasi adalah kadar Hb harus di dalam batas normal.

Terdapat enam faktor yang sering menyebabkan kejadian anemia. Pertama adalah rendahnya asupan zat besi dan zat gizi lainnya, yang disebabkan oleh rendahnya konsumsi makanan sumber zat besi. Zat gizi yang menyebabkan terjadinya anemia adalah kekurangan 29 Vitamin A, Vitamin C, asam folat, ribovlavin, dan vitamin B12, kedua penyerapan zat besi yang rendah, disebabkan komponen penghambat di dalam makanan seperti filtrat. Rendahnya zat besi pada bahan makanan nabati menyebabkan zat besi tidak dapat diserap dan digunakan oleh tubuh. Anemia dapat disebabkan oleh faktor defisiensi atau kekurangan bahan-bahan yang berasal dari luar, yaitu dari makanan, yang diperlukan untuk sintesis komponen SDM. Kehilangan tersebut umumnya terjadi karena perdarahan, baik perdarahan besar maupun perdarahan kecil (Sadikin, 2014). Oleh karena itu pada implementasi, penulis juga menganjurkan kepada keluarga pasien untuk terus memotivasi pasien agar tetap meningkatkan asupan per oral dengan mengkonsumsi makan yang mengandung tinggi zat besi seperti daging dan sayur untuk menunjang pemberian terapi kolaboratif yang telah diberikan.

3. Ansietas b/d Krisis Situasional (Prosedure Pre Operasi Miomektomy)

Intervensi yang telah dilakukan meliputi mengobservasi tanda vital meliputi tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi pernafasan, mengkaji tanda ansietas, memberikan lingkungan yang nyaman bagi pasien, memberikan penkes terkait diagnosis, pengobatan dan prognosis terhadap kondisi yang dialami pasien, menganjurkan pasien untuk mendengarkan murrotal qur'an, menganjurkan keluarga untuk tetap mendampingi pasien untuk mengurangi

kecemasan, mengevaluasi kemampuan pasien dalam mengatasi kepanikan atau rasa cemas.

Setelah dilakukan implementasi keperawatan pasien mengatakan sudah tidak cemas lagi, pasien mengatakan tau cara menangani ketika rasa cemas muncul, pasien mengatakan sudah melakukan nafas dalam jika mulai cemas. Pasien tampak tenang, wajah berseri, observasi tanda – tanda vital ditemukan: TD 140/90 mmHg, Nadi 95 x/menit, RR 20 x/menit, S 36°C.

Implementasi pemantauan tanda vital dan mengkaji tanda ansietas dilakukan untuk mengetahui kejadian tingkat ansietas. Memberikan lingkungan yang nyaman bagi pasien agar pasien merasa tenang dan mampu beristirahat untuk mengurangi rasa cemas, memberikan penkes kepada keluarga dan pasien terhadap prognosis, diagnosa dan pengobatan yang harus dijalani oleh pasien. Pemberian edukasi kepada pasien diharapkan pasien bisa memaknai dengan benar tentang kondisi yang dialaminya dengan tidak berspekulasi terhadap opini yang salah sehingga dapat meningkatkan stresor. Hal tersebut sejalan dengan pernyataan Izazi (2018), bahwa pemberian edukasi atau pengetahuan tentang penyakit, tanda, penanganan, pencegahan membantu pasien dapat menerima informasi dengan baik tentang penyakit yang dialaminya.

Implementasi dengan mengedukasi keluarga untuk tetap bersama mendampingi pasien, menganjurkan pasien rileks dan merasakan sensasi relaksasi audio dengan mendengarkan Murrotal Al-Qur'an. Penelitian yang dilakukan oleh Ruspita Jenita Nadeak (2010) dengan judul “Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kecemasan Pasien Pre Operasi di Ruang RB2 RSUP HAM Sumatera Utara” memperoleh hasil bahwa ada hubungan

dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan pasien pre operasi. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Wahida dan Andraini (2015), menunjukkan bahwa ada hubungan yang cukup bermakna antara diberikan terapi audio murottal Q.s Ar-Rahman dengan yang tidak diberikan audio Q.s Ar-Rahman terhadap peningkatan Kadar β -Endorphin. Audio surah Ar-Rahman telah diteliti sebelumnya dan terbukti efektif menurunkan tingkat perilaku kekerasan dan membantu pasien mengungkapkan emosinya dengan cara yang lebih adaptif, terapi audio ini juga merupakan terapi yang murah dan tidak menimbulkan efek samping. (Widhowati, 2010). Menurut penulis, Persiapan mental atau psikologis, persiapan mental merupakan hal yang tidak kalah pentingnya dalam proses persiapan operasi karena mental pasien yang tidak siap atau labil dapat berpengaruh terhadap kondisi fisiknya. Pada Implementasi penulis tidak menemukan kesulitan dalam melaksanakan tindakan keperawatan dengan diagnosa ansietas ini dikarenakan kerja sama yang baik ditemukan tidak hanya pada para tim medis melainkan juga peran serta keluarga dalam pelaksanaannya sehingga asuhan keperawatan ini dapat terlaksana dengan baik.

4.5 Evaluasi

Evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan yang dilakukan kepada klien (Keliat, 2010).

Evaluasi untuk diagnosa nyeri akut pada Ny.S setelah 3 x 24 jam pemberian tindakan intervensi antara lain mengidentifikasi skala nyeri (1-10), mengidentifikasi respon nyeri non verbal, mengidentifikasi (lokasi, karakteristik, kualitas dan intensitas nyeri), mengajarkan pasien teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (teknik relaksasi nafas dalam), melakukan pengaturan posisi tidur yang nyaman yang disukai pasien, menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri, motivasi pasien untuk mendemonstrasikan teknik relaksasi nafas dalam yang telah diajarkan, berkolaborasi dalam pemberian obat secara intravena (anti nyeri) (SIKI, 2017). Pada evaluasi didapatkan Ny.S mengatakan keadaan lebih baik, nyeri sudah berkurang (P : Mioma Uteri, Q : Cekot – cekot, R : Perut kanan bawah, S : 4 (0 – 10), T : Hilang timbul), pasien tampak rileks, wajah tampak lebih segar, tidak gelisah, hasil observasi TTV : TD 140/90 mmHg, Nadi 95 x/menit, RR 20 x/menit, S 36°C, SpO2 98 %. Dengan menggunakan teori tersebut masalah nyeri akut teratasi sebagian, intervensi dihentikan dan dilanjutkan oleh perawat ruangan karena keterbatasan penulis tidak dilakukan intervensi hingga pasien pulang. Terdapat kesamaan antara fakta dan teori yaitu dalam teori dijelaskan nyeri akut karena aproses penyakit dan dalam pengaplikasiannya di lapangan setelah pasien di berikan teknik relaksasi nafas dalam serta ditunjang dengan pemberian terapi analgesik maka pasien mengalami perbaikan fisik yakni keluhan nyeri dan skala nyeri dirasa berkurang pada hari ke 2-3.

Diagnosa Resiko Perfusi Perifer Tidak Efektif pada Ny.S setelah dilakukan intervensi 3x24 jam anatara lain dengan memonitor status kardiopulmonal (frekuensi dan tekanan nadi, frekuensi nafas dan tekanan darah, memonitor status saturasi oksigen, memonitor turgor kulit dan CRT, tingkat kesadaran), memantau perdarahan menstruasi secara berkala, mengedukasi pasien untuk bedrest serta motivasi keluarga untuk membantu aktivitas kebutuhan pasien sesuai dengan kebutuhan, mengedukasi kepada pasien untuk meningkatkan asupan per oral (minum air putih sesering mungkin dan meningkatkan nafsu makan sumber hewani dan sayur), dan berkolaborasi pemasangan IV line dengan selang set transfusi, pemberian transfusi darah jika perlu (SIKI, 2017). Evaluasi di dapatkan hasil Konjungtiva merah muda, pasien minum \pm 700 ml dan makan 1 porsi habis dengan lauk daging dan sayur, mukosa bibir lembab, turgor kulit elastis, akral hangat kering merah, observasi TTV : TD 140/90 mmHg, frekuensi nadi dalam batas normal (95 x/menit). Dalam hal ini terdapat kesamaan antara fakta dan teori pada resiko perfusi perifer tidak efektif. Dalam fakta yang terjadi di lapangan Ny.S mengalami perdarahan namun bisa teratasi denganbaik sehingga tidak sampai terjadi syok hipovolemia karena perdarahan yang hebat. Dalam teori dijelaskan bahwa keluhan utama Myoma Uteri adalah perdarahan yang terjadi akibat distorsi signifikan pada endometrium rongga oleh tumor yang mendasarinya. Dengan menggunakan teori tersebut masalah resiko perfusi perifer mampu teratasi sebagian, intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan dan pasien dipersiapkan untuk tindakan operasi Miomektomy.

Dari hasil perawatan yang dilakukan pada Ny. S, peneliti mendapatkan hasil evaluasi bahwa masalah Ansietas berhasil di atasi dengan menggunakan intervensi yang telah direncanakan. Setelah pemberian tindakan keperawatan selama 3 x 24 diantaranya mengidentifikasi tanda ansietas (mis.kondisi, waktu, stressor), menciptakan lingkungan yang tenang dan tanpa gangguan dan pencahayaan dan suhu ruang nyaman , memberikan edukasi pada pasien mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis tentang kondisi yang dialami, mengedukasi keluarga untuk tetap bersama mendampingi pasien, menganjurkan mengambil posisi yang nyaman, menganjurkan pasien rileks dan merasakan sensasi relaksasi (terapi audio/musik : mendengarkan Murrotal Al-Qur'an) (SIKI, 2017). Dengan keberhasilannya kriteria hasil yang telah dicapai dibuktikan dengan hasil Ny.S mengatakan sudah tidak cemas, Ny. S tampak tenang, wajah berseri, Hasil Observasi TTV : TD 140/90 mmHg, Nadi 95 x/menit, RR 20 x/menit, S 36°C, SpO2 98 %. Dengan menggunakan teori tersebut masalah Ansietas dapat teratasi dan dihentikan. Dalam hal ini terdapat kesamaan antara fakta dengan teori pada ansietas yaitu fakta yang terjadi di lapangan karena kecemasan ibu tentang kondisi yang dialaminya, dalam teori ansietas terjadi karena terjadi karena kurangnya support atau dukungan dari orang terdekat dan orang yang mampu memberikan pemahaman tentang dignosis penyakit yang dialami.

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan tindakan keperawatan secara langsung pada Ny.S dengan diagnose medis Myoma Uteri Pre Op Miomektomy di Ruang E2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya. Maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu tindakan keperawatan pasien dengan diagnosis medis Myoma Uteri.

5.1 Kesimpulan

Mengacu pada uraian yang telah menguraikan tentang asuhan keperawatan kepada Ny.S dengan Myoma Uteri, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian

Pengkajian didapatkan pada Ny.S yang dilakukan pada tanggal 11 Maret 2020. Hasil pengkajian data fokus pada Ny.S didapatkan hasil bahwa pasien mengalami nyeri perut dengan skala 7 (1-10), (P : Mioma, Q : Cekot – cekot, R : Perut kanan bawah, S : 7 (1-10), T : Hilang Timbul). Pada hasil pengkajian pada Ny.S didapatkan pasien mengalami Resiko Perfusi Perifer Tidak Efektif ditandai dengan penurunan konsentrasi kadar Hemoglobin 9.9 g/dl, akral teraba dingin, basah dan pucat, terdapat perdarahan menstruasi ganti pembalut \pm 3 kali (\pm 100 cc/ 5 jam). Pada Ny.S mengalami permasalahan kecemasan, hal itu terbukti pada saat pengkajian ditemukan bahwa Ny.S mengatakan cemas dan khawatir dengan kondisi yang dialami saat ini , Ny.S juga merasa cemas karena akan menjalani

operasi mioma, pada data objektif ditemukan bahwa raut wajah pasien tampak tegang dan gelisah, pasien tampak pucat, tanda tanda vital: TD 170/110 mmHg, RR 21 x/menit, S 37.0 C, N 62 x/menit..

2. Diagnosa Keperawatan

Dari hasil pengkajian maka dapat ditegakkan diagnosa keperawatan pada Ny.S antara lain :

- 1) Nyeri Akut b/d Agen pencedera Fisiologis (Myoma Uteri)
- 2) Risiko Perfusi Perifer Tidak Efektif
- 3) Ansietas b/d Krisis Situasional (Prosedure Pre Operasi Miektomi)

3. Intervensi Keperawatan

Rencana tindakan asuhan keperawatan disusun berdasarkan teori dan kondisi. Pada diagnose nyeri akut Intervensi dibuat berdasarkan hasil analisa data serta sesuai diagnose keperawatan yaitu mengidentifikasi skala nyeri (1-10), mengidentifikasi respon nyeri non verbal, mengidentifikasi (lokasi, karakteristik, kualitas dan intensitas nyeri), mengajarkan pasien teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (teknik relaksasi nafas dalam), melakukan pengaturan posisi tidur yang nyaman yang disukai pasien, menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri, motivasi pasien untuk mendemonstrasikan teknik relaksasi nafas dalam yang telah diajarkam, berkolaborasi dalam pemberian obat secara intravena (anti nyeri) (SIKI, 2018). Pada diagnose resiko perfusi perifer tidak efektif Intervensi dibuat berdasarkan hasil analisa data serta sesuai diagnose keperawatan yaitu memonitor status kardiopulmonal (frekuensi dan tekanan nadi, frekuensi nafas dan tekanan darah, memonitor status saturasi oksigen, memonitor turgor kulit dan CRT, tingkat kesadaran), memantau perdarahan menstruasi secara berkala,

mengedukasi pasien untuk bedrest serta motivasi keluarga untuk membantu aktivitas kebutuhan pasien sesuai dengan kebutuhan, mengedukasi kepada pasien untuk meningkatkan asupan per oral (minum air putih sesering mungkin), dan berkolaborasi pemasangan IV line dengan selang set tranfusi, pemberian transfusi darah jika perlu (SIKI, 2018). Pada diagnose ansietas dengan Intervensi dibuat berdasarkan hasil analisa data serta sesuai diagnose keperawatan yaitu mengidentifikasi tanda ansietas (mis.kondisi, waktu, stressor), menciptakan lingkungan yang tenang dan tanpa gangguan dan pencahayaan dan suhu ruang nyaman , memberikan edukasi pada pasien mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis tentang kondisi yang dialami, mengedukasi keluarga untuk tetap bersama mendampingi pasien, menganjurkan mengambil posisi yang nyaman, menganjurkan pasien rileks dan merasakan sensasi relaksasi (terapi audio/musik : mendengarkan Murrotal Al-Qur'an) (SIKI, 2017).

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan yang dilaksanakan dari tanggal 11 Maret 2020 sampai dengan tanggal 13 Maret 2020 selama 3x24 jam sesuai dengan rencana tindakan keperawatan yang telah disusun dan dilaksanakan sesuai strategi pelaksanaan dari diagnosa keperawatan utama sampai dengan diagnosa keperawatan pendamping.

5. Evaluasi Keperawatan

Pada evaluasi tujuan umum untuk diagnosa Ansietas tercapai dengan kriteria pasien tidak lagi cemas, pasien tampak tenang, wajah berseri, pasien mampu mengungkapkan dan menunjukkan teknik untuk mengontrol cemas. Hasil Observasi TTV : TD 140/90 mmHg, Nadi 95 x/menit, RR 20 x/menit, S 36°C, SpO2 98 %.

5.2 Saran

Untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada anak kelompok menyarankan :

1. Perawat dan mahasiswa sebaiknya melanjutkan perawatan pasien sesuai dengan intervensi yang telah dilakukan sebelumnya agar intervensi yang telah disusun dapat diimplementasikan secara berkelanjutan.
2. Wanita yang mempunyai faktor-faktor resiko untuk terjadinya mioma uteri terutama wanita berusia diatas 35 tahun, agar waspada dan selalu memeriksakan diri kepada tenaga ahli secara teratur untuk tindakan preventif dan diagnosis dini terjadinya mioma uteri.
3. Kepada para wanita yang telah mulai haid (menarke) untuk memeriksakan alat reproduksinya apabila ada keluhan-keluhan haid/menstruasi untuk dapat menegakkan diagnosis dini adanya mioma uteri.
4. Deteksi adanya mioma uteri hendaknya dilakukan sedini mungkin untuk menghindari morbiditas dan komplikasi lebih lanjut seperti perdarahan dan anemia/penurunan kadar hemoglobin.
5. Pemeriksaan histopatologi harus dilakukan setelah pengangkatan tumor, untuk diagnosis pasti dan menentukan jenis mioma.

6. Untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan, diperlukan hubungan yang baik dan keterlibatan pasien, keluarga dan tim kesehatan lainnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Amrina Octaviana, R. P. (2014). USIA DAN PARITAS DENGAN KEJADIAN MIOMA UTERI. *Jurnal Keperawatan, Volume X, No. 2, Oktober 2014*.
- Anwar I, Finuria I. (2015). *Karakteristik mioma uteri di RSUD Prof. Dr. Margono soekarjo Banyumas [skripsi]*. Banyumas: FK Universitas Muhammadiyah Purwokerto.
- Astria Ema Kharisma. (2015). Asuhan Keperawatan pada mioma Uteri, BAB II. *Ilmu Kesehatan UMP*.
- Austin. (2012). ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. R DENGAN GANGGUAN SISTEM REPRODUKSI: MIOMA UTERI DI BANGSAL DAHLIA RSUD PANDAN ARANG BOYOLALI. *PROGAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN FAKULTAS ILMU KESEHATAN UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURAKARTA*.
- Chandranita, Fajar dkk. (2010). *Buku Ajar Penuntun Kuliah Ginekologi*. Jakarta; CV.Trans Info Media. Hal. 318 - 327.
- Debi Gita Pancawati. (2010). GAMBARAN FAKTOR PREDISPOSISI MIOMA UTERI DI RSUD LABUANG BAJI MAKASSAR \. *KARYA TULIS ILMIAH. Jurusan Kebidanan. Pada Fakultas Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar*.
- Decherney,I.H., Nathan,L., Goodwin,T.M., Laufer,N., (2007). *Current Diagnosis & Treatment Obstetrics & Gynecology*. Tenth editon, US : McGrawHill Companies.
- Dedi Purwito, dkk. (2015). MEDIASAINS. In Ragil Setiyabudi (Ed.), *MEDIASAINS. JURNAL ILMIAH ILMU - ILMU KESEHATAN. ISSN : 1693 - 7309. Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Purwokerto: Vol. XII N0.3 ,. Devita Elsanti, Rr. Dewi Rahmawati AP*.
- Faisal Yatim (2005).Penyakit Kandungan,Mioma,kanker Rahim/Leher Rahim Dan Induk Telur,Kista Serta Gangguan Lainnya, Ed.1.Cet.1.Pustaka Populer Obor : Jakarta
- Firna Yenila, Y. W. (2019). SISTEM PAKAR GINEKOLOGI DENGAN METODE FORWARD CHAINING DAN CERTAINTY FACTOR. *JOISIE Journal Of Information System And Informatics Engineering. Universitas Putra Indonesia YPTK Padang. ISSN: 2503-5304 E-ISSN: 2527-3116, Vol. 3, No, Hlm 71-78*.

- Kementrian Kesehatan, R. I. (2016). *Pedoman Pencegahan dan Penanggulangan Anemia Pada Remaja Putri dan Wanita Usia Subur (WUS)*. Direktorat Gii Masyarakat, Kemenkes RI.
- Maeda, T. dan Morishima, I. (2013). The Predictors Of Psychological Status Among Primary Breast Cancer Patients In Japan.
- Manuaba. (2012). *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana*. Jakarta : EGC.
- Pasinggi, Sabrianti et al., (2015). *Prevlensi Mioma Uteri Berdasarkan Umur Di RSUP*.
- Pertiwi, Dewi Pertiwi, dkk. (2012). *Hubungan Usia Menarche Dan Paritas Dengan Kejadian Mioma Uteri Di Rsud Wates Kulonprogo Tahun 2007-2010*, Ponorogo, Forum Ilmiah Kesehatan (FORIKES)
- Prawirohardjo Sarwono. (2010). *Ilmu Kandungan Yayasan Bina Pustaka*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- PROF. DR. R. D. Kandou Manado. (2013-2014) . *Jurnal e-Clinic (eCI), (Volume 3, Nomor 1, Januari-April 2015)*.
- Rahmayati, Yeni Nur. (2010). *Pengaruh Guided Imagery Terhadap Tingkat Kecemasan Pada Pasien Skizoafektif Di RSJD SURAKARTA*.
- Reni. (2017). HUBUNGAN PARITAS DENGAN KEJADIAN MIOMA UTERI DI RS PKU MUHAMMADIYAH BANTUL. *PROGRAM STUDI BIDAN PENDIDIK JENJANG DIPLOMA IV FAKULTAS ILMU KESEHATAN UNIVERSITAS 'AISYIYAH YOGYAKARTA*.
- Sehono, Endrayani. (2010). *Pengaruh Teknik Relaksasi Guided Imagery Terhadap Penurunan Nyeri Pada Pasien Pasca Operasi Fraktur Di RSUD DR. Moewardi*.
- Setiadi. (2012). *Konsep dan praktik penulisan Riset keperawatan edisi 2*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Sjamsuhidajat & de jong. (2010). *Buku Ajar Ilmu Bedah*. Jakarta: EGC.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standart Diagnosa Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus PPNI
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2017). *Standart Diagnosa Keperawatan Indonesia. Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*. Jakarta: Dewan Pengurus PPNI
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2017). *Standart Diagnosa Keperawatan Indonesia. Definisi dan Tindakan Keperawatan*. Jakarta: Dewan Pengurus PPNI.

- Tjandrawinata, R. R. (2016). *Industri 4.0: Revolusi industri abad ini dan pengaruhnya pada bidang kesehatan dan bioteknologi. Jurnal Medicinus*, 29(1).
- Victory R, Romano W, Bennett J, Diamond M. (2013). *Clinical Gynecology*. Churchill Livingstone, Elsevier. p.179-205.
- Wahida, Nooryanto dan Andriani. (2015). *Surat Ar Rahman Meningkatkan Kadar Endorphin dan Menurunkan Intensitas Nyeri pada Ibu Bersalin Kala 1 Fase Aktif. Jurnal Kedokteran Brawijaya*
- Widhowati, S. S. (2010). *Efektifitas Terapi Audio dengan Murattal Surah Ar Rahman untuk Menurunkan Perilaku Kekerasan di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang. [Disertasi]. Semarang: Universitas Diponegoro*.
- Wiknjosastro, Abdul Bari Syapifudin, Trijatmo Rachimhadi (Ed). (2010). *Ilmu Kandungan*. Jakarta. PT Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo.

Lampiran 1

	SOP TINDAKAN KEPERAWATAN : PENGAMBILAN DARAH VENA	
--	--------------------------------------------------------------	--

Pengertian	Melakukan tindakan invasif dengan menusuk pembuluh darah vena dengan teknik aseptik & antiseptik.
Tujuan	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk melakukan pengambilan spesimen kultur darah.
Referensi	Keputusan Direktur Utama Rumah Sakit Aulia Lodoyo Blitar, Nomor OT.O2.01/V.3/0159/2014 mengenai pencegahan infeksi aliran darah
Alat dan Bahan	<p>Alat :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tourniquet - Set pasang infus - Sarung tangan 1 pasang - Bak Instrumen - Masker - Plester - Sduit sterile 3 cc, 5 cc atau 10 cc - Perlak/ pengalas - Needle steril sesuai kebutuhan - Botol specimen darah steril - Bengkok <p>Bahan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kom berisi kapas alkohol 70 % atau Alkohol swab
Prosedur	<p>Tahap Pra Interaksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan verifikasi program pengobatan klien 2. Mencuci tangan 3. Menempatkan alat di dekat pasien dengan benar

Tahap Orientasi

1. Memberikan salam dan menyapa nama pasien
2. Menjelaskan tujuan dan prosedur pelaksanaan
3. Menanyakan kesiapan klien sebelum kegiatan dilakukan

Tahap Kerja

1. Menjaga privacy
2. Lakukan kebersihan tangan (cuci tangan) sesuai prosedur.
3. Pakai masker.
4. Membawa alat-alat ke dekat pasien.
5. Pastikan identitas pasien (benar pasien dan benar pemeriksaan)
6. Jelaskan prosedur pengambilan specimen kepada pasien (Selamat pagi/siang/sore/malam , pak/ibu....., saya Ns/dr.....(sebutkan nama), akan mengambil darah dari pembuluh darah vena/arteri bapak/ibu untuk pemeriksaan pembiakan (kultur), untuk melihat apakah ada infeksi atau tidak di darah bapak/ibu).
7. Pastikan kondisi pasien
8. Mengatur posisi pasien sesuai dengan keadaan pasien
9. Buka set pasang infus, masukkan Alkohol 70 % kedalam kom kecil yang berisi kapas atau bisa juga dengan alkohol swab, buka spuit 3 cc, 5 cc atau 10 cc dan needle sterile dengan teknik aseptik.
10. Pastikan area penusukkan dan pasang tourniquet. Dan pasang alas (untuk tangan/area penusukan).
11. Pakai sarung tangan
12. Lakukan desinfeksi area penusukan sekitar radius 5 cm dengan kapas alkohol 70 % atau alkohol swab,biarkan sampai kering.
13. Lakukan penusukan vena, lepas torniquet, ambil darah sesuai kebutuhan, tutup area penusukan dengan kapas alkohol , tutup spuit dengan teknik satu tangan, ganti jarum spuit dengan yang baru.
14. Masukkan specimen darah kedalam botol steril , beri label pasien (Nama, Nomor MR) segera kirim ke laboratorium.
15. Beritahukan pasien prosedur sudah selesai (bapak/ibu prosedur

	<p>pengambilan darah untuk kultur sudah selesai ,terimakasih dan silahkan bapak/ibu istirahat kembali) , lepaskan alas.</p> <p>16. Bereskan alat –alat.</p> <p>Tahap Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Mengevaluasi hasil tindakan2. Berpamitan dengan pasien3. Membereskan dan kembalikan alat ke tempat semula4. Mencuci tangan5. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Lampiran 2

SOP PEMBERIAN OBAT MELALUI INTRAVENA	
Pengertian	Injeksi intravena adalah pemberian obat dengan cara memasukkan obat ke dalam pembuluh darah vena dengan menggunakan spuit.
Tujuan	Pemberian obat dengan cara intravena bertujuan untuk: <ul style="list-style-type: none"> - Mendapat reaksi yang lebih cepat, sehingga sering digunakan pada pasien yang sedang gawat darurat. - Menghindari kerusakan jaringan. - Memasukkan obat dalam volume yang lebih besar
Referensi	Hidayat, A. Aziz Alimul. Uliyah, Musrifatul. 2008, <i>Keterampilan Dasar Praktik Klinik</i> . Jakarta: Salemba Medika
Alat dan Bahan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Buku catatan pemberian obat atau kartu obat 2. Kapas alkohol 3. Sarung tangan 4. Obat yang sesuai 5. Spuit 2ml – 5 ml 6. Bak spuit 7. Baki obat 8. Plester 9. Perlak pengalas 10. Karet pembendung (tourniquet) 11. Kasa steril (bila perlu)

Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan 2. Siapkan obat dengan prinsip enam benar 3. Identifikasi klien 4. Beri tahu klien dan jelaskan prosedur yang akan diberikan 5. Atur klien pada posisi yang nyaman 6. Pasang pernak pengalas 7. Bebaskan lengan klien dari baju atau kemeja 8. Letakkan karet pembendung (tourniquet) 9. Pilih area penusukan yang bebas dari tangdakekakuan, peradangan atau rasa gatal. Menghindari gangguan absorpsi obat atau cedera dan nyeri yang berlebihan 10. Pakai sarung tangan 11. Bersihkan area penusukan dengan menggunakan kapas alkohol, dengan gerakan sirkuler dari arah dalam keluar dengan diameter sekitar 5 cm. Tunggu sampai kering. Metode ini dilakukan untuk membuang sekresi dari kulit yang mengandung mikroorganisme 12. Pegang kapas alcohol dengan jari – jari tengah pada tangan non dominan 13. Buka tutup jarum 14. Tarik kulit ke bawah kurang lebih 2,5 cm dibawah area penusukan dengan tangan non dominan. Membuat kulit lebih kencang dan vena tidak bergeser, memudahkan penusukan. 15. Pegang jarum pada posisi 300 sejajar vena yang akan ditusuk perlahan pasti 16. Rendahkan posisi jarum sejajar kulit dan teruskan jarum kedalam vena 17. Lakukan aspirasi dengan tangan nono dominan menahan barel dari spuit dan tangan dominan menarik plunger. 18. Observasi adanya darah dalam spuit 19. Jika ada darah, lepaskan terniquet dan masukkan obat perlahan – lahan 20. Keluarkan jarum dengan sudut yang sama seperti saat dimasukkkan
-----------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>(300), sambil melakukan penekanan dengan menggunakan kapas alkohol pada area penusukan</p> <ol style="list-style-type: none">21. Tutup area penusukkan dengan menggunakan kassa steril yang diberi betadine22. Kembalikan posisi klien23. Buang peralatan yang sudah tidak diperlukan24. Buka sarung tangan25. Cuci tangan26. Dokumentasikan tindakan yang telah dilakukan
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Lampiran 3

	SOP TINDAKAN KEPERAWATAN : MENGUKUR TANDA-TANDA VITAL (TTV)	
--	------------------------------------------------------------------------	--

Pengertian	Mengukur dan mengobservasi tanda-tanda vital
Tujuan	Mengukur dan mengobservasi tanda-tanda vital
Referensi	Buku Pedoman Perawatan dasar Depkes RI Tahun 2015.
Alat dan Bahan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tensimeter (Sphygmomanometer) 2. Stetoskop 3. Termometer (oral, rectal, atau axilla) dalam bak injeksi yang diberi alas 4. Kassa dan alcohol 5. Handscoon bersih 6. Jam tangan 7. Handuk 8. Buku catatan, lembar observasi, alas tulis
Persiapan Klien	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan penjelasan kepada klien 2. Atur posisi pasien: supinasi
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencuci tangan dan memakai sarung tangan 2. Membuka kancing atas pakaian pasien 3. Mengeringkan axilla pasien dengan handuk 4. Memasang termometer hingga bagian reservoir tepat ditengah axilla 5. Menyilangkan lengan pasien bawah di dada 6. Menyingsingkan lengan baju pada tangan sisi lain pasien 7. Meraba arteri brakhialis dengan 3 jari tengah

8. Memasang manset 3 cm (3 jari) diatas sisi denyut brakhialis
9. Memusatkan tanda panah tensimeter sejajar dengan arteri, manset jangan terlalu erat/longgar
10. Mencari kembali arteri brakhialis dan meletakkan stetoskop diatasnya
11. Menutup sekrup balon karet tekanan
12. Memompa manset sampai 20-30 mmHg diatas nilai sistol normal pasien
13. Membuka katup perlahan dan menurunkan air raksa dengan kecepatan 2-3 mmHg/detik
14. Mendengarkan bunyi korotkoff, kedua mata mengikuti turunnya permukaan air
15. Melepaskan manset dan mengeluarkan udara didalamnya
16. Meletakkan 3 jari tengah diatas arteri tertentu
17. Merasakan irama dan amplitudo denyut nadi. Bila reguler, hitung jumlah denyut selama 15 detik dan kalikan 4. Bila irreguler, hitung 1 menit penuh
18. Menempatkan lengan pasien ke posisi rileks atau meletakkan tangan anda di abdomen atas pasien
19. Mengobservasi satu siklus respirasi lengkap (1 inspirasi dan 1 ekspirasi). Menghitung frekuensi napas dengan cara melihat naik-turunnya dada/perut saat klien bernapas selama 1 menit penuh. Memperhatikan kedalaman napas.
20. Mengangkat termometer setelah 5-10 menit dan membaca tingkat air raksa sejajar mata
21. Melap bersih termometer dengan kassa alkohol dengan gerakan rotasi atau mencuci dibawah air mengalir
22. Menurunkan termometer dan mengembalikan ke tempat penyimpanan
23. Merapikan pasien
24. Mencatat hasil pengukuran
25. Melepaskan handscoon
26. Mencuci tangan
27. Mencatat hasil pengukuran dalam lembar observasi lalu membuat grafik

Lampiran 4

SOP TINDAKAN KEPERAWATAN : TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM	
Pengertian	Relaksasi nafas dalam adalah suatu tindakan untuk membebaskan mental dan fisik dari ketegangan dan stress sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap efek nyeri yang dirasakan.
Tujuan	Mengurangi atau menghilangkan rasa nyeri.
Referensi	Menurut Smeltzer & Bare (2002) dalam Andarmoyo (2013) tentang relaksasi nafas dalam .
Persiapan Klien	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan penjelasan kepada klien 2. Atur posisi pasien: supinasi
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan lingkungan yang tenang 2. Usahakan tetap rileks dan tenang 3. Menarik nafas dalam dari hidung dan mengisi paru-paru dengan udara melalui hitungan 1,2,3 4. Perlahan-lahan udara dihembuskan melalui mulut sambil merasakan ekstremitas atas dan bawah rileks 5. Anjurkan bernafas dengan irama normal 3 kali 6. Menarik nafas lagi melalui hidung dan menghembuskan melalui mulut secara perlahan-lahan 7. Membiarkan telapak tangan dan kaki rileks 8. Usahakan agar tetap konsentrasi / mata sambil terpejam 9. Pada saat konsentrasi pusatkan pada daerah yang nyeri 10. Anjurkan untuk mengulangi prosedur hingga nyeri terasa berkurang 11. Ulangi sampai 15 kali, dengan selingi istirahat singkat setiap 5 kali 12. Instruksikan pasien untuk mengulangi teknik-teknik ini apa bial ras nyeri kembali lagi

	13. Setelah pasien merasakan ketenangan, minta pasien untuk melakukan secara mandiri
Terminasi	<ol style="list-style-type: none">1. Evaluasi hasil kegiatan2. Lakukan kontrak untuk kegistsn selanjutnya3. Akhiri kegiatan dengan baik4. Cuci tangan
Dokumentasi	<ol style="list-style-type: none">1. Catat waktu pelaksanaan tindakan2. Catat respons pasien3. Paraf dan nama perawat jaga

Lampiran 5

SOP TINDAKAN KEPERAWATAN : TEKNIK AUDIO MURROTAL QUR'AN	
Pengertian	Murottal adalah rekaman suara Al-Qur'an yang dilagukan oleh seorang qori' (pembaca Al-Qur'an), lantunan Al-Qur'an secara fisik mengandung unsur suara manusia.
Tujuan	Menurunkan hormon-hormon stres, mengaktifkan hormon endorfin alami, meningkatkan perasaan rileks, dan mengalihkan perhatian dari rasa takut, cemas dan tegang, menenangkan jiwa, memperbaiki sistem kimia tubuh sehingga menurunkan tekanan darah serta memperlambat pernafasan, detak jantung, denyut nadi, dan aktivitas gelombang otak.
Persiapan Klien	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan penjelasan kepada pasien dan keluarga 2. Atur posisi pasien: supinasi
Persiapan Alat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Earphone 2. MP3 berisikan Murrotal Qur'an Ayat – ayat pendek
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan lingkungan yang tenang 2. Usahakan tetap rileks dan tenang 3. Perawat - Menyiapkan alat dan mendekatkan ke arah pasien 4. Mencuci tangan 5. Persiapan Lingkungan - Menutup sampiran - Memastikan privasi pasien terjaga 6. Menghubungkan earphone dengan MP3/Tablet berisikan murottal (Al-fatihah) 7. Pasien berbaring diatas tempat tidur 8. Letakkan earphone di telinga kiri dan kanan 9. Dengarkan murottla (Al-fatihah) selama 15 menit.

Terminasi	<ol style="list-style-type: none">1. Evaluasi hasil kegiatan2. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya3. Akhiri kegiatan dengan baik4. Cuci tangan
Dokumentasi	<ol style="list-style-type: none">1. Catat waktu pelaksanaan tindakan2. Catat respons pasien3. Paraf dan nama perawat jaga

Lampiran 6

	SOP TINDAKAN KEPERAWATAN : TRANSFUSI DARAH	
--	-------------------------------------------------------	--

Pengertian	Memberikan transfusi darah sesuai instruksi atau program.
Tujuan	Memenuhi kebutuhan dasar dan mencegah terjadinya anemia.
Referensi	Buku Pedoman Perawatan dasar Depkes RI Tahun 2015.
Indikasi	Pasien dengan kadar hemoglobin di bawah dari normal (10 gr/dl)
Prosedur	<p>1. Tahap Pra Interaksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membaca program tindakan 2. Menyiapkan alat <ol style="list-style-type: none"> a. Standar infuse b. Cairan steril sesuai instruksi c. Transfusi set steril d. IV kateter sesuai ukuran (18) e. Bidai atau (k/p pada anak) f. Perlak dan pengalas g. Tourniquet h. Instrumens steril (pinset, gunting dan com) i. Kapas alcohol j. Bengkok k. Tempat sampah l. Kasa steril m. Sarung tangan

	<ul style="list-style-type: none">n. Salf antibiotico. Plesterp. Darah atau plasmaq. Obat antihistaminr. Tensimeter dan thermometers. Formulir observasikhusus dan alat tulis <ul style="list-style-type: none">3. Memasang sampiran4. Mencuci tangan5. Mendekatkan alat ke pasien <p>2. Tahap Orientasi</p> <ul style="list-style-type: none">1. Memberi salam2. Menanyakan adanya keluhan3. Menjelaskan prosedur tindakan ke pasien atau keluarga4. Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya <p>3. Tahap Kerja</p> <ul style="list-style-type: none">1. Menggunakan sarung tangan2. Mengukur tanda vital3. Membebaskan lengan pasien dari baju4. Meletakkan perlak dan pengalas di bawah lengan pasien5. Menyiapkan larutan NaCl 0,9 % dengan tranfusi set6. Memasang infus NaCl 0,9 %7. Mengatasi tetesan tetap lancar8. Memastikan tidak ada udara didalam selang infus9. Mengontrol kembali darah yang akan diberikan kembali kepada pasien <ul style="list-style-type: none">a. Wanita
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> b. Identitas c. Jenis dan golongan darah d. Nomor kantong darah e. Tanggal kadaliarsa f. Hasil cross test dan jumlah darah <p>10. Mengganti cairan NaCl 0,9 % dengan darah setelah 15 menit</p> <p>11. Mengatur tetesan darah</p> <p>4. Tahap Terminasi</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Mengganti adanya reaksi transfusi dan komplikasi 2. Mengevaluasi perasaan pasien 3. Menyimpulkan hasil kegiatan 4. Melakukan kontrak waktu untuk kegiatan selanjutnya 5. Mengakhiri kegiatan 6. Merapikan alat 7. Melepas sarung tangan 8. Mencuci tangan 9. Mengukur tanda vital tiap 5 menit untuk 15 menit pertama, tiap 15 menit untuk jam berikutnya dan tiap 1 jam sampai dengan tranfusi selesai
Dokumentasi	Mendokumentasikan setiap tindakan : waktu pemberian, dosis, jenis transfusi yang diberikan, reaksi transfusi atau komplikasi.

Lampiran 7

SOP TINDAKAN KEPERAWATAN : DISCHARGE PLANNING	
Pengertian	Discharge Planning (perencanaan pulang) merupakan komponen sistem perawatan berkelanjutan, pelayanan yang diperlukan pasien untuk persiapan pasien sebelum pulang ke rumah dengan memberikan penyuluhan tentang perawatan di rumah, pencegahan, dan sebagainya.
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan kemandirian pasien dalam melakukan keperawatan di rumah. 2. Meningkatkan keperawatan yang berkelanjutan pada pasien. 3. Membantu pasien memiliki pengetahuan, keterampilan dan sikap dalam memperbaiki serta mempertahankan status kesehatan pasien.
Referensi	Keputusan Direktur Utama Sakit Umum Kecamatan Koja, Nomor X/V.3/0159/2016 dalam upaya keselamatan pasien sesuai ketentuan pemulangan pasien.
Kebijakan	DPJP harus menentukan kesiapan pasien untuk dipulangkan 1 x 24 jam setelah pasien masuk rawat inap sebagai upaya mengutamakan keselamatan pasien sesuai ketentuan dan kebijakan Pelayanan RSUD Kecamatan Koja.
Indikasi	Pasien yang akan pulang ke rumah
Persiapan Perawat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perawat harus tahu penyakit apa yang diderita pasien, dan bagaimana melakukan perawatan di rumah, dan pencegahannya. 2. Perawat harus percaya diri dalam menyampaikan discharge planning.
Persiapan Alat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lembar telah dilakukan discharge planning 2. Lingkungan yang nyaman.
Persiapan Pasien	Beri penjelasan pada keluarga dan pasien tentang cara perawatan di rumah dan pencegahannya.
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perencanaan pemulangan pasien membutuhkan identifikasi kebutuhan

	<p>spesifik pasien.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Identifikasi sesuai kriteria pasien berdasarkan kondisi kesehatan dan kebutuhan akan pelayanan berkelanjutan seperti pasien pulang normal, pulang kritis, pulang mandiri atau masih ketergantungan. 3. Kelompok perawat berfokus pada kebutuhan rencana pengajaran yang baik untuk persiapan pulang pasien, yang disingkat dengan METHOD, yaitu ; <ol style="list-style-type: none"> a. Medication (obat) b. Environment (lingkungan) c. Treatment (pengobatan) d. Health Teaching (pengajaran kesehatan) e. Outpatient referral f. Diet 4. Sedangkan untuk pasien pulang kritis (ketergantungan) petugas rumah sakit bekerjasama dengan PUSKESMAS setempat untuk perawatan di rumah atau Home Care. Sedangkan identifikasi pasien kritis antara lain: <ol style="list-style-type: none"> a. Usia > 65 th dengan gangguan fungsional b. Keterbatasan mobilitas c. Memerlukan perawatan lanjutan d. Memerlukan bantuan untuk melaksanakan aktivitas 5. Pasien anak dengan penyakit kompleks dan pemberi asuhan tidak mampu merawat pasien ketika pulang 6. Semua tindakan kedokteran harus mendapat persetujuan pasien (Informed Consent) dan atau keluarga setelah mendapat penjelasan yang cukup tentang hal-hal yang berkaitan dengan tindakan tersebut
Dokumentasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Catat tindakan yang telah dilakukan. 2. Waktu dan Tanggal Tindakan. 3. Nama Pasien, Usia, Nomor Rekam Medik. 4. Nama Perawat dan Tanda Tangan Perawat.
Unit Terkait	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rawat Inap 2. Rawat Jalan 3. IGD 4. Pendaftaran dan Informasi 5. Kasir

PASIEN PULANG

<i>DISCHARGE PLANNING</i>	No. Reg : Nama : Jenis Kelamin :
Tanggal MRS : Bagian :	Tanggal KRS : Bagian :
Dipulangkan dari RS.... .., dengan keadaan	
<input type="checkbox"/> : Sembuh	<input type="checkbox"/> : Pulang paksa
<input type="checkbox"/> : Meneruskan dengan obat jalan	<input type="checkbox"/> : Lari
<input type="checkbox"/> : Pindah ke RS lain	<input type="checkbox"/> : Meninggal
A. Kontrol a. Waktu : b. Tempat :	
B. Lanjutan keperawatan di rumah	
C. Aturan diet / nutrisi	
D. Obat-obat yang masih diminum dan jumlahnya	

E. Aktivitas dan istirahat	
Pasien/Keluarga	Perawat
(.....)	(.....)

PETUNJUK TEKNIS PENGISIAN DISCHARGE PLANNING

1. No. Reg (diisi sesuai nomer registrasi pasien).
2. Nama (diisi sesuai nama pasien).
3. Jenis kelamin (diisi laki-laki atau perempuan).
4. Tanggal MRS (sesuai pasien masuk RS).
5. Diagnosis MRS (diisi oleh dokter berdasarkan pemeriksaan klinis).
6. Tanggal MRS (tanggal dimana pasien masuk rumah sakit)
7. Diagnosis KRS (diagnosis pasien berdasarkan pemeriksaan klinis setelah pasien diperbolehkan pulang).
8. Dipulangkan dari RS dengan keadaan (diisi berdasarkan kondisi pasien pulang).
9. Tanggal atau tempat kontrol (diisi sesuai tempat dan kontrol ketika pasien kontrol)
10. Lanjutan keperawatan dirumah (diisi keperawatan lanjutan sesuai diagnosis sewaktu pulang (keperawatan luka, gift dan lain-lain).
11. Aturan diet (diisi berdasarkan anjuran ahli gizi).
12. Obat-obat yang diminum dan jumlahnya (diisi sesuai obat yang dibawa pulang aturannya, dosisnya, jumlahnya).
13. Aktivitas dan istirahat (diisi sesuai advis dokter tentang kegiatannya dan istirahatnya dirumah).
14. Hal yang dibawa pulang (hasil laboratorium, foto, EKG).
15. Lain-lain (diisi hal diluar ketentuan diatas misalnya obat-obat yang distop atau dihentikan).

