

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. K
DENGAN POST OP HISTEREKTOMI ATAS 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 :

Luthfiyah Haibah

NIM.40902000050

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

2023

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. K
DENGAN POST OP HISTEREKTOMI ATAS INDIKASI MIOMA UTERI
DI RUANG BAITUNNISA 2
RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

Luthfiyah Haibah

NIM.40902000050

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG
2023**

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

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



Semarang, 06 April 2023



HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah Berjudul :

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. K POST OP HISTEREKTOMI
ATAS INDIKASI MIOMA UTERI DI RUANG BAITUNNISA 2 RSI
SULTAN AGUNG SEMARANG**

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Luthfiyah Haibah

NIM : 40902000050

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

Hari : Senin

Tanggal : 10 April 2023



Ns. Apriliani Yulianti Wuriningsih, M.Kep., Sp.Kep.Mat

NIDN. 0618048901

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan di hadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D3 Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang pada hari Rabu tanggal 24 Mei 2023 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan tim penguji.

Semarang, 07 Juni 2023

Penguji I

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

NIDN.0609067504

Penguji II

Ns. Hernandia Distinarista, M.Kep

NIDN.0602098503

Penguji III

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

NIDN.0618048901

Mengetahui,

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan


Ivan Ardian, SKM, M.Kep
NIDN. 062.208.7403

MOTTO

Nikmati setiap prosesnya
(Luthfiyah Haibah)

“Cukuplah Allah (menjadi penolong) bagi kami dan Dia sebaik-baik pelindung”
(QS. Ali-‘Imran [3]:73)

“Sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan. Maka apabila kamu telah selesai (dari sesuatu urusan), kerjakanlah dengan sungguh-sungguh (urusan) yang lain, dan hanya kepada Tuhan-mu lah hendaknya kamu berharap.”
(QS. Al-Insyirah [94]:6-8)

“Dan aku menyerahkan urusanku kepada Allah”
(QS. Ghafir [40]:44)

“Dan kehidupan dunia tidak lain hanyalah kesenangan yang palsu”
(QS. Al-Hadid [57]:20)

“Boleh jadi kamu tidak menyenangi sesuatu, padahal itu baik bagimu, dan boleh jadi kamu menyukai sesuatu, padahal itu tidak baik bagimu. Allah mengetahui, sedang kamu tidak mengetahui”
(QS. Al-Baqoroh [2]:216)

“Apabila sesuatu yang kau senangi tidak terjadi, maka senangilah apa yang terjadi”
(Ali bin Abi Thalib)

“Dunia ini hanya mimpi dan kau akan terbangun ketika kau mati”
(Ali bin Abi Thalib)

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Alhamdulillahirobbil 'alamin. Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT karena telah memberikan berkat, rahmat dan karunia-Nya dan juga telah memberikan kesehatan, sehingga saya dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Ny.K dengan Post *Histerektomi* atas indikasi Mioma Uteri”. Karya Tulis Ilmiah ini disusun penulis sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan program pendidikan Ahli Madya di program studi Diploma III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Sultan Agung Semarang.

Penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini tidak terlepas dari bantuan, bimbingan, dan arahan dari berbagai pihak baik secara langsung maupun tidak langsung. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih 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 Islam Sultan Agung Semarang.
4. Ibu Ns. Apriliani Yulianti W, M.Kep., Sp.Kep.Mat, selaku dosen pembimbing yang sudah meluangkan waktu dan tenaganya untuk memberikan bimbingan dengan penuh rasa sabar serta memberikan motivasi dan ilmu yang bermanfaat kepada penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Bapak/Ibu seluruh Dosen Pengajar serta Staf Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang telah membimbing penulis untuk menempuh dan menyelesaikan studi.

6. Bapak Dosen Wali saya, yaitu Bapak Iwan Ardian, SKM, M.Kep yang telah memotivasi saya untuk menjadi mahasiswa yang baik.
7. Kepala Ruang dan seluruh perawat di Ruang Baitunnisa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang yang telah mengizinkan saya untuk mengambil dan melakukan pengkajian kasus Karya Tulis Ilmiah di Ruang tersebut.
8. Kepada kedua orang tua saya Bapak Muhmammad Ridwan dan Ibu Sartini yang selalu semangat bekerja demi membiayai pendidikan saya sampai saat ini, yang selalu memberikan semangat, tak pernah lelah mendo'akan dan memberi motivasi untuk kesuksesan saya, tak lupa juga memberikan perhatian dan kasih sayang yang tulus, serta memberikan semangat dan dukungan untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan baik.
9. Kepada kakak saya Kholisoh dan kakak ipar saya M. Zakki Anwari yang telah ikut serta memberikan dukungan dan motivasi saya untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan baik.
10. Kepada sepupu saya, Sinta setiawati yang juga sedang dalam tahap penyusunan tugas akhir skripsi namun tetap bersedia memberikan arahan dan dukungan untuk saya menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah saya.
11. Sahabat saya Siti Maisaroh, Amelia Wijaya dan Intan Taniya yang saya kenal baik dari perkuliahan Semester Awal hingga saat ini, serta Deviana Nokia dan Linda Noor yang saya kenal baik dari Semester 3 yang selalu mensupport satu sama lain, memberikan dukungan, motivasi, dan kenangan-kenangan kecil serta hiburan yang menyenangkan.
12. Kepada teman-teman prodi D-III Keperawatan angkatan 2019 dan semua pihak yang telah bersama-sama menempuh pendidikan bersama selama 6 semeser di fakultas ilmu keperawatan unissula.
13. Serta seluruh pihak yang turut berkontribusi atas terselesaikannya Karya Tulis Ilmiah ini yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu. Terimakasih banyak atas segala kebaikan dan dukungan semoga dibalas semua oleh Allah SWT. Penulis menyadari bahwa penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih terdapat banyak kekurangan dan jauh dari kata sempurna, baik dari

segi materi maupun teknik dalam penulisan. Maka dengan kerendahan hati penulis mengharapkan kritik dan juga saran dari segala pihak demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini. Penulis berharap semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi kita semua, Aamiin yaa rabbal 'aalamiin.

Wassalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh

Semarang, 16 Mei 2023

(Luthfiyah Haibah)



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
MOTTO	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	4
1. Tujuan umum	4
2. Tujuan khusus	4
C. Manfaat Penulisan	5
1. Bagi Institusi Pendidikan	5
2. Bagi Instansi Layanan Kesehatan	5
3. Bagi Masyarakat.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	6
A. Konsep Dasar Mioma Uteri.....	6
1. Klasifikasi.....	7
2. Pathway keperawatan	8
3. Pemeriksaan penunjang.....	12
4. Penatalaksanaan	13
5. Komplikasi	15
B. Konsep Asuhan Keperawatan	16
C. Diagnosa Keperawatan.....	22
D. Perencanaan Keperawatan.....	22

1. Nyeri akut (D.0077) b.d agen pencidera fisik	23
2. Gangguan pola tidur (D.0055) b.d hambatan lingkungan.....	23
3. Risiko infeksi d.d efek prosedur invasif (D.0142)	24
E. Implementasi keperawatan	25
F. Evaluasi keperawatan	25
1. Evaluasi formatif	25
2. Evaluasi sumatif	25
G. Manajemen nyeri pada pasien post operasi mioma uteri	26
BAB III LAPORAN KASUS.....	27
A. Pengkajian	27
1. Identitas pasien.....	27
2. Status kesehatan saat ini.....	27
3. Riwayat kesehatan lalu.....	27
4. Riwayat obstetric masalalu.....	28
5. Keluarga berencana	28
6. Riwayat kesehatan keluarga	28
7. Riwayat kesehatan lingkungan.....	28
8. Pengkajian persepsi dan pemeliharaan kesehatan	29
9. Pengkajian nutrisi dan metabolic	29
10. Pengkajian eliminasi	30
11. Pengkajian aktivitas dan latihan.....	30
12. Pengkajian istirahat dan tidur.....	31
13. Pengkajian kognitif-perseptual sensori	31
14. Pengkajian persepsi dan konsep diri	31
15. Pengkajian mekanisme koping.....	32
16. Pengkajian reproduksi	33
17. Pengkajian peran berhubungan dengan oranglain.....	33
18. Pengkajian dan nilai kepercayaan	33
19. Pemeriksaan fisik	33
20. Pemeriksaan penunjang.....	35
21. Diit yang diperoleh.....	37

22. Therapy.....	37
B. Analisa data dan penegakan diagnosa keperawatan.....	38
C. Daftar diagnosa keperawatan	39
D. Rencana Keperawatan	40
E. Implementasi Keperawatan	41
F. Catatan perkembangan	47
BAB IV PEMBAHASAN.....	50
A. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik.....	51
B. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan	55
C. Risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif	57
BAB V PENUTUP.....	60
A. Simpulan.....	60
B. Saran.....	61
1. Institusi pendidikan	61
2. Lahan praktik.....	61
3. Masyarakat	61
DAFTAR PUSTAKA	62
LAMPIRAN.....	68



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Pathway Keperawatan Mioma Uteri	11
---	----



DAFTAR TABEL

Tabel 3.1. Pemeriksaan Laboratorium Pada Ny. K Pre Operasi Histerektomi di Ruang Baitunnisa 2 RSI Sultan Agung Semarang Tanggal 18 Juni 2022	36
Tabel 3.2. Pemeriksaan Laboratorium Pada Ny. K Pre Operasi Histerektomi di Ruang Baitunnisa 2 RSI Sultan Agung Semarang Tanggal 18 Juni 2022	37
Tabel 3.3. Pemeriksaan Laboratorium Pada Ny. K Post Operasi Histerektomi di Ruang Baitunnisa 2 RSI Sultan Agung Semarang Tanggal 21 Juni 2022	37



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP).....	68
Lampiran 2. FORM BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH (KTI)	70
Lampiran 3. HASIL UJI TURNITIN.....	71
Lampiran 4. BERITA ACARA.....	73
Lampiran 5. ASUHAN KEPERAWATAN	74



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Memperhatikan kesehatan seorang wanita termasuk sebuah poin penting yang harus diutamakan, khususnya kesehatan reproduksi yang berdampak luas dan memengaruhi berbagai aspek kehidupan. Hal tersebut merupakan salah satu langkah penting demi menuju kesehatan yang optimal (Meylani & Ester, 2020). Penyakit reproduksi atau masalah kesehatan pada wanita sejenis tumor yang paling umum ditemui salah satunya adalah mioma uteri. Menurut Mansjoer (2015) Mioma uteri biasa disebut juga dengan leiomioma, fibromioma, atau fibroid yang merupakan sebuah neoplasma jinak berasal dari otot uterus dan jaringan ikat. Kasus mioma uteri sebagian besar terjadi tanpa adanya gejala. Oleh karena itu banyak wanita yang terjangkit namun tidak menyadari adanya abnormalitas yang terjadi pada uterusnya. Perkiraan penyakit mioma uteri yang menimbulkan gejala klinik adalah sekitar 20%-50%. Beberapa gejala diantaranya ialah perdarahan yang berlebihan saat menstruasi, gangguan kesuburan, keguguran yang terjadi secara berulang, dan nyeri yang timbul akibat penekanan massa tumor (Fitriyanti & Machmudah, 2020).

Sekitar 20-35% kasus pada masalah kesehatan reproduksi mioma uteri tidak jarang ditemukan secara kebetulan pada saat melakukan pemeriksaan kesehatan secara berkala di rumah sakit. Dengan meningkatnya usia, risiko terjadinya mioma uteri juga akan mengalami peningkatan. Masalah kesehatan reproduksi mioma uteri paling banyak ditemukan pada wanita usia 40-49 tahun, dan dengan rata-rata usia 42,97 tahun terdapat 51% (Andriani, 2018). Menurut teori Manuaba, Belum diketahui secara pasti yang menyebabkan penyakit mioma uteri, namun mioma uteri diduga sebuah penyakit yang terjadi karena faktor yang bervariasi. Beberapa faktor yang diperkirakan menjadi penyebab tumbuhnya mioma uteri, yaitu usia,

paritas, faktor ras dan genetik, usia menarche, kelebihan berat badan, serta hormon estrogen dan progesteron (Ridwan et al., 2021).

Penelitian *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2010 dan 2011, menyatakan bahwa angka kematian ibu yang disebabkan oleh penyakit mioma uteri terdapat 22 kasus pada tahun 2010 (1,95%), dan 21 kasus pada tahun 2011 (2,04%) (Laning et al., 2019). WHO juga menyatakan bahwa sekitar 33% masalah kesehatan pada reproduksi lebih banyak ditemukan pada wanita yang disebabkan oleh kurangnya pengetahuan mengenai kesehatan reproduksi karena merasa tabu jika membicarakan hal tersebut dan cenderung menyembunyikannya bila terjadi sesuatu, sehingga terjadilah banyak masalah dengan gangguan pada kesehatan reproduksi. Tersitanya waktu karena keseharian yang sibuk dapat juga menjadi penyebab para wanita mengalami kekurangan update ilmu mengenai masalah-masalah kesehatan reproduksi wanita (Majdawati & Brahmana, 2021)

Di negara Indonesia, prevalensi atau kejadian masalah reproduksi mioma uteri adalah 2,39-11,7% dari totalitas pasien ginekologi dan menempati urutan nomor dua terbanyak setelah kasus kanker serviks. Pada wanita yang sudah beberapa kali melahirkan diperkirakan kemungkinan terjadinya kasus mioma uteri lebih sedikit dibandingkan dengan seorang wanita yang baru hamil dan baru sekali melahirkan seorang anak begitu juga pada wanita yang belum pernah hamil atau belum pernah melahirkan sama sekali (Retnaningsih & Alim, 2020). Menurut Depkes RI (2015) 11,70% permasalahan kesehatan reproduksi yang ditemukan adalah mioma uteri, di antara keseluruhan permasalahan ginekologi pada pasien yang dirawat di rumah sakit Indonesia. Dari data multiregional, hasil yang diperoleh yaitu pada tahun 2013 ditemukan 582 kasus mioma uteri dengan masing-masing jumlah 320 pasien melakukan rawat jalan dan 262 pasien yang rawat inap. Pada tahun 2014, jumlah kasus mioma uteri meningkat mencapai angka 701 pasien dengan jumlah total pasien rawat jalan sebanyak 529 pasien dan pasien rawat inap sebanyak 179 pasien (Andriani, 2018).

Tindakan atau cara yang dianggap efektif untuk mengatasi kasus mioma uteri menurut teori Pritts et al., (2015) adalah dengan cara melakukan miomektomi atau histerektomi. Tindakan miomektomi dilakukan bagi mereka yang tetap ingin mempertahankan kegunaan dari uterusnya sehingga masih terdapat kemungkinan untuk bisa hamil kembali di masa yang akan datang. Tindakan histerektomi akan dilakukan jika kondisi mioma uteri sudah cukup parah dan jika harus dilakukan pengangkatan rahim (uterus) (Tumaji & Oktarina, 2020).

Histerektomi merupakan tindakan operasi atau pembedahan pengangkatan rahim wanita yang merupakan sebuah prosedur medis yang tidak diinginkan terutama pada seorang wanita yang belum mempunyai anak atau masih menginginkan seorang anak. Akibat dari prosedur histerektomi dapat memengaruhi citra tubuh (*body image*) seorang ibu (wanita), status psikososial, kapasitas reproduksi serta fungsi seksualnya. Dilihat dari segi fisik, perubahan yang dapat terjadi adalah kekeringan vagina yang dikarenakan oleh kurangnya hormon estrogen, menurunnya hasrat dan minat seksual, nyeri berulang yang terus berlanjut saat berhubungan seksual, penurunan kepuasan seksual serta penurunan orgasme dimana setelah dilakukan tindakan histerektomi seorang wanita akan mengalami disfungsi seksual. Disamping hal-hal tersebut, tindakan histerektomi juga memiliki kemungkinan pada permasalahan psikologis yang akan timbul karena sebuah arti yang melekat pada rahim wanita. Seorang wanita menganggap kepentingan rahim meliputi dua konsep, yaitu mengandung dan menstruasi. Hal tersebut dapat menyebabkan dampak yang negatif pada hubungan pernikahan, rasa percaya diri, serta citra tubuh dan harga diri yang dimiliki oleh seorang wanita (Kök et al., 2020).

Seorang perawat memiliki peran yang penting dalam memenuhi kebutuhan seorang pasien dengan masalah pada organ reproduksi wanita salah satunya mioma uteri post operasi histerektomi dengan cara memberikan atau menerapkan asuhan keperawatan yang baik dan benar terhadap pasien, salah satu tindakan atau intervensi yang dapat diberikan terhadap pasien

tersebut dengan masalah keperawatan nyeri akut sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) 2018 ialah dengan cara mengajarkan pasien untuk melakukan tehnik relaksasi. Penatalaksanaan masalah nyeri secara non farmakologi merupakan sebuah kenyamanan utama yang dapat diberikan kepada pasien. Tehnik relaksasi napas dalam merupakan salah satu cara untuk mengurangi nyeri yang dapat perawat ajarkan dalam melakukan asuhan keperawatan (Setiarini, 2023). Beberapa cara atau langkah-langkahnya adalah mula-mula berikan pasien posisi senyaman mungkin sesuai dengan yang diinginkan pasien, kemudian beri aba-aba pasien untuk melakukan tarik nafas dalam secara perlahan, tahan kurang lebih 5 detik lalu instruksikan pasien untuk menghembuskan (membuang) nafasnya melalui mulut, kemudian minta pasien untuk mengulangi hal tersebut sebanyak 3 kali (Sudirman et al., 2023)

Berdasarkan penjelasan pada latar belakang diatas, penulis tertarik untuk mengangkat sebuah kasus dalam karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. K dengan Post Op Histerektomi Atas Indikasi Mioma Uteri di Ruang Baitunnisa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang”.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan umum

Menjelaskan serta memberikan sebuah gambaran mengenai “Asuhan Keperawatan Pada Ny. K dengan Post Op Histerektomi Atas Indikasi Mioma Uteri di Ruang Baitunnisa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang”.

2. Tujuan khusus

- a. Melaksanakan pengkajian keperawatan pada kasus mioma uteri terhadap Ny. K di Ruang Baitunnisa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

- b. Mengangkat diagnosa dan prioritas diagnosa keperawatan pada Ny. K di Ruang Baitunnisa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang
- c. Menentukan tindakan keperawatan yang tepat pada Ny. K di Ruang Baitunnisa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.
- d. Melakukan implementasi keperawatan yang tepat pada Ny. K di Ruang Baitunnisa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.
- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada Ny. K di Ruang Baitunnisa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Institusi Pendidikan

Memperluas pengetahuan ilmu keperawatan guna mempersiapkan perawat yang kompeten dan mampu memberikan asuhan keperawatan secara keseluruhan terutama pada kasus mioma uteri di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

2. Bagi Instansi Layanan Kesehatan

Melakukan asuhan keperawatan terhadap pasien dengan kasus mioma uteri serta mengukur kemampuan perawat dalam lingkup keperawatan maternitas.

3. Bagi Masyarakat

Sebagai sebuah referensi atau bahan tambahan ilmu pengetahuan agar masyarakat dapat lebih memahami mengenai penyakit mioma uteri.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Mioma Uteri

Mioma uteri adalah tumor jinak yang berasal dari otot rahim dan jaringan ikat yang melapisinya. juga disebut sebagai fibroid, leiomyoma, atau fibromyoma. Mioma mengandung berbagai jaringan fibrosa dan terdiri dari sel otot polos. mioma menekan struktur/jaringan di sekitarnya yaitu miometrium dan jaringan ikat, yang mengakibatkan pembentukan secara bertahap membentuk kapsul semu yang penuh dengan serat kolagen, neurofibers, dan pembuluh darah (Pratama, 2021). Tumor jinak yang berkembang di otot rahim yang disebut mioma uteri atau leiomioma biasanya menyerang wanita premenopause. Fibroid rahim adalah nama lain untuk tumor jinak rahim. Di sekitar korpus uteri sering ditemukan mioma uteri (Aymen et al., 2020). Tumor yang paling sering terjadi pada wanita usia reproduktif adalah mioma uteri, dan 20-50% dari tumor ini dianggap bergejala. Tanda dan gejala kasus mioma uteri antara lain menstruasi berat atau perdarahan saat menstruasi dan terjadinya nyeri akibat tekanan yang disebabkan oleh massa (Anggraini & Simanjuntak, 2022). Nyeri pinggang dapat terjadi karena mioma yang menekan persyarafan yang berjalan di atas permukaan tulang pelvis (Mise et al., 2020).

Meskipun etiologi dari mioma uteri belum diketahui secara pasti, namun terdapat korelasi antara perkembangan tumor dengan peningkatan reseptor estrogen pada jaringan mioma uteri, serta adanya faktor predisposisi yang bersifat menurun dan terdapat juga pengaruh dari faktor hormonal. Beberapa faktor risiko, tanda dan gejala terkait kejadian mioma uteri, diantaranya : usia, paritas, faktor ras dan genetik (Jariah et al., 2020). Kontrasepsi hormonal juga merupakan salah satu hal dapat menyebabkan terjadinya perkembangan pada mioma uteri, kemudian makanan seperti daging yang kurang matang, genetika, serta migrasi emboli yang

mengganggu siklus menstruasi dan mengurangi aliran darah, semuanya dapat berkontribusi pada perkembangan mioma uteri (Freytag et al., 2021).

1. Klasifikasi

Mioma uteri dapat berupa massa tunggal atau multiple. Secara umum dikelompokkan menjadi tiga tipe berdasarkan lokasinya, yaitu intramural (didalam miometrium), subserosa (menonjol keluar uterus) dan submukosa (menonjol ke dalam kavum uteri) (Wulandari et al., 2021)

a. Mioma uteri intramural

Tipe mioma uteri yang paling sering adalah intramural. Miometrium yang terletak di antara lapisan tengah dan paling tebal pada rahim adalah tempat dimana sebagian besar pertumbuhan mioma ueri ditemukan. Otot-otot di sekitar miometrium akan terkompresi saat tumor tumbuh, akhirnya menjadi benjolan dengan konsistensi yang padat (Aspiani, 2017).

b. Mioma Uteri Subserosa

Mioma uteri subserosa tumbuh kearah luar dari lapisan serosa atau lapisan rahim yang paling luar, menuju selaput yang menutupi dinding perut bagian dalam (serosa). Basis atau batang yang lebar menjadi ciri khas dari mioma subserosa dimana dua hal tersebut menjadi pembeda dengan bentuk mioma yang lain (Nurarif, Amin, 2015)

c. Mioma Uteri Submukosa

Mioma submukosa dapat berkembang bertangkai menjadi polip, lalu dilahirkan melalui saluran serviks yang disebut mioma geburt. Karena gejala klinis yang tergolong parah seperti perdarahan saat menstruasi yang berlebih, nyeri saat haid dan perdarahan abnormal yang terjadi pada rahim, maka mioma submukosa (yang terletak dibawah endometrium) memerlukan penanganan yang lebih ketat (Rahayu et al., 2019).

2. Pathway keperawatan

Munculnya mutasi somatik pada sel-sel miometrium menandakan dimulainya pembentukan tumor. Mutasi ini melibatkan meliputi rangkaian perubahan kromosom baik secara parsial maupun universal. Mutasi somatik dari sel neoplastik tunggal yang terletak diantara otot polos miometrium mengakibatkan terjadinya tumor monoklonal atau mioma. Sel-sel mioma memiliki kelainan pada kromosom, poliferasi pada rahim terjadi karena adanya stimulasi estrogen, sehingga mengakibatkan pertumbuhan dari garis endometrium yang berlebih dan terjadilah pertumbuhan mioma (Salim & Finurina, 2015).

Mioma uteri awalnya berkembang sebagai benih kecil di miometrium, dan seiring pertumbuhannya, miometrium dipaksa untuk membentuk kapsul semu atau tumbuh di sekitar tumor di dalam rahim, di mana mungkin terdapat satu miometrium tetapi biasanya banyak mioma. Jika ada satu mioma intramural di korpus uteri, bentuknya bulat dan konsistensi padat. Mioma dapat menonjol ke depan jika berada di dinding depan rahim, menekan dan mendesak kandung kemih ke arah atas, yang sering menyebabkan keluhan berkemih (Aspiani, 2017).

Salah satu faktor risiko yang menyebabkan mioma uteri adalah penyakit penyerta seperti diabetes melitus (Anggraini & Simanjuntak, 2022). Adapun beberapa tanda dan gejala yang lain yaitu :

a. Perdarahan uterus abnormal

Hypermenorrhea, menorrhagia, dan metrorrhagia adalah tiga gangguan perdarahan yang paling umum, namun yang lain juga bisa terjadi. Hal ini sesuai dengan teori bahwa fibroid rahim menyebabkan perdarahan yang abnormal (banyak) saat menstruasi, dan pasien ini terkadang mengalami menstruasi yang banyak. Akibatnya, pasien biasanya mengganti pembalut sebanyak lima kali.

b. Rasa nyeri

Meski bukan gejala yang khas, rasa nyeri bisa berkembang akibat aliran darah yang buruk di sarang mioma, yang disertai dengan nekrosis dan peradangan lokal. Dismenore biasanya dialami oleh pasien dan menimbulkan perasaan nyeri.

c. Gejala dan tanda penekanan

Ukuran dan letak mioma uteri mempengaruhi kondisi ini. Tekanan yang terjadi pada bladder (kandung kemih) dapat mengakibatkan poliuria, tenesmia; tekanan pada pembuluh darah dan limfatik pinggul dapat menyebabkan pembengkakan kaki dan nyeri panggul; tekanan pada uretra dapat menyebabkan retensi urin; tekanan pada ureter dapat menyebabkan hidroureter dan hidronefrosis.

d. Infertilitas dan abortus

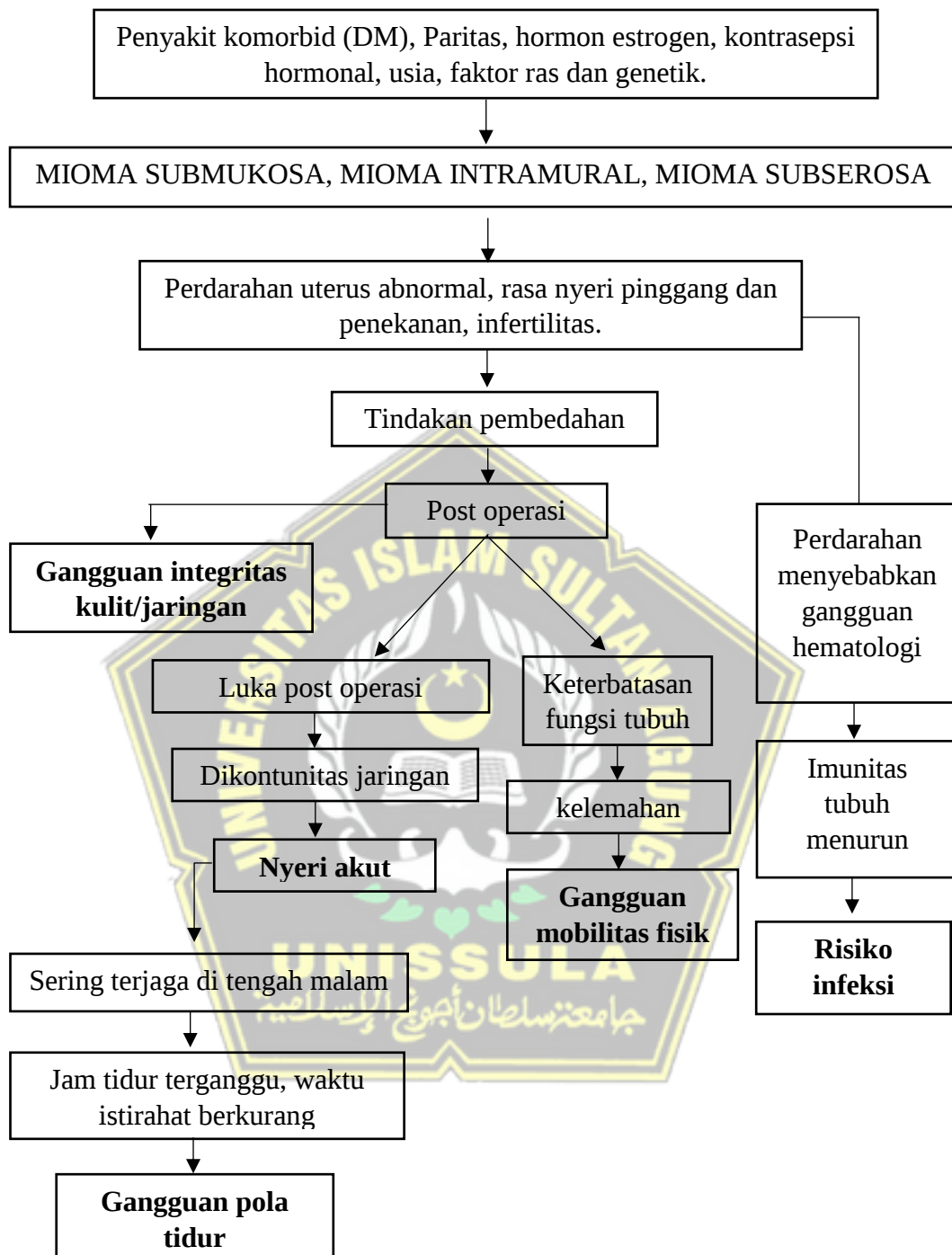
Ketika sarang mioma menutup atau menekan komponen interstitial tuba, infertilitas dapat terjadi. Mioma submukosa dapat mempermudah terjadinya aborsi karena merusak rongga rahim. Menurut Rubin (1958) prosedur pembedahan atau miomektomi akan direkomendasikan jika penyebab infertilitas potensial lainnya telah disingkirkan dan mioma uteri adalah penyebabnya (Pratama, 2021).

Jika tidak segera dilakukan tindakan pada penderita fibroid rahim, risiko yang mungkin terjadi adalah mereka akan mengalami anemia defisiensi zat besi akibat adanya perdarahan abnormal yang terjadi pada rahim. Ketika terjadi dalam rentang usia reproduksi maka akan berpotensi mengalami gangguan kesuburan dan bisa menyebabkan degenerasi ganas serta mengalami torsio yang dapat mengakibatkan nekrosis, nyeri luar biasa, dan infeksi (Anggraini & Simanjuntak, 2022). Ketika dilakukan tindakan operasi atau pembedahan maka akan terbentuk luka sehingga bisa mengakibatkan kerusakan jaringan integritas kulit. Pembedahan adalah segala bentuk perawatan yang melibatkan pembukaan atau pemaparan area tubuh yang perlu dirawat, biasanya dengan melakukan sayatan yang kemudian ditutup dengan jahitan. Penderita akan mengalami trauma dengan berbagai keluhan dan

gejala karena sayatan yang telah dilakukan pada saat pembedahan (Fitriyanti & Machmudah, 2020). Perry & Potter (2015) menjelaskan bahwa proses pembedahan akan menyebabkan pasien mengalami nyeri dan gangguan kenyamanan. Kerusakan jaringan aktual atau potensial atau yang dirasakan dalam situasi dimana kerusakan terjadi merupakan suatu respon sensori secara subjektif dan pengalaman tidak menyenangkan akibat nyeri. Nyeri post operasi akan menimbulkan akibat seperti terganggunya waktu istirahat dan pola tidur, lamanya pemulihan luka, serta ketidakpuasan pasien dengan semakin banyak biaya yang dikeluarkan untuk perawatan karena proses rawat inap yang lebih lama (Haq et al., 2019).

Post operasi ialah keadaan setelah dilakukannya tindakan pembedahan yang dimulai sejak pasien dipindahkan dari ruang operasi menuju ruang rawat inap untuk dilakukannya observasi kemudian akan berakhir hingga tiba waktunya untuk pasien bisa pulang (Macones et al., 2019). Gohy (2016) menjelaskan bahwa masalah keperawatan yang rentan dialami oleh pasien post operasi yaitu terjadinya keterbatasan fungsi tubuh, kelemahan, bahkan kecacatan. Kelemahan berkaitan dengan beberapa gangguan tubuh seperti munculnya nyeri pada sekitar pembedahan, kecemasan, hingga terbatasnya lingkup gerak sendi (LGS). Aktivitas sehari-hari dapat juga terganggu karena adanya keterbatasan fungsi tubuh diantaranya seperti kesulitan untuk berdiri, berjalan, hingga kecacatan yang mungkin terjadi (Fitriyanti & Machmudah, 2020). Infeksi luka umumnya akan timbul pada 36 jam hingga 46 jam pasca operasi, penyebab dari keadaan tersebut bisa berupa *Staphylococcus Aureus*, *E. Colli*, *Streptococcus Faecalis*, *Bacteroides* (Dictara et al., 2018).

PATHWAYS MIOMA UTERI



Gambar 2.1. Pathway Keperawatan Mioma Uteri

(Sumber :Wulandari et al., 2021, Anggraini & Simanjuntak 2022, Aspiani 2017, Haq et al., 2021, Pratama 2021)

3. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang yang bisa dilakukan dan digunakan untuk mendeteksi mioma uteri menurut (Nurarif, Amin, 2015), antara lain:

a. Tes laboratorium

Hemoglobin yang kadarnya turun, kadar albumin turun, kadar leukosit yang dapat bertambah atau berkurang, eritrosit yang menurun, dan hematokrit menunjukkan kehilangan darah yang kronis pada individu dengan mioma uteri saat dilakukam penghitungan jumlah darah lengkap dan asupan darah.

b. Ultrasonografi (USG)

Massa di daerah rahim terlihat pada pasien dengan mioma uteri. Jenis tumor, lokasi miom, dan ketebalan endometrium semuanya dapat diidentifikasi menggunakan teknologi ultrasonografi.

c. Pap smear serviks

Pemeriksaan pap smear serviks ini diindikasikan untuk menyatakan adanya perkembangan sel-sel abnormal pada serviks sebelum dilakukan tindakan histerektomi.

d. Vaginal toucher

Jika ditemukan perdarahan pervaginam, pemeriksaan vaginal toucher akan dilakukan untuk meraba massa, ukuran, dan konsistensinya.

e. Laparaskopi

Laparaskopi dilakukan guna mengevaluasi massa yang terdapat pada pelvis

f. Histerosal pingogram

Bagi pasien yang masih berkeinginan untuk mempunyai keturunan dan untuk menilai distorsi rongga rahim serta kontinuitas tuba falopi, pemeriksaan ini disarankan.

g. Histeroskopi

Pemeriksaan ini dapat mengidentifikasi infertilitas dan mioma uteri submukosa. Tumor bisa langsung diangkat jika masih kecil dan bertangkai.

h. *Magnetic Resonance Imaging* (MRI)

Jumlah, ukuran, dan lokasi mioma dapat digambarkan secara akurat oleh MRI, namun jarang diperlukan. Mioma muncul sebagai massa gelap yang berbatas jelas dimana hal tersebut membedakannya dengan miometrium yang sehat.

4. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan mioma uteri menurut teori Setiati (2018), dilakukan tergantung pada usia, paritas, lokasi, dan ukuran tumor. Maka dari itu penanganan mioma uteri terbagi menjadi beberapa jenis kelompok yaitu :

a. Penanganan konservatif

Penanganan ini dilakukan apabila mioma yang kecil timbul ketika sebelum dan sesudah menopause tanpa ditemukannya gejala. Langkah-langkah untuk melakukan penanganan konservatif yaitu :

- 1) Observasi dengan pemeriksaan pelvis secara periodik setiap 3-6 bulan.
- 2) Pengobatan dengan pemberian obat pada pasien untuk mengecilkan volume tumor, mengurangi perdarahan dan sebagai prosedur pre-operatif
- 3) Pemberian zat besi
- 4) Penggunaan *Agonis Gonadotropine Releasing Hormone* (GnRH) leuprolid asetat yang diberikan pada hari pertama hingga hari ketiga menstruasi setiap minggu sebanyak 3x3,75 mg melalui IM. Obat ini menyebabkan pengerutan tumor dan meredakan gejala yang ada. Obat ini menekan sekresi gonadotropin dan menghasilkan keadaan penurunan kemampuan organ reproduksi wanita (hipoestrogenik) yang serupa ditemukan pada wanita yang telah memasuki usia menopause. Observasi dalam 12 minggu adalah efek maksimal yang dilakukan untuk mengurangi ukuran tumor.

b. Tindakan secara operatif akan dilakukan bilah terjadi hal-hal berikut :

- 1) Ukuran tumor yang lebih besar dari ukuran rahim usia 12-14 minggu.
- 2) Perkembangan tumor yang pesat.
- 3) Mioma subserosa yang bertangai dan torsi.
- 4) Akan mempersulit kehamilan selanjutnya
- 5) Pada mioma submukosa terjadi menstruasi yang abnormal (hiperminorea)
- 6) Terjadi penekanan pada organ di area tumbuhnya mioma (Setiati, 2018).

Jenis tindakan operasi yang bisa dilakukan menurut (Lubis, 2020) adalah sebagai berikut :

1) Histerektomi

Histerektomi adalah prosedur bedah ginekologi utama yang paling umum dilakukan pada wanita dan tiga puluh tiga koma lima persen dilakukan untuk mioma. Histerektomi telah menjadi prosedur bedah pilihan untuk mioma ketika pertimbangan melahirkan telah terpenuhi atau ketika ada kemungkinan keganasan yang masuk akal (Pratama, 2021).

2) Miomektomi

Miomektomi mengacu pada pengangkatan miom saja, meninggalkan rahim di tempatnya. Tangkai membatasi gerakan ini ke mioma, dan transparan sehingga dapat dengan cepat dijepit dan diamankan. Alangkah baiknya jika tindakan miomektomi tidak dilakukan jika terdapat kemungkinan akan terjadinya kanker endometrium serta dalam keadaan mengandung. Setelah melakukan miomektomi, kemungkinan untuk hamil kembali hanya 30-50%, hal yang harus disadari juga oleh pasien mioma uteri bahwasannya setelah dilakukan miomektomi harus dilanjutkan prosedur tindakan histerektomi setelahnya (Lubis, 2020).

3) Embolisasi Arteri Uterina

Embolisasi arteri uterina (UEA) adalah alternatif pilihan perawatan bedah pada wanita yang masih ingin mempertahankan rahimnya. Metode ini dilakukan dengan embolisasi melalui arteri femoral komunis untuk menghambat aliran darah ke rahim. Efek yang diharapkan ialah eskemia dan nekrosis dapat membuat sel mengecil secara perlahan. Teknik ini direkomendasikan pada pasien yang memiliki penyakit komorbid, atau terdapat kontraindikasi operasi (Neis et al., 2016).

5. Komplikasi

a. Degenerasi ganas

Hanya 0,32-0,6% dari mioma uteri berkembang menjadi icimiosarkoma, yang merupakan 50-75% dari seluruh sarkoma uterus. Pada pemeriksaan histologis rahim, keganasan biasanya hanya ditemukan ketika mioma uteri tumbuh cepat dan ketika sarang miom berkembang setelah memasuki masa menopause.

b. Torsi (putaran tangkai)

Sarang mioma yang bertangkai rentan mengalami masalah peredaran darah akut dimana akan menyebabkan kematian sel. Akibatnya, terdapat kemungkinan terjadi sindrom perut akut. Torsi yang terjadi secara lambat mencegah terjadinya gangguan akut.

c. Nekrosis dan infeksi

Ujung tumor pada mioma submukosa yang berkembang menjadi polip terkadang bisa melewati saluran serviks dan lahir di vagina, dalam hal ini terdapat probabilitas bahwa peredaran akan terhambat oleh sel-sel yang mati dan akan terjadi infeksi selanjutnya (Ryan et al., 2022)

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

a. Identitas pasien

Tahap pengkajian proses keperawatan melibatkan pengumpulan data secara sistematis dari berbagai sumber data untuk menilai dan menentukan keadaan kesehatan pasien. Data bergantung pada luas dan durasi dari beberapa masalah yang mendasar serta keterlibatan sistem tubuh lainnya (Rachman, 2018). Salah satu faktor yang harus diperhatikan karena erat kaitannya dengan karakteristik pasien yang memiliki masalah kesehatan reproduksi, karena sebagian besar kasus mioma uteri terjadi pada pasien yang berusia antara 35 hingga 45 tahun (Lilyani et al., 2012).

b. Riwayat kesehatan

1) Keluhan utama

Pasien fibroid rahim biasanya memiliki gejala awal sebagai berikut:

- a) Perdarahan yang terjadi secara abnormal (hypermenore, menoragia, metroragia)
- b) Rasa nyeri ; nekrosis dan peradangan lokal, bersama dengan aliran darah yang buruk, menyebabkan nyeri pada sarang mioma.
- c) Gangguan BAK ; karena ketegangan pada kandung kemih, penyakit BAK (poliuria, retensi urin, dan disuria) berkembang.
- d) Gangguan BAB ; karena tekanan pada rektum gangguan BAK (konstipasi, obstipasi, tanesmia) terjadi
- e) Edema tungkai dan rasa tidak nyaman di panggul akibat tekanan pada darah dan arteri limfa (Setiati, 2018).

2) Riwayat kesehatan sekarang

Meliputi bilamana mulai merasakan adanya gangguan atau keluan, dan hal apa saja yang sudah dilakukan untuk menangani

keluhan yang dirasakan. Kaji dengan pendekatan PQRSST ; penyebab nyeri, kualitas nyeri, lokasi nyeri, skala nyeri dan waktu nyeri muncul (Aulia et al., 2021).

3) Riwayat penyakit dahulu

Riwayat fibroid rahim seperti hipermenore, menorrhagia, atau metrorrhagia harus dipertanyakan. Tanyakan tentang penyakit masa lalu yang mungkin pernah alami, jenis perawatan yang telah dijalani pasien mioma uteri, penggunaan obat-obatan, apakah pernah memiliki alergi, dan apakah pernah dirawat di rumah sakit sebelumnya (Setiati, 2018).

c. Riwayat kesehatan keluarga

1) Riwayat kesehatan pasien

Usia haid pertama, teratur atau tidaknya siklus menstruasi, lamanya siklus menstruasi dan warna darah menstruasi, teratur atau tidaknya HPHT, dan nyeri atau tidaknya saat menstruasi menjadi faktor yang harus diperhatikan. Karena perdarahan mioma uteri biasanya terjadi di luar siklus menstruasi, penting untuk memeriksa riwayat menstruasi pasien ini. Jadi, dengan mengetahui siklus menstruasi pasien, kita dapat memisahkannya dari jenis perdarahan lain yang disebabkan oleh perkembangan mioma uteri (Aulia et al., 2021).

2) Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu

Berapa banyak kehamilan dan kelahiran yang dialami, apakah bayinya hidup atau mati, apakah ibunya sehat atau tidak, dan apakah masa nifasnya normal atau tidak. Karena mioma uteri pada umumnya terjadi pada wanita nulipara, riwayat ini harus diteliti (Sulastriningsih, 2019)

3) Riwayat pemakaian alat kontrasepsi

Harus mengkaji metode keluarga berencana pasien, termasuk setiap penggunaan kontrasepsi kimia. Perkembangan miom

dipengaruhi oleh kontrasepsi hormonal, terutama hormon estrogen, membuatnya jauh lebih berbahaya (Ridwan et al., 2021)

d. Riwayat kesehatan keluarga

Pengkajian riwayat penyakit atau kesehatan keluarga perlu dilakukan karena kasus mioma uteri submukosum dapat terjadi karena genetik, keluarga yang pernah atau sedang mengalami penyakit yang sama (mioma) perlu diselidiki dari segi riwayat keluarganya (Lilyani et al., 2012)

e. Faktor psikososial

- 1) Tanyakan pendapat pasien tentang penyakitnya, pengaruh budaya terhadapnya, derajat pengetahuan yang dimiliki oleh pasien mioma uteri, tanyakan perihal preferensi seksualnya, dan terapi yang telah dijalani oleh pasien mioma uteri
- 2) Tanyakan mengenai konsep diri ; citra tubuh, ideal diri, harga diri, peran, identitas pribadi, status emosi, hubungan dengan orang lain atau tetangga, hobi atau jenis aktivitas yang disukai pasien mioma uteri, metode atau teknik pertahanan diri, serta hubungan sosial antara pasien mioma uteri dengan orang lain yang ada disekitarnya (Aulia et al., 2021)

f. Pemeriksaan fisik menurut (Faida et al., 2016) yaitu :

1) Keadaan umum

Sebagai seorang perawat, kita hanya perlu mengawasi kondisi umum pasien secara menyeluruh untuk mengetahui informasi ini.

a) Kesadaran

Mulai dari kondisi composmentis (kesadaran maksimal), apatis (acuh terhadap lingkungan), delirium (kebingungan motorik), somnolen (kondisi mengantuk yang hanya bisa dibangunkan melalui rangsangan), sopor (keadaan mengantuk berlebihan yang hanya bisa dibangunkan menggunakan

rangsangan yang bertenaga), semi koma (penurunan kesadaran), dan koma, kita dapat melakukan penilaian tingkat kesadaran untuk mendapatkan gambaran tentang pasien (kehilangan kesadaran yang sangat dalam) (Latief, 2009). Kaji tingkat kesadaran GCS yaitu EVM (Eye, Verbal, Motorik).

b) Vital sign

Periksa suhu, nadi, pernapasan, dan tekanan darah untuk melihat apakah terjadi peningkatan.

2) Pemeriksaan kepala dan wajah

Inspeksi : amati ekspresi wajah pasien, warna dan kebersihan rambutnya, apakah terdapat bekas luka atau bengkak di wajahnya, bagaimana dia meringis kesakitan, dan seberapa pucat wajahnya.

Palpasi : kaji kerontokan dan kebersihan rambut, kaji apakah terdapat oedem pada muka, perhatikan apakah terdapat benjolan (massa).

3) Mata

Inspeksi : amati bagian kelopak mata apakah terjadi peradangan atau tidak, kesimetrisan antara mata kanan dan kiri, bagaimana reflek kedip baik/tidak, konjungtiva (merah/konjungtivitis atau anemis atau tidak) dan sclera (ikterik/tidak), pupil (isokor kanan dan kiri/normal), reflek pupil terhadap cahaya miosis/mengecil.

Palpasi : kaji apakah terdapat nyeri tekan, apakah terjadi peningkatan intraokular atau tidak.

4) Hidung

Inspeksi : mengamati keberadaan septum apakah tepat berada dibagian tengah, kaji apakah terdapat sekret dalam hidung.

Palpasi : kaji apakah terdapat nyeri tekan, apakah terdapat massa pada hidung, terdapat sinusitis atau tidak.

5) Telinga

Inspeksi : amati kesimetrisan antara telinga kiri dan kanan, amati apakah terdapat luka, apakah terdapat secret (serumen) dan otitis media serta perhatikan warna telinga dengan kulit sekitar telinga.
 Palpasi : mengkaji apakah ada nyeri tekan pada tulang mastoid.

6) Mulut dan gigi

Inspeksi : amati bibir apakah terdapat kelainan semacam bibir sumbing (kelainan kongenital), amati warna bibir, sianosis atau tidak. Amati jumlah dan bentuk gigi, perhatikan bagaimana kebersihan gigi.

Palpasi : kaji apakah terdapat nyeri tekan pada gusi dan lidah pasien.

7) Leher

Inspeksi : amati apakah terdapat luka atau tidak, simetris atau tidak, apakah terdapat massa yang abnormal atau tidak.

Palpasi : mengkaji adanya distensi vena jugularis, pembesaran kelenjar tiroid, terdapat nyeri tekan/tidak

8) Thorak

a) Paru-paru

Inspeksi : amati kesimetrisan, bentuk/postur dada, gerakan nafas (frekuensi, irama dan kedalaman saat bernafas), penggunaan otot bantu pernafasan, lesi, dan pembengkakan

Palpasi : kaji apakah terdapat nyeri tekan, bagaimana pergerakan dada, kaji apakah terdapat massa atau jejas, apakah terdapat nyeri tekan/nyeri lepas.

Perkusi : perkusi pada paru-paru normalnya berbunyi sonor

Auskultasi : suara normal pada paru-paru adalah vesikuler

b) Jantung

Inspeksi : amati bentuk perikardium dan denyut jantung

Palpasi : rasakan apakah terdapat pelebaran atau pergeseran pulsasi

Perkusi : normalnya perkusi pada jantung adalah terdengar suara pekak

Auskultasi : normalnya auskultasi pada paru adalah terdengar suara lupdu

9) Abdomen

Inspeksi : kaji luka post operasi dibagian abdomen, bagaimana bentuk luka, keadaan kulit disekitar luka, amati keadaan perban/kassa apakah terjadi rembes atau tidak.

Auskultasi : dengarkan suara bising usus, normal suara bising usus adalah 5 sampai 20x/menit

Palpasi : kaji bagaimana keadaan nyeri tekan dan nyeri lepas pada area luka post operasi

Perkusi : suara abdomen normalnya terdengar timpani.

10) Payudara

Inspeksi : amati bentuk payudara simetris atau tidak, amati bentuk dan warna areola serta puting, amati terdapat kemerahan atau tidak pada payudara.

Palpasi : kaji apakah ada massa/benjolan, ada nyeri tekan atau tidak kaji apakah terdapat nyeri atau tidak

11) Ekstremitas

Atas

Inspeksi : amati bentuk ekstremitas atas apakah simetris atau tidak, amati kekuatan tangan saat bergerak.

Palpasi : kaji apakah terjadi edema atau tidak pada kedua tangan, kaji area pemasangan infus terdapat nyeri dan edema atau tidak.

Bawah

Inspeksi : amati bentuk ekstremitas bagian bawah simetris atau tidak, amati kekuatan kaki saat bergerak.

Palpasi : kaji apakah terjadi edema atau tidak pada kedua kaki, terdapat nyeri atau tidak pada kaki.

C. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan mencoba menemukan respon individu pasien, keluarga, dan komunitas terhadap kondisi yang berhubungan dengan kesehatan dengan melakukan pemeriksaan klinis terkait respon pasien terhadap duduk perkara kesehatan atau proses kehidupan yang dialami, baik secara aktual juga secara potensial (PPNI, 2018)

Elemen kedua dari proses keperawatan, yang menjelaskan evaluasi klinis terkait respon pribadi pasien, keluarga, kelompok, dan komunitas terhadap masalah kesehatan yang ada dan yang diantisipasi, adalah diagnosa keperawatan, yang berfungsi sebagai dasar untuk membuat rencana tindakan asuhan keperawatan. menurut teori (Baringbing, 2020) :

1. Nyeri akut (D.0077) b.d agen pencedara fisik d.d pasien mengeluh nyeri
2. Gangguan pola tidur (D.0055) b.d hambatan lingkungan d.d. pasien mengatakan kesulitan tidur karena kebisingan di ruangan
3. Risiko infeksi d.d efek prosedur invasif (D.0147)

D. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah rencana yang mengidentifikasi keadaan atau status kesehatan yang diharapkan dicapai pasien secara optimal setelah menerima intervensi keperawatan yang dilakukan oleh perawat (PPNI,2018). Perencanaan keperawatan adalah proses membuat rencana sebelum memberikan asuhan keperawatan untuk mengatasi masalah pasien yang mungkin timbul (Zalvi, 2020).

1. Nyeri akut (D.0077) b.d agen pencidera fisik

Definisi :

Pengalaman sensorik atau emosional yang berhubungan dengan rusaknya jaringan secara aktual maupun fungsional dengan kemunculan yang perlahan atau tiba-tiba dan intensitasnya terjadi selama kurang dari 3 bulan.

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan pada pasien diharapkan tingkat nyeri menurun (L.08066) dengan kriteria hasil :

- a. Keluhan nyeri menurun
- b. Meringis menurun
- c. Sikap protektif menurun

Intervensi : Manajemen nyeri (I.08238)

Observasi :

- a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- b. Identifikasi skala nyeri

Terapeutik :

- a. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
- b. Berikan teknik nonfarmakologis yaitu teknik relaksasi nafas dalam

Edukasi :

- a. Ajarkan teknik nonfarmakologis teknik relaksasi untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi :

- a. Kolaborasi pemberian analgetik

2. Gangguan pola tidur (D.0055) b.d hambatan lingkungan

Definisi :

Terganggunya kapasitas dan jumlah waktu tidur yang diakibatkan oleh faktor eksternal.

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pola tidur membaik (L.05045) dengan kriteria hasil :

- a. Keluhan sulit tidur menurun
- b. Keluhan sering terjaga menurun
- c. Keluhan istirahat tidak cukup menurun

Intervensi : dukungan tidur (I.05147)

Observasi :

- a. Identifikasi pola aktivitas dan tidur

b. Identifikasi faktor pengganggu tidur

Terapeutik :

a. Modifikasi lingkungan (mis. pencahayaan, kebisingan, suhu, tempat tidur)

b. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur

Edukasi :

a. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit

b. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur

3. Risiko infeksi d.d efek prosedur invasif (D.0142)

Definisi :

Risiko serangan organisme patogen yang berlebihan.

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat infeksi menurun (L.14137) dengan kriteria hasil :

- a. Kemerahan menurun
- b. Nyeri menurun
- c. Kadar sel darah putih menurun

Intervensi : pencegahan infeksi (I.14539)

Observasi :

- a. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik

Terapeutik :

- a. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien.

Edukasi :

- a. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
- b. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka post operasi

E. Implementasi keperawatan

Tugas seorang perawat adalah melakukan berbagai tugas untuk membantu pasien dari masalah kesehatan yang sedang berlangsung menuju ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Zalvi, 2020).

F. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan sebuah aktivitas yang dilakukan untuk memutuskan apakah planning keperawatan dilanjutkan atau dihentikan. Ada beberapa jenis evaluasi dalam keperawatan diantaranya :

1. Evaluasi formatif

Evaluasi formatif ialah penilaian yang dilakukan secara bersamaan saat memberikan asuhan keperawatan. Hasil keperawatan dari observasi perawat dan analisis terhadap reaksi pasien selama atau segera setelah pelaksanaan tindakan keperawatan dan dicatat pada lembar catatan keperawatan.

2. Evaluasi sumatif

Evaluasi sumatif adalah penilaian akhir, dari mana rekapitulasi dan kesimpulan dihasilkan setelah pengamatan yang dilakukan, analisis, dan pencatatan keadaan kesehatan pasien sepanjang waktu pada catatan perkembangan keperawatan (Sitanggang, 2018).

G. Manajemen nyeri pada pasien post operasi mioma uteri

Nyeri ialah sebuah perasaan tak nyaman yang subjektif. Hanya seseorang yang mengalami nyeri yang bisa mengungkapkan dan menilai nyeri tersebut. Keluhan yang dinyatakan adalah rasa pegal, linu, perih dan seterusnya bisa disebut menjadi sebuah modalitas nyeri. Salah satu tanda penting yang muncul akibat adanya gangguan fisiologis atau jaringan adalah nyeri. Nyeri yang muncul akan mengganggu kenyamanan pasien karena

kerusakan jaringan pasca operasi dan bisa dievaluasi melalui ekspresi wajah pasien yang meringis maupun ucapan langsung dari pasien (Yanti, 2022).

Pada pasien post operasi ginekologi yang mengalami nyeri, dikarenakan terdapat nyeri yang dirasakan maka dibutuhkan tindakan untuk melakukan perawatan nyeri. Menurut Risnah et al., (2019). Penatalaksanaan yang bisa dilakukan seorang perawat untuk menangani nyeri menggunakan teknik nonfarmakologi seperti melakukan relaksasi napas dalam, distraksi menggunakan urrotal Al-Qur'an bisa menyusutkan hormon-hormon stress, mengaktifkan hormon endofrin alami, meningkatkan perasaan rileks, serta mengalihkan perhatian yang berasal dari rasa takut, keadaan tegang dan cemas bisa juga menurunkan tekanan darah serta memperlambat pernafasan, detak jantung, denyut nadi dan aktivitas gelombang otak. Tindakan yang telah diberikan berperan penting dalam menurunkan intensitas nyeri pada pasien sehingga pasien akan merasa lebih rileks. Pemberian terapi nonfarmakologis ini diimbangi menggunakan kolaborasi pemberian obat penurun nyeri serta mencegah penyebaran sel yang tidak (Rahmawati, 2022).

Metode lain yang bisa dilakukan untuk mengurangi nyeri yaitu pengalihan yang ditujukan pada sesuatu tertentu sehingga saat melakukan hal tersebut pasien dapat lupa terhadap nyeri yang sedang dialami. Beberapa hal yang dapat dilakukan untuk pengalihan yaitu dengan cara mengajak pasien mendengarkan murrotal, mendengarkan musik atau membaca buku (Nazhifah, 2018).

BAB III

LAPORAN KASUS

A. Pengkajian

1. Identitas pasien

Nama pasien adalah Ny. K, berusia 57 tahun, jenis kelamin perempuan, beragama islam, pendidikan hanya sampai sekolah dasar (SD), pekerjaan pasien adalah sebagai seorang ibu rumah tangga (IRT). Pasien merupakan golongan suku jawa dan beralamat di Demak. Diagnosa medis pasien adalah mioma uteri, pasien masuk rumah sakit pada tanggal 18 Juni 2022 pukul 12.20 WIB, kemudian dilakukan pengkajian pada tanggal 22 Juni 2022 pukul 07.00 WIB.

2. Status kesehatan saat ini

Pasien mengatakan sudah beberapa hari mengalami kram dan nyeri perut yang hebat pada perut bagian bawah bahkan menjalar hingga ke area pinggang, selain keluhan tersebut pasien juga merasa jika tubuhnya mudah sekali lemas dan sering pegal-pegal. Akibat keluhan-keluhan tersebut pasien akhirnya memutuskan untuk memeriksakan diri ke puskesmas terdekat bersama anaknya, kemudian setelah periksa di puskesmas pasien mendapatkan rujukan untuk melanjutkan pemeriksaan di RSI Sultan Agung Semarang. Setelah dilakukan pemeriksaan pasien di diagnosa mioma uteri oleh dokter dan harus melakukan prosedur atau tindakan operasi di RSI Sultan Agung Semarang yang dilaksanakan pada tanggal 21 Juni 2022.

3. Riwayat kesehatan lalu

Pasien mengatakan sebelumnya tidak pernah mengalami penyakit sama seperti yang dialaminya saat ini. Sekitar tahun 2000 pasien pernah melakukan operasi sectio caesaria (SC) di RSI Sultan Agung pada kehamilan anak ke 3 dikarenakan keadaan sungsang sehingga pasien harus melakukan perawatan di rumah sakit dan menjadi pasien rawat inap.

4. Riwayat obstetric masalalu

Pasien dengan P3A0. Riwayat obstetric masa lalu, pasien pernah mengalami gangguan kehamilan berupa kaki bengkak dan tekanan darah yang tinggi. Kelahiran anak pertama dan anak kedua berlangsung secara normal, namun untuk anak ke 3 karena keadaan bayinya saat akan dilahirkan mengalami permasalahan sungsang, maka harus dilakukan operasi sectio caesaria (SC) di Rumah sakit Islam Sultan Agung Semarang. Ke 3 anaknya hidup dan tidak terdapat masalah pada masing-masing anak setelah lahir, anak pertama laki-laki saat ini berusia 40 tahun, anak kedua perempuan berusia 35 tahun dan anak perempuan yang terakhir berusia 24 tahun.

5. Keluarga berencana

Jenis kontrasepsi yang pernah digunakan oleh pasien adalah pil KB selama kurang lebih dua tahun. Pasien menggunakan kontrasepsi pil KB sekitar tahun 2000-2002. Pasien tidak mengalami permasalahan saat menggunakan kontrasepsi tersebut. Tidak ada rencana penggunaan kontrasepsi lain yang akan digunakan dan untuk jumlah anak yang direncanakan, pasien mengatakan tidak ada rencana karena pasien menyerahkan takdirnya kepada yang kuasa.

6. Riwayat kesehatan keluarga

Pasien adalah seorang wanita dan seorang ibu yang berusia 57 tahun, tinggal bersama 3 orang anaknya karena suaminya sudah meninggal. Keluarga pasien tidak ada yang memiliki penyakit yang berkaitan dengan sakit yang sedang dialami pasien saat ini.

7. Riwayat kesehatan lingkungan

Rumah dan lingkungan sekitar pasien selalu dibersihkan setiap pagi dan sore hari, sehingga lingkungannya selalu bersih dan nyaman. Pasien berasumsi bahwa tidak akan ada kemungkinan terjadinya bahaya pada rumah atau lingkungan disekitar pasien, karena rumah pasien berada di pemukiman yang ramai penduduk dan berdekatan antar rumah tetangga sehingga pasien merasa lebih aman.

8. Pengkajian persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Pasien berasumsi bahwa kesehatan itu sangat penting bagi pasien dan anggota keluarga yang lain. Persepsi mengenai penyakitnya saat ini, sebelumnya pasien tidak mengetahui penyebab penyakit yang dialaminya sekarang namun pasien menganggap sakit yang sedang dialami adalah sebuah ujian dari yang maha kuasa dan untuk mengurangi dosa yang telah dilakukan semasa hidup pasien. Terdapat luka post operasi yang tampak masih basah di perut bagian bawah pasien dan pasien mengatakan lukanya terasa nyeri.

Upaya yang sudah pasien lakukan untuk mempertahankan kesehatan yaitu dengan menjaga pola makan serta menjaga pola aktivitasnya dengan baik agar tidak mengganggu atau menurunkan kekuatan tubuhnya. Pasien melakukan pemeriksaan ke fasilitas kesehatan seperti puskesmas terdekat apabila merasa sakit dan memerlukan obat untuk dikonsumsi agar lekas sembuh.

Kebiasaan hidup yang pasien lakukan jarang melakukan olahraga namun sesekali melakukan jalan-jalan kecil di pagi hari, pasien tidak mengkonsumsi obat-obatan atau jamu, tidak mengkonsumsi alkohol, tidak mengkonsumsi kopi dan tidak mengkonsumsi rokok.

9. Pengkajian nutrisi dan metabolic

Sebelum sakit pasien makan dengan teratur sebanyak 3x dalam sehari, porsi normal dengan sayur dan lauk. Minum banyak sekitar 8 gelas setiap hari, minuman yang dikonsumsi pasien adalah air putih atau air mineral.

Saat sakit pasien mengalami gangguan pada nafsu makannya yang sedikit menurun, namun pasien selalu mengusahakan untuk selalu menghabiskan makanan yang sudah disediakan dari rumah sakit. Pasien tetap makan 3x sehari dan tidak mengalami mual ataupun muntah. Pasien menyukai semua jenis makanan dan tidak pemilih. Namun pasien harus menghindari dan lebih berhati-hati dengan makanan yang manis karena sakit gula yang dimiliki. Pasien tidak mengalami penurunan berat badan

dalam 6 bulan terakhir dan memiliki tinggi badan 155 cm. Pasien terpasang infus RL 20 tpm dengan jumlah sejumlah 500ml.

10. Pengkajian eliminasi

Sebelum sakit pasien BAB 1x dalam sehari pada saat pagi hari, dengan konsistensi yang padat, berwarna kuning sedikit kecoklatan dan berbau khas feses. Pasien tidak mengalami keluhan diare/konstipasi dan tidak menggunakan bat pencahar. Untuk BAK pasien biasanya 4-6x sehari berwarna kuning.

Saat sakit pasien BAB tetap normal, dengan konsistensi padat, frekuensi 1x sehari, dan tidak mengalami masalah konstipasi ataupun diare. Untuk BAK saat sakit tidak terhitung karena pasien terpasang kateter, output urin kurang lebih 1800cc.

11. Pengkajian aktivitas dan latihan

Kegiatan pasien dalam pekerjaan sehari-hari sebagai ibu rumah tangga yaitu bangun pagi untuk beres-beres dan membersihkan rumah dilanjutkan dengan memasak, begitupun saat sore hari. Pasien jarang berolahraga namun kegiatannya sehari-hari sudah dianggap pasien olahraga karena tidak jarang juga pasien membersihkan rumput dan daun di kebun yang membuat pasien cukup mengeluarkan keringat.

Sebelum sakit pasien dapat bebas beraktivitas, dapat melakukan apapun yang pasien ingin lakukan layaknya orang yang sehat dan tidak ada keluhan apapun dalam beraktivitas. Pasien dapat melakukan kebiasaan sehari-hari mulai dari mandi, makan, berpakaian dan sebagainya mandiri tanpa bantuan dari siapapun.

Saat sakit, pergerakan tubuh pasien cukup terbatas karena luka operasi pada bagian perutnya yang nyeri. Pasien mampu makan dan minum secara mandiri namun untuk mandi, berpakaian, dan berpindah pasien memerlukan bantuan sebagian dari anaknya, untuk BAK pasien terpasang kateter dan untuk BAB pasien menggunakan pampers.

12. Pengkajian istirahat dan tidur

Sebelum sakit pasien selalu tidur pukul 9 malam, bangun jam 4/5 pagi, lama tidur 7-8 jam dan tidak pernah mengalami kesulitan tidur, selalu tidur dalam keadaan nyenyak.

Saat sakit pola tidur dan jam tidur pasien terganggu serta tidak terkontrol, waktu tidur selalu kurang, tidak dapat merasakan tidur nyenyak dan sering terjaga karena suasana rumah sakit yang kurang nyaman dan dingin, serta akibat sakit luka operasi yang masih nyeri hebat. Lama tidur kurang lebih hanya sekitar 3 jam an jika bisa tidur.

13. Pengkajian kognitif-perseptual sensori

Berdasarkan data pengkajian, pasien tidak mengalami masalah pada pancaindera nya atau pada penglihatan dan pendengarannya. Pasien mampu memahami sesuatu atau pesan yang diterima dengan baik, mampu mengingat kembali hal yang sudah berlalu atau hal yang sudah dialimnya. Karena dalam kasus ini pasien mengalami nyeri, maka dari itu dilakukan pengkajian nyeri melalui pendekatan PQRST. Dari hasil pengkajian, didapatkan nyeri pasien akan bertambah ketika pasien bergerak dan dapat sedikit mereda apabila pasien melakukan tarik nafas dalam, rasa nyeri seperti ditusuk-tusuk diperut bagian bawah akibat prosedur operasi dengan skala nyeri 5. Nyeri datang secara hilang timbul, keluhan nyeri sering namun tidak lama.

14. Pengkajian persepsi dan konsep diri

Pasien berharap setelah dilakukan operasi dan perawatan di rumah sakit, pasien dapat segera sembuh dan bisa segera pulang. Pasien berharap setelah sembuh tidak lagi merasakan sakit dan dapat kembali beraktivitas seperti biasa. Pasien merasa lega karena prosedur operasi yang dijalannya berjalan dengan lancar dan penyakitnya telah diangkat melalui pembedahan tersebut. Berdasarkan pengkajian konsep diri, pasien mampu menerima apapun yang terjadi dan ada pada dirinya saat ini dan tidak ada pengaruh dari penyakit terhadap persepsi tubuh pasien. Status pasien sebelum sakit adalah sebagai ibu dari anak-anak yang telah

dilahirkannya, dan bekerja sebagai bu rumah tangga. Pasien bersyukur akan dirinya sendiri karena mampu menjadi ibu yang baik dan mampu membesarkan anaknya dengan penuh kasih sayang hingga tumbuh dewasa seperti sekarang. Sebagai seorang ibu, pasien beranggapan sudah menguasai peran sebagai seorang ibu dengan baik dalam hal membimbing dan mengarahkan anaknya untuk menuju suatu kebaikan. Saat sakit pasien tentu saja mengalami banyak perubahan, perannya sebagai seorang ibu tidak dapat dilakukannya dengan baik. Dimana saat ini ia membutuhkan bantuan anaknya dan bisa dikatakan saat ini justru anaknya yang menggantikan posisi pasien. Pasien berharap dapat segera sembuh dan setelah ini dapat sehat selalu dengan menerapkan pola hidup yang sehat serta menjaga kesehatan lingkungan. Pasien tidak ingin lagi sakit hingga dirawat dirumah sakit seperti saat ini. Dalam perihal harga diri, harga diri pasien baik, selalu berhubungan baik dan hidup rukun dengan orang-orang disekitar lingkungan pasien serta saling menghormati satu sama lain.

15. Pengkajian mekanisme koping

Dalam mengambil setiap keputusan, pasien dibantu oleh anaknya. Namun kembali lagi kepada diri pasien sendiri untuk mengambil keputusan akhirnya. Apabila pasien mengalami suatu masalah, pasien membicarakannya dengan anaknya. Upaya yang dapat dilakukan untuk menghadapi masalahnya saat ini adalah hanya sabar dan terus berdo'a serta berbaik sangka terhadap yang maha kuasa yaitu Allah SWT. Agar pengobatannya dapat berjalan dengan baik dan tidak ada masalah yang lain. Menurut pasien apa yang sudah dilakukan oleh perawat agar pasien merasa nyaman adalah dengan mengajak pasien berkomunikasi mengenai keluhannya dan memperlakukan pasien layaknya keluarga sendiri.

16. Pengkajian reproduksi

Pemahaman pasien mengenai fungsi seksual yakni tidak hanya sekedar berhubungan yang intim antara suami dengan istri, namun dapat juga untuk mengetahui timbulnya gejala suatu penyakit reproduksi tertentu. Riwayat menstruasi pasien tidak menentu, kadang teratur namun kadang juga tidak teratur saat masih menstruasi (sebelum menopause), keluhan yang dirasakan yaitu mengalami nyeri perut dan terkadang mengalami menstruasi yang lama dan banyak. Riwayat kehamilan pasien adalah pasien pernah hamil tiga kali dengan jumlah kelahiran tiga kali dan jumlah anak yang dimiliki pasien adalah tiga orang anak.

17. Pengkajian peran berhubungan dengan oranglain.

Kemampuan pasien dalam berhubungan dan berkomunikasi dengan oranglain baik dan jelas, mampu mengekspresikan dirinya dengan dirinya dengan baik serta mampu mengerti oranglain. Orang terdekat yang pasien miliki dan berpengaruh terhadap pasien adalah anaknya serta anggota keluarga yang lain.

18. Pengkajian dan nilai kepercayaan

Pasien adalah seorang wanita muslimah, memegang agama islam, pasien selalu menjalankan kewajiban sebagai seorang muslimah sesuai dengan perintah Allah yaitu melaksanakan sholat 5 waktu.

19. Pemeriksaan fisik

a. Keadaan umum

Kesadaran pasien composmentis dimana dalam kondisi ini berarti pasien memiliki kesadaran yang penuh, namun penampilan pasien lemah. Didapatkan data vital sign yaitu :

1. Suhu tubuh : 37,8°C
2. Tekanan darah : 166/96 mmHg
3. Respirasi : 20x/menit
4. Nadi : 88x/menit
5. SpO2 : 99%

- b. Kepala : Bentuk kepala pasien simetris mesosepal, warna rambut hitam sedikit beruban, kulit kepala bersih.
- c. Mata : pasien mampu melihat dengan, konjungtiva tidak anemis kiri dan kanan, sklera tidak ikterik, dan tidak menggunakan alat bantu penglihatan.
- d. Hidung : Bentuk hidung simetris kanan dan kiri, keadaan hidung bersih tidak ada sekret, tidak ada polip, tidak ada napas cuping hidung, tidak menggunakan alat bantu pernapasan
- e. Telinga : Bentuk simetris kanan dan kiri, Pendengaran normal, tidak menggunakan alat bantu pendengaran, tidak terdapat serumen, tidak ada infeksi, luka, benjolan, dan nyeri tekan, tidak ada tinnitus.
- f. Mulut dan tenggorokan : Mukosa bibir pasien tampak pucat, tidak terdapat luka, mulut tampak bersih, terdapat karang gigi dan kurang bersih, gigi tidak lengkap, tidak menggunakan gigi palsu. Tidak ada kesulitan mengunyah, Tidak terdapat kesulitan menelan , posisi trakhea normal, tidak terdapat edema dan pembesaran tonsil, dan vena jugularis normal.
- g. Jantung : pemeriksaan pada jantung (dada) didapatkan bentuk dada simetris, tidak terdapat lesi (luka), saat dilakukan auskultasi terdengar suara lupdup dan saat dilakukan perkusi didapatkan suara pekak.
- h. Paru : pengembangan dinding dada simetris kiri dan kanan tidak ada lesi (luka), saat auskultasi terdengar bunyi nafas vesikuler, tidak terdapat edema, taktil fremitus sama antara kiri dan kanan, saat dilakukan perkusi terdapat suara sonor.
- i. Abdomen : pada pemeriksaan abdomen terdapat jahitan luka bekas operasi, luka masih tampak basah dan ada sedikit darah yang rembes pada balutan, suara bising usus normal 15 kali per menit, terdapat nyeri tekan pada area post operasi.

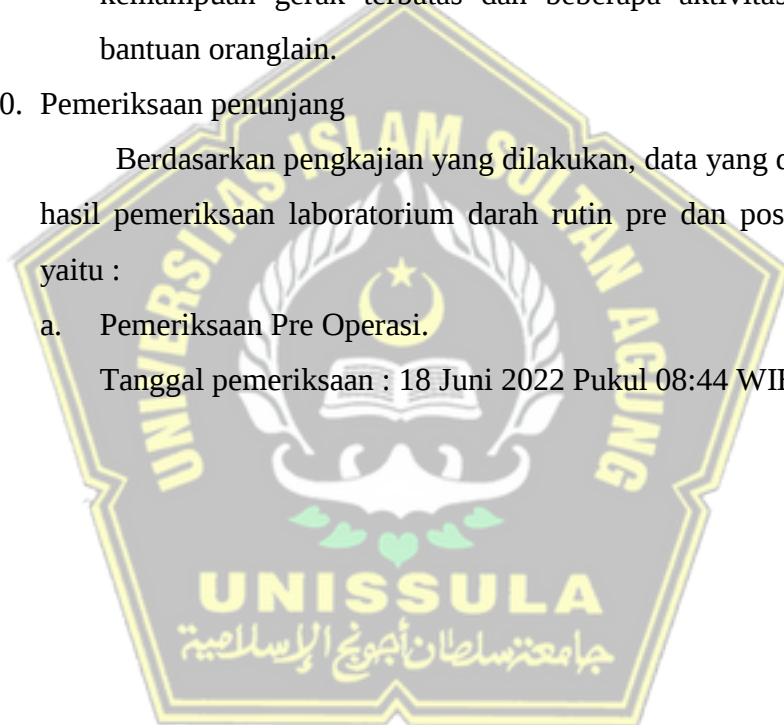
- j. Genetalia : didapatkan keadaan genetalia bersih, tidak ada luka dan tanda infeksi pada area sekitar pemasangan kateter, dan tidak ada hemoroid.
- k. Ekstremitas : pada pemeriksaan ekstremitas bagian atas maupun bawah kuku bersih, tidak ada sianosis, kulit sawo matang, turgor kulit baik, tidak terdapat edema, dan terpasang infus RL 20 tpm dibagian tangan kirinya, tidak terdapat udem atau tanda infeksi di area sekitar tusukan infus. Capillary refill time < 2 detik, kemampuan gerak terbatas dan beberapa aktivitas memerlukan bantuan oranglain.

20. Pemeriksaan penunjang

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan, data yang diperoleh pada hasil pemeriksaan laboratorium darah rutin pre dan post post operasi yaitu :

- a. Pemeriksaan Pre Operasi.

Tanggal pemeriksaan : 18 Juni 2022 Pukul 08:44 WIB



Tabel 3.1. Pemeriksaan Laboratorium Pada Ny. K Pre Operasi Histerektomi di Ruang Baitunnisa 2 RSI Sultan Agung Semarang Tanggal 18 Juni 2022

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	keterangan
HEMATOLOGI				
Darah rutin 1				
Hemoglobin	L.9.9	11.7-15.0	g/dl	
Hematokrit	L.34.0	33.0-45.0	%	
Leukosit	6.50	3.60-11.00	ribu/uL	
Trombosit	H 230	150-440	ribu/uL	
Golongan darah /Rh	B/positif			
PPT				
PT	L 10.3	9.3 – 11.4	Detik	
PT (kontrol)	11.6	9.2 -12.4	Detik	
APTT				
APTT	22.2	21.8 – 28.4	Detik	
APTT (kontrol)	25.6	21.1-28.5	Detik	
KIMIA KLINIK				
Glukosa darah sewaktu	HH 184	<200	mg/dL	
Ureum	26	10-50	mg/dL	
Creatinin	0.94	0.60-1.10	mg/dL	
SGOT (AST)	21	0-35	U/L	
SGPT (ALT)	16	0-35	U/L	
Elektrolit (Na,K,CI)				
Natrium (Na)	L 137.0	135-147	mmol/L	
Kalium (K)	H 4.40	3.5-5.0	mmol/L	

Tabel 3.2. Pemeriksaan Laboratorium Pada Ny. K Pre Operasi Histerektomi di Ruang Baitunnisa 2 RSI Sultan Agung Semarang Tanggal 18 Juni 2022

Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan	Keterangan
Klorida (Cl)	108.0	95.105	mmol/L	
IMUNOLOGI				
HbsAg(kuantitatif)	0.00	Non reaktif <0.05 Reaktif >=0.05	IU/MI	Metode CLIA

b. Pemeriksaan Post Operasi.

Tanggal pemeriksaan : 21-06-2022 Pukul 19:44 WIB

Tabel 3.3. Pemeriksaan Laboratorium Pada Ny. K Post Operasi Histerektomi di Ruang Baitunnisa 2 RSI Sultan Agung Semarang Tanggal 21 Juni 2022

Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan	Keterangan
Hematologi				
Darah rutin 1				
Hemoglobin	L 9.3	11.7-15.5	g/dL	
Hematokrit	L. 32-1	33.0-45.0	%	
Leukosit	H.16.76	3.60-11.00	ribu/uL	
Trombosit	204	150-440	ribu /uL	

21. Diit yang diperoleh

Diit yang diperoleh pasien yaitu daging, ayam, sayur, ikan, telur dan nasi DM.

22. Therapy

Obat obatan yang diberikan pada pasien :

- a. Infus RL 20 tpm
- b. Amlodipin 1x10mg (IV)
- c. Ketorolac 3x30mg (IV)
- d. Ceftriaxone 1x2gr (IV)
- e. Asam mefenamat 3x1 (oral)
- f. Ezelin 1x14 ul

B. Analisa data dan penegakan diagnosa keperawatan

Berdasarkan analisa data yang sesuai dengan kondisi pasien saat dilakukan pengkajian, data pertama didapatkan data subjektif yaitu pasien mengatakan memiliki keluhan nyeri pada perut bagian bawah yang disebabkan oleh luka jahitan operasi, pasien mengatakan rasa nyeri seperti tertusuk-tusuk, pasien mengatakan nyeri hilang timbul. Data objektif yang didapatkan yaitu pasien tampak meringis kesakitan, tampak gelisah dan didapatkan skala nyeri 5 dari 10. Dari data tersebut masalah keperawatan yang muncul adalah nyeri akut dengan etiologi agen pencedera fisik.

Analisa data kedua didapatkan data subjektif yaitu pasien mengatakan setelah dilakukan operasi mengalami gangguan tidur, pasien mengatakan kesulitan untuk tidur dan mudah terbangun karena nyeri, pasien juga mengatakan kurang merasa nyaman dengan lingkungan yang dingin dan tidak seperti biasanya. Sedangkan untuk data objektif didapatkan pasien tampak sering meguap dan tampak lesu. Dari data tersebut masalah keperawatan yang muncul adalah gangguan pola tidur dengan etiologi hambatan lingkungan.

Analisa data yang ketiga pada saat pengkajian didapatkan data subjektif yakni pasien mengatakan jika luka bekas operasi di perutnya masih basah, pasien mengatakan juga bahwa lukanya terasa panas (seperti terbakar) dan perih. Untuk data objektif yang didapatkan pada analisa data ketiga yaitu tampak luka yang masih basah disertai kemerahan di sekitar luka, tampak sedikit darah yang rembes pada perban, dan didapatkan hasil pemeriksaan laboratorium bahwa kadar leukosit pasien tergolong tinggi melebihi batas normal yaitu 16.76 ribu/uL dari 3.60-11.00 ribu/uL. Dari data tersebut masalah keperawatan yang muncul adalah risiko infeksi dengan etiologi efek prosedur invasif.

C. Daftar diagnosa keperawatan

Pada kasus Asuhan Keperawatan pada Ny. K Post Histerektomi di Ruang Baitunnisa 2 RSI Sultan Agung Semarang pada tanggal 22-24 Juni 2022, diagnosa dan prioritas diagnosa yang ditegakkan (menurut SDKI) adalah sebagai berikut :

1. Nyeri akut (D.0077) berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan data subjektif pasien mengeluh nyeri pada perut bagian bawah yang disebabkan oleh luka jahitan bekas operasi, pasien mengatakan rasa nyeri seperti tertusuk-tusuk, pasien mengatakan nyeri hilang timbul. Dengan data objektif yang didapatkan yaitu pasien tampak meringis kesakitan, tampak gelisah dan didapatkan skala nyeri 5 dari 10.
2. Gangguan pola tidur (D.0055) berhubungan dengan hambatan lingkungan ditandai dengan data subjektif pasien mengatakan setelah dilakukan operasi mengalami gangguan tidur sehingga istirahat tidak cukup, pasien mengatakan kesulitan untuk tidur, mudah terbangun karena nyeri, pasien juga mengatakan kurang merasa nyaman dengan lingkungan yang dingin dan tidak seperti biasanya. Sedangkan untuk data objektif didapatkan pasien tampak mengantuk, sering meguap dan tampak lesu.
3. Risiko infeksi (D.0142) ditandai dengan efek prosedur invasif dengan data subjektif yakni pasien mengatakan jika luka bekas operasi di perutnya masih basah, pasien mengatakan juga bahwa lukanya terasa panas (seperti terbakar) dan perih. Untuk data objektif yang didapatkan pada analisa data ketiga yaitu tampak luka yang masih basah disertai kemerahan di sekitar luka, tampak sedikit darah yang rembes pada perban, dan didapatkan hasil pemeriksaan laboratorium bahwa kadar leukosit pasien tergolong tinggi melebihi batas normal yaitu 16.76 ribu/uL dari 3.60-11.00 ribu/uL.

D. Rencana Keperawatan

Pada kasus Asuhan Keperawatan pada Ny. K Post Histerektomi di Ruang Baitunnisa 2 RSI Sultan Agung Semarang tanggal 22-24 Juni 2022, dilakukan penyusunan rencana keperawatan mulai dari diagnosa pertama hingga diagnosa ketiga. Untuk diagnosa pertama yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditetapkan tujuan dan kriteria hasil setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x7 jam. Maka diharapkan tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, dan gelisah menurun.

Planning atau intervensi keperawatan utama pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik sesuai dengan ketentuan buku SIKI adalah manajemen nyeri (I.08238) yaitu identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri, kolaborasi pemberian analgetik.

Diagnosa yang kedua yaitu gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan ditetapkan tujuan dan kriteria hasil setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x7 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil keluhan sulit tidur membaik, keluhan tidak puas tidur membaik, keluhan pola tidur berubah membaik, keluhan istirahat tidak cukup membaik. Planning atau intervensi keperawatan utama pada diagnosa gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan sesuai dengan ketentuan buku SIKI adalah dukungan tidur (I.05174) yaitu identifikasi pola aktivitas dan tidur, identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur, modifikasi lingkungan (mis.suhu ,matras ,kebisingan) , jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit.

Diagnosa ketiga yaitu risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif ditetapkan tujuan dan kriteria hasil setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x7 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil kemerahan menurun, kadar sel darah putih menurun dan nyeri menurun. Planning atau intervensi keperawatan utama pada diagnosa risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif sesuai dengan ketentuan buku

SIKI adalah pencegahan infeksi (I.14359) yaitu monitor tanda dan gejala infeksi, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien, jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara mencuci tangan dengan benar.

E. Implementasi Keperawatan

Pada kasus Asuhan Keperawatan pada Ny. K Post Histerektomi di Ruang Baitunnisa 2 RSI Sultan Agung Semarang pada tanggal 22 Juni 2022 pukul 19.15 WIB pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik implementasi keperawatan yang dilakukan adalah mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri. Respon pasien didapatkan data subjektif pasien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah karena luka operasi, dan didapatkan data objektif pasien tampak meringis kesakitan dan tampak gelisah. Tekanan darah : 166/97 mmHg, respirasi : 20x/menit, suhu tubuh : 37,8°C, nadi : 88x /menit, SpO2 : 99%. Pengkajian nyeri dengan menggunakan pendekatan PQRST didapatkan P : Jika bergerak , Q : Seperti tertusuk- tusuk, R : perut bagian bawah S : Skala nyeri 5, T : Hilang timbul.

Pada pukul 19.20 WIB pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik implementasi keperawatan yang dilakukan selanjutnya adalah mengidentifikasi skala nyeri, pada implementasi tersebut didapatkan data subjektif dengan respon pasien yaitu pasien mengatakan skala nyeri 5 dari 1-10 kemudian didapatkan data objektif saat diamati pasien tampak meringis kesakitan.

Pada pukul 19.25 WIB pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik implementasi keperawatan yang dilakukan selanjutnya adalah mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri pada implementasi tersebut didapatkan data subjektif dengan respon pasien yaitu pasien mengatakan nyeri akan semakin terasa berat apabila sedang bergerak kemudian didapatkan data objektif pasien tampak meringis saat bergerak.

Pada pukul 19.30 WIB pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik implementasi keperawatan yang dilakukan selanjutnya adalah memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri pada implementasi tersebut didapatkan data subjektif yaitu pasien mengatakan bersedia untuk di ajarkan tehnik relaksasi kemudian didapatkan respon pasien dengan data objektif pasien tampak dapat mengikuti tehnik yang di ajarkan secara kooperatif.

Pada pukul 19.35 WIB pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik implementasi keperawatan yang dilakukan selanjutnya adalah melakukan pemberian analgetik atau obat pereda nyeri yaitu asam mefenamat tab 500mg pada implementasi tersebut didapatkan respon pasien dengan data subjektif pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi kemudian didapatkan respon pasien dengan data objektif pasien tampak kooperatif setelah dijelaskan anjuran untuk meminum obat agar nyerinya dapat berkurang.

Pada pukul 19.40 WIB pada diagnosa gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan implementasi keperawatan yang dilakukan adalah mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur, pada implementasi tersebut didapatkan respon pasien dengan data subjektif pasien mengeluh sulit tidur, dan mudah terbangun kemudian didapatkan respon pasien dengan data objektif pasien tampak sering menguap.

Pada pukul 19.45 WIB pada diagnosa gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan implementasi keperawatan yang dilakukan adalah mengidentifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur, pada implementasi tersebut didapatkan respon pasien dengan data subjektif pasien mengatakan selama sakit hanya makan makanan yang di berikan dari rumah sakit dan hanya minum air putih kemudian didapatkan respon pasien dengan data objektif pasien nampak kooperatif dan mengikuti diit yang di berikan dari rumah sakit.

Pada pukul 19.50 WIB pada diagnosa gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan implementasi keperawatan yang dilakukan

adalah memodifikasi lingkungan, pada implementasi tersebut didapatkan respon pasien dengan data subjektif pasien mengatakan sedikit tidak tahan di ruangan yang terlalu dingin kemudian didapatkan respon pasien dengan data objektif pasien nampak kurang nyaman dan memakai selimut untuk menutupi kakinya.

Pada pukul 19.55 WIB pada diagnosa gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan implementasi keperawatan yang dilakukan adalah menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, pada implementasi tersebut didapatkan respon pasien dengan data subjektif pasien mengatakan akan berusaha untuk bisa tidur sesulit apapun keadannya kemudian didapatkan respon pasien dengan data objektif pasien tampak kooperatif saat diberikan edukasi.

Pada pukul 20.00 WIB pada diagnosa risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif implementasi keperawatan yang dilakukan adalah memonitor tanda dan gejala infeksi, mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien, pada implementasi tersebut didapatkan respon pasien dengan data subjektif pasien mengatakan luka bekas operasinya masih basah terasa panas dan perih kemudian didapatkan respon pasien dengan data objektif terdapat balutan pada luka post operasi, terdapat sedikit darah yang rembes, luka tampak masih basah dan terdapat kemerahan. Leukosit tinggi yaitu 16.76 ribu/uL.

Pada pukul 20.05 WIB pada diagnosa risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif implementasi keperawatan yang dilakukan adalah menjelaskan tanda dan gejala infeksi, pada implementasi tersebut didapatkan respon pasien dengan data subjektif Pasien mengatakan mengerti dengan tanda dan gejala infeksi kemudian didapatkan respon pasien dengan data objektif pasien tampak kooperatif dan dapat menyebutkan ulang apa yang sudah dijelaskan oleh perawat.

Implementasi selanjutnya dihari kedua yaitu tanggal 23 Juni 2022 pukul 14.30 WIB pada kasus Asuhan Keperawatan pada Ny. K Post Histerektomi di Ruang Baitunnisa 2 RSI Sultan Agung Semarang dengan diagnosa nyeri

akut berhubungan dengan agen pencedera fisik implementasi keperawatan yang dilakukan adalah mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri. Respon pasien didapatkan data subjektif pasien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah karena luka operasi, dan didapatkan data objektif pasien tampak meringis kesakitan dan tampak gelisah. Tekanan darah : 170/66 mmHg, respirasi : 20x/menit, suhu tubuh : 37,1 c, nadi : 82x /menit, SpO2 : 99%. Pengkajian nyeri dengan menggunakan pendekatan PQRST didapatkan P : Jika bergerak , Q : Seperti tertusuk- tusuk, R : perut bagian bawah S : Skala nyeri 4, T : Hilang timbul.

Pada pukul 14.40 WIB pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik implementasi keperawatan yang dilakukan selanjutnya adalah mengidentifikasi skala nyeri, pada implementasi tersebut didapatkan data subjektif dengan respon pasien yaitu pasien mengatakan skala nyeri 4 dari 1-10 kemudian didapatkan data objektif saat diamati pasien tampak meringis kesakitan.

Pada pukul 14.45 WIB pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik implementasi keperawatan yang dilakukan selanjutnya adalah mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, pada implementasi tersebut didapatkan data subjektif dengan respon pasien yaitu pasien mengatakan nyeri sudah sedikit berkurang saat nafas dalam kemudian didapatkan data objektif saat diamati pasien tampak mulai mengikuti gerakan dan teknik tarik nafas dalam yang di ajarkan dengan baik, dan mulai mampu melakukannya secara mandiri.

Pada pukul 15.00 WIB pada diagnosa gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan implementasi keperawatan yang dilakukan adalah mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur, pada implementasi tersebut didapatkan respon pasien dengan data subjektif pasien mengatakan tidak banyak beraktivitas saat sakit ,saat siang pasien tidur meskipun sebentar ,pasien juga mengatakan saat malam sudah mulai bisa tidur meski masih kadang terbangun akibat nyeri kemudian didapatkan respon pasien dengan data objektif pasien nampak masih menguap dan masih sedikit lesu.

Pada pukul 15.05 WIB pada diagnosa gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan implementasi keperawatan yang dilakukan adalah memodifikasi lingkungan, pada implementasi tersebut didapatkan respon pasien dengan data subjektif pasien mengatakan sudah mulai nyaman dengan suhu ruangan yang pas dan tidak terlalu dingin kemudian didapatkan respon pasien dengan data objektif pasien tampak lebih merasa nyaman.

Pada pukul 15.10 WIB pada diagnosa risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif implementasi keperawatan yang dilakukan adalah memonitor tanda dan gejala infeksi, mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien, pada implementasi tersebut didapatkan respon pasien dengan data subjektif pasien mengatakan luka post op tidak rembes lagi kemudian didapatkan respon pasien dengan data objektif luka tidak rembes namun masih tampak kemerahan. Tekanan darah : 170/66 mmHg, suhu tubuh : 37,1 c.

Pada pukul 15.15 WIB pada diagnosa risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif implementasi keperawatan yang dilakukan adalah menjelaskan tanda dan gejala infeksi, pada implementasi tersebut didapatkan respon pasien dengan data subjektif pasien mengatakan masih ingat dengan apa yang disampaikan perawat kemarin kemudian didapatkan respon pasien dengan data objektif pasien tampak kooperatif dalam perbincangan.

Implementasi selanjutnya dihari ketiga yaitu tanggal 24 Juni 2022 pukul 09.10 WIB pada kasus Asuhan Keperawatan pada Ny. K Post Histerektomi di Ruang Baitunnisa 2 RSI Sultan Agung Semarang dengan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik implementasi keperawatan yang dilakukan adalah mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri. Respon pasien didapatkan data subjektif pasien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah karena luka operasi berkurang dan didapatkan data objektif pasien masih tampak sedikit meringis namun sudah tidak lagi gelisah. Tekanan darah : 163/66 mmHg, respirasi : 20x/menit, suhu tubuh : 36,5 c, nadi : 82x /menit, SpO2 : 99%. Pengkajian nyeri dengan menggunakan pendekatan PQRST didapatkan P :

Jika bergerak , Q : Seperti tertusuk- tusuk, R : perut bagian bawah S : Skala nyeri 3, T : Hilang timbul.

Pada pukul 09.15 WIB pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik implementasi keperawatan yang dilakukan selanjutnya adalah mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, pada implementasi tersebut didapatkan data subjektif dengan respon pasien mengatakan masih ingat memahami cara yang sudah di ajarkan kemudian didapatkan data objektif saat diamati pasien tampak kooperatif dan mengangguk kepala.

Pada pukul 09.20 WIB pada diagnosa gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan implementasi keperawatan yang dilakukan adalah mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur, pada implementasi tersebut didapatkan respon pasien dengan data subjektif pasien mengatakan sudah mulai bisa tidur dengan nyenyak kemudian didapatkan respon pasien dengan data objektif pasien tampak sedikit lebih segar dan tidak lagi menguap.

Pada pukul 09.25 WIB pada diagnosa risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif implementasi keperawatan yang dilakukan adalah menjelaskan tanda dan gejala infeksi, mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien pada implementasi tersebut didapatkan respon pasien dengan data subjektif pasien mengatakan luka operasi sudah tidak rembes kemudian didapatkan respon pasien dengan data objektif luka tampak baik dan kemerahan sudah berkurang.

F. Catatan perkembangan

Pada kasus Asuhan Keperawatan pada Ny. K Post Histerektomi di Ruang Baitunnisa 2 RSI Sultan Agung Semarang, catatan atau evaluasi keperawatan pada tanggal 22 Juni 2022 menggunakan SOAP. Evaluasi pada nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik didapatkan S : pasien mengatakan merasa nyeri pada perut bagian bawah karena luka operasi P : Jika bergerak , Q : Seperti tertusuk- tusuk, R : perut bagian bawah S : Skala nyeri 5, T : Hilang timbul. O : pasien tampak meringis kesakitan dan tampak

gelisah. Tekanan darah : 166/97 mmHg, respirasi : 20x/menit, suhu tubuh : 37,8° c, nadi : 88x /menit, SpO2 : 99%. A : tujuan dan kriteria hasil belum tercapai, masalah belum teratasi, P : lanjutkan intervensi identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. Pada diagnosa kedua yaitu gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan didapatkan S : Pasien mengatakan sulit tidur dan mudah terjaga karena lingkungan yang cukup dingin dan tidak nyaman serta nyeri pada luka bekas operasi. O : pasien tampak menguap beberapa kali dan lesu. Tekanan darah : 166/97 mmHg, respirasi : 20x/menit, suhu tubuh : 37,8° c, nadi : 88x /menit, SpO2 : 99%. A : tujuan dan kriteria hasil belum tercapai, masalah belum teratasi, P : lanjutkan Intervensi identifikasi pola aktivitas dan tidur, modifikasi lingkungan (suhu). Pada diagnosa ketiga yaitu risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif didapatkan S : pasien mengatakan luka bekas operasinya masih basah, terasa panas dan perih. O : terdapat balutan pada luka post operasi, terdapat sedikit darah yang rembes, luka tampak masih basah dan sedikit kemerahan. Leukosit tinggi yaitu 16.76 ribu/uL. Tekanan darah : 166/97 mmHg, respirasi : 20x/menit, suhu tubuh : 37,8° c, nadi : 88x /menit, SpO2 : 99%. A : tujuan dan kriteria hasil belum tercapai, masalah belum teratasi, P : lanjutkan intervensi monitor tanda dan gejala infeksi, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien, jelaskan tanda dan gejala infeksi.

Catatan atau evaluasi keperawatan pada hari kedua tanggal 23 Juni 2022 pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik didapatkan S : pasien mengatakan nyerinya sedikit berkurang, tidak separah hari pertama. P : Jika bergerak , Q : Seperti tertusuk- tusuk, R : perut bagian bawah S : Skala nyeri 4, T : Hilang timbul. O : pasien masih tampak sedikit meringis menahan sakit namun tidak lagi gelisah. Tekanan darah : 170/66 mmHg, respirasi : 20x/menit, suhu tubuh : 37,1 c, nadi : 82x /menit, SpO2 : 99%. A : tujuan dan kriteria hasil belum tercapai, masalah belum teratasi, P : lanjutkan intervensi identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi,

kualitas, dan intensitas nyeri, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. Pada diagnosa kedua yaitu gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan didapatkan S : Pasien mengatakan sudah mulai bisa tidur meski sering terjaga akibat merasa senut-senut pada luka post op ,pasien juga mengatakan lebih nyaman dengan suhu yang tidak terlalu dingin. O : tampak masih menguap dan sedikit lesu. Tekanan darah : 170/66 mmHg, respirasi : 20x/menit, suhu tubuh : 37,1 c, nadi : 82x /menit, SpO2 : 99%. A : tujuan dan kriteria hasil belum tercapai, masalah belum teratasi, P : lanjutkan intervensi identifikasi pola aktivitas dan tidur. Pada diagnosa ketiga yaitu risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif didapatkan S : pasien mengatakan luka post op sudah tidak rembes. O : luka tampak baik, namun masih tampak sedikit kemerahan. Tekanan darah : 170/66 mmHg, respirasi : 20x/menit, suhu tubuh : 37,1 c, nadi : 82x /menit, SpO2 : 99%. A : tujuan dan kriteria hasil belum tercapai, masalah belum teratasi, P : lanjutkan intervensi monitor tanda dan gejala infeksi, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien.

Catatan atau evaluasi keperawatan pada hari ketiga tanggal 24 Juni 2022 pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik didapatkan S : pasien mengatakan nyerinya sudah berkurang. P : Jika bergerak , Q : Seperti tertusuk- tusuk, R : perut bagian bawah S : Skala nyeri 3, T : Hilang timbul. O : pasien sudah tidak lagi meringis. Tekanan darah : 163/66 mmHg, respirasi : 20x/menit, suhu tubuh : 36,5 c, nadi : 82x /menit, SpO2 : 99%. A : tujuan dan kriteria hasil tercapai, masalah teratasi, P : pertahankan intervensi. Pada diagnosa kedua yaitu gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan didapatkan S : pasien mengatakan sudah bisa tidur. O : pasien nampak lebih sedikit lebih segar dan tidak menguap. Tekanan darah : 163/66 mmHg, respirasi : 20x/menit, suhu tubuh : 36,5 c, nadi : 82x /menit, SpO2 : 99%. A : tujuan dan kriteria hasil tercapai, masalah teratasi, P : pertahankan intervensi. Pada diagnosa ketiga yaitu risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif didapatkan S : pasien mengatakan luka post op tidak lagi rembes. O luka tampak baik, tidak rembes

dan kemerahan berkurang. Tekanan darah : 163/66 mmHg, respirasi : 20x/menit, suhu tubuh : 36,5 c, nadi : 82x /menit, SpO2 : 99%. A : tujuan dan kriteria hasil tercapai, masalah teratasi, P : pertahankan intervensi.



BAB IV

PEMBAHASAN

Dalam bab IV penulis akan menjabarkan hasil dari analisa data pada masalah Asuhan Keperawatan pada Ny. K Post Histerektomi di Ruang Baitunnisa 2 RSI Sultan Agung Semarang disesuaikan dengan teori yang sudah di dapat. Penulis melakukan asuhan keperawatan pada Ny.R pot histerektomi selama 3 hari dimulai dari tanggal 22 Juni 2022, 23 Juni 2022, dan hari terakhir yaitu 24 Juni 2022. Bab ini menelaah mengenai hambatan dan kekurangan yang didapatkan oleh penulis semasa melakukan asuhan keperawatan pasca histerektomi pada Ny. K serta memberikan tambahan fokus rujukan khususnya pada langkah-langkah yang telah dilakukan untuk mengatasi prioritas diagnosa adalah dengan melihat perspektif keperawatan, seperti pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi keperawatan. Berikut adalah hasil dari data pengkajian yang dilakukan oleh penulis terhadap Ny. R pasca histerektomi di ruang Baitunissa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang :

Penulis menyadari bahwa masih terdapat kekurangan data dalam pengkajian yang telah dilakukan khususnya mengenai pemeriksaan penunjang pasien yaitu pada pemeriksaan USG, karena USG merupakan salah satu tes untuk mendeteksi mioma dan untuk mengetahui jumlah, ukuran, serta lokasi mioma, dimana hasil dari pemeriksaan USG tersebut dapat menuntun untuk menentukan tindakan yang akan dilakukan pada pasien mioma uteri apakah akan dilakukan histerektomi / miomektomi / tindakan lainnya sesuai dengan kondisi mioma dan kondisi pasien (Wisnu et al., 2023). Dalam hal ini ini penulis tidak mengkaji pemeriksaan USG pasien secara spesifik sehingga penulis tidak mengetahui berapa jumlah mioma, berapa ukuran mioma, serta dimana letak mioma pada pasien.

Pengkajian seharusnya dilakukan secara lebih detail untuk melengkapi data yang masih kurang agar data dapat sepenuhnya lengkap. Hasil dari pengkajian langsung dengan wawancara kepada pasien pada tanggal 22 Juni 2022 didapatkan pasien bernama Ny. R, berusia 57 tahun, jenis kelamin perempuan, beragama islam, pendidikan hanya sampai sekolah dasar (SD), pekerjaan pasien adalah sebagai

seorang ibu rumah tangga (IRT) dengan diagnosa medis mioma uteri. Alasan pasien masuk rumah sakit yakni dikarenakan mengalami nyeri hebat pada perut bagian bawah yang menjalar hingga ke pinggang. Berikut ini adalah diagnosa keperawatan yang telah ditegakkan oleh penulis terhadap Ny. R :

A. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Nyeri adalah sensasi yang dialami tubuh ketika terjadi kerusakan jaringan, peradangan, atau penyakit yang lebih serius seperti disfungsi sistem saraf. Akibatnya, rasa sakit sering digambarkan sebagai peringatan pada tubuh untuk melindungi tubuh dari kerusakan jaringan tambahan. Nyeri seringkali menimbulkan rasa tidak nyaman, termasuk perasaan seperti ditusuk-tusuk, panas seperti terbakar, tersayat, dan lain-lain yang menyebabkan terganggunya kualitas hidup pasien atau siapapun yang mengalami nyeri (Wardoyo & Oktarlina, 2019). Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) nyeri akut merupakan pengalaman sensorik atau emosional terkait kerusakan jaringan kasatmata atau fungsional dengan kemunculannya yang secara tiba-tiba atau bertahap dan tingkat keparahan mulai dari ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari tiga bulan (PPNI, 2018).

Penegakkan diagnosa nyeri akut oleh penulis sudah tepat karena etiologi atau penyebab yang didapatkan sudah sesuai dengan SDKI diantaranya ialah agen pencedera fisik ditandai dengan pasien mengeluh nyeri. Penulis mengangkat diagnosa nyeri akut dikarenakan data yang didapatkan berdasar pengkajian pada Ny. K post histerektomi yaitu data subjektif pasien mengeluh nyeri pada perut bagian bawah yang disebabkan oleh luka jahitan bekas operasi, pasien juga mengatakan rasa nyeri seperti tertusuk-tusuk dan didapatkan data objektif pasien tampak meringis kesakitan dan tampak gelisah. Kemudian data yang didapatkan berdasarkan pengkajian nyeri dengan menggunakan pendekatan PQRST didapatkan P : Jika bergerak , Q : Seperti tertusuk- tusuk, R : perut bagian bawah S : skala nyeri 5, T : hilang timbul. Kemunculan nyeri berlangsung secara mendadak, lamanya keluhan nyeri sering namun tidak berlangsung secara terus menerus. Tanda-

tanda vital yang di dapatkan saat pengkajian ialah tekanan darah : 166/97 mmHg, respirasi : 20x/menit, suhu tubuh : 37,8° c, nadi : 88x /menit, SpO2 : 99%. Dari data-data yang tertera, kriteria mayor sudah didapatkan sebanyak 80% menurut (PPNI, 2018).

Menurut Hierarki Maslow, nyeri merupakan kebutuhan akan ketentraman dan kesejahteraan, oleh karena itu penulis memprioritaskan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Kebutuhan ketentraman dan kesejahteraan ini dapat bersifat fisik, psikologis, dan bebas akan bahaya. Setelah merasa aman dan tenteram secara fisik, psikologis, serta bebas dari bahaya dan keresahan, seseorang akan merasa nyaman dan kebutuhan lainnya tentu saja akan terpenuhi. Oleh karena itu, jika kebutuhan tersebut tidak terpenuhi, dapat mengakibatkan ketidakmampuan untuk memenuhi kebutuhan istirahat saat tidur serta memenuhi kebutuhan nutrisi (Patrisia, 2020).

Pada diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik planning atau intervensi utama adalah manajemen nyeri yang dilakukan selama 3 hari pengelolaan (3x7 jam) dengan tujuan dan kriteria hasil tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, dan gelisah menurun. Demi tercapainya tujuan tersebut maka intervensi dalam manajemen nyeri yang harus dilakukan adalah identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri, kolaborasi pemberian analgetik. Karena emosi dan respons individu berpengaruh pada nyeri, maka penatalaksanaan nyeri yang tepat harus mencakup antara penanganan yang menyeluruh, diantaranya adalah penanganan secara farmakologis serta penanganan secara nonfarmakologis. Manajemen nyeri secara farmakologis dan nonfarmakologis secara umum adalah dua jenis manajemen untuk menanggulangi nyeri (Redho et al., 2019).

Implementasi yang dilakukan oleh penulis pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik yaitu menggunakan terapi

nonfarmakologi guna mengurangi nyeri menggunakan teknik relaksasi nafas dalam. Teknik relaksasi nafas dalam adalah suatu kondisi yang dilakukan sebagai usaha untuk merangsang tubuh agar terjadi penekanan yang akan menyebabkan berkurangnya rasa nyeri melalui pengeluaran opioid endogen. (Sudirman et al., 2023). Relaksasi nafas dalam adalah sesuatu yang mudah untuk dilakukan, yakni dengan pernapasan perut yang dilakukan secara perlahan dan teratur. Pasien dapat melangsungkan teknik nafas dalam dengan memejamkan mata dan menikmati rasa nyaman yang akan ditimbulkan dari teknik nafas dalam tersebut (Haryani et al., 2021). Menurut teori Lubis (2020) seorang perawat patut mengajarkan tehnik relaksasi nafas dalam guna menghilangkan rasa nyeri yang muncul pada pasien post operasi yaitu dengan melakukan pengambilan nafas panjang dan lambat (menahan nafas dengan maksimal) kemudian menghembuskan nafas secara perlahan. Menurut Amaliah (2022) Nyeri pasca operasi seringkali menyulitkan pasien dan merupakan salah satu hal yang paling mengganggu, sehingga diperlukan intervensi untuk mengurangi gejala nyeri tersebut. Bentuk intervensi paling sederhana yang dimaksud adalah teknik tarik nafas dalam (Setiarini, 2023). Teknik relaksasi nafas dalam yang dilakukan secara berulang kali dapat memicu timbulnya rasa nyaman dan menurunkan rasa nyeri yang sedang dialami. Teknik relaksasi nafas dalam dianjurkan dalam penanganan nyeri karena penanganan dengan teknik farmakologis secara terus menerus dapat menimbulkan akibat yang kurang baik bagi tubuh (Fitriyanti & Machmudah, 2020).

Selain melakukan teknik relaksasi nafas dalam, penulis seharusnya dapat mengkombinasikan tehnik tersebut dengan penanganan nyeri nonfarmakologi lainnya seperti terapi spiritual dzikir dan do'a, terapi warna hijau, dan murrotal surah Ar-Rahman. Terapi dzikir dan do'a dapat menjadi salah satu kombinasi yang dapat dilakukan karena pasien adalah seorang muslim. Sebelum menerapkan terapi dzikir spiritual do'a, penulis dapat menyebutkan dzikir dan doa tertentu yang perlu dibaca. Selanjutnya penulis dan pasien melakukan terapi dzikir dan do'a bersama. Dengan bantuan terapi

dzikir, keluhan perasaan sakit diubah menjadi dzikir terhadap Allah SWT, hal tersebut dapat membuat pasien merasa lebih baik dan merasa damai. Kemudian berdo'a menjadi sarana untuk mengontrol rasa sakit. Bacaan do'a dan dzikir yang digunakan meliputi 33 kali membaca kalimat tasbih (Subhanallah), 33 kali membaca kalimat tahmid (Alhamdulillah), 33 kali membaca kalimat takbir (Allahuakbar), 33 kali membaca kalimat tahlil (Laa ilaaha il-lallah), dan 33 kali membaca alhauqalah (Laa haula wala quwwata illa billah), terus diulang selama kurang lebih lima belas menit (Muzaenah & Hidayati, 2021).

Terapi warna hijau dapat digunakan sebagai pilihan berikutnya untuk dikombinasikan dengan relaksasi nafas dalam. Menurut Jane (2012) terapi warna menjadi salah satu pengobatan penyakit yang bermanfaat bagi tubuh agar kesehatan tetap terjaga dan mampu memperbaiki ketidakseimbangan yang terjadi pada tubuh sebelum mengakibatkan permasalahan fisik atau mental. Meskipun tidak disadari, masing-masing warna mempunyai efek tersendiri bagi tubuh seperti warna hijau yang dapat berpengaruh pada ketenangan dan keseimbangan tubuh (Liani et al., 2020). Terapi warna hijau menurut Muharyani adalah salah satu terapi nonfarmakologis yang bisa menangani kecemasan, dengan diberikan terapi warna hijau pasien akan merasa rileks dan lebih nyaman bahkan merasa bahagia karena warna hijau termasuk golongan warna yang dapat memberikan kesegaran dan ketenangan (Pane, 2020).

Kemudian pilihan terapi nonfarmakologi terakhir yang bisa digunakan untuk mengatasi nyeri sebagai kombinasi oleh penulis adalah terapi murrotal Al-qur'an surah Ar-Rahman. Nirwana (2014) menjelaskan murrotal mempunyai makna tumbuhan yang indah dengan merekah dan masaknya yang berasal dari kata Ratlu As-syaghiri. Murotal secara istilah yakni keluarnya huruf dari makhroj yang sesuai dengan semestinya dan merupakan suatu bacaan yang damai disertai dengan buah pikiran yang penuh arti (Liani et al., 2020). Salah satu penanganan nyeri secara nonfarmakologis yaitu dengan melakukan distraksi pendengaran melalui murotal Al-qur'an. Surat

Ar-Rahman merupakan salah satu surat dalam Al-qur'an yang dapat digunakan karena di dalam surat tersebut terdapat ayat yang berulang-ulang dimana hal tersebut bisa mengalihkan perhatian dan berguna menjadi hypnosis. Dalam kondisi tersebut, hormon serotonin dan endofrin akan diproduksi oleh otak sehingga seseorang akan merasa nyaman, damai, dan sejahtera (Wirakhimi, 2021).

Selain menggunakan langkah yang mandiri, berkolaborasi dengan tenaga medis lainnya juga dilakukan penulis yaitu dengan memberikan obat yang sudah diresepkan oleh dokter sesuai dengan keadaan pasien. Pada kasus nyeri akut, pasien diberikan asam mefenamat 500 mg sebanyak tiga kali. Asam mefenamat biasanya direkomendasikan sebagai analgesik non-narkotik untuk mengobati nyeri akut yang dialami pasien akibat efek anestesi yang semakin menghilang (Mardikasari et al., 2020).

Pada hari ketiga tanggal 24 Juni 2022 pukul 10.00 WIB, penulis melakukan evaluasi pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik didapatkan keluhan nyeri menurun, meringis menurun, dan gelisah menurun. Tanda-tanda vital ; Tekanan darah : 163/66 mmHg, respirasi : 20x/menit, nadi : 82x/menit, SpO2 : 99%, suhu : 36,5. Berdasarkan data-data tersebut, masalah nyeri akut teratasi.

B. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan

Gangguan pola tidur merupakan terganggunya kapasitas dan jumlah waktu tidur yang disebabkan oleh keadaan eksternal (PPNI, 2017). Gangguan pola tidur adalah suatu hal yang terjadi setelah tindakan operasi dilakukan, sehingga demi memacu kepulihan kesehatan, diperlukan waktu tidur yang memadai. tidur merupakan suatu kepentingan pokok yang perlu didapatkan dengan maksimal, maka dari itu baik orang dalam keadaan sehat maupun sakit membutuhkan waktu tidur yang cukup (Madeira et al., 2019).

Penulis menegakkan diagnosa keperawatan gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan karena menurut data hasil pengkajian, didapatkan 80% data mayor menurut Standar Diagnosis

Keperawatan Indonesia (SDKI). Informasi yang didapatkan berupa data subjektif yaitu pasien mengeluh pola tidur berubah, mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, dan mengeluh istirahat tidak cukup kemudian didapatkan data objektif pasien tampak lesu dan mengantuk.

Pada diagnosa keperawatan gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan, planning atau intervensi utama adalah dukungan tidur yang dilakukan selama 3 hari pengelolaan (3x7 jam) dengan tujuan dan kriteria hasil tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil keluhan sulit tidur membaik, keluhan tidak puas tidur membaik, keluhan pola tidur berubah membaik, keluhan istirahat tidak cukup membaik. Demi tercapainya tujuan tersebut maka intervensi dalam manajemen nyeri yang harus dilakukan adalah identifikasi pola aktivitas dan tidur, identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur, modifikasi lingkungan (mis.suhu, matras, kebisingan), jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit (PPNI, 2018).

Implementasi keperawatan pada diagnosa gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan yang dilakukan oleh penulis yaitu memodifikasi lingkungan dengan menurunkan suhu ruangan apabila pasien mengeluh mengalami kesulitan tidur yang disebabkan oleh dinginnya suhu ruangan yang ditempati oleh pasien, kemudian memberikan edukasi mengenai pentingnya tidur cukup selama sakit agar pasien mengetahui betapa pentingnya waktu tidur yang cukup baik dalam keadaan terutama dalam keadaan sakit guna mempercepat proses pemulihan kesehatan sesuai dengan teori yang disebutkan oleh (Madeira et al., 2019).

Pada hari ketiga tanggal 24 Juni 2022 pukul 10.00 WIB, penulis melakukan evaluasi pada diagnosa gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan didapatkan hasil dari data subjektif pasien mengatakan sudah bisa tidur yang berarti tujuan dari implementasi keperawatan pada gangguan pola tidur telah tercapai karena keluhan-keluhan mengenai gangguan tidur tidak lagi muncul. Tanda-tanda vital ; Tekanan darah : 163/66 mmHg, respirasi : 20x/menit, nadi : 82x/menit, SpO2 : 99%, suhu : 36,5.

Berdasarkan data-data tersebut, masalah keperawatan gangguan pola tidur teratasi.

C. **Risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif**

Risiko infeksi merupakan risiko akan terjadinya serbuan organisme patogenik yang melampau (PPNI, 2018). Risiko infeksi adalah suatu kondisi yang dapat membahayakan kesehatan ketika patogen menyerang dan berkembang biak. lebih dari satu pencetus yang menjadi aspek terbentuknya infeksi luka operasi (ILO) (Herdman, 2020). Menurut Mockford & O;Grady (2017) Infeksi luka dapat terjadi akibat kontaminasi bakteri di lokasi pembedahan. Hal ini dapat terjadi karena beberapa alasan, antara lain: kerusakan pada bagian selaput kulit yang berlubang, flora bakteri normal pada kulit, teknik pembedahan yang tidak tepat dapat mengakibatkan penyebaran infeksi ke instrumen bedah dan daerah di sekitar pembedahan. Suatu hal yang sering terjadi pada keadaan post operasi adalah infeksi luka operasi (ILO) (Sari, 2019).

Penegakan diagnosa keperawatan risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif yang diangkat oleh penulis dikuatkan dengan data yang didapatkan saat pengkajian sudah sesuai dengan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) yaitu didapatkan data subjektif pasien mengatakan luka bekas operasinya terasa panas (seperti terbakar) dan nyeri kemudian didapatkan data objektif tampak luka post operasi di perut bagian bawah pasien dengan kondisi yang masih basah disertai kemerahan di sekitar luka dan dikuatkan dengan kadar leukosit yang berada diatas rentang normal yaitu 16.76 ribu/uL dari 3.60-11.00 ribu/uL. Leukosit adalah zat yang terbuat dari komponen darah. Salah satu fungsi dari leukosit sendiri yaitu sebagai pendukung sistem kekebalan tubuh untuk melawan macam-macam penyakit infeksi. Sel darah putih memiliki berbagai peran dan termasuk kedalam sel yang heterogen. Leukositosis adalah kadar leukosit yang meningkat melebihi nilai normal, hal yang menyebabkan leukositosis diantaranya ialah terjadinya infeksi bakteri, inflamasi dan nekrosis jaringan (Ridha et al., 2019) sehingga

dapat disimpulkan bahwa meningkatnya jumlah leukosit disebabkan oleh adanya infeksi.

Pada diagnosa keperawatan risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif, planning atau intervensi utama adalah pencegahan infeksi yang dilakukan selama 3 hari pengelolaan (3x7 jam) dengan tujuan dan kriteria hasil harapan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil kemerahan menurun, kadar sel darah putih menurun dan nyeri menurun. Demi tercapainya tujuan tersebut maka intervensi dalam pencegahan infeksi yang dilakukan adalah monitor tanda dan gejala infeksi, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien, jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara mencuci tangan dengan benar. Memberitahukan kepada pasien bahwa mencuci tangan menggunakan sabun merupakan cara yang ampuh guna mencegah terjadinya infeksi dapat dilakukan dengan cara mengajarkan pasien cara mencuci tangan yang baik dan benar (Sinanto, 2020).

Implementasi keperawatan pada diagnosa risiko infeksi ditandai dengan kadar leukosit tinggi oleh penulis yaitu monitor tanda dan gejala infeksi, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien, jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara mencuci tangan dengan benar. Mengajarkan cara mencuci tangan dengan baik dan benar kepada pasien dapat dilakukan mula-mula dengan mencontohkan terlebih dahulu urutan-urutan dan cara mencuci tangan sesuai dengan ketentuan yang ada, setelah itu pasien dapat langsung menirukan dan mengulangi secara mandiri apa yang sebelumnya sudah dicontohkan oleh penulis.

Hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan kadar leukosit yang tinggi, hal tersebut menandakan bahwa terdapat munculnya infeksi pada pasien. Yang seharusnya dilakukan oleh penulis pada point ini adalah memonitor kadar leukosit selama melakukan 3 hari pengelolaan asuhan keperawatan pada Ny. K di RSI Sultan Agung Semarang, namun karena pemeriksaan laboratorium darah yang dilakukan pada pasien post operasi hanya dilakukan selama satu kali, maka penulis tidak dapat melakukan

pemantauan atau monitor kadar leukosit pada pasien apakah sudah turun menuju batas normal atau masih berada pada rentang yang tidak normal.

Pada hari ketiga tanggal 24 Juni 2022 pukul 10.00 WIB, penulis melakukan evaluasi pada diagnosa risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif didapatkan hasil dari data subjektif pasien mengatakan luka post op tidak lagi rembes dan nyeri berkurang kemudian didapatkan data objektif luka tampak baik, tidak rembes dan kemerahan berkurang yang berarti tujuan dari implementasi keperawatan pada risiko infeksi telah tercapai.. Tanda-tanda vital ; Tekanan darah : 163/66 mmHg, respirasi : 20x/menit, nadi : 82x/menit, SpO2 : 99%, suhu : 36,5. Berdasarkan data-data tersebut, masalah keperawatan gangguan pola tidur teratasi.



BAB V

PENUTUP

A. Simpulan

1. Pengkajian keperawatan yang dilakukan menggunakan metode pengumpulan informasi melalui wawancara secara langsung terhadap pasien dan keluarga pasien. Penulis melakukan pengkajian secara menyeluruh sesuai dengan keadaan Ny. K dengan kasus mioma uteri.
2. Diagnosa keperawatan pada kasus Asuhan Keperawatan pada Ny. K Post Histerektomi di Ruang Baitunnisa 2 RSI Sultan Agung Semarang adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan, dan risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif.
3. Planning atau rencana tindakan keperawatan diproyeksikan untuk mencapai hasil yang diinginkan. Dalam hal ini, penyusunan rencana keperawatan disesuaikan dengan kondisi dan keperluan Ny. K. Untuk diagnosa pertama yakni nyeri akut, salah satu contoh tindakan keperawatan yang dilakukan ialah strategi penatalaksanaan nyeri nonfarmakologis pada pasien menggunakan teknik relaksasi napas dalam, kemudian pada diagnosa gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan tindakan keperawatan yang dilakukan adalah modifikasi lingkungan dan edukasi mengenai pentingnya tidur cukup selama sakit, dan yang terakhir pada diagnosa risiko infeksi tindakan keperawatan yang dilakukan ialah ajarkan cara mencuci tangan dengan baik dan benar untuk pencegahan infeksi.
4. Implementasi yang dilakukan oleh penulis sesuai dengan perencanaan keperawatan yang telah disusun yaitu memberikan teknik relaksasi nafas dalam pada diagnosa nyeri akut, memodifikasi lingkungan dan memberikan edukasi mengenai pentingnya tidur cukup selama sakit, mengajarkan cara mencuci tangan dengan baik dan benar guna pencegahan infeksi. Implementasi dilakukan sesuai dengan perencanaan yang sudah disusun sebelumnya.

5. Evaluasi keperawatan adalah proses menilai intervensi keperawatan yang telah dilakukan dan mengukur hasil dari proses keperawatan. Salah satu ilustrasi dari evaluasi yang efektif adalah pelaksanaan terapi spiritual seperti dzikir dan do'a yang dapat membantu pasien mengurangi masalah nyeri akibat prosedur operasi histerektomi, kemudian modifikasi lingkungan dapat menurunkan keluhan atau gangguan tidur yang dialami pasien, lalu yang terakhir memberikan edukasi mengenai cara mencuci tangan dengan baik dan benar sebagai salah satu cara pencegahan infeksi dapat mengurangi risiko terjadinya infeksi. Respon pasien dan keluarga terhadap asuhan keperawatan positif dan kooperatif. Tidak ada hambatan yang dihadapi dalam pengelolaan asuhan keperawatan karena pasien selalu mengikuti anjuran yang diberikan oleh penulis.

B. Saran

1. Institusi pendidikan

Untuk bidang keperawatan maternitas agar dapat menjadi bekal untuk mahasiswa maupun mahasiswi guna mendalami ilmu pengetahuan mengenai obstetri dan ginekologi yang spesifik terhadap mioma uteri post histerektomi dan sebagai referensi untuk pembuatan KTI berikutnya.

2. Lahan praktik

Untuk meningkatkan mutu dan pelayanan pada pasien mioma uteri post histerektomi di lahan praktik

3. Masyarakat

Pengetahuan masyarakat mengenai penyakit mioma uteri penting dan perlu untuk ditingkatkan, agar komplikasi yang mungkin timbul atau hal-hal yang tidak diinginkan akibat mioma uteri dapat dicegah sedini mungkin oleh masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Andriani, P. A. (2018). Analisis Regresi Faktor Resiko Kejadian Mioma Uteri di RSUD dr. R. Goeteng Tarunadibrata Purbalingga. *Indonesian Journal of Nursing Research (IJNR)*, 1(1), 39–47. <https://doi.org/10.35473/ijnr.v1i1.7>
- Anggraini, A., & Simanjuntak, M. (2022). Studi Kasus: Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Mioma Uteri Disertai Diabetes Melitus. *Buletin Kesehatan: Publikasi Ilmiah Bidang Kesehatan*, 6(1), 21–32. <https://doi.org/10.36971/keperawatan.v6i1.116>
- Aspiani, R. Y. (2017). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Maternitas*. Medan : Trans Info Media.
- Aulia, D. L. N., Anjani, A. D., & Utami, R. (2021). *Pemeriksaan Ibu dan Bayi* (Vol. 1). Banyumas : CV. Pena Persada Redaksi.
- Aymen, F. M., Amine, H. M., Ali, M., Kais, A., Raja, A., Slim, K., Monia, M., & Khaled, N. (2020). Submucosal myomas and fertility in Tunisian population. *PAMJ Clinical Medicine*, 3(185). <https://doi.org/10.11604/pamj-cm.2020.3.185.20482>
- Baringbing, J. O. (2020). Diagnosa Keperawatan Sebagai Bagian Penting dalam Asuhan Keperawatan. *OSF Preprints*, 1–9.
- Dictara, A., Angraini, D., & Musyabiq, S. (2018). Efektivitas Pemberian Nutrisi Adekuat dalam Penyembuhan Luka Pasca Laparotomi. *Majoritiy*, 7(2), 249–256.
- Dwi Rahmawati, A. L. (2022). Asuhan Keperawatan Post Operasi Ginekologi Dengan Nyeri pada Ibu S dan J di Rumah Sakit Wilayah DKI Jakarta. *Indonesian Journal of Nursing Scientific*, 2(1), 34–42.
- Faida, A., Meli, D., & Wijaya, R. P. K. (2016). *Pemeriksaan Fisik Head to Toe*. Sidoarjo : Akademi Keperawatan Kerta Cendekia.
- Fitriyanti, F., & Machmudah, M. (2020). Penurunan Intensitas Nyeri pada Pasien Mioma Uteri menggunakan Teknik Relaksasi dan Distraksi. *Ners Muda*, 1(1), 40. <https://doi.org/10.26714/nm.v1i1.5502>
- Freytag, D., Günther, V., Maass, N., & Alkatout, I. (2021). Uterine fibroids and infertility. *Diagnostics*, 11(8). <https://doi.org/10.3390/diagnostics11081455>
- Haq, R. K., Ismail, S., & Erawati, M. (2019). Studi Eksplorasi Manajemen Nyeri pada Pasien Post Operasi dengan Ventilasi Mekanik. *Jurnal Perawat*

Indonesia, 3(3), 191. <https://doi.org/10.32584/jpi.v3i3.307>

Haryani, F., Sulistyowati, P., & Ajiningtiyas, E. S. (2021). Pengaruh Teknik Relaksasi Napas Dalam Terhadap Intensitas Nyeri Pada Post Operasi Sectio Caesarea. *Journal of Nursing & Health*, 6(1), 15–24. <http://jurnal.politeknikyakpermas.ac.id/index.php/jnh/article/view/142%0A>

Herdman, T. H. (2020). *NANDA-I Diagnosis Keperawatan Definisi dan Klasifikasi 2018-2020*. Cimahi : EGC.

Jagentar P. Pane, A. M. S. (2020). Pengaruh Terapi Warna Hijau Terhadap Tingkat Kecemasan Mahasiswa dalam Menghadapi Ujian. *Elisabteh Health Journal*, V(01).

Jariah, A., Tenri Abeng, A., & Erawati, M. (2020). Manajemen Asuhan Kebidanan pada Nona R dengan Mioma Uteri. *Window of Midwifery Journal*, 01(02), 46–55. <https://doi.org/10.33096/wom.vi.287>

Kök, G., Nur Erdoğan, E., Söylemez, E. B., & Güvenç, G. (2020). Histerektomi Olan Hastanın Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine Göre Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu. *SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(2), 273–278. <https://doi.org/10.22312/sdusbed.651182>

Laning, I., Manurung, I., & Sir, A. (2019). Faktor Risiko yang Berhubungan dengan Kejadian Penyakit Mioma Uteri. *Lontar : Journal of Community Health*, 1(3), 95–102. <https://doi.org/10.35508/ljch.v1i3.2174>

Liani, V., Wuriningsih, A .Y., Rahayu, T., Distinarista, H., (2020). Kombinasi Terapi Murottal Al-Qur'an Surat Ar-Rahman dan Warna Hijau Dapat Menurunkan Nyeri Pada Pasien Kanker Serviks. *Universitas Islam Sultan Agung Semarang*, 93–102.

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.

Lubis, P. N. (2020). Diagnosis dan Tatalaksana Mioma Uteri. *Cermin Dunia Kedokteran*, 3(3), 196–200.

Macones, G. A., Caughey, A. B., Wood, S. L., Wrench, I. J., Huang, J., Norman, M., Pettersson, K., Fawcett, W. J., Shalabi, M. M., Metcalfe, A., Gramlich, L., Nelson, G., & Wilson, R. D. (2019). Guidelines for postoperative care in cesarean delivery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations (part 3). *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 221(3), 247.e1-247.e9. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.04.012>

- Madeira, A., Wiyono, J., & Ariani, N. L. (2019). Hubungan Gangguan Pola Tidur Dengan Hipertensi Pada Lansia. *Nursing News*, 4(1), 29–39.
- Majdawati, A., & Brahmana, I. B. (2021). Pembentukan Kelompok Cerdas Kesehatan Reproduksi dengan Mengetahui Peran Pemeriksaan Radiologi Bagi Skrining Penyakit Reproduksi. *JMM (Jurnal Masyarakat Mandiri)*, 5(5), 3–9.
- 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>
- Meylani A, Esther N. Tamunu, Moudy Lombogia, Y. P. N. (2020). Pendidikan Kesehatan Menggunakan Metode Lecuter dan Leaflet Pada Pengetahuan Wanita Tentang Deteksi Awal Mioma Uteri. *Media Kesehatan Politeknik Kesehatan Makassar*, 21(1), 1–9.
- Mise, I., Anggara, A., & Harun, H. (2020). Sebuah Laporan Kasus: Mioma Uteri Usia 40 Tahun. *Jurnal Medical Profession (MedPro)*, 2(2), 135–138.
- 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>
- Nazhifah, N. (2018). Asuhan Keperawatan Osteoarthritis Menggunakan Fokus Studi Penatalaksanaan Nyeri di RSUD Tidar Kota Magelang. *Jik- Jurnal Ilmu Kesehatan*, 2(2), 74–79. <https://doi.org/10.33757/jik.v2i2.116>
- Netra Wirakhimi, I. (2021). Pengaruh Terapi Murotal Ar Rahmaan terhadap Nyeri pada Ibu Pasca Operasi Caesar di RS Wijaya Kusuma Purwokerto. *Seminar Nasional Penelitian Dan Pengabdian Kepada Masyarakat*, 558–564.
- Nurarif, A. H., & Kusuma, H. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis NANDA & NIC-NOC*. Jombang : Media Action
- Patrisia, I., & Juhdeliena, Lia Kartika, Martina Pakpahan, Deborah Siregar, Biantoro, Adventina Delima Hutapea, Zulfa Khusniyah, Riama Marlyn Sihombing, Mukhoirotin Lina Berliana Togatorop, Y. F. S. (2020). *Asuhan Keperawatan pada Kebutuhan Dasar Manusia*. Medan : Yayasan Kita Menulis.
- Pratama, A. (2021). Tindakan Operatif Pada Mioma Uteri. *Medical Profession Program*, 3(2), 95–104.
- Rachman, T. (2018). Asuhan Keperawatan pada Tn. S dengan Post P Osteomielitis

di Ruang Cendana Rumah Sakit Umum Kota Tarakan. *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952., 10–27.

Rahayu, E., Bandaso, N., Saranga, D., & Kaput, J. A. (2019). Mioma Geburt Dengan Anemia: Laporan Kasus. *Jurnal Medical Profession (MedPro)*, 1(1), 39–42.

Redho, A., Sofiani, Y., & Warongan, A. W. (2019). Pengaruh Self Healing terhadap Penurunan Skala Nyeri Pasien Post Op. *Journal of Telenursing (JOTING)*, 1(1), 205–214. <https://doi.org/10.31539/joting.v1i1.491>

Retnaningsih, R., & Alim, Z. (2020). Characteristics of uterine myoma patients at inpatient rooms of dr. Soepraon 2nd Grade Military Hospital, Malang. *Majalah Obstetri & Ginekologi*, 28(2), 89. <https://doi.org/10.20473/mog.v28i22020.89-92>

Ridha, V. N., Susanti, R., & Yuswar, A. (2019). Eektivitas Penggunaan Antibiotik Profilaksis Pada Pasien Bedah Sesar (Sectio Caesaria) di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Rubini Mempawah. *Program Studi Farmasi, Fakultas Kedokteran, Universitas Tanjungpura, Pontianak*, 10.

Ridwan, M., Lestari, G. I., & Fibrila, F. (2021). Hubungan Usia Ibu, Obesitas Dan Penggunaan Kontrasepsi Hormonal Dengan Kejadian Mioma Uteri. *Jurnal Medikes (Media Informasi Kesehatan)*, 8(1), 11–22. <https://doi.org/10.36743/medikes.v8i1.268>

Ryan, Cooper, & Tauer. (2022). Asuhan Keperawatan Perioperatif Pada Pasien Mioma Uteri dengan Tindakan Histerektomi di Rumah Sakit Mardi Waluyo Metro Tahun 2022. *Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents*, 12–26.

Salim, I. A., & Finurina, I. (2015). Karakteristik Mioma Uteri di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Banyumas. *Jurnal Ilmiah Ilmu-Ilmu Kesehatan*, 13(3), 9.

Sari, I. P. (2019). Efektitas Kepatuhan Perawat Dengan Kejadian Infeksi Post OP Di Ruang Mawar RSI Nashrul Ummah Lamongan. *Medica Majapahit*, 11(1), 29–35.

Setiarini, S. (2023). Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Tingkat Nyeri Pada Pasien Post Sectio Cesaria Di Ruang Rawat Inap Kebidanan Rsud Pariaman. *Menara Ilmu*, XII(79), 144–149. <http://jurnal.umsb.ac.id/index.php/menarailmu/article/viewFile/548/487>

Setiati, E. (2018). *Waspadai 4 Kanker Ganas Pembunuh Wanita*. Yogyakarta : Andi Offset.

- Sinanto, R. A. (2020). Efektivitas Cuci Tangan Menggunakan Sabun Sebagai Upaya Pencegahan Infeksi : Tinjauan Literatur. *Jurnal Kesehatan Karya Husada*, 8(2).
- Sitanggang, R. (2018). Tujuan evaluasi dalam keperawatan. *Journal Proses Dokumentasi Asuhan Keperawatan*, 1(5), 1–23.
- Sudirman, A. A., Syamsuddin, F., Kasim, S. S., (2023). Efektifitas Teknik Relaksasi Napas Dalam Terhadap Penurunan Skala Nyeri Pada Pasien Appendisitis di IRD RSUD Otanaha Kota Gorontalo. *Jurnal Inovasi Riset Ilmu Kesehatan*, 1(2), 137–147.
- 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>
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2018). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)*, Edisi 1. Jakarta: Persatuan Perawat Indonesia
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)*, Edisi 1. Jakarta: Persatuan Perawat Indonesia
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)*, Edisi 1. Jakarta: Persatuan Perawat Indonesia
- Tumaji, Rukmini, Oktarina, N. I. U. (2020). Pengaruh Riwayat Kesehatan Reproduksi Terhadap Kejadian Mioma Uteri Pada Perempuan di Perkotaan Indonesia. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 89–98.
- Wardoyo, A. V., & Oktarlina, R. Z. (2019). 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>
- Wisnu, A. C., Setiawan, A., & Anastasia, M. C. (2023). *Gambaran USG Leiomioma Uteri Pada Dewasa*, 1(2).
- Wulandari, A. D., Cahyawati, P. N., & Kurniawan, K. A. (2021). Hubungan Usia dan Paritas dengan Kejadian Mioma Uteri di RSUD Wagaya Denpasar Tahun 2016-2017. *Bali Health Journal*, 5(2), 104–110. <http://ejournal.unbi.ac.id/index.php/BHJ>
- Yanti, Y. (2022). Manajemen Nyeri Non Farmakologi Guided Imagery Pada Pasien Post Operasi Carcinoma Mammae. *Jurnal Inovasi Penelitian*, 3(4), 5695–5700.

Zalvi, W., Devi, A., & Megawati. (2020). Kepuasan Pasien Ruang Rawat Inap Bangsal Penyakit Dalam Perempuan Rumah Sakit Dr. Pirngadi Medan. *Jurnal Health Sains* 13(1), 104–116.

