

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. R  
DENGAN POST HISTEREKTOMI INDIKASI MIOMA UTERI  
DI RUANG BAITUNNISA 2  
RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah

diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk  
memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan



Disusun Oleh :

**Zulia Sofiana**

NIM. 40901900029

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG  
2022**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. R  
DENGAN POST HISTEREKTOMI INDIKASI MIOMA UTERI  
DI RUANG BAITUNNISA 2  
RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**



Disusun Oleh :

**Zulia Sofiana**

NIM. 40901900029

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG  
2022**

## SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan di bawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa skripsi ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Semarang, 27 Mei 2022



(Zulia Sofiana)



## HALAMAN PERSETUJUAN

**Karya Tulis Ilmiah berjudul :**

**Asuhan Keperawatan Pada Ny. R dengan Post Histerektomi Atas Indikasi Mioma Uteri di Ruang Baitunnisa 2 Rumah Sakit Sultan Agung Semarang**

**Dipersiapkan dan disusun oleh :**

**Nama : Zulia Sofiana**

**NIM : 40901900029**

Telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang pada :

Hari : Kamis

Tanggal : 19 Mei 2022



**Pembimbing**

**Ns. Sri Wahyuni, M.Kep., Sp.Kep.Mat**

**NIDN : 0609067504**

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang pada hari Senin tanggal 06 Juni 2022 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 06 Juni 2022

Penguji I

Ns. Hernandia Distinarista, M.Kep  
NIDN. 0602098503



Penguji II

Ns. Apriliani Yulianti W, M.Kep., Sp.Kep.Mat  
NIDN. 0618048901



Penguji III

Ns. Sri Wahyuni, M.Kep., Sp.Kep.Mat  
NIDN. 0609067504



Mengetahui,

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan



Ivan Ardian, SKM., M.Kep

NIDN. 0622087403

## MOTTO

“ Sesungguhnya Allah tidak akan merubah keadaan suatu kaum sehingga mereka merubah keadaan yang ada pada diri mereka sendiri ”

(QS. Ar-Rad : 11)

“ Dan bahwasanya manusia tiada memperoleh selain apa yang telah diusahakannya ”

( An Najm : 39)

“Maka apabila kamu telah selesai (dari sesuatu urusan), kerjakanlah dengan sungguh-sungguh (urusan) yang lain.”

(QS. Al Insyirah : 7)



## KATA PENGANTAR

*Assalamu'alaikum Wr. Wb.*

*Alhamdulillahirobbil 'alamin*, puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT karena atas berkat, rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Ny. R dengan Post Histerektomi Atas Indikasi Mioma Uteri Diruang Baitunnisa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang”. Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan program pendidikan ahli madya di Program Studi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini tidak lepas dari bantuan, bimbingan dan arahan dari semua pihak secara langsung maupun tidak langsung. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Bapak Prof. Dr. H. Gunarto, SH., M.Hum, Selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang
2. Bapak Iwan Ardian, S.KM, M.Kep, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang
3. Bapak Ns. Muh. Abdurrouf, M.Kep, selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang
4. Ns. Sri Wahyuni, M.Kep., Sp. Kep. Mat, selaku pembimbing Karya Tulis Ilmiah yang sudah sabar meluangkan waktu dan tenaganya serta memberi motivasi dan ilmu yang bermanfaat kepada penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah
5. Ns. Hernandia Distinarista, M.Kep Sebagai Penguji 1 Karya Tulis Ilmiah
6. Ns. Apriliani Yulianti W, M.Kep.,Sp.Kep.Mat sebagai Penguji 2 Karya Tulis Ilmiah
7. Seluruh Dosen Pengajar dan Staff Karyawan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang telah memberikan bantuan kepada penulis saat penulis menempuh studi
8. Kepala Ruang dan seluruh perawat diruang Baitunissa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang yang telah mengizinkan penulis untuk mengambil kasus diruang tersebut
9. Kepada orang tua saya Bapak Salimin dan Ibu Nailis Sa'adah (Almh) yang tidak pernah lelah memberi motivasi, dukungan, semangat, perhatian, dan kasih sayang serta mendoakan penulis sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan baik

10. Kepada rekan satu kelompok dosen bimbingan Koyui Mirza yang selama ini membantu penulis dan senantiasa bertukar pikiran agar Karya Tulis Ilmiah ini terselesaikan tepat waktu
11. Sahabat saya Alfi, Fita, Idul, Anwar, Dini, Meylinda, Inul, Nabila, Nilta, Ega, Mbak Lina, Dek Rahma yang sudah menemani serta berjuang bersama hingga saat ini, yang mendengarkan keluh kesah penulis selama ini serta memberi dukungan sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan dengan baik
12. Kepada teman-teman prodi D-III Keperawatan angkatan 2019 dan semua pihak yang telah banyak membantu, memberi semangat dan motivasi dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak kekurangan dan jauh dari kata sempurna. Maka dengan kerendahan hati penulis mengharapkan kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini. Harapan penulis semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi kita semua.

*Wassalamu'alaikum wr.wb*

Semarang, 19 Mei 2022

(Zulia Sofiana)



## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
MOTTO .....	v
KATA PENGANTAR .....	vi
BAB I.....	1
PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan .....	3
1. Tujuan umum .....	3
2. Tujuan khusus.....	3
C. Manfaat Penulisan.....	4
1. Institusi Pendidikan .....	4
2. Lahan praktik.....	4
3. Masyarakat .....	4
BAB II.....	5
TINJAUAN PUSTAKA .....	5
A. Konsep Dasar Penyakit atau Masalah.....	5
1. Definisi .....	5
2. Etiologi .....	5
3. Klasifikasi.....	7
4. Patofisiologi.....	8
5. Manifestasi klinis .....	9
6. Pemeriksaan penunjang .....	10
7. Penatalaksanaan.....	11
8. Komplikasi .....	13
9. Pathway .....	14
B. Konsep asuhan keperawatan post operasi mioma uteri.....	15

1. Pengkajian .....	15
2. Diagnosa Keperawatan dan fokus intervensi .....	20
C. Manajemen nyeri untuk mengatasi nyeri pada pasien dengan post operasi	22
1. Pengertian nyeri.....	22
2. Klasifikasi nyeri akut.....	22
3. Pengukuran intensitas.....	24
4. Strategi penatalaksanaan nyeri .....	26
BAB III .....	30
LAPORAN KASUS.....	30
A. Pengkajian .....	30
B. Analisa data dan penegakkan diagnosa keperawatan.....	38
C. Daftar diagnosa keperawatan .....	39
D. Rencana keperawatan.....	39
E. Implementasi keperawatan.....	40
F. Catatan Perkembangan.....	46
BAB IV .....	49
PEMBAHASAN .....	49
A. Pengkajian .....	49
B. Diagnosis Keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi .....	50
BAB V.....	62
PENUTUP.....	62
A. Simpulan .....	62
B. Saran.....	63
1. Institusi pendidikan .....	63
2. Lahan praktik.....	63
3. Masyarakat .....	63
DAFTAR PUSTAKA .....	64

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Fibroid rahim ialah neoplasma jinak yang paling umum yang mempengaruhi saluran reproduksi pada wanita (Kwas et al., 2021). Mioma uteri, juga dikenal sebagai fibroid rahim atau leiomioma rahim, ialah tumor jinak dari otot polos rahim, terdiri dari sel otot polos, jaringan ikat fibrosa, serta kolagen. (Surya & Muzakkar, 2017). Tidak semua fibroid menimbulkan keluhan dan membutuhkan pembedahan, sehingga sangat sulit untuk menentukan kejadian mioma uteri. Pada kasus post operasi mioma uteri, keluhan utama yang dirasakan adalah nyeri akut. Ini karena prosedur pembedahan. Pembedahan menyebabkan luka sayatan yang akan timbul perdarahan dan jaringan kulit terputus. Hal ini dikarenakan terdapat robekan pada jaringan saraf tepi, yang dapat merangsang serabut saraf pada daerah luka yang akan merangsang mediator nyeri (Nurarif & Kusuma, 2015)

Sampai saat ini, kejadian dan prevalensi mioma uteri belum diketahui secara pasti. Sulit untuk membandingkan data yang dilaporkan sebab perbandingan populasi riset serta prosedur skrining. Fibroid rahim diperkirakan terjadi pada 5% hingga 21% wanita (Chiaffarino et al., 2017) dalam (Tumaji et al., 2020). Di antara seluruh permasalahan ginekologi yang dirawat di rumah sakit di Indonesia, permasalahan mioma uteri adalah 11,70%. Dari data multiregional, terdapat 582 kasus mioma uteri pada tahun 2013, terdiri dari 320 pasien rawat jalan dan 262 pasien rawat inap. Pada tahun 2014, jumlah kasus mioma uteri meningkat 701, dengan 529 penderita rawat jalan serta 172 penderita rawat inap (Depkes RI, 2015). Hasil riset (Meilani et al., 2020) membuktikan perempuan yang hadapi mioma uteri, paling utama terjalin pada umur 30 tahun ke atas, dengan jumlah 40 responden( 95%) dari pada kelompok umur 26- 30 tahun ke atas, 2 responden( 5%) serta 20- 25 tahun, teruji 0 responden(

0%). Keadaan ini menampilkan kalau orang yang berumur di atas 30 tahun berisiko lebih besar terserang mioma uteri.

Pemicu pertumbuhan fibroid uterus bergantung pada estrogen karena memiliki lebih banyak reseptor estrogen dari pada jaringan di sekitarnya. Telah terbukti bahwa progesteron juga memainkan peran penting dalam patogenesis dan berpartisipasi dalam stimulasi pertumbuhan mioma uteri (Kwas et al., 2021). Dikutip dari (Octaviana & Pranajaya, 2014) wanita pra-menstruasi memiliki kadar estrogen yang sangat rendah, kemudian meningkat ketika melahirkan anak dan akan menurun saat menopause. Semakin banyak estrogen yang terpapar pada wanita, semakin besar kemungkinan dia akan mengembangkan mioma uteri.

Tindakan operatif atau pembedahan ialah histerektomi (pengangkatan uterus) ataupun, pada wanita yang mau mempertahankan kesuburan dengan miomektomi (pengangkatan miom) dianggap efektif untuk mengobati mioma uteri. Sehingga hal tersebut nyeri post operasi dapat terjadi (Lilyani et al., 2012). Histerektomi adalah operasi pengangkatan rahim wanita (uterus) atau prosedur medis yang tidak diharapkan, paling utama untuk perempuan yang masih mendambakan bayi. Histerektomi dapat mempengaruhi citra tubuh perempuan, status psikososial, kapasitas reproduksi dan fungsi seksual. Dari fisik, perubahan yang terjadi yaitu kekeringan vagina karena kekurangan estrogen, penurunan hasrat dan minat seksual, dispareunia, penurunan orgasme dan kepuasan seksual setelah histerektomi seperti disfungsi seksual. Selain komplikasi tersebut, histerektomi juga dapat menimbulkan masalah psikologis yang mungkin dialami, karena makna yang melekat pada rahim wanita. Wanita mengasosiasikan rahim dengan konsep seperti melahirkan anak dan menstruasi. Ini berdampak negatif pada hubungan perkawinan, kepercayaan diri wanita, citra tubuh dan harga diri (Kök et al., 2020).

Perawat berperan penting dalam memenuhi kebutuhan klien dengan tumor rahim. Yaitu dengan memberikan asuhan yang benar kepada klien dan memenuhi posisinya sebagai pendidik kesehatan. Salah satu

tindakan yang dapat dilakukan perawat saat memberikan intervensi keperawatan untuk asuhan keperawatan pada penderita dengan mioma uteri post operasi dengan permasalahan keperawatan nyeri akut ialah memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif. Pengobatan nyeri akut sesuai dengan standar SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) 2018 adalah melakukan intervensi dengan menggunakan tehnik relaksasi. Penatalaksanaan nyeri dengan tata cara non farmakologi ialah modal utama buat kenyamanan. Dari segi bayaran serta khasiat, pemakaian manajemen nonfarmakologis lebih murah serta tidak mempunyai dampak samping bila dibanding dengan pemakaian manajemen farmakologis. Perihal ini pula bisa kurangi ketergantungan obat penderita.. Teknik analgesik nonfarmakologis dapat dilakukan secara mandiri oleh perawat tanpa mengandalkan tenaga medis lain dalam pelaksanaannya perawat dengan memperhatikan pertimbangan dan keputusannya sendiri untuk penuhi kebutuhan dasar manusia.

Bersumber pada penjelasan tersebut, penulis tertarik untuk menyusun karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Ny. R dengan Post histerektomi di Ruang Baitunnisa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang”

## **B. Tujuan**

### **1. Tujuan umum**

Melaksanakan asuhan keperawatan secara komprehensif pada Ny. R umur 47 tahun dengan Post Histerektomi Atas Indikasi Mioma Uteri.

### **2. Tujuan khusus**

Mampu melaksanakan asuhan keperawatan secara komprehensif pada Ny. R umur 47 tahun dengan Post Histerektomi Atas Indikasi Mioma Uteri di Ruang Baitunnisa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang, meliputi :

- a. Melaksanakan pengkajian keperawatan pada Ny. R dengan post histerektomi Atas Indikasi Mioma Uteri di Ruang Baitunissa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.
- b. Menegakkan prioritas permasalahan serta diagnosa keperawatan pada Ny. R dengan post histerektomi Atas Indikasi Mioma Uteri di Ruang Baitunissa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.
- c. Menyusun intervensi dan implementasi keperawatan pada Ny.R dengan post histerektomi Atas Indikasi Mioma Uteri di Ruang Baitunissa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang
- d. Melaksanakan evaluasi atau penilaian keperawatan yang telah dilakukan pada Ny. R dengan post histerektomi Atas Indikasi Mioma Uteri di Ruang Baitunissa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang

## **C. Manfaat Penulisan**

### **1. Institusi Pendidikan**

Hasil studi kasus ini diharapkan bisa membagikan rujukan untuk departemen keperawatan maternitas tentang gambaran Asuhan Keperawatan Pada Penderita dengan Mioma Uteri.

### **2. Lahan praktik**

Hasil studi kasus ini diharapkan bisa digunakan buat menaikkan pengetahuan serta kualitas pelayanan maksimal tentang Asuhan Keperawatan pada penderita mioma uteri.

### **3. Masyarakat**

Hasil studi kasus ini diharapkan menambah pengetahuan masyarakat tentang penyakit Mioma Uteri.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Dasar Penyakit atau Masalah**

##### **1. Definisi**

Menurut Balitbangkes Depkes (dalam A et al., 2020) Mioma uteri adalah kelainan tumor jinak ginekologis yang sangat universal ditemukan, jumlah kejadiannya nyaris sepertiga dari permasalahan ginekologi. *World Health Organisation* (WHO) melaporkan terdapat 10 juta permasalahan kanker tiap tahun, dimana di dalamnya tercantum degenerasi dari sesuatu penyakit mioma uteri. Mioma uteri, juga dikenal sebagai fibroid rahim atau leiomioma rahim, yaitu tumor jinak otot polos rahim yang terdiri dari sel otot polos, jaringan ikat fibrosa, dan kolagen (Surya & Muzakkar, 2017). Sedangkan menurut (Dewi, 2016), mioma uteri adalah tumor jinak otot rahim dengan jaringan ikat. Mioma uteri berasal dari otot polos jaringan fibrosa tanpa kapsul dan dengan batas yang jelas. Oleh karena itu, mioma akan memiliki konsistensi yang lunak jika otot rahim yang dominan, dan akan memiliki konsistensi yang kuat jika jaringan ikat yang dominan.

Perihal ini bisa disimpulkan kalau fibroid rahim ataupun mioma uteri merupakan penyakit ginekologi, berbentuk tumor jinak yang terletak di dalam rahim yang berasal dari otot polos jaringan ikat fibrosa.

##### **2. Etiologi**

Penyebab pasti mioma uteri belum diketahui secara pasti. Mioma uteri jarang terjadi sebelum usia pubertas, sebagai salah satu pencetus terjadinya mioma uteri ialah hormon estrogen serta progesteron yang didapat lewat kontrasepsi hormonal. Menurut Meyer de Snow dalam Cellnest Theory atau Teori Genetika di (Prawirohardjo et al., 2011), melaporkan kalau estrogen bisa

memicu perkembangan fibroid uteri sebab fibroid uteri kaya hendak reseptor estrogen. Menurut (Nugroho & Indra, 2014) Fibroid rahim dipengaruhi oleh kandungan estrogen. Fibroid kerap meningkat besar sepanjang kehamilan serta menurun sehabis menopause. Sepanjang seseorang perempuan yang lagi haid masih hadapi haid, mungkin besar fibroid hendak terus berkembang walaupun pertumbuhannya lambat.

Lama penggunaan kontrasepsi juga dapat mempengaruhi ukuran fibroid rahim. Hal ini terkait dengan lamanya waktu miometrium terkena hormon yang mempengaruhi pertumbuhan fibroid rahim. Penelitian (Ridwan et al., 2021) menemukan bahwa durasi penggunaan kontrasepsi hormonal secara umum >5 tahun dengan 48,5% dari jenis penggunaan kontrasepsi hormonal suntik.

Setidaknya ada dua komponen berbeda yang berkontribusi terhadap pertumbuhan mioma uteri, yaitu: transformasi sel otot normal menjadi sel otot abnormal, akibat mutasi somatik, dan pertumbuhan sel otot abnormal menjadi tumor yang terlihat secara klinis. Diketahui bahwa sel induk miometrium rahim tumbuh menjadi tumor rahim di bawah pengaruh banyak hormon. Sel-sel dalam fibroid berkembang biak dengan kecepatan sedang dan pertumbuhannya tergantung pada hormon steroid yang dihasilkan oleh ovarium, yaitu estrogen dan progesteron. Ketergantungan pada hormon ini menyebabkan sebagian besar kasus fibroid rahim pascamenopause menyusut. Selain itu, estradiol estrogenik yang poten menginduksi produksi reseptor progesteron melalui reseptor estrogen alfa (ER- $\alpha$ ). Reseptor progesteron merupakan komponen penting dari respon jaringan tumor terhadap progesteron ovarium. Oleh karena itu, reseptor progesteron dan progesteron sangat penting untuk pertumbuhan tumor, peningkatan proliferasi sel, kelangsungan hidup dan promosi pembentukan matriks ekstraseluler. Estrogen dan ER- $\alpha$  saja tidak cukup untuk

pertumbuhan mioma uteri tanpa adanya reseptor progesteron dan progesteron (Albertus, 2020).

Studi (Ridwan et al., 2021) melaporkan bahwa ada hubungan antara IMT dan kejadian fibroid rahim, yang berarti peningkatan IMT meningkatkan risiko berkembangnya tumor rahim lebih dari tiga kali lipat dibandingkan IMT normal. Menurut Setiati, (2009) dalam (Ridwan et al., 2021) terutama obesitas atau kegemukan terjadi sebab tenaga yang diperoleh lewat makanan melebihi tenaga yang dikeluarkan. Ketidakseimbangan ini diakibatkan oleh kelebihan tenaga yang diperoleh serta/ ataupun berkurangnya tenaga yang dikonsumsi buat metabolisme badan, termoregulasi serta kegiatan fisik. Estrogen dapat diproduksi di luar ovarium sebagai sel lemak (fat cells) yang berhubungan dengan perubahan hormon androgen menjadi estrogen oleh enzim aromatase di jaringan adiposa, sehingga terjadi peningkatan jumlah estrogen dalam tubuh pada wanita secara berlebihan. (Prawirohardjo et al., 2011) menyatakan bahwa ukuran fibroid rahim juga dipengaruhi oleh jumlah kalori. Semakin berat seseorang, semakin tinggi asupan kalori dan semakin cepat tumor otot tumbuh. Hal ini karena obesitas dianggap sebagai faktor risiko fibroid rahim (Manta et al., 2016).

### **3. Klasifikasi**

Mioma uteri bersumber pada letak pertumbuhannya pada susunan rahim diklasifikasikan jadi 3, ialah mioma subserosa, mioma intramural, serta mioma submukosa (Surya & Muzakkar, 2017)

#### **a. Mioma subserosa**

Mioma subserosa terletak pada susunan serosa rahim. Pertumbuhannya ke arah luar rahim. Bila mioma uteri cuma dihubungkan oleh tangkai ke rahim ataupun uterus, disebut

mioma bertangkai. Mioma uteri subserosa yang menempel pada struktur pelvis lain serta menerima vaskularisasi dari struktur yang dilekatinya dianggap mioma parasitic. Bila terletak di ligamentum latum dianggap mioma intraligamen.

b. Mioma intramural

Mioma yang terletak di dalam bilik myometrium ataupun susunan tengah bilik uterus diketahui sebagai fibroid intramural.

c. Mioma submukosa

Mioma submukosa merupakan mioma yang berkembang pada susunan endometrium serta berkembang ke arah kavum uteri. Bila mioma berkembang serta bertangkai, hingga bisa keluar masuk ke dalam vagina disebut mioma geburt.

#### 4. Patofisiologi

Awal mulanya, mioma mulai tumbuh sebagai bibit kecil miometrium dan secara bertahap berkembang. Pertumbuhan ini memaksa miometrium untuk membentuk sejenis pseudokapsul atau lingkaran yang mengelilingi tumor di dalam rahim yang mungkin hanya ada satu tumor di rahim, namun umumnya terdapat banyak fibroid. Bila ada satu mioma yang berkembang intramural dalam korpus uteri, hingga korpus tersebut nampak bundar serta berkonsistensi padat. Ketika terletak di dinding anterior rahim, fibroid menonjol ke depan, mendorong kandung kemih dan sering mengeluh buang air kecil (Aspiani, 2017).

Namun permasalahan hendak timbul kala terdapat pengurangan dalam pemberian darah dalam mioma uteri, yang menimbulkan kenaikan dimensi tumor, sehingga jadi pemicu perih serta mual. Tidak hanya itu permasalahan bisa mencuat, apabila

terjalin perdarahan abnormal pada uterus yang kelewatan sehingga hendak menimbulkan anemia. Anemia ini bisa menyebabkan kelemahan raga, keadaan badan lemah, sehingga kebutuhan perawatan diri tidak bisa terpenuhi. Tidak hanya itu dengan perdarahan berlebih bisa menyebabkan seorang hendak hadapi kekurangan volume cairan sehingga bisa timbul masalah risiko infeksi. efek peradangan. Serta bila pembedahan ataupun intervensi bedah terjadi, sedemikian rupa bahwa perihai itu bisa menimbulkan kerusakan integritas jaringan kulit.

Pada permasalahan post pembedahan mioma uteri akan hadapi terputusnya integritas jaringan kulit serta terjalin robekan pada jaringan saraf perifer, sehingga menimbulkan nyeri akut. Terputusnya integritas jaringan kulit tadi pengaruhi proses epitalisasi serta pembatasan kegiatan, hingga terjadi pergantian pola aktivitas atau kegiatan. Kerusakan jaringan menyebabkan terpaparnya agen infeksius yang pengaruhi efek tinggi infeksi (Putri, 2020).

#### **5. Manifestasi klinis**

Nyaris separuh dari mioma uteri ditemui secara tidak terencana sepanjang pengecekan panggul teratur. Penderita tidak mempunyai keluhan serta tidak menyadari kalau mereka tengah memiliki satu di rahim. Aspek yang pengaruhi munculnya indikasi klinis antara lain :

- a. Ukuran mioma uteri
- b. Lokalisasi mioma uteri
- c. Transformasi mioma uteri

Ciri serta indikasi mioma uteri bagi (Nurafif & Hardi, 2013) yaitu

- a. Perdarahan yang tidak wajar : Hipermenore, menoragia, metroragia.

- 1) Pengaruh ovarium sehingga hiperplasia endometrium terjadi.
- 2) Permukaan endometrium lebih besar dari umumnya.
- 3) Atrofi endometrium lebih besar dari umumnya.
- 4) Miometrium tidak bisa berkontraksi secara maksimal sebab terdapat sarang mioma diantara serabut miometrium sehingga tidak bisa mengencangkan pembuluh darah yang melewatinya dengan baik.

b. Nyeri

Perih panggul akibat tekanan berlangsung sebab sebagian besar mioma memencet struktur wilayah panggul. Pada mioma submukosa yang terjadi bisa menyempitkan canalis servikalis sehingga memunculkan dismenore.

c. Indikasi penekanan

Penekanan pada vesika urinaria mengakibatkan poliuri, pada uretra menimbulkan retensi urine, pada ureter menimbulkan hidroureter serta hidronefrosis, pada rectum menimbulkan obstipasi serta tenesmia, pada pembuluh darah serta limfe menimbulkan edema tungkai serta perih panggul.

d. Disfungsi reproduksi

Ikatan antara mioma uteri selaku pemicu infertilitas masih belum jelas, 27- 40% wanita dengan mioma uteri hadapi infertilitas

## 6. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan diagnostik mioma uteri bagi (Nurafif & Hardhi, 2013) antara lain :

a. Uji laboratorium

Hitung darah lengkap serta apusan darah: Leukositosis bisa jadi diakibatkan oleh nekrosis ataupun degenerasi torsional. Penyusutan kandungan hemoglobin serta hematokrit menunjukkan kehabisan darah kronis.

- b. Uji kehamilan terhadap chorioetic gonadotropin  
Kerap kali, menunjang memperhitungkan hipertrofi uterus yang secara simetris mirip dengan kehamilan ataupun bertepatan dengan kehamilan.
- c. Ultrasonografi  
Ultrasonografi dapat membantu jika dicurigai adanya massa panggul.
- d. Pielogram intravena
  - 1) Pap smear serviks  
Deteksi neoplasia serviks sebelum histerektomi selalu diindikasikan.
  - 2) Histerosalpingogram  
Jika klien ingin memiliki anak lagi di masa depan, disarankan untuk mengevaluasi kelengkungan rongga rahim dan integritas saluran tuba.

Setyorini, 2014 dalam (Putri, 2020) pemeriksaan fisik mioma uteri diantaranya :

- a. Pengecekan abdomen atau perut : Massa yang teraba di pubis ataupun perut bagian dasar, kenyal, tidak berubah-ubah, bundar, berbatas tegas, bertangkai, gampang digerakkan, serta tidak perih.
- b. Pengecekan bimanual : Tumor ditemukan menyatu atau berhubungan dengan rahim dan bergerak bersama dengan gerakan serviks

## 7. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan mioma uteri menurut (Dewi, 2016) dibagi atas :

a. Konservatif

Pengidap dengan mioma kecil serta tanpa indikasi sesungguhnya tidak membutuhkan pengobatan, tetapi senantiasa wajib dipantau pertumbuhan tumornya.

b. Medika mentosa

Pengobatan yang bisa dicoba guna menghentikan perkembangan mioma uteri secara menetap serta memperkecil ukurannya ialah dengan metode membagikan preparat analog Gonadotropin Releasing Hormon Agonist (GnRHa), progesteron, danazol, gestrinon, tamoksifen, goserelin, antiprostaglandin, agen-agen lain semacam gossypol serta amantadine.

c. Operatif

Penatalaksanaan mioma uteri secara operatif terdiri dari :

1) Miomektomi

Miomektomi merupakan pembedahan yang dilakukan untuk mengambil sarang mioma saja tanpa pengangkatan rahim. Umumnya miomektomi dilakukan pada perempuan yang mau mempertahankan peranan reproduksinya. Aksi ini bisa dikerjakan misalnya pada mioma submukosum dengan metode ekstripsi melalui vagina

2) Histerektomi

Histerektomi merupakan pembedahan pengangkatan rahim yang biasanya ialah tindakan terpilih. Histerektomi ini bisa dilakukan perabdomen ataupun pervaginum. Terdapatnya prolapsus uteri hendak memudahkan prosedur operasi. Histerektomi total biasanya dilakukan dengan sebab menghindari akan munculnya karsinoma serviks uteri. Perihal ini bisa jadi opsi terbaik buat

perempuan berusia lebih dari 40 tahun serta tidak menginginkan anak lagi ataupun tumor yang lebih besar dari kehamilan 12 pekan diiringi terdapatnya kendala penekanan ataupun tumor yang segera membesar.

3) Embolisasi arteri uteri (Uterin Artery Embolization /UAE)

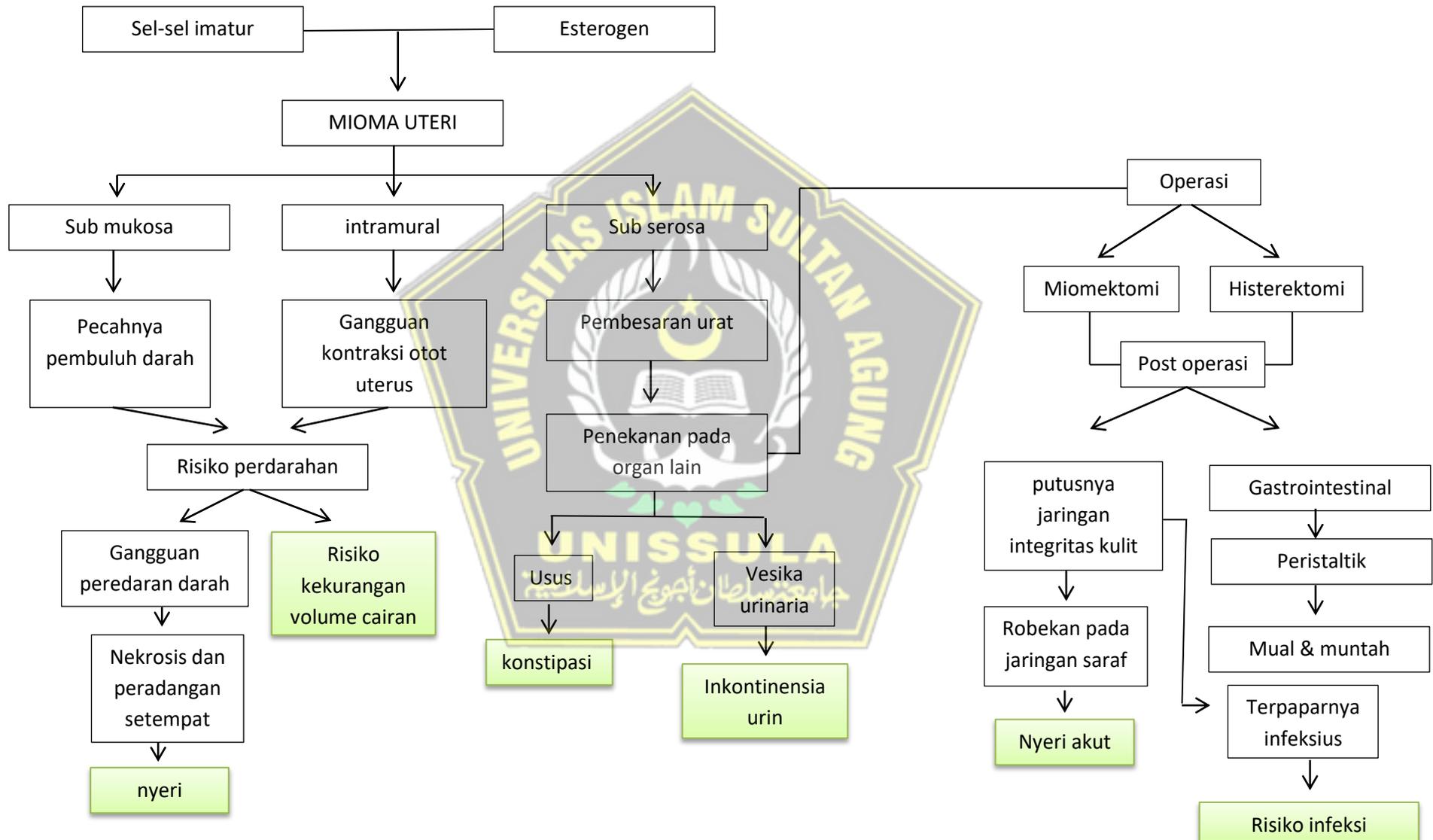
Ialah injeksi arteri uterina lewat kateter memakai butiran polyvinyl alkohol yang nantinya bisa membatasi aliran darah ke mioma serta menimbulkan nekrosis.

**8. Komplikasi**

Komplikasi mioma uteri menurut Manuaba et al 2010) terbagi menjadi 3 yaitu :

- a. Perdarahan yang berlebih hingga menyebabkan anemia
- b. Degenerasi ganas dari fibroid rahim yang menuju ke leiomyosarcoma cuma 0. 32- 0, 6% dari seluruh fibroid ditemukan 50- 75% dari seluruh sarkoma uterus.
- c. Torsi ataupun putaran tangkai mioma bertangkai bisa terjadi torsi atau terputarnya tumor. Perihal ini bisa jadi pemicu serius kendala peredaran darah yang menimbulkan nekrosis.

## 9. Pathway



Sumber : (Putri, 2020)

## **B. Konsep asuhan keperawatan post operasi mioma uteri**

### **1. Pengkajian**

#### **a. Identitas klien**

Perihal yang berkaitan dengan identitas klien buat pengidap myoma uteri yang butuh dicermati dalam mengkaji merupakan usia klien, sebab permasalahan myoma uteri banyak terjalani pada perempuan dengan umur 35- 45 tahun (Lilyani et al., 2012).

#### **b. Riwayat kesehatan**

##### **1) Keluhan utama**

Kondisi yang paling dirasakan oleh pasien. Untuk permasalahan post operasi myoma uteri yang paling banyak adalah nyeri di daerah luka.

##### **2) Riwayat kesehatan sekarang**

Mulai kapan klien merasakan terdapatnya keluhan, serta usaha apa saja yang sudah dicoba buat menangani kondisi ini. Kaji dengan pendekatan PQRST. P merupakan paliatif (aspek penyebab), Q merupakan quality of pain (mutu perih), R merupakan region (letak), S merupakan skala of pain( skala perih), T merupakan time (waktu) (Aulia et al., 2022).

#### **c. Riwayat kesehatan keluarga**

##### **1) Riwayat kesehatan klien**

Menarcho pada umur berapa haid tertib atau tidak siklus haid berapa hari, lama haid, warna darah haid, hpht tidak teratur, ada sakit waktu haid ataupun tidak. Pada riwayat haid ini butuh dikaji sebab pada permasalahan mioma uteri, perdarahan

yang berlangsung kebanyakan perdarahan di luar siklus haid. Hingga kita bisa membedakan dengan tipe perdarahan yang lain selaku akibat perjalanan mioma uteri (Aulia et al., 2022).

2) Riwayat kehamilan dan persalinan serta nifas yang lalu

Mengandung serta persalinan berapa kali, anak hidup ataupun mati, umur, sehat ataupun tidak, penolong siapa, nifas wajar ataupun tidak. Pada riwayat ini butuh dikaji sebab mioma uteri lebih kerap terjalin pada perempuan Nulipara (Sulastriningsih, 2019).

3) Riwayat penggunaan kontrasepsi

Buat mengenali tipe KB yang dipakai oleh klien apakah memakai KB hormonal. Bila mengenakan KB tipe hormonal khususnya estrogen pengaruhi pertumbuhan mioma tersebut jadi lebih berbahaya (Ridwan et al., 2021).

d. Riwayat kesehatan keluarga

Pengkajian riwayat penyakit keluarga buat permasalahan mioma uteri Submukosum yang butuh dikaji merupakan keluarga yang sempat ataupun lagi mengidap penyakit yang sama ialah mioma, sebab permasalahan Mioma uteri submukosum bisa terjalin sebab aspek generasi (Lilyani et al., 2012).

e. Faktor psikososial

1) Tanyakan tentang anggapan pasien tentang penyakitnya, faktor- faktor budaya yang pengaruhi, tingkatan pengetahuan yang dipunyai pasien mioma uteri, serta tanyakan tentang seksualitas serta

perawatan yang sempat dilakukan oleh pasien mioma uteri (Nugroho & Indra, 2014).

- 2) Tanyakan tentang konsep diri semacam body image, ideal diri, harga diri, kedudukan diri, personal identity, serta kondisi emosi. Atensi serta ikatan terhadap orang lain ataupun orang sebelah, kegemaran ataupun tipe aktivitas yang disukai penderita mioma uteri, mekanisme pertahanan diri serta interaksi sosial penderita mioma uteri dengan orang lain (Aulia et al., 2022).

f. Pemeriksaan fisik menurut (Putri, 2020) meliputi :

- 1) Keadaan umum

Untuk mengenali informasi ini kita cukup dengan mengamati kondisi penderita secara keseluruhan.

- a) Kesadaran

Guna memperoleh gambaran tentang pemahaman penderita, kita bisa melaksanakan pengkajian tingkatan pemahaman mulai dari kondisi composmentis (pemahaman optimal), apatis (tidak hirau dengan area sekitarnya), delirium (kekacauan motorik), somnolen (keadaan mengantuk yang lumayan dalam cuma bisa dibangunkan lewat rangsangan), sopor (keadaan mengantuk yang lebih dalam cuma bisa dibangunkan lewat rangsangan yang kuat), semi- coma (penurunan kesadaran) serta koma (penurunan kondisi sadar yang sangat dalam).

- b) Vital sign

Kaji apakah ada peningkatan tekanan darah, suhu tubuh, nadi dan pernapasan.

- 2) Pemeriksaan kepala dan muka

Inspeksi : mengamati ekspresi muka, lihat warna serta kondisi rambut mengenai kebersihan, lihat apakah ada edema ataupun bekas cedera di muka, nampak pucat.

Palpasi : ekspresi wajah meringis menahan perih, muka: kaji kerontokan serta kebersihan rambut, kaji pembengkakan pada muka, amati apakah terdapat tonjolan (masa).

### 3) Mata

Inspeksi : mengamati kelopak mata alami infeksi ataupun tidak, simetris kanan serta kiri, reflek kedip baik/ tidak, konjungtiva (merah/ konjungtivitis ataupun anemis ataupun tidak) serta sclera (ikterik/ tidak), pupil (isokor kanan serta kiri atau wajar), reflek pupil terhadap sinar miosis/ mengecil.

Palpasi : mengkaji terdapatnya perih tekan ataupun kenaikan tekanan intraokuler pada kedua bola mata. Amati pergerakan bola mata searah/ tidak.

### 4) Hidung

Inspeksi : mengamati keberadaan septum apakah pas di tengah, kaji terdapatnya masa abnormal dalam hidung serta terdapatnya sekret.

Palpasi : mengkaji terdapatnya perih tekan pada hidung, mengkaji terdapatnya sinusitis, raba dorsum nasi apakah terdapat pembengkakan.

### 5) Telinga

Inspeksi : mengamati kesimetrisan telinga kanan serta kiri, warna telinga dengan wilayah dekat, terdapat ataupun tidaknya cedera, kebersihan telinga lihat terdapat tidaknya serumen serta otitis media.

Palpasi : mengkaji apakah terdapat perih tekan pada tulang mastoid.

6) Mulut dan gigi

Inspeksi : mengamati bibir apa terdapat kelainan kongenital( bibir sumbing), warna, kesimetrisan, sianosis ataupun tidak, pembengkakan, lesi, lihat terdapatnya stomatitis pada mulut, lihat jumlah serta wujud gigi, gigi berlubang, warna, plak serta kebersihan gigi.

Palpasi : mengkaji ada perih tekan pada gigi serta mulut bagian dalam.

7) Leher

Inspeksi : mengamati terdapatnya cedera, kesimetrisan, masa abnormal.

Palpasi : mengkaji terdapatnya distensi vena jugularis, pembesaran kelenjar tiroid, terdapat perih telan/ tidak.

8) Thorak

a) Paru-paru

Inspeksi : kesimetrisan, wujud/ bentuk badan dada, gerakan napas( frekuensi, irama, kedalaman serta upaya pernafasan/ pemakaian otot-otot bantu pernafasan), lesi, edema, pembengkakan.

Palpasi : simetris, pergerakan dada, masa serta lesi, perih, vocal vremitus apakah wajar kanan serta kiri.

Perkusi : wajarnya berbunyi sonor.

Auskultasi : normalnya terdengar vesikuler pada kedua paru.

b) Jantung

Inspeksi : mengamati pulsasi ictus cordis.

Palpasi : teraba ataupun tidaknya pulsasi.

Perkusi : normalnya terdengar pekak

Auskultasi : normalnya terdengar tunggal suara jantung awal serta suara jantung kedua.

9) Abdomen

Inspeksi : Pada post pembedahan nampak luka pembedahan tertutup kasa steril, kulit disekitar luka terlihat kemerahan, ada darah/ tidak pada kasa steril, apakah terdapat infeksi pada umbilikus/ tidak.

Auskultasi : dengarkan bising usus apakah normal 5-20x/ menit.

Palpasi : pada post pembedahan ada nyeri tekan disekitar area luka.

Perkusi : aji suara apakah timpani ataupun hipertimpani.

10) Ekstremitas

a) Atas

Inspeksi : mengkaji kesimetrisan serta pergerakan ekstremitas atas, integritas ROM( Range Of Motion), kekuatan serta tonus otot.

Palpasi : kaji apakah terjaln pembengkakan pada ekstremitas atas.

b) Bawah

Inspeksi : mengkaji kesimetrisan serta pergerakan ekstremitas dasar, integritas ROM( Range Of Motion), kekuatan serta tonus otot.

Palpasi : kaji apakah terjaln pembengkakan pada ekstremitas bawah penderita mioma uteri.

## 2. Diagnosa Keperawatan dan fokus intervensi

Diagnosa dan intervensi keperawatan menurut SDKI (2017) dan SIKI (2018) :

### a. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (D.0077)

Definisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berhubungan dengan kerusakan jaringan, yang dimulai secara tiba-tiba atau perlahan dan dengan tingkat keparahan ringan sampai berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Intervensi : Manajemen Nyeri (I. 08238)

Observasi

- 1) identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- 2) identifikasi skala nyeri

Terapeutik

- 1) identifikasi skala nyeri

Edukasi

- 1) ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi

- 1) kolaborasi pemberian analgetik

**b. Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri (D.0054)**

Definisi : kondisi dimana seseorang mengalami ketidakmandirian dalam melakukan pergerakan secara fisik dari satu atau lebih ekstremitas.

Intervensi : Dukungan Mobilisasi (I.05173)

Observasi

- 1) identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya

Terapeutik

- 1) libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan.

Edukasi

- 1) anjurkan melakukan mobilisasi dini
- 2) ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan

**c. Risiko infeksi b.d efek prosedur invasif (D.0142)**

Definisi : risiko serangan organisme patogen yang berlebihan.

Intervensi : Pencegahan Infeksi (I.14539)

Observasi

- 1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik.

Terapeutik

- 1) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien

Edukasi

- 1) ajarkan cara cuci tangan dengan benar
- 2) ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi
- 3) anjurkan meningkatkan asupan nutrisi

## **C. Manajemen nyeri untuk mengatasi nyeri pada pasien dengan post operasi**

### **1. Pengertian nyeri**

Nyeri akut bisa dipaparkan sebagai rasa sakit yang terjalih sehabis luka atau cedera akut, penyakit ataupun intervensi bedah pada fase akut, serta mempunyai awitan yang kilat dengan tingkatan keseriusan yang bermacam- macam dari ringan hingga berat. Hal ini berlangsung dalam waktu singkat (sekitar enam bulan) sampai menghilang tanpa pengobatan setelah kondisi pulih. Gejala akut biasanya singkat. Pasien dengan gejala akut biasanya mempunyai gejala peningkatan keringat, peningkatan denyut jantung, dan tekanan darah meningkat (Mubarak et al., 2015).

### **2. Klasifikasi nyeri akut**

Nyeri bisa dikategorikan bersumber pada pada tempat, sifat, berat ringannya perih, serta waktu lamanya serbuan. Antara lain:

- a. Nyeri bersumber pada tempatnya

- 1) *Peripheral pain*, ialah rasa sakit yang dialami di atas badan, misalnya, di kulit mukosa.
- 2) *Deep pain*, ialah rasa sakit yang dialami pada bagian terdalam permukaan badan ataupun pada visceral organ- organ tubuh.
- 3) *Referred pain*, ialah internal rasa sakit yang diakibatkan oleh penyakit organ/ tubuh yang ditransmisikan ke bagian- bagian tubuh pada wilayah yang tidak sama, serta bukan wilayah asal perih.
- 4) *Central pain*, ialah rasa sakit yang terjalin sebab pemasangan sistem saraf pusat serta sumsum tulang belakang, otak, thalamus (Andarmoyo, 2013).

b. Nyeri bersumber pada sifatnya

- 1) *Incidental pain*, ialah perih yang timbul secara seketika kemudian menghilang
- 2) *Steady pain*, ialah perih yang timbul hendak menetap serta dialami dalam waktu yang lama
- 3) *Paroxymal pain*, ialah, rasa perih yang dialami dengan keseriusan tinggi serta sangat kuat. Perih semacam ini umumnya dialami sepanjang 10- 15 menit, kemudian menghilang, setelah itu timbul kembali menit, lalu menghilang, kemudian muncul kembali (Tartowo & Wartonah, 2010).

c. Nyeri bersumber pada ringan beratnya

- 1) Nyeri ringan, ialah rasa sakit dengan keseriusan rendah
- 2) Nyeri sedang, ialah rasa sakit yang menimbulkan reaksi
- 3) Nyeri berat, ialah rasa sakit dengan keseriusan yang tinggi (Mardana et al., 2017)

d. Nyeri bersumber pada waktu lamanya serangan

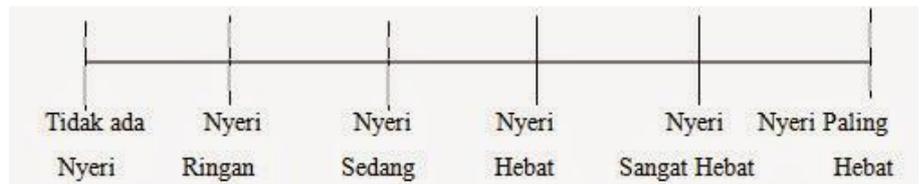
- 1) Nyeri akut ialah, rasa sakit yang dialami untuk waktu yang pendek serta berakhir dalam waktu kurang dari 6 bulan, sumber serta wilayah perih jelas dikenal. Tujuan perih kronis merupakan untuk mengingatkan klien terhadap terdapatnya luka/permasalahan (Small & Laycock, 2020).
- 2) Nyeri kronis ialah, rasa perih lebih dari 6 bulan. Perih kronis ini mempunyai pola yang bermacam-macam dalam keparahan serta bisa berlangsung sepanjang sebagian bulan ataupun bertahun-tahun. Perih kronis tidak selalu mudah untuk mendiagnosa serta dapat susah untuk menyembuhkan sebab kerap tidak merespon terhadap penyembuhan yang ditunjukkan pada penyebabnya (Small & Laycock, 2020).

### 3. Pengukuran intensitas

Intensitas nyeri adalah ukuran dari seberapa parah orang merasakan nyeri. Dua orang mungkin mengalami hal yang sama tetapi dengan tingkat intensitas yang berbeda (Andarmoyo, 2013). Menurut (Mubarak et al., 2015) ada beberapa cara untuk mengukur intensitas nyeri antara lain :

#### a. Skala Nyeri Deskriptif

Skala perih deskriptif yakni suatu perlengkapan pengukuran tingkatan keparahan nyeri yang objektif. Skala ini pula diklaim sebagai skala pendeskripsian verbal/ verbal Descriptor Scale( VDS) ialah garis yang terdiri 3 hingga 5 istilah pendeskripsian yang tersusun memakai jarak yang sama disepanjang garis (Mubarak et al., 2015).

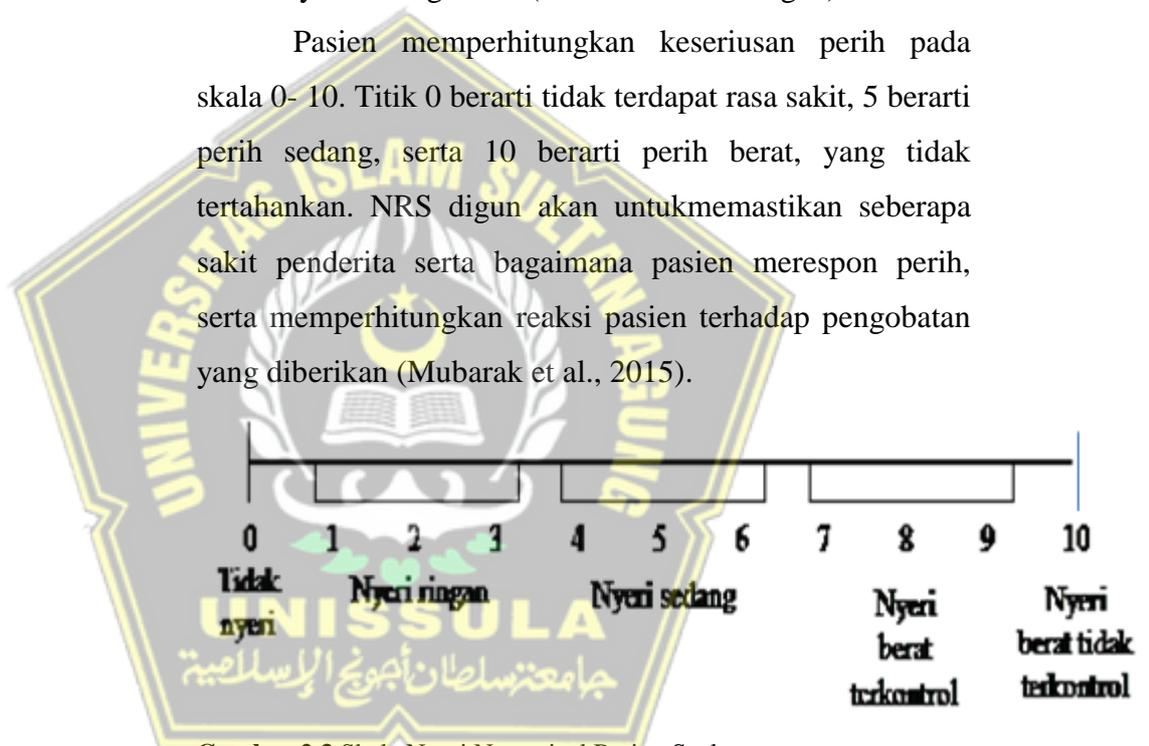


**Gambar 2.2** Skala deskriptif

Sumber : Mubarak, W. I., Indrawati, L., & Susanto, J. (2015).

b. Skala Nyeri Rating Scale (Skala Numerik Angka)

Pasien memperhitungkan keseriusan perih pada skala 0- 10. Titik 0 berarti tidak terdapat rasa sakit, 5 berarti perih sedang, serta 10 berarti perih berat, yang tidak tertahankan. NRS digunakan untuk memastikan seberapa sakit penderita serta bagaimana pasien merespon perih, serta memperhitungkan reaksi pasien terhadap pengobatan yang diberikan (Mubarak et al., 2015).



**Gambar 2.3** Skala Nyeri Numerical Rating Scale

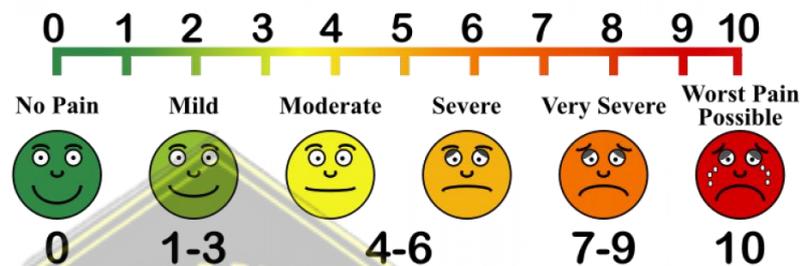
Sumber : Mubarak, W. I., Indrawati, L., & Susanto, J. (2015)

c. Wong Baker Faces Pain Rating Scale (Skala Wajah)

Pasien diminta untuk memandangi foto wajah pada skala. Foto pertama adalah relatif tanpa rasa sakit, berikutnya lebih nyeri, dan yang terakhir adalah sangat nyeri. Setelah itu, pasien akan diminta untuk memilih gambar yang sesuai untuk rasa sakit mereka. Tata cara ini

digunakan untuk pasien kanak-kanak, namun bisa juga digunakan pada pasien geriatri dengan kendala kognitif (Mubarak et al., 2015).

## PAIN ASSESSMENT TOOL



Gambar 2.4 Skala Wong Baker

Sumber : Mubarak, W. I., Indrawati, L., & Susanto, J. (2015).

#### 4. Strategi penatalaksanaan nyeri

Manajemen nyeri non farmakologi merupakan aksi mengurangi reaksi perih tanpa memakai obat-obatan. Dalam melaksanakan tindakan keperawatan, manajemen nyeri nonfarmakologi ialah kegiatan mandiri seseorang perawat dalam menangani reaksi nyeri klien.

##### a. Strategi penatalaksanaan nyeri non farmakologi

###### 1) Teknik Relaksasi Napas Dalam dan *Guided Imagery*

Dalam penelitian (Patasik et al., 2013) menunjukkan jika metode relaksasi nafas dalam serta *guided imagery* teruji efisien dalam mengurangi keseriusan nyeri pada pasien post pembedahan. Efek menenangkan nafas dalam serta *guided imagery* membuat klien merasa rileks serta tenang. klien jadi rileks serta tenang kala menghisap oksigen lewat hidung mereka. Oksigen masuk

kedalam tubuh sehingga membuat aliran darah menjadi mudah serta dikombinasikan dengan *guided imagery* membantu untuk mengalihkan atensi klien dari rasa sakit serta fokus pada hal-hal yang membuat mereka senang. inilah yang menimbulkan rasa sakit yang dirasakan oleh pasien pasca pembedahan menurun sesudah dilakukan metode relaksasi Nafas dalam serta *guided imagery*. dilakukan teknik relaksasi Napas dalam dan *guided imagery*.

## 2) Terapi spiritual Doa dan Dzikir

Terapi dzikir merupakan sebagai salah satu pengobatan guna mengurangi rasa sakit post pembedahan. Dengan pengobatan dzikir, bayangan tentang rasa sakit bergeser untuk mengingat Allah yang maha kuasa menimbulkan pasien merasa nyaman serta tenang. Pengobatan dzikir sepanjang 30 menit bisa meringankan rasa sakit pasca pembedahan 6- 8 jam pada pasien muslim yang mengalami pembedahan perut. Serta doa jadi fasilitas buat mengatur rasa sakit. Teks doa serta dzikir yang digunakan merupakan dengan melafalkan bacaan Tasbih (Subhaanallah) sebanyak 33 kali, Tahmid (Alhamdulillah) sebanyak 33 kali, Takbir (Allahu akbar) sebanyak 33 kali, Tahlil (Laa ilaaha il- lallah) sebanyak 33 kali, Alhauqalah (Laa haula wala quwwata illa billah) 33 kali sepanjang 10- 15 menit ataupun sepanjang 30 menit. Saat sebelum membaca dzikir dimulai dengan mengaplikasikan tehnik nafas dalam sepanjang 5 menit. Bacaan doa serta dzikir dipraktikkan dengan

posisi duduk ataupun tiduran dengan nyaman dengan mata tertutup. Sehabis membaca dzikir dilanjutkan dengan membaca surat Al- fatihah serta diakhiri dengan membaca doa guna menghilangkan rasa sakit 7 kali.

Doa untuk menghilangkan rasa sakit dalam Hadits Shahih diriwayatkan oleh Muslim serta an-Nasai merupakan sebagai berikut: Letakkan tangan pada anggota badan yang terasa sakit, setelah itu bacalah bismillah, berikutnya bacalah bacaan berikut ini sebanyak 7 kali:“ Auudzu bi izzatillaahi wa qudratihi min syarri maa ajidu wa uhaadziru” Artinya Saya berlindung dengan kemuliaan Allah serta kekuasaan- Nya dari keburukan suatu yang saya dapati serta saya khawatirkan (Muzaenah & Hidayati, 2021).

#### **b. Strategi penatalaksanaan nyeri farmakologi**

Obat penghilang rasa sakit adalah cara yang paling umum untuk mengurangi rasa sakit. Meskipun obat penghilang rasa sakit dapat mengurangi rasa sakit, banyak dokter ragu-ragu untuk meresepkan analgesik karena ada ketakutan bahwa pasien mungkin menjadi kecanduan, dan mungkin membuat kesalahan dengan penggunaan obat nyeri. Terdapat 3 tipe analgesik, ialah 1) Non narkotik serta obat nonsteroid antiinflamasi, 2) Analgesik narkotik ataupun opiat serta 3) Obat tambahan ( adjuvan):

- 1) Analgesik non narkotik dan obat anti inflamasi non-steroid (NSAID)

NSAID non narkotik biasanya mengurangi rasa perih yang ringan serta perih sedang, semacam rasa sakit yang terpaut dengan artritis rheumatoid,

prosedur penyembuhan gigi, serta prosedur bedah minor, episiotomi dan permasalahan pada punggung bagian dasar. Tidak semacam opiat, Nsaid tidak menimbulkan sedasi, tekanan mental, pernafasan, ataupun hambatan fungsi buang air kecil ataupun buang air besar AHCPR (1992) dalam Potter dan Perry (2006) dalam (Andarmoyo, 2013).

2) Analgesik narkotik atau opita

Analgesik narkotik ataupun opiat yang kerap diresepkan serta digunakan untuk meredakan nyeri sedang hingga berat, semacam sehabis pembedahan. serta perih maligna. Obat ini pengaruhi sistem saraf pusat untuk menciptakan campuran efek mendepresikan serta menstimulasi.

3) Obat tambahan (Adjuvan)

Adjuvan atau obat penenang semacam anticemas, dan relaksan otot dapat membantu mengurangi rasa sakit atau gejala lain yang berhubungan dengan rasa sakit, seperti mual, muntah. Banyak orang dengan nyeri kronis adalah obat penenang yang diresepkan. Obat ini dapat menyebabkan kantuk dan gangguan dalam koordinasi dan kewaspadaan mental.

## **BAB III**

### **LAPORAN KASUS**

#### **A. Pengkajian**

##### **1. Identitas klien**

Klien bernama Ny. R, jenis kelamin perempuan, beragama islam, pendidikan terakhir SMA, pekerjaan swasta, suku/bangsa jawa, alamat Tempuran Demak, dengan diagnosis medis mioma uteri, tanggal dan jam masuk pada 07 Januari 2022 pukul 07:30 WIB. Pengkajian dilakukan pada tanggal 10 Januari 2022 pukul 07.20 WIB.

##### **2. Status kesehatan saat ini**

Sekitar bulan desember 2021, klien merasakan perutnya terasa kembung dan aneh lalu klien memutuskan untuk periksa di klinik perusahaan tempat ia bekerja. Dokter mengatakan kalau diperutnya ada benjolan dan klien dianjurkan untuk periksa ke dokter BPJS nya, saat periksa di dokter BPJS dilakukan USG, dan memang benar di perut klien ada benjolan. Dari dokter BPJS, klien di rujuk ke RSUD Sunan Kalijaga Demak, ternyata di RS tersebut alatnya kurang komplit dan dokternya pun tidak bisa menangani kasus klien. Akhirnya klien di rujuk ke RSI Sultan Agung Semarang, klien di diagnose mioma uteri dan harus dilakukan operasi pada tanggal 9 januari 2022. Kondisi saat ini klien mengeluh nyeri di bekas operasi. Alasan masuk rumah sakit karena ada benjolan di perutnya.

##### **3. Riwayat kesehatan lalu**

Klien tidak memiliki penyakit yang dialami selain penyakit yang sekarang. Sekitar tahun 2004 klien pernah mengalami kecelakaan hingga menyebabkan patah tulang pada kaki sebelah kanan bagian paha dan dilakukan operasi karena kecelakaan tersebut. Pada tahun 2005 klien pernah dirawat dan dilakukan operasi SC karena

kehamilan anak pertamanya. Klien mempunyai alergi terhadap seafood seperti udang, kepiting, dan kerang.

4. Riwayat obstetric masa lalu

Klien dengan P1A0. Riwayat obstetrik masa lalu, klien pernah mengalami gangguan kehamilan berupa kaki bengkak. Karena dengan permasalahan persalinan sungsang akhirnya dilakukan operasi sc di RSI Sultan Agung Semarang dengan lama persalinan kurang lebih 50 menit, tidak ada permasalahan pada bayinya saat sudah lahir dan keadaan anaknya sekarang hidup sudah berusia 17 tahun.

5. Keluarga berencana

Jenis kontrasepsi yang digunakan klien ialah pil KB dan suntik KB. Klien menggunakan kontrasepsi tersebut sekitar tahun 2005-2008. Saat klien menggunakan kontrasepsi suntik KB, klien mengalami permasalahan dengan cara tersebut yaitu tidak menstruasi selama 1 tahun. Jumlah anak yang direncanakan keluarga hanya 1 anak.

6. Riwayat kesehatan keluarga

Klien merupakan wanita berusia 47 tahun yang tinggal serumah dengan suami dan 1 anaknya. Keluarga klien tidak ada yang mengalami penyakit yang berhubungan dengan penyakit klien

7. Riwayat kesehatan lingkungan

Rumah klien selalu dibersihkan setiap pagi dan sore saat sebelum berangkat kerja dan setelah pulang kerja. Terkait dengan sampah ada petugasnya sendiri yang mengambil sampahnya. Klien beranggapan bahwa lingkungan klien tidak ada kemungkinan terjadinya bahaya, karena rumahnya masuk kampung jadi klien menganggap jauh lebih aman.

8. Pengkajian persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Klien beranggapan bahwa sehat itu mahal dan sangat penting. Persepsi klien tentang penyakitnya yang sekarang merupakan suatu

ujian dari Allah dan bisa berikhtiar melalui pengobatan dan doa. Diperut klien tampak ada luka bekas operasi yang masih basah, terkadang merasa nyeri namun klien mampu meredakan nyerinya dengan memberikan stimulus dengan mengusap bagian sekitar nyeri.

Upaya yang dilakukan klien dalam pertahankan kesehatannya yaitu dengan menjaga pola makan, berdoa, dan selalu berpikir positif. Apabila klien merasa sakit, klien berobat ke klinik tempat ia bekerja karena disana selalu di cek kesehatannya dan berobat di dokter BPJS.

Kebiasaan hidup klien tidak mengkonsumsi obatan-obatan/jamu, alcohol, rokok, dan kopi. Suaminya mengkonsumsi kopi, tetapi tidak merokok.

#### 9. Pengkajian nutrisi dan metabolic

Sebelum sakit klien makan 2x/hari, porsi sedikit (1 centong) terdiri dari nasi, sayur dan lauk. minum bisa sampai 8 gelas/hari, jenis minum yang biasa diminum air putih.

Selama dirawat ini, klien makan 3x/sehari porsi sedikit, karena di RS jadi makannya bisa rutin. minum tidak pasti berapa gelas sehari. Kalau haus baru minum. Jenis minum yang biasa diminum air putih.

Selama sakit ini tidak mempengaruhi pola makan maupun minum klien artinya sama saja seperti sebelum sakit. Klien suka dengan semua makanan, tidak pemilih semuanya suka. Makanan yang membuat klien alergi yaitu udang, kerang, dan kepiting. Klien tidak mempunyai keluhan dalam makan. Klien dalam 6 bulan terakhir ini mengalami penurunan berat badan yang awalnya 74 kg sekarang 62,5 kg dengan TB 155 cm. Klien terpasang infus D5+1/4 NS dengan ukuran 500cc.

#### 10. Pengkajian eliminasi

Sebelum sakit, klien BAB 1X/hari, waktu pagi hari, dengan warna kuning, konsistensi lembek, tidak ada keluhan diare/konstipasi. BAK 5-8x/hari, warna kuning muda.

Selama dirawat, klien belum BAB. Sedangkan BAK, klien tidak menghitung berapa kali BAK dalam sehari, klien terpasang kateter, output urin +/- 1200 cc. warna kuning.

#### 11. Pengkajian aktivitas dan latihan

kegiatan klien dalam pekerjaan yaitu membuat planning, rekap gaji karyawan, absensi, dan membuat laporan hasil packing. Klien tidak pernah membiasakan olahraga khusus, tetapi klien menganggap berjalan selama 20 menit menuju tempat kerjanya itu sebagai olahraganya.

Sebelum sakit klien bisa bergerak bebas layaknya orang yang sehat dan tidak ada keluhan/kesulitan dalam bergerak. klien juga dapat makan, mandi, mengenakan pakaian, dll sendiri tanpa bantuan orang lain. Dapat BAB/BAK dengan normal secara mandiri, tidak ada kesulitan dalam BAB/BAK.

Selama dirawat, pergerakan tubuh klien sangat minim karena sering merasakan/mengeluhkan nyeri dibekas jahitan operasi. Selama sakit dalam perawatan diri klien dibantu oleh perawat dan keluarganya. Selama dirawat klien terpasang kateter dan memakai pampers.

#### 12. Pengkajian istirahat dan tidur

Saat sebelum sakit, klien tidur jam 21.00 wib, bangun jam 03.00 wib. Lama tidur 6 jam dan tidak pernah mengalami kesulitan tidur, tidurnya selalu nyenyak. Sedangkan selama dirawat, jam tidur tidak menentu karena sering merasakan nyeri. Lama tidur kira-kira 5 jam an.

#### 13. Pengkajian kognitif-perseptual sensori

Berdasarkan pengkajian, klien tidak ada keluhan dengan penglihatan maupun pendengarannya. Klien juga mampu

memahami pesan yang diterima dengan baik, mampu mengingat kejadian-kejadian yang sudah dialaminya.

Karena disini klien merasakan nyeri maka dilakukan pengkajian nyeri dengan pendekatan PQRST. Pengkajian nyeri didapatkan yang dapat meningkatnya rasa nyeri yaitu ketika ingin bergerak, yang dapat mengurangi rasa nyeri klien melakukan tarik napas dalam, memberikan stimulus dengan mengusap bagian yang nyeri. Rasa nyeri seperti tertusuk-tusuk dibagian perut bawah bekas operasi, dengan skala 4. Waktu nyeri terjadi mendadak, hilang timbul, lamanya keluhan sering tetapi tidak lama.

#### 14. Pengkajian persepsi diri dan konsep diri

Harapan klien setelah menjalani perawatan ia berharap dapat menjaga pola makan, berdoa, selalu berpikir positif, lekas sembuh dan dapat beraktivitas kembali. Klien juga merasa lega karena diangkat penyakitnya dan semua berjalan dengan lancar.

Berdasarkan pengkajian konsep diri, klien mampu menerima dirinya yang sekarang dan tidak ada pengaruh penyakit yang dialaminya terhadap persepsi klien. Status dan posisi klien sebelum dirawat yaitu sebagai istri juga ibu dari anak-anaknya serta bekerja membantu suami mencari nafkah. Klien juga merasa puas dengan dirinya sebagai perempuan. klien beranggapan peran seorang ibu itu sangat besar dalam membimbing mengarahkan juga menjadi teman untuk anaknya, selama dirawat tentu banyak mengalami perubahan, yang biasa dilakukan seorang ibu digantikan perannya oleh suami dan anak. Klien berharap mampu menerapkan pola hidup sehat, menjaga kebersihan lingkungan, sehat jasmani dan rohani sampai tua supaya tidak menjalani perawatan seperti sekarang ini. Harga diri klien baik dan orang-orang sekitar mempunyai penilaian yang baik terhadap klien.

#### 15. Pengkajian mekanisme koping

Dalam mengambil keputusan klien dibantu oleh suaminya tetapi semua keputusan dikembalikan lagi ke klien. Apabila klien menghadapi masalah biasanya dibicarakan dengan suaminya. Upaya klien dalam menghadapi masalahnya sekarang hanya bisa sabar dan berdoa serta berikhtiar dengan pengobatan yang dijalankannya sekarang.

Menurut klien yang dilakukan perawat agar klien merasa nyaman yaitu memperlakukan dengan baik seperti keluarga sendiri.

#### 16. Pengkajian seksual reproduksi

Pemahaman klien tentang fungsi seksual yaitu fungsi seksual tidak hanya sebatas hubungan suami istri tetapi juga bisa mengetahui adanya gejala suatu penyakit. Respon suami sebelum operasi khawatir karena merupakan operasi besar. Sedangkan respon suami pasca operasi bersyukur karena operasinya berjalan lancar dan kondisi pasien menandakan adanya perkembangan kesehatan yang signifikan dan terus membaik walau harus berhati-hati dalam beraktivitas dan bekerja.

Riwayat menstruasi klien teratur tidak ada keluhan dalam menstruasi. Sedangkan riwayat kehamilan yang pernah dialami klien ialah jumlah kehamilan 1 (satu) dan jumlah anak yang dimiliki klien 1 (satu).

#### 17. Pengkajian peran berhubungan dengan orang lain

Dalam berkomunikasi klien mampu berkomunikasi dengan jelas, relevan dan mampu dimengerti orang lain. Menurut klien orang yang paling dekat dan lebih berpengaruh ialah suaminya dan anaknya. Apabila klien mempunyai masalah klien meminta bantuan kepada keluarganya.

#### 18. Pengkajian nilai dan kepercayaan

Klien adalah seseorang yang beragama islam, klien selalu menjalankan solat 5 waktunya terkadang di mushola terkadang dirumah.

## 19. Pemeriksaan fisik

### a. Keadaan umum

Kesadaran klien composmentis yang artinya klien sadar penuh, namun dengan penampilan lemah. Didapatkan vital sign :

- 1) Suhu tubuh : 36,7°C
- 2) Tekanan darah : 136/80 mmHg
- 3) Respirasi : 20x/menit
- 4) Nadi : 80x/menit

b. Kepala : Bentuk kepala klien mesosepal, warna rambut hitam, bersih, tidak rontok, tidak ada ketombe.

c. Mata : Klien mampu melihat dengan baik dengan ukuran pupil 3 mm, konjungtiva tidak anemis, sclera tidak ikterik, tidak menggunakan alat bantu.

d. Hidung : hidung klien bersih, tidak ada secret, tidak ada polip, tidak ada napas cuping hidung, tidak memakai oksigen.

e. Telinga : telinga kanan kiri simetris, tidak menggunakan alat bantu, tidak ada serumen.

f. Mulut dan tenggorokan : mulut dan tenggorokan tidak ada kesulitan/tidak mengalami gangguan bicara, gigi rapi ada sedikit karang gigi pada sela-sela gigi depan bagian atas, tidak mengalami kesulitan mengunyah/menelan, tidak ada benjolan dileher.

g. Jantung : Pemeriksaan dada (jantung) didapatkan dada simetris, tidak ada lesi, iktus kordis teraba, saat dilakukan palpasi terdapat suara pekak, dan saat di auskultasi terdengar lup dup.

h. Paru : Pada pemeriksaan dada (paru) didapatkan pengembangan dinding dada antara kanan dan kiri sama,

tidak ada lesi, taktil fremitus antara kanan dan kiri sama, sonor, dan terdengar vesikuler.

- i. Abdomen : Pada pemeriksaan abdomen terdapat garis vertical jahitan operasi, panjang sekitar 12 cm, panjang balutan sekitar 14-15 cm, luka masih basah, masih ada sedikit darah yang rembes, suara bising usus normal 15x/menit, terdapat nyeri tekan sekitar luka operasi.
- j. Genetalia : Pada pemeriksaan genetalia, genetalia bersih, tidak ada luka, tidak ada tanda-tanda infeksi, kateter bersih, tidak ada tanda-tanda infeksi pada area pemasangan kateter.
- k. Ekstremitas : Pada pemeriksaan ekstremitas atas maupun bawah kuku terlihat pendek bersih, turgor kulit baik, tidak ada edema, Capillary refill <2 detik, gerak dan keseimbangan masih belum stabil, klien mengatakan nyeri dan sulit menggerakkan tubuh, infus terpasang pada tangan sebelah kiri, tidak ada tanda-tanda infeksi pada daerah tusukan infus, tidak ada nyeri yang berlebihan pada daerah tusukan infus. Kulit klien bersih, warna kuning langsung, kulit lembab, dan tidak ada edema.

#### 20. Pemeriksaan penunjang

Berdasarkan data yang diperoleh hasil pemeriksaan laboratorium darah rutin post operasi terdapat pada tabel berikut :

**Tabel 3.1**

Hasil Laboratorium Pada Ny. R Post Histerektomi dengan Masalah keperawatan Nyeri Akut di ruang Baitunnisa 2 RSI Sultan Agung Semarang

Hematologi	Hasil	Nilai rujukan	Satuan
Hb	13.0	11.7-15.5	g/dL
Hematokrit	38.0	33.0-45.0	%
Leukosit	11.10	3.60-11.0	ribu/ $\mu$
Trombosit	250	150-440	ribu/ $\mu$

#### 21. Diit yang diperoleh

Diit yang diperoleh klien yaitu daging, ayam, telur, ikan, sayur, dan bubur sum sum.

22. Therapy

Obat-obatan yang diberikan pada klien :

**Tabel 3.2**

Terapi Pengobatan Pada Ny. R Post Histerektomi dengan Masalah keperawatan Nyeri Akut di ruang Baitunnisa 2 RSI Sultan Agung Semarang Tanggal 10-13 Januari 2022

Infus D5+1/4 NS	20 tpm
Cefadroxil	500 mg 3x1
Asam mefenamat	500 mg 3x1

**B. Analisa data dan penegakkan diagnosa keperawatan**

Analisa data sesuai dengan kondisi pasien didapatkan data subjektif yaitu pasien mengeluh nyeri pada perutnya dibekas jahitan operasi, pasien mengatakan nyerinya seperti tertusuk-tusuk. Sedang data objektif didapatkan pasien tampak meringis, pasien tampak gelisah, pasien tampak kesulitan tidur, dan skala nyeri 4 dari 10. Dari data tersebut muncul masalah keperawatan nyeri akut dengan etiologi agen pencedera fisik.

Analisa data yang kedua didapatkan data subjektif yaitu pasien mengeluh nyeri dan pasien mengeluh sulit ketika ingin bergerak. Sedangkan data objektif didapatkan pasien tampak lemah, pasien tampak kesulitan bergerak miring ke kanan maupun ke kiri, dan pasien tampak meringis ketika ingin bergerak. Dari data tersebut muncul masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik dengan etiologi nyeri.

Analisa data yang ketiga didapatkan data subjektif yaitu pasien mengatakan diperutnya terdapat luka bekas operasi yang masih basah, Pasien mempunyai alergi seafood semacam kerang, kepiting dan udang. Sedangkan data objektif didapatkan luka tampak masih basah, ada sedikit darah yang rembes, tampak kemerahan, leukosit diatas batas normal (11.10 dari 3.60-11.0 ribu/ $\mu$ )

### **C. Daftar diagnosa keperawatan**

Daftar Diagnosa Asuhan Keperawatan pada Ny. R Post Histerektomi di ruang Baitunnisa 2 RSI Sultan Agung Semarang Tanggal 10-12 Januari 2022. pada kasus post histerektomi di ruang Baitunnisa 2 RSI Sultan Agung dapat ditegakkan diagnosa keperawatan sebagai berikut.

1. Nyeri akut (D.0077) berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan data subjektif klien mengeluh nyeri pada perutnya dibekas jahitan operasi dan klien mengeluh nyerinya seperti ditusuk-tusuk. Data objektif pasien tampak meringis, pasien tampak gelisah, tampak kesulitan tidur, dan skala nyeri 4 dari 0-10.
2. Gangguan mobilitas fisik (D.0054) berhubungan dengan nyeri ditandai dengan data subjektif pasien mengeluh nyeri dan mengeluh sulit ketika ingin bergerak. Data objektif pasien tampak lemah, pasien tampak kesulitan bergerak miring kanan dan kiri, dan pasien tampak meringis ketika ingin bergerak.
3. Risiko infeksi (D.0142) ditandai dengan efek pposedur invasif didapatkan data subjektif pasien mengatakan diperutnya ada luka bekas operasi yang masih basah, Pasien mempunyai alergi seafood semacam kerang, kepiting dan udang. Data objektif luka tampak masih basah, ada sedikit darah yang rembes, tampak kemerahan, dan leukosit diatas batas normal (11.10 dari 3.60-11.0 ribu/ $\mu$ ).

### **D. Rencana keperawatan**

Rencana Asuhan Keperawatan pada Ny. R Post Histerektomi di ruang Baitunnisa 2 RSI Sultan Agung Semarang tanggal 10-12 Januari 2022, Pada tanggal 10 januari 2022 dilakukan penyusunan rencana keperawatan, pada diagnosa keperawatan yang pertama yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik di tetapkan tujuan dan kriteria hasil setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri cukup menurun, meringis menurun, kesulitan tidur cukup menurun, dan gelisah menurun.

Planning keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik sesuai dengan buku SIKI yaitu manajemen nyeri (I.08238) diantaranya identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, fasilitasi istirahat dan tidur, ajarkan tehnik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dan kolaborasi pemberian analgetik.

Pada diagnosa keperawatan yang kedua yaitu gangguan mobilitas fisik ditetapkan tujuan dan kriteria hasil, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil pergerakan ekstremitas cukup meningkat, rentang gerak cukup meningkat, nyeri cukup menurun. Planning keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri sesuai dengan buku SIKI yaitu dukungan mobilisasi (I.05173) diantaranya identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, anjurkan melakukan mobilisasi dini, dan ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan.

Pada diagnosa keperawatan yang ketiga yaitu risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif, ditetapkan tujuan dan kriteria hasil Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil kemerahan menurun, kadar sel darah putih cukup membaik dan nyeri cukup menurun. Planing keperawatan risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif disusun sesuai dengan buku SIKI yaitu pencegahan infeksi (I.14539) diantaranya monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, ajarkan cara cuci tangan dengan benar, ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi dan anjurkan meningkatkan asupan nutrisi.

#### **E. Implementasi keperawatan**

Implementasi asuhan keperawatan pada Ny. R dengan post histerektomi diruang Baitunnisa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung

Semarang. Implementasi hari pertama dilakukan pada tanggal 10 Januari 2022. Pukul 08.00 WIB pada diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik implementasi yang dilakukan, mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri. Respon klien pada data subjektif klien mengeluh nyeri pada luka operasi sedangkan data objektif, klien tampak meringis, memegang bagian yang nyeri, klien tampak gelisah. Pengkajian nyeri dengan pendekatan PQRST didapatkan P : yang dapat meningkatkan rasa nyeri ketika ingin bergerak Q : tertusuk-tusuk R : perut bagian bawah dijahitan operasi S : 4 dari 10 T : mendadak, hilang timbul, lamanya keluhan sering namun tidak lama.

Pada pukul 08.05 WIB diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik implementasi selanjutnya yaitu mengidentifikasi skala nyeri didapatkan respon klien pada data subjektif klien mengeluh nyeri dan sulit untuk tidur. Sedangkan data objektif didapatkan skala nyeri 4, suhu tubuh  $36,7^{\circ}\text{C}$ , TD : 136/80 mmHg, Respirasi : 20x/menit dan Nadi : 80x/menit.

Pada pukul 08.10 WIB diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik implementasi selanjutnya adalah memberikan obat analgetik asam mefenamat 500 mg didapatkan respon klien, data subjektif klien mengeluhkan nyeri pada luka operasi dan data subjektif klien tampak kooperatif.

Pada pukul 08.30 WIB diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik implementasi selanjutnya adalah mengajarkan tehnik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri yaitu relaksasi napas dalam. Didapatkan respon klien pada data subjektif klien mengeluh nyeri pada luka bekas operasi dan data objektif klien kooperatif, dan klien mampu melakukan relaksasi napas dalam dengan baik.

Pada pukul 08.40 WIB diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri untuk implementasinya yaitu mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. Didapatkan respon klien pada data

subjektif klien mengatakan nyeri pada perutnya bekas operasi, data objektif klien tampak meringis, memegang perutnya yang sakit.

Pada pukul 08.45 WIB diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri untuk implementasi selanjutnya menganjurkan melakukan mobilisasi dini. Didapatkan respon klien pada data subjektif klien mengatakan nyeri ketika ingin bergerak dan data objektif klien tampak meringis dan klien mengikuti anjuran perawat.

Pada pukul 08.50 WIB diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri implementasi selanjutnya mengajarkan mobilisasi sederhana yaitu miring kanan dan kiri ditempat tidur. Didapatkan respon klien data subjektif klien mengatakan nyeri ketika ingin bergerak dan data objektif klien tampak meringis dan klien mampu melakukan latihan miring kanan atau kiri secara bertahap.

Pada pukul 08.50 WIB diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri implementasi selanjutnya adalah melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. Didapatkan respon pada data objektif keluarga klien mengatakan klien merasakan nyeri ketika ingin bergerak dan data objektif klien tampak meringis dan keluarga mampu membantu pasien dalam melakukan pergerakan.

Pada pukul 09.00 WIB pada diagnosa keperawatan risiko ditandai dengan efek prosedur invasif implementasi yang dilakukan yaitu mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien. Pada pukul 09.03 diagnosa keperawatan risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif dilakukan implementasi memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik. Didapatkan respon klien data subjektif klien mengatakan ada bekas jahitan operasi diperut bawah dan luka masih basah. Data objektif didapatkan luka tampak masih basah, leukosit diatas batas normal.

Pada pukul 09.05 diagnosa keperawatan risiko infeksi implementasi selanjutnya adalah mengajarkan cara memeriksa kondisi

luka operasi. Didapatkan respon klien data subjektif klien mengatakan masih ada luka yang basah diperut bekas operasi. Data objektif didapatkan luka tampak masih basah dibagian perut dan klien kooperatif.

Pada pukul 09.25 diagnosa keperawatan risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif implementasi selanjutnya adalah mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar. Didapatkan data subjektif klien mengatakan jadi tahu cara cuci tangan yang benar. Data objektif didapatkan klien kooperatif, klien mampu melakukan cuci tangan dengan benar.

Pada pukul 09.35 diagnosa keperawatan risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif implementasi selanjutnya adalah memanjurkan meningkatkan asupan nutrisi. Didapatkan data objektif klien mengatakan masih ada luka yang basah diperutnya dan ingin segera cepat kering. Data objektif didapatkan klien mengikuti anjuran perawat.

Pada pukul 12.30 WIB diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dilakukan implementasi memfasilitasi istirahat dan tidur. Didapatkan data subjektif klien mengeluh nyeri pada perut bekas operasi. Data objektif klien tampak beristirahat ditempat tidurnya.

Implementasi hari kedua asuhan keperawatan pada Ny. R dengan post histerektomi diruang baitunnisa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang dilakukan pada tanggal 11 Januari 2022. Pada pukul 21.00 diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik implementasi yang dilakukan adalah mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri. Didapatkan respon klien data sibjektif klien masih mengeluh nyeri pada luka operasi. Data objektif didapatkan klien tampak meringis, memegang bagian yang nyeri. Saat dilakukan pengkajian PQRST didapatkan P : yang dapat meningkatkan rasa nyeri adalah ketika ingin bergerak Q : tertusuk-tusuk R : perut bagian bawah jahitan bekas operasi S : 4 T : mendadak, hilang timbul, lamanya keluhan sering tapi tidak lama.

Pada pukul 21.05 diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik implementasi selanjutnya adalah mengidentifikasi skala nyeri. Didapatkan respon klien pada data subjektif klien masih mengeluh nyeri dan mengatakan sulit tidur. Data objektif skala nyeri 4.

Pada pukul 21.08 WIB diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dilakukan implementasi mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. Didapatkan respon klien data subjektif klien mengatakan masih nyeri pada perutnya karena operasi. Data objektif klien tampak meringis dan memegang perutnya.

Pada pukul 21.10 WIB diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dilakukan implementasi mengevaluasi mobilisasi sederhana yang dilakukan yaitu miring kanan dan kiri ditempat tidur. Didapatkan respon klien data subjektif klien mengatakan masih nyeri ketika ingin bergerak dan data objektif klien tampak meringis namun klien mampu melakukan latihan miring kanan kiri.

Pada pukul 22.15 WIB diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dilakukan implementasi melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. Didapatkan respon klien data subjektif keluarga klien mengatakan bahwa klien masih merasakan nyeri ketika ingin bergerak. Data objektif klien tampak meringis namun klien mampu latihan bergerak.

Pada pukul 21.30 WIB diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dilakukan implementasi memfasilitasi istirahat dan tidur. Didapatkan respon klien data subjektif klien masih mengeluh nyeri pada perutnya. Data objektif klien tampak beristirahat dan tidur ditempat tidurnya.

Pada pukul 00.10 WIB memberikan obat analgetik asam mefenamat 500 mg. Didapatkan respon klien masih mengeluh nyeri pada luka operasi, data objektif klien kooperatif. Pada pukul 05.00 WIB diagnosa keperawatan risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif

dilakukan implementasi mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien.

Pada pukul 05.05 memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik. Didapatkan respon klien, klien mengatakan masih ada luka yang basah diperutnya dan terasa nyeri. Data objektif luka tampak masih basah, tampak kemerahan, rembes sedikit darah.

Pada pukul 05.10 WIB mengajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi. Didapatkan respon klien, klien mengatakan masih ada luka yang masih basah diperutnya dan terasa nyeri. Data objektif didapatkan tampak ada luka yang masih basah diperut, tampak kemerahan, klien kooperatif, klien mampu memahami yang diajarkan perawat.

Pada pukul 05.20 WIB menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi. Didapatkan respon klien, klien mengatakan masih ada luka yang basah diperut pasien dan ingin segera cepat kering. Data objektif didapatkan klien mengikuti anjuran perawat.

Implementasi hari ketiga asuhan keperawatan pada Ny. R dengan post histerektomi diruang baitunnisa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang dilakukan pada tanggal 12 Januari 2022.

Pada pukul 14.15 WIB mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Didapatkan respon klien, klien mengatakan nyeri cukup menurun. Data objektif meringis tampak menurun, sudah tidak memegang perut dan gelisah menurun. Pada pukul 14.20 WIB mengidentifikasi skala nyeri. Didapatkan respon klien, klien mengatakan nyeri cukup berkurang dan skala nyeri 3.

Pada pukul 14.25 mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. Didapatkan respon klien, klien mengatakan nyeri berkurang. Data objektif meringis tampak menurun, gelisah menurun dan klien lebih kooperatif. Pada pukul 14.30 WIB mengajarkan mobilisasi sederhana yaitu latihan duduk ditempat tidur. Didapatkan respon klien, klien mengatakan nyeri berkurang. Data objektif meringis menurun, gelisah menurun, klien mampu melakukan latihan duduk.

Pada pukul 14.35 WIB melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. Didapatkan respon klien, klien mengatakan nyeri berkurang. Data objektif meringis menurun, gelisah menurun, pergerakan klien tampak meningkat. Pada pukul 16.10 WIB memberikan obat analgetik asam mefenamat 500 mg. Didapatkan respon klien, klien mengatakan nyeri berkurang dan klien lebih kooperatif.

Pada pukul 16.15 WIB mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien. Pada pukul 16.20 WIB memonitor tanda gejala infeksi lokal dan sistemik. Didapatkan respon klien, klien mengatakan masih ada luka yang basah di perutnya, nyeri berkurang. Data objektif tampak ada luka yang masih basah, kemerahan menurun, klien kooperatif.

Pada pukul 16.30 WIB menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi. Didapatkan respon klien, klien mengatakan masih ada luka yang basah di perutnya dan ingin segera kering. Data objektif klien mengikuti anjuran perawat. Pada pukul 20.30 WIB memfasilitasi istirahat dan tidur. Respon klien, klien mengatakan nyeri berkurang dan klien tampak beristirahat.

#### **F. Catatan Perkembangan**

Evaluasi asupan keperawatan pada Ny.R dengan post histerektomi di ruang Baitunnisa 2 Rumah Sakit Sultan Agung Semarang. Evaluasi pada tanggal 10 Januari 2022 dengan SOAP. evaluasi pada nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik didapatkan S : klien mengeluh nyeri luka operasi, rasanya seperti tertusuk-tusuk, mendadak O : klien tampak meringis dan memegang perutnya, skala nyeri 4 dari 0-10. Suhu tubuh 36,7°C, TD : 136/80 mmHg, respirasi 20x/menit, nadi : 80x/menit. A : masalah nyeri akut belum teratasi, tujuan belum tercapai. P : intervensi 1,2,3,5 dilanjutkan. Evaluasi pada diagnosa gangguan mobilitas fisik didapatkan S : klien mengeluh nyeri dan sulit saat ingin melakukan pergerakan, O : klien tampak memegang perutnya, klien tampak meringis,

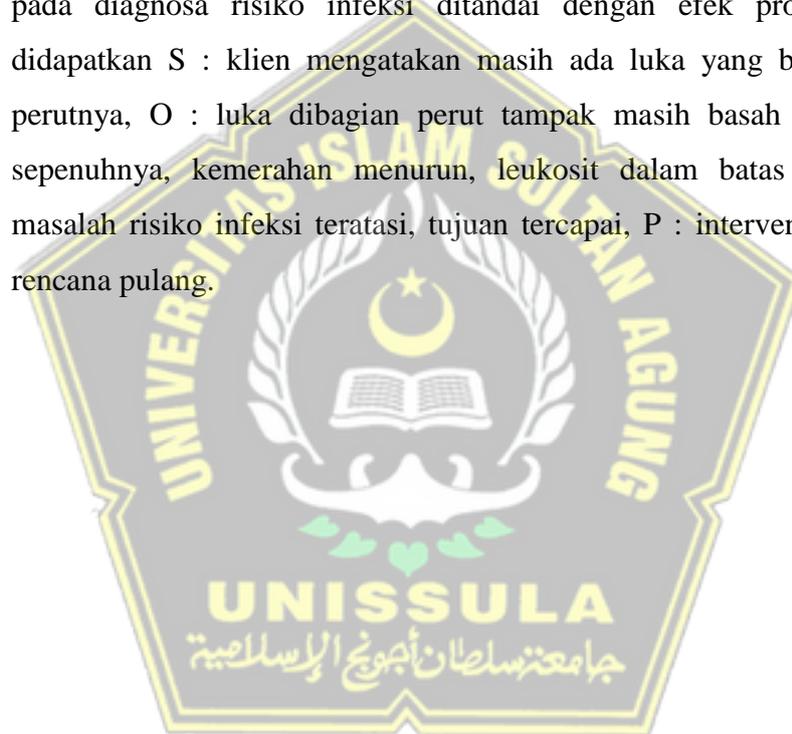
klien tampak gelisah, klien mampu melakukan latihan miring kanan dan kiri secara bertahap, A : masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi tujuan belum tercapai, P : intervensi 1,2,3,5 dilanjutkan.

Evaluasi pada diagnosa keperawatan risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif didapatkan S : klien mengatakan masih ada luka yang basah bagian perutnya, O : luka dibagian perut tampak basah, tampak kemerahan, leukosit diatas batas normal yaitu 11.10 dari 3.60-11.0 ribu/ $\mu$ , A : Masalah risiko infeksi belum teratasi dan tujuan belum tercapai, P : intervensi 1,2,3,4,5 dilanjutkan.

Catatan perkembangan pada tanggal 11 januari 2022. Pada diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik didapatkan, S : klien masih mengeluh nyeri luka operasi, rasanya seperti tertusuk-tusuk dan munculnya mendadak, O : klien tampak meringis dan memegang perutnya, skala nyeri 4, Suhu tubuh : 36,5°C, TD : 130/90 mmHg, Respirasi : 20x/menit, Nadi : 84x/menit, A : masalah nyeri akut belum teratasi, tujuan belum tercapai, P : intervensi 1,2,3,5 di lanjutkan. evaluasi diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri didapatkan S : klien mengeluh nyeri dan sulit saat ingin melakukan pergerakan, O : klien tampak memegang perutnya, klien tampak meringis dan gelisah, klien mampu melakukan latihan miring kanan kiri ,A : masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi, tujuan tercapai sebagian, P : intervensi 1,2,4 dilanjutkan. pada evaluasi diagnosis risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif didapatkan S : klien mengatakan masih ada luka yang basah dibagian perutnya, O : luka dibagian perut tampak masih basah, tampak sedikit kemerahan dibagian perut, A : masalah risiko infeksi belum teratasi, tujuan belum tercapai, P : intervensi 1,2,5 dilanjutkan.

Catatan perkembangan pada tanggal 12 januari 2022. Pada diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik didapatkan S : klien mengatakan nyeri berkurang, O : meringis menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur cukup menurun, skala nyeri 3,

Suhu tubuh : 36,6°C, TD : 135/88 mmHg, Respirasi : 20x/menit, Nadi : 80x/menit  
A : masalah nyeri akut teratasi, tujuan tercapai, P : intervensi dihentikan, rencana pulang. catatan perkembangan atau evaluasi pada diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik didapatkan S : klien mengatakan nyeri berkurang ketika melakukan pergerakan, O : meringis menurun, pergerakan cukup meningkat, mampu melakukan latihan duduk,  
A : masalah gangguan mobilitas fisik teratasi, tujuan tercapai, P : intervensi dihentikan, rencana pulang. sedangkan catatan perkembangan pada diagnosa risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif didapatkan S : klien mengatakan masih ada luka yang basah dibagian perutnya, O : luka dibagian perut tampak masih basah belum kering sepenuhnya, kemerahan menurun, leukosit dalam batas normal, A : masalah risiko infeksi teratasi, tujuan tercapai, P : intervensi dihentikan, rencana pulang.



## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab IV penulis hendak menguraikan hasil analisa asuhan keperawatan pada Ny. R dengan post histerektomi disesuaikan dengan teori yang didapat. Asuhan keperawatan Ny. R dikelola sepanjang 3 hari dari bertepatan pada 10 Januari 2022 hingga 12 Januari 2022. Bab ini mangulas tentang kekurangan serta hambatan yang didapat oleh penulis sepanjang memberikan asuhan keperawatan pada pasien Ny. R dengan post histeretomi dan membagikan tambahan rujukan paling utama pada tindakan yang dilakukan guna menangani diagnose keperawatan yang menjadi prioritas dengan mencermati aspek keperawatan ialah pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi serta evaluasi keperawatan. Pengkajian yang yang dilakukan pada pasien Ny. R post histerektomi diruang Baitunissa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang, didapatkan data sebagai berikut:

#### **A. Pengkajian**

Dalam melakukan pengkajian penulis menyadari bahwa masih terdapat kekurangan, dan pengkajian harus dilakukan lebih mendalam untuk melengkapi data sehingga membuat data tersebut menjadi komprehensif. Pengkajian didapatkan data pasien bernama Ny. R, berusia 47 tahun, beragama islam, pekerjaan swasta, dengan diagnosis medis mioma uteri. Alasan pasien masuk rumah sakit yaitu karena ada benjolan diperutnya.

Pada pengkajian keperawatan pada bagian keluhan utama, penulis belum tepat dalam mendeskripsikan bagian tersebut, bahasa yang digunakan kurang tepat. Pada pengkajian riwayat obstetric masa lalu pada tabel keadaan anak, penulis belum mencantumkan usia saat ini anak yang masih hidup. Pada pengkajian seksual reproduksi, seharusnya penulis menanyakan respon suami pasien terhadap histerektomi yang dilakukan. Pada pengkajian abdomen penulis belum mencamtumkan panjang balutan, kondisi balutan dan kondisi luka.

## **B. Diagnosis Keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi**

Berikut penulis akan mengulas masing-masing diagnosis keperawatan yang telah ditegakkan pada Ny. R :

### 1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Nyeri ialah sensasi yang menunjukkan jika tubuh mengalami kerusakan pada jaringan, infeksi, ataupun kendala yang lebih serius semacam Dysfunction of the nervous system. Oleh sebab itu, nyeri kerap disebut sebagai indikasi untuk melindungi tubuh dari kerusakan jaringan yang lebih serius. Nyeri kerap menimbulkan rasa yang tidak aman semacam tertusuk, dibakar serta yang lain sehingga bisa mengusik mutu hidup pasien ataupun orang yang hadapi nyeri tersebut (Wardoyo & Zakiah Oktarlina, 2019). Sedangkan, menurut SDKI nyeri akut merupakan pengalaman sensorik ataupun emosional yang terikat dengan kerusakan jaringan, dengan mula tiba-tiba ataupun pelan serta dengan keseriusan ringan sampai berat berlangsung kurang dari 3 bulan.

Penaksiran nyeri akut menurut (PPNI, 2017), permasalahannya sudah tepat serta untuk penyebabnya yaitu agen pencedera fisik, perih ini pula telah cocok dengan SDKI. Diagnosis keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan merintih nyeri, penulis menegakkan penaksiran tersebut sebab didapatkan data pada Ny. R dengan post histerektomi pada data subjektifnya pasien mengeluh serta menyatakan nyeri pada perutnya dibekas operasi, pasien juga berkata nyerinya semacam ditusuk- tusuk. Data yang didapatkan bersumber pada pengkajian nyeri dengan pendekatan PQRST ialah didapatkan P: yang bisa meningkatnya rasa nyeri pada saat mau bergerak, yang dapat mengurangi rasa nyeri melaksanakan tarik nafas dalam, memberikan stimulus dengan mengusap bagian yang perih Q: Rasa nyeri semacam tertusuk- tusuk R: perut bawah bekas

operasi, S: skala 4, T: Waktu nyeri berlangsung mendadak, hilang timbul, lamanya keluhan sering namun tidak lama. Informasi objektifnya, pasien nampak meringis, pasien nampak risau, kesusahan tidur serta skala nyeri 4 dari 0- 10. Monitor tanda vital yang didapatkan pada pasien ialah Suhu badan: 36,7°C, tekanan darah: 136/80 mmHg, pernapasan: 20x/ menit, nadi: 80x/ menit. Data tersebut telahenuhi 80% kriteria mayor (PPNI, 2017).

Penulis memprioritaskan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik sebab bagi Hierarki Maslow, nyeri ialah kebutuhan akan keamanan serta keselamatan. Kebutuhan keamanan serta keselamatan ini bisa bersifat fisik, psikologis serta bebas dari bahaya. Kebutuhan ini merupakan salah satu prasyarat, karena seseorang merasa tidak nyaman dengan tubuhnya. Seseorang akan merasa nyaman dan terpenuhi kebutuhan lainnya setelah merasa aman dan terjamin, baik secara fisik maupun psikis serta merasa bebas dari bahaya dan ketakutan. Dengan demikian apabila kondisi tersebut tidak terpenuhi dapat menyebabkan kebutuhan istirahat pada saat tidur dan kebutuhan nutrisi tidak dapat terpenuhi (Patrisia et al., 2020).

Pada diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, intervensi yang dilakukan dalam kegiatan keperawatan sepanjang 3x24 jam dengan tujuan pasien dapat mengontrol nyeri, serta diharapkan nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri cukup menurun, meringis menurun, kesusahan tidur cukup menurun serta gelisah menurun. Untuk mencapai tujuan tersebut ditegakkan intervensi ataupun rencana keperawatan ialah identifikasi letak, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, rasionalnya untuk memberi tahu tentang rasa sakit yang pasien alami berdasarkan faktor lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas. Perhatikan reaksi nonverbal terhadap ketidaknyamanan, rasionalnya pasien gelisah atau

menggerutu. Identifikasi skala nyeri memakai skala 0- 10 dengan ( 0: tidak perih, 1- 3: perih ringan, 4- 6: perih sedang, 7- 9: perih berat, 10: perih tidak terkendali), rasionalnya pasien akan menentukan kualitas nyeri yang dirasakan dari skala 0-10. Fasilitasi istirahat dan tidur, rasionalnya istirahat yang cukup dapat membantu pemulihan pasien. Ajarkan tehnik nonfarmakologi relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri yang dirasakan, rasionalnya dapat memperlancar aliran oksigen dalam darah, dan dapat mengurangi nyeri, dan kolaborasi pemberian analgetik, rasionalnya rasionalnya analgetik dapat memblok rasa nyeri (Wilkinson & Ahern, 2012).

Penulis melaksanakan implementasi terhadap diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Pada saat seseorang mengalami nyeri akut, akan mengalami gejala diantaranya tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat dan kesulitan tidur (PPNI, 2017). Maka dari itu tindakan keperawatan yang penulis jalani untuk menangani nyeri akut pada Ny. R adalah mengkaji nyeri secara komprehensif PQRST, mengobservasi reaksi nonverbal, mengukur TTV, mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi letak, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, memfasilitasi rehat serta tidur, mengajarkan tehnik non farmakologi untuk membantu kurangi rasa perih dengan wujud tarik nafas dalam serta terapi spiritual, dan memberikan obat analgetik.

Pada kala melaksanakan implementasi non farmakologis guna mengurangi nyeri, penulis memakai tehnik relaksasi nafas dalam. Penulis mengajarkan tehnik relaksasi nafas dalam sebab menurut (Patasik et al., 2013) tehnik relaksasi nafas dalam teruji efisien dalam mengurangi rasa sakit/ perih pasien paasca operasi

serta memberikan efek rileks dan tenang. Selain itu terapi relaksasi nafas dalam lebih mudah diterapkan dan dipelajari bagi pasien nantinya. Dengan menggunakan terapi relaksasi nafas dalam lebih menguntungkan dibanding terapi relaksasi lainnya karena dapat menghemat waktu dan dana yang dikeluarkan (Rokawie et al., 2017).

Pada saat melakukan implementasi tehnik relaksasi nafas dalam, penulis terlebih dahulu menjelaskan atau memberikan edukasi kepada pasien terkait dengan definisi relaksasi nafas dalam, manfaat relaksasi nafas dalam, waktu dilakukan relaksasi nafas dalam, berapa lama dilakukan relaksasi nafas dalam dan cara melakukan relaksasi nafas dalam. Tujuan dari memberikan edukasi sebelum melakukan relaksasi nafas dalam adalah agar pasien paham betul akan manfaat dan cara melakukan relaksasi nafas dalam. Setelah memberikan edukasi tentang relaksasi nafas dalam, penulis mempraktikkan cara tehnik relaksasi nafas dalam dan kemudian dipraktikkan langsung oleh pasien (Anggraeni, 2020).

Pada implementasi terapi spiritual, penulis memberikan terapi spiritual dengan dzikir dan doa karena pasien seorang muslimah. Sebelum melakukan implementasi terapi spiritual dzikir dan doa, penulis menjelaskan dzikir dan doa apa saja yang harus dibaca. Setelah itu penulis dan pasien melakukan terapi dzikir dan doa ini secara bersama-sama. Dengan terapi dzikir, pikiran tentang rasa sakit ditransformasikan menjadi dzikir kepada Tuhan Yang Maha Esa, yang membuat pasien merasa nyaman dan tenang, sedangkan doa sebagai sarana untuk mengendalikan rasa sakit. Bacaan doa serta dzikir yang digunakan merupakan dengan melafalkan bacaan Tasbih (Subhaanallah) sebanyak 33 kali, Tahmid (Alhamdulillah) sebanyak 33 kali, Takbir (Allahu akbar) sebanyak 33 kali, Tahlil (Laa ilaaha il- lallah) sebanyak 33 kali,

Alhauqalah( Laa haula wala quwwata il- la billah) 33 kali sepanjang 10- 15 menit (Muzaenah & Hidayati, 2021).

Selain tindakan secara mandiri, penulis juga berkolaborasi dengan tenaga medis lain untuk memberikan obat sesuai dengan kondisi pasien yang sudah diresepkan dokter. Pada masalah nyeri akut ini pasien mendapatkan obat analgetik yaitu asam mefenamat 500 mg 3x1. Asam mefenamat umumnya merupakan analgesik non-narkotika diindikasikan untuk pengobatan nyeri akut yang dialami pasien sesudah efek anestesi mulai hilang (Mardikasari et al., 2020).

Pada permasalahan nyeri akut yang berhubungan dengan agen pencedera fisik ini, berpotensi muncul diagnosis gangguan pola tidur, namun penulis tidak menegakkan diagnosis tersebut karena tidur pasien tergantung dengan rasa nyeri yang dirasakannya. Jika rasa nyeri itu terasa sakit pasien akan mengalami susah tidur, dan apabila nyeri tidak begitu dirasakan, pasien dapat tidur. Dari sini bisa disimpulkan bahwa istirahat tidur pasien tidak teratur ketika nyeri dirasakan. Seperti yang sudah dibahas di atas tadi, menurut hierarki Maslow bahwa rasa nyeri ini adalah kebutuhan akan keamanan dan keselamatan. Kebutuhan ini harus terpenuhi apabila tidak terpenuhi kebutuhan istirahat pada saat tidur pun tidak dapat terpenuhi. Jadi bisa disimpulkan jika nyeri teratasi maka pola tidur dapat membaik atau meningkat.

Pada tanggal 12 Januari pukul 20.00 WIB, dilakukan evaluasi pada hari ketiga yaitu Pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik keluhan nyeri sudah menurun, pasien tampak lebih rileks, gelisah menurun, meringis menurun, TTV dalam batas normal yaitu suhu: 36,6°C, TD : 135/88 mmHg, respirasi : 20x/menit, nadi : 80x/menit. Untuk hasil implementasi nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik masalah teratasi.

## 2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

Gangguan mobilitas fisik merupakan keadaan dimana seorang hadapi keterbatasan dalam melaksanakan pergerakan secara raga dari satu ataupun lebih ekstremitas secara mandiri (PPNI, 2017). Keterbatasan raga dari satu arah ataupun lebih ekstremitas secara mandiri, cocok tingkatannya diantara tingkatan 0 berarti mandiri, tingkat 2 berarti membutuhkan dukungan ataupun pengawasan dari orang lain, tingkatan 3 berarti membutuhkan pertolongan orang lain ataupun perlengkapan bantu, serta tngka 4 berarti ketergantungan dalam beraktifitas. Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) ada pula data mayor pada diagnosis gangguan mobilitas fisik ialah data subjektifnya merintih susah menggerakkan ekstremitas, serta data objektifnya kekuatan otot menurun dan rentng gerak( ROM) menurun.

Menurut NANDA (2018) diagnosa keperawatan hambatan mobilitas fisik merupakan keterbatasan pada pergerakan raga tubuh pada satu ataupun lebih ekstermitas secara mandiri serta terencana. Batas karakteristik antara lain kendala sikap berjalan, penurunan ketrampilan motorik halus, penyusutan ketrampilan motorik agresif, penyusutan rentang gerak, waktu reaksi memanjang, kesusahan membolak-balik posisi, ketidaknyamanan, melaksanakan kegiatan lain selaku pengganti pergerakan, dispnea sehabis beraktifitas, tremor akibat bergerak, instabilitas bentuk badan, gerakan pelan, gerakan spastik serta gerakan tidak terkoordinasi. Sedangkan problem ataupun permasalahan pada diagnosis keperawatan gangguan mobilitas fisik ini ditegakkan dengan pemicu ataupun etiologi nyeri, serta sudah tepat sesuai dengan SDKI (PPNI, 2017).

Penulis menegakkan diagnosis keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri karena data yang didapatkan sudah memenuhi 80% data mayor dari SDKI. Informasi

yang didapatkan pada pasien ialah data subjektif: pasien merintih susah pada saat mau bergerak, mengeluh tidak dapat bergerak bebas. Data objektif : klien tampak berbaring lemah diatas tempat tidur, tampak kesulitan menggerakkan ekstremitas, sulit miring ke kanan dan kiri, tampak meringis ketika ingin menggerakkan ekstremitas. Oleh karena itu, penulis selalu melihat perubahan dalam pergerakan ekstremitas dan efek dari rasa sakit yang dirasakan pasien dalam pergerakan sehingga dapat dianalisis, pada ukuran perubahan, peningkatan aktivitas pasien atau pergerakan.

Pada diagnosis gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, intervensi yang dilakukan dalam kegiatan keperawatan sepanjang 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik pada pasien bisa meningkat. Intervensi yang ditegakkan penulis antara lain: identifikasi terdapatnya nyeri ataupun keluhan fisik yang lain, rasionalnya Mengenali keluhan pasien yang lain serta rencana kegiatan berikutnya yang bisa dilakukan. Libatkan keluarga buat menolong pasien dalam tingkatkan pergerakan, rasionalnya keluarga bisa secara mandiri menolong pasien dalam melaksanakan latihan gerak. Anjurkan melaksanakan mobilisasi dini, rasionalnya guna mengurangi risiko kekakuan serta kelemahan otot yang panjang serta Ajarkan mobilisasi sederhana yang wajib dilakukan, rasionalnya melatih kekuatan serta gerakan otot penderita buat menjauhi kekakuan otot serta sendi (PPNI, 2017).

Mobilisasi dini merupakan sesuatu upaya buat mempertahankan kemandirian sedini mungkin dengan metode membimbing serta mengarahkan pasien untuk mempertahankan fungsi fisiologisnya (Sumaryati et al., 2018). Mobilisasi dini, juga bisa menunjang proses penyembuhan luka pasien sebab dengan menggerakkan anggota badan akan menghindari kekakuan otot serta sendi, sehingga dapat mengurangi nyeri dan dapat memperlancar peredaran darah pada bagian yang alami cedera

supaya proses pengobatan luka jadi lebih cepat. Mobilisasi sangat penting dalam percepatan hari rawat serta mengurangi resiko sebab tirah baring lama,semacam terbentuknya dekubitus, kekakuan ataupun penegangan otot di seluruh badan, hambatan peredaran darah, hambatan respirasi serta hambatan peristaltik ataupun buang air kecil (Isrofi, 2012). Sebelum pada implementasi, jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi mempunyai rasional yaitu untuk memberikan sumber informasi yang kepada pasien dan keluarga supaya dapat mengetahui pentingnya dilakukan mobilisasi dini. Ajarkan mobilisasi dini secara sederhana terlebih dahulu yang harus dilakukan mempunyai rasional agar pasien berlatih bergerak untuk membantu meningkatkan aktivitas pasien dengan cara latihan miring kanan atau kiri, latihan duduk, dan latihan rentang gerak pasif.

Penulis melakukan implementasi terhadap diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri. Seseorang yang mengalami gangguan mobilitas fisik, memiliki tanda dan gejala diantaranya mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, dan rentang gerak (ROM) menurun (PPNI, 2017). Maka dari itu, penulis melakukan intervensi dan implementasi yaitu mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, menganjurkan melakukan mobilisasi dini dan mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan seperti latihan miring kanan atau kiri, latihan duduk, dan latihan rentang gerak pasif.

Pada saat melakukan implementasi sebelum tindakan dilakukan, penulis menjelaskan terlebih dahulu kepada pasien dan keluarga tentang manfaat dan pentingnya dilakukan mobilisasi dini. Setelah itu mengidentifikasi adakah keluhan fisik yang dirasakan pasien selain rasa nyeri. Kemudian membantu pasien

latihan miring kanan dan kiri secara bertahap dengan melibatkan keluarga, dengan harapan keluarga dapat membantu pasien untuk meningkatkan aktivitasnya selama pemulihan pasca operasi. Selain latihan miring kanan dan kiri secara bertahap, implementasi yang lain yang dilakukan adalah membantu pasien untuk latihan duduk dengan cara memposisikan pasien semi fowler sampai fowler. Hasil penelitian yang dilakukan (Salam 2015 dalam Yulisetyaningrum et al., 2021) tentang mobilisasi pasca laparatomi membagikan hasil kalau mobilisasi yang diberikan pada pasien sehabis laparatomi ialah mengubah posisi di tempat tidur serta gerakan bertahap (duduk, berdiri, berjalan) membawa khasiat kesehatan. Indikasi mobilisasi dini yakni guna meminimalkan komplikasi, memacu pengobatan luka, mengembalikan peranan pasien semaksimal mungkin, mempertahankan konsep diri serta mempersiapkan pasien untuk balik. Manfaat yang lain yaitu bisa mengurangi stressor nyeri sebab mobilisasi dapat memblok reseptor sensorik nyeri di lapisan saraf pusat. Respon pasien saat dilakukan implementasi, pasien dapat kooperatif dan pasien mampu melakukan latihan mobilisasi secara bertahap ini dengan baik. Selain itu pasien juga berkeinginan untuk segera sembuh dan ingin cepat pulang.

Implementasi keperawatan selama tiga hari, tanggal 12 januari 2022 pukul 20:05 WIB penulis melakukan evaluasi keperawatan dan dapat disimpulkan bahwa pasien mengalami peningkatan dalam proses mobilisasinya, yang dilihat dari data subjektif serta data objektif pada pasien yaitu klien mengatakan nyeri berkurang ketika melakukan pergerakan, pada data objektif : meringis menurun, pergerakan cukup meningkat, mampu melakukan latihan miring kanan kiri dan duduk. Proses dalam asuhan keperawatan yang dilakukan penulis selama 3 hari cukup efektif dalam kasus tersebut. Dalam melakukan tindakan

keperawatan penulis melakukan secara bertahap dalam memberikan asuhan keperawatan dan peran keluarga serta perawat sangat berpengaruh dalam proses pemulihan pasien. Sehingga hasil dari evaluasi keperawatan adalah masalah teratasi dan rencana pulang. Evaluasi yang telah dilakukan selama tiga hari, data tersebut sudah dibandingkan dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan.

### 3. Risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif

Risiko infeksi menurut SDKI (PPNI, 2017) adalah risiko serangan organisme patogen yang berlebihan. Sedangkan menurut NANDA (Hermand, 2018) Risiko infeksi adalah kondisi yang rentan terhadap invasi dan reproduksi organisme patogen yang bisa mengganggu kesehatan. Banyak pemicu yang jadi aspek terbentuknya infeksi luka operasi (ILO). Infeksi luka dapat disebabkan oleh kontaminasi bakteri pada tempat pembedahan, dan hal ini dapat disebabkan oleh: kerusakan pada dinding kulit batang yang berlubang, flora bakteri yang normal pada kulit, teknik pembedahan yang tak memenuhi standar sehingga bisa menimbulkan kontak luar tim bedah, instrumen bedah serta area sekitarnya (Mockford & O'Grady, 2017).

Penulis menegakkan diagnosis keperawatan risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif karena data yang didapatkan sudah sesuai dengan SDKI. Data didapatkan pada pasien yaitu pasien dengan post operasi, Pada bagian abdomen dikala dilakukan inspeksi nampak luka kemerahan dibagian perut bawah luka tersebut yang masih basah, panjang luka sekitar 10 cm, tidak ada pembengkakan, dan hasil leukosit pasien pada pemeriksaan darah rutin post operasi tanggal 9 Januari 2022 pukul 20:22 menunjukkan hasil yang lebih tinggi dari rentang batas normal yang ditentukan. Hasil leukosit pasien menunjukkan angka 11.10 ribu/ $\mu$  dari rentang normal 3.60-11.0 ribu/ $\mu$ . Leukosit ialah

sel yang terdiri dari komponen darah. Sel darah putih ini berfungsi untuk mendukung tubuh melawan berbagai penyakit infeksi sebagai bagian dari sistem kekebalan tubuh. Leukosit merupakan sel yang heterogen dengan peran yang sangat beragam untuk setiap jenisnya. Menurut (Chodijah et al., 2013) terdapatnya infeksi menimbulkan reaksi imun ialah kenaikan jumlah leukosit.

Penulis membuat rencana keperawatan bersifat mandiri maupun berkolaborasi dengan tenaga medis lainnya untuk menangani pasien. Setelah dilaksanakan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi bisa menurun dengan kriteria hasil kemerahan menurun, jumlah sel darah putih cukup membaik, dan nyeri cukup menurun. Intervensi keperawatan yang dilakukan diantaranya monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, rasionalnya supaya bisa segera berikan tindakan. cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, rasionalnya guna menghindari terjadinya penularan penyakit. Berikan perawatan luka steril. Ajarkan cara cuci tangan dengan benar, menunjukkan bahwa cuci tangan pakai sabun/hand hygiene sangat efektif sebagai pencegahan infeksi (Sinanto & Djannah, 2020). Ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi. Dan anjurkan untuk perbaikan nutrisi karena pentingnya nutrisi yang baik untuk pasien dengan luka atau setelah operasi, merupakan dasar dari proses penyembuhan luka yang cepat (Dictara et al., 2018).

Bersumber pada rencana keperawatan yang sudah disusun penulis tindakan keperawatan yang sudah dilakukan adalah cuci tangan saat sebelum dan setelah kontak pasien dan lingkungan pasien, memberikan perawatan luka steril, memberikan edukasi kepada pasien cara cuci tangan yang benar, dengan cara memberikan contoh cara cuci tangan lalu diikuti dengan pasien mempratikkan cuci tangan secara mandiri. Mengajarkan pasien

untuk memeriksa kondisi luka bekas operasi, dan memberikan antibiotik yaitu obat cefadroxil 500 mg 3x1 sesuai dengan anjuran dokter. Cefadroxil adalah antibiotik sefalosporin golongan pertama spektrum luas, efisien melawan bakteri Gram- positif serta Gram-negatif, semacam pneumokokus, streptokokus serta stafilokokus. Sefalosporin generasi awal menunjukkan spektrum antimikroba yang sangat aktif terhadap bakteri gram positif (Yuliana, 2014 dalam Purba, 2020).

Pada hasil leukosit yang tinggi, artinya menunjukkan adanya infeksi, penulis seharusnya memonitor leukosit pasien setiap harinya untuk mengetahui apakah hasil leukosit tersebut sudah dalam batas normal atau belum, karena di pemeriksaan Hb post operasi di Rumah Sakit hanya dilakukan satu kali pasca operasi, jadi penulis tidak tahu hasil dari leukosit pasien setiap harinya, apakah masih tinggi atau sudah dalam rentang normal.

Implementasi keperawatan selama tiga hari, pada tanggal 12 Januari 2022 evaluasi yang didapatkan oleh penulis pada diagnosis keperawatan risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif adalah data subjektif : pasien mengatakan masih ada luka yang basah dibagian perutnya, nyeri cukup menurun. Pada data objektifnya didapatkan luka dibagian perut tampak masih basah belum kering sepenuhnya, kemerahan cukup menurun, tidak ada pembengkakan. Kesimpulannya masalah teratasi dan rencana pulang. Hasil dari evaluasi tersebut sudah dibandingkan dengan tujuan dan kriteria hasil.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Simpulan**

1. Pengkajian keperawatan dilakukan dengan metode mengumpulkan informasi yang diperoleh dari wawancara secara langsung dengan pasien ataupun keluarga pasien. Penulis melaksanakan pengkajian komprehensif sesuai dengan kondisi Ny. R dengan asuhan keperawatan mioma uteri.
2. Analisis data yang diperoleh untuk menunjang penetapan diagnosis keperawatan prioritas permasalahan ataupun diagnosis keperawatan utama pada Ny. R dengan post histerektomi yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Sementara itu, diagnosis keperawatan yang lain ialah gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri serta risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif.
3. Rencana Rencana tindakan yang diambil yakni untuk mencapai hasil yang diharapkan. Pada langkah ini, sebuah rencana keperawatan disusun sesuai dengan kebutuhan ataupun keadaan Ny. R. Salah satu contoh kegiatan keperawatan untuk manajemen nyeri akut non farmakologis ialah pemakaian metode relaksasi napas dalam setelah itu terapi spiritual zikir serta doa. Sementara itu tindakan keperawatan untuk menangani gangguan mobilitas fisik, dengan latihan miring kanan ataupun kiri serta latihan duduk bertahap. Sementara itu tindakan keperawatan untuk mencegah infeksi ialah memberikan pendidikan tentang mencuci tangan yang benar serta merekomendasikan revisi nutrisi. Penulis menyusun intervensi serta melakukan implementasi keperawatan yang direncanakan sesuai dengan kebutuhan pasien.
4. Penilaian keperawatan merupakan aktivitas mengevaluasi kegiatan keperawatan yang telah dilakukan serta mengukur hasil proses

keperawatan. Salah satu contoh evaluasi yang efisien ialah pemberian tehnik relaksasi nafas dalam serta pengobatan spiritual dzikir dan doa dapat untuk mengurangi rasa nyeri yang dialami pasien post histerektomi. Setelah itu latihan miring kiri ataupun kanan dan latihan duduk dapat untuk tingkatkan kegiatan pasien. Sementara itu menerapkan mencuci tangan dengan baik dan benar serta perbaikan nutrisi pasca pembedahan dapat untuk mengurangi terjadinya infeksi. Dalam penerapan asuhan keperawatan, respon pasien serta keluarga baik serta kooperatif. Pasien mau melaksanakan apa yang penulis rekomendasikan, sehingga tidak menemukan hambatan.

## **B. Saran**

### **1. Institusi pendidikan**

Bagi jurusan keperawatan maternitas agar supaya membekali mahasiswa dan mahasiswi untuk memperdalam ilmu obstetri dan ginekologi khususnya mioma uteri post operasi.

### **2. Lahan praktik**

Bagi tempat atau lahan praktik dilakukan optimalisasi kualitas pelayanan mengenai asuhan keperawatan pasien mioma uteri post operasi.

### **3. Masyarakat**

Masyarakat perlu meningkatkan pengetahuan tentang penyakit mioma uteri, agar masyarakat dapat mencegah komplikasi yang dapat timbul dari penyakit mioma dalam keluarga dan diri sendiri.

## DAFTAR PUSTAKA

- Amin Huda Nurarif, S. K. (2015). *Aplikasi asuhan keperawatan berdasarkan diagnosa medis dan nanda nic-noc*. Yogyakarta: MediAction.
- A, M., Tamunu, E. N., Lombogia, M., & Pasambo, Y. (2020). Pendidikan Kesehatan Menggunakan Metode Lecuter dan Leaflet Pada Pengetahuan Wanita Tentang Deteksi Awal Mioma Uteri. *Media Kesehatan Politeknik Kesehatan Makassar*, 15, 151–156. <https://doi.org/https://doi.org/10.32382/medkes.v15i1.1359>
- Albertus, A. (2020). *Etiologi dan Pathofisiologi Mioma Uteri*. Alomedika. <https://www.alomedika.com/penyakit/obstetrik-dan-ginekologi/mioma-uteri/etiologi>
- Andarmoyo, S. (2013). *Konsep & Proses Keperawatan Nyeri* (R. KR (ed.)). Ar-Ruzz Media.
- Anggraeni, M. (2020). *Asuhan Keperawatan Pada Ny. S Denan Pre Op Mioma Uteri Di Ruang Baitunnisa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang*. Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
- Aulia, D. L. N., Anjani, A. D., & Utami, R. (2022). *Pemeriksaan Fisik Ibu dan Bayi*. CV. Pena Persada. <https://doi.org/https://doi.org/10.31237/osf.io/ynepw>
- Chodijah, S., Nugroho, A., & Pandelaki, K. (2013). Hubungan Kadar Gula Darah Puasa Dengan Jumlah Leukosit Pada Pasien Diabetes Mellitus Dengan Sepsis. *Jurnal E-Biomedik*, 1, 602–606.
- Dewi, I. M. (2016). *Identifikasi Ibu yang Mengalami Mioma Uteri Di Poli KIA RSUD Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2015*. <http://repository.poltekkes-kdi.ac.id/200/>
- Dictara, A. A., Angraini, D. I., & Musyabiq, S. (2018). Efektivitas Pemberian Nutrisi Adekuat dalam Penyembuhan Luka Pasca Laparotomi. *Majority*, 7(2), 249–256.
- Hermand, T. H. (2018). *Nanda-1 Diagnosis Keperawatan Defnisi dan Klasifikasi 2018-2020* (T. H. Herdmand & S. Kamitsuru (eds.); 11th ed.). EGC.
- Isrofi, J. (2012). *Pengaruh mobilisasi dini latihan duduk terhadap peningkatan motilitas usus pada pasien pasca bedah dengan general anastesi di RSI Jemursari (skripsi)*. Universitas Airlangga.
- Kök, G., Erdoğan, E. N., Söylemez, E. B., & Güvenç, G. (2020). Histerektomi Olan Hastanın Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine Göre Hemşirelik Bakımı : Olgu Sunumu Nursing Care Of Patient Who Had Undergone Hysterectomy According To Functional Health Patterns : Case Report. *Sdü Sağlık Bilimleri*

*Dergisi*, 11. <https://doi.org/10.22312/sdusbed.651182>

- Kwas, K., Nowakowska, A., Fornalczyk, A., Krzycka, M., Nowak, A., Wilczyński, J., & Szubert, M. (2021). Impact of contraception on uterine fibroids. *Medicina (Lithuania)*, 57(7). <https://doi.org/10.3390/medicina57070717>
- Lilyani, D. I., Sudiat, M., & Basuki, R. (2012). Hubungan Faktor Risiko dan Kejadian Mioma Uteri di Rumah Sakit Umum Daerah Tugurejo Semarang. *Jurnal Kedokteran Muhammadiyah*, 1(1), 14–19.
- Manta, L., Suci, N., Toader, O., Purcărea, R. M., Constantin, A., & Popa, F. (2016). The etiopathogenesis of uterine fibromatosis. *Journal of Medicine and Life*, 9, 23–39.
- Manuaba, I. B. G., Manuaba, I. A. C., & Manuaba, I. B. G. F. (2010). *Buku Ajar Penuntun Kuliah Ginekologi*. TIM.
- Mardana, Pranadiva, I. K. R., & EM, T. A. (2017). *Penilaian Nyeri. Makalah Ilmiah. SMF/Bagian Anestesiologi dan Terapi Intensif*. Universitas Udayana RSUP Sanglah.
- Mardikasari, S. A., Suryani, Akib, N. I., & Indahyani, R. (2020). Mikroenkapsulasi Asam Mefenamat Menggunakan Polimer Kitosan dan Natrium Alginat dengan Metode Gelasi Ionik. *Jurnal Farmasi Galenika (Galenika Journal of Pharmacy) (e-Journal)*, 6(2), 192–203. <https://doi.org/10.22487/j24428744.2020.v6.i2.14589>
- Meilani, N. S., Mansoer, F. A. F., Nur, I. M., Argadiredja, D. S., & Widjajanegara, H. (2020). Hubungan Usia dan Paritas dengan Kejadian Mioma Uteri di RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat Tahun 2017. *Jurnal Integrasi Kesehatan & Sains*, 2(1), 18–21. <https://doi.org/10.29313/jiks.v2i1.4346>
- Mockford, K., & O'Grady, H. (2017). *Prevention of Surgical Site Infections*. 13(9), 495–499.
- Mubarak, W. I., Indrawati, L., & Susanto, J. (2015). *Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar*. Salemba Medika.
- Muzaenah, T., & Hidayati, A. B. S. (2021). Manajemen Nyeri Non Farmakologi Post Operasi Dengan Terapi Spiritual “Doa dan Dzikir”: A Literature Review. *Herb-Medicine Journal*, 4(3), 1. <https://doi.org/10.30595/hmj.v4i3.8022>
- Nugroho, T., & Indra, U. B. (2014). *Masalah Kesehatan Reproduksi Wanita*. Nuha Medika.
- Nurarif, A. H., & Kusuma, H. (2015). *Aplikasi asuhan keperawatan berdasarkan*

*diagnosa medis dan nanda nic-noc. Mediacton.*

- Octaviana, A., & Pranajaya, R. (2014). Usia dan paritas dengan kejadian mioma uteri. *Jurnal Keperawatan*, *X*(2), 209–214.
- Patasik, C. K., Tangka, J., & Rottie, J. (2013). Efektifitas Teknik Relaksasi Nafas Dalam Dan Guided Imagery Terhadap Penurunan Nyeri Pada Pasien Post Operasi Sectio Caesare di Irina D BLU RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. *Agustus*, *1*.  
<https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/jkp/article/view/2169>
- Patrisia, I., Juhdeliena, J., Kartik, L., Pakpahan, M., Siregar, D., Biantoro, Hutapea, A. D., Khusniyah, Z., Sihombing, R. M., Mukhoirotin, M., & Togatorop, L. B. (2020). *Asuhan Keperawatan pada Kebutuhan Dasar Manusia*. Yayasan Kita Menulis.
- PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik* (1st ed.). DPP PPNI.
- Prawirohardjo, S., Mochamad, A., Ali, B., & Prabowo, R. P. (2011). *Ilmu Kandungan Edisi Ketiga*. PT Bina Pustaka.
- Purba, N. B. (2020). Potensi Antibiotik Cefadroxil Terhadap Uji Bakteri Staphylococcus Aureus. In *Orphanet Journal of Rare Diseases* (Vol. 21, Issue 1). Politektik Kesehatan Kemenkes Medan.
- Putri, D. R. (2020). *Studi Literatur: Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Operasi Mioma Uteri Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut (Doctoral dissertation, Universitas Muhammadiyah Ponorogo)*.
- Ridwan, M., Lestari, G. I., & Fibrila, F. (2021). Hubungan Usia Ibu, Obesitas dan Penggunaan Kontrasepsi Hormonal Dengan Kejadian Mioma Uteri. *Medikes (Media Informasi Kesehatan)*, *8*(1), 11–22.
- Rokawie, A. O. N., Sulastri, & Anita. (2017). Relaksasi Nafas Dalam Menurunkan Kecemasan Pasien Pre Operasi Bedah Abdomen. *Jurnal Kesehatan*, *8*(2), 257–262.
- Sinanto, R. A., & Djannah, S. N. (2020). Efektivitas Cuci Tangan Menggunakan Sabun Sebagai Upaya Pencegahan Infeksi: Tinjauan Literatur. *Jurnal Kesehatan Karya Husada*, *8*(2).
- Small, C., & Laycock, H. (2020). Acute postoperative pain management. *Journal of British Surgery*, *107*(2), e70–e80. <https://doi.org/10.1002/bjs.11477>
- Sulastriningsih, K. (2019). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Mioma Uteri Pada Wanita di RSUD Pasar Rebo Tahun 2017. *Journal Educational of Nursing(Jen)*, *2*(1), 110–125.  
<https://doi.org/10.37430/jen.v2i1.16>

- Sumaryati, Widodo, G. G., & Purwaningsih, H. (2018). Hubungan Mobilisasi Dini dengan Tingkat Kemandirian Pasien Post Sectio Caecarea di Bangsal Mawar RSUD Temanggung. *Indonesian Journal of Nursing Research (IJNR)*, 1(1), 20–28. <https://doi.org/10.35473/ijnr.v1i1.8>
- Surya, E., & Muzakkar, M. (2017). Mioma Servikal. *Cdk-249*, 44(2), 118–120.
- Tartowo, & Wartonah. (2010). *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan*. Salemba Medika.
- Tumaji, T., Rukmini, R., Oktarina, O., & Izza, N. (2020). Pengaruh Riwayat Kesehatan Reproduksi terhadap Kejadian Mioma Uteri pada Perempuan di Perkotaan Indonesia. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 23(2), 89–98. <https://doi.org/10.22435/hsr.v23i2.3238>
- Wardoyo, A. V., & Zakiah Oktarlina, R. (2019). Literature Review Tingkat Pengetahuan Masyarakat Terhadap Obat Analgesik Pada Swamedikasi Untuk Mengatasi Nyeri Akut. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 10(2), 156–160. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v10i2.138>
- Wilkinson, J. M., & Ahern, N. R. (2012). *Buku Saku Diagnosis Keperawatan : Diagnosis NANDA, Intervensi NIC, Kriteria Hasil NOC* (9th ed.). EGC.
- Yulisetyaningrum, Prihatiningsih, E., Suwanto, T., & Budiani, S. (2021). Hubungan Mobilisasi Dini Dengan Kesembuhan Luka Pada Pasien Pasca Laparatomi di RSUD dr. Loekmonohadi Kudus. *The 13 Th University Research Colloqium*, 2013, 269.