



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. F DENGAN GANGGUAN
SISTEM REPRODUKSI “POST OPERASI MIOMA UTERI” DI
RUANG S RUMAH SAKIT SWASTA BEKASI
DI MASA PANDEMI COVID-19**

Disusun oleh :

Windi Febriyanti

201801042

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MITRA KELUARGA
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
BEKASI
2021**



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. F DENGAN GANGGUAN
SISTEM REPRODUKSI “POST OPERASI MIOMA UTERI” DI
RUANG S RUMAH SAKIT SWASTA BEKASI
DI MASA PANDEMI COVID-19**

**Disusun oleh :
Windi Febriyanti
201801042**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MITRA KELUARGA
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
BEKASI
2021**

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : Windi Febriyanti

NIM : 201801042

Program Studi : DIII Keperawatan

Institusi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga

Mengatakan bahwa makalah Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Ny. F dengan Gangguan Sistem Reproduksi “Post Operasi Mioma Uteri” di Ruang S Rumah Sakit Swasta Bekasi di Masa Pandemi COVID-19” yang dilaksanakan pada tanggal 30 April 2021 sampai dengan tanggal 02 Mei 2021 adalah hasil karya sendiri dan semua sumber-sumber yang digunakan sudah saya nyatakan benar.

Orisinalitas makalah Karya Tulis Ilmiah ini tanpa ada unsur *plagialisme* baik dalam aspek substansi maupun penulisan.

Bekasi, 18 Juni 2021

Yang Membuat Pernyataan



Windi Febriyanti

LEMBAR PERSETUJUAN

Makalah Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Ny. F dengan Gangguan Sistem Reproduksi “Post Operasi Mioma Uteri” di Ruang S Rumah Sakit Swasta Bekasi di Masa Pandemi COVID-19” ini telah disetujui untuk diujikan pada Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji.

Bekasi, 18 Juni 2021
Pembimbing Makalah



(Ns. Lina Herida Pinem, S.Kep, M.Kep)

Mengetahui,

Koordinator Program Studi DIII Keperawatan
STIKes Mitra Keluarga



(Ns.Devi Susanti, S.Kep., M.Kep.,Sp.Kep.M.B)

LEMBAR PENGESAHAN

Makalah Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Ny. F dengan Gangguan Sistem Reproduksi “Post Operasi Mioma Uteri” di Ruang S Rumah Sakit Swasta Bekasi di Masa Pandemi COVID-19” yang disusun oleh Windi Febriyanti (201801042) telah diujikan dan dinyatakan LULUS dalam Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji pada tanggal 21 Juni 2021.

Bekasi, 21 Juni 2021

Penguji I



(Ns. Edita Astuti Panjaitan, S.Kep., M.Kep)

Penguji II



(Ns. Lina Herida Pinem, S.Kep, M.Kep)

Nama : Windi Febriyanti
NIM : 201801042
Program Studi : DIII Keperawatan
Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan pada Ny. F dengan Gangguan Sistem Reproduksi Post Operasi Mioma Uteri di Ruang S Rumah Sakit Swasta Bekasi di Masa Pandemi COVID-19
Halaman : v + 94 halaman + 1 tabel
Pembimbing : Lina Herida Pinem

ABSTRAK

Latar Belakang:

Mioma Uteri adalah suatu tumor jinak, berbatas tegas, tidak berkapsul, yang berasal dari otot polos dan jaringan ikat fibrous. Biasa juga disebut *fibromioma* uteri, *leiomioma* uteri atau *uterine fibroid*. Tumor jinak ini merupakan neoplasma jinak yang paling sering ditemukan pada traktus genitalia wanita, terutama wanita usai produktif. Di Indonesia berdasarkan *survey* demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012-2013, angka kasus mioma uteri sebesar 20 per 1000 wanita dewasa. Dalam 1 tahun, sekitar 49,598 wanita mengalami mioma uteri.

Tujuan Umum:

Laporan kasus ini adalah bentuk untuk memperoleh gambaran nyata melakukan proses asuhan keperawatan pada pasien dengan post operasi mioma uteri.

Metode Penelitian:

Dalam penyusunan laporan kasus ini menggunakan metode deskriptif yaitu dengan mengungkapkan fakta-fakta sesuai dengan data-data yang didapat.

Hasil:

Hasil dari pengkajian didapatkan tiga diagnosa yaitu: nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi), risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri luka operasi. Intervensi prioritas pada tiga diagnosa yaitu: Monitor tanda-tanda vital (TD, N, RR, S) setiap shift, identifikasi karakteristik, lokasi, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri, ajarkan teknik relaksasi nafas dalam, dan berikan terapi obat tamoliv 4x500 mg melalui iv sesuai intruksi dokter. Intervensi kedua yaitu: Monitor tanda-tanda vital per shift, monitor tanda-tanda infeksi (dolor, calor, rubor, tumor dan

fungsi laesa) / 8 jam, lakukan perawatan luka sesuai jadwal, jelaskan tanda-tanda infeksi pada pasien dan keluarga, ajarkan pasien dan keluarga teknik pencegahan infeksi, dan berikan terapi obat Broadced 2x1 gr melalui iv sesuai intruksi dokter. Intervensi ketiga yaitu: Monitor tanda-tanda vital, identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, fasilitasi melakukan pergerakan, Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, dan anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (duduk, di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi).

Kesimpulan dan Saran:

Diagnosa prioritas sesuai dengan kebutuhan dasar yang paling utama yaitu kebutuhan fisiologis dan semua intervensi yang telah disusun terlaksana sehingga tujuan tercapai. Perawat diharapkan bekerja sama tim dengan agar memberikan asuhan keperawatan yang optimal kepada pasien.

Kata Kunci: Asuhan Keperawatan, Gangguan Reproduksi, Mioma Uteri

Daftar Pustaka: 20 referensi terdiri dari 11 buku (2011-2019) dan 9 jurnal (2013-2019)

Name : Windi Febriyanti
Student Number : 201801042
Studi Program : DIII-Nursing
Title of Scientific Papers : Nursing Care to Ny. F With Reproductive System Disorders Post Operative of Uterine Myoma in S Room Hospital in Bekasi of the COVID-19 Pandemic
Page : vii + 94 page + 1 table
Supervisor : Lina Herida Pinem

ABSTRACT

Background:

Myoma Uter is a benign tumor, well defined, not encapsulated, originating from smooth muscle and fibrous connective tissue. Also known as uterine fibromyoma, uterine leiomyoma or uterine fibroids. This benign tumor is the most common benign neoplasme found in the female genital tract, especially after productive women. In Indonesia, based on the Indonesian *survey* demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012-2013, the number of uterine myoma cases was 20 per 1000 adult women. In 1 year, about 49,598 women experience uterine fibroids.

Main Objectvie:

This case report is a form to obtain a real picture of carrying out the nursing care process in patients with postoperative uterine myoma.

Method in Writing:

In organizing the report case, it is using method of case study, literature, and descriptive by stating facts according to obtained data.

Results:

The results of the study obtained three diagnoses, namely: acute pain associated with physical injury agents (surgical procedures), risk of infection associated with the effects of invasive procedures, impaired physical mobility associated with surgical wound pain. Priority interventions for three diagnoses are: Monitor vital signs (TD, N, RR, S) every shift, identify characteristics, location, duration, frequency, quality, and intensity of pain, teach deep breathing relaxation techniques, and administer tamolive drug therapy. 4x500 mg via iv according to doctor's instructions. The second intervention is: Monitor vital signs per shift, monitor for signs of infection (dolor, calor, rubor, tumor

and functional laesa) / 8 hours, perform wound care according to schedule, explain signs of infection to patients and families, teach patient and family infection prevention techniques, and give Broadced drug therapy 2x1 gr via iv according to doctor's instructions. The third intervention is: Monitor vital signs, identify physical tolerance for movement, facilitate movement, Involve the family to assist the patient in improving movement, and recommend simple mobilizations that must be done (sitting, in bed, sitting on the side of the bed, moving). from bed to chair).

Conclusions and Recommendations:

Diagnosis of priority according to the most basic needs are physiological needs and all the interventions that have been prepared accomplished that goal is reached. Nurses are expected to work closely with the team in order to provide optimal nursing care to patients.

Keywords: Nursing care, Reproductive Disorders, Uterine Myoma

Bibliography: 20 references consist of 11 books (2011-2019) and 9 journals (2013-2019)

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena berkat rahmat dan Karunianya penulis dapat menyelesaikan Makalah Ilmiah ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. F Dengan “Post Operasi Mioma Uteri” di Ruang S Rumah Sakit Swasta Bekasi di Masa Pandemi COVID-19”.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan dan penyusunan Makalah Ilmiah ini penulis menemukan banyak kesulitan, akan tetapi berkat bantuan, bimbingan, dorongan dari berbagai pihak, makalah ini dapat diselesaikan dengan baik. Maka dalam kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ibu Dr. Susi Hartati, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.An selaku ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga.
2. Ibu Ns. Lina Herida Pinem, S.Kep, M.Kep selaku dosen pembimbing makalah yang telah menyempatkan waktu untuk memberikan dorongan, bimbingan motivasi dan pengarahan yang bermanfaat dengan kesabaran membantu penulis dalam Menyusun penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
3. Ibu Ns. Edita Astuti Panjaitan, S.Kep., M.Kep selaku dosen penguji yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menyelesaikan makalah ini, serta memberikan masukan dan dorongan kepada penulis.
4. Ibu Ns. Devi Susanti, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.M.B selaku dosen pembimbing akademik dan selaku Ka Prodi DIII Keperawatan yang telah meluangkan waktunya untuk memberikan motivasi, serta dorongan yang kepada penulis dalam Menyusun penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Seluruh staff pengajar dan Pendidikan yang telah memberikan ilmu pengetahuan selama menjalani masa-masa Pendidikan.
6. Keluarga Ny. F yang telah bersedia memberikan informasi mengenai keluarganya dan sudah meluangkan waktunya untuk penulis menyelesaikan, sehingga penulis mampu menyelesaikan asuhan keperawatan dengan baik.
7. Keluarga yang penulis sayangi, terutama Kedua orang tua Witno dan Musriah, kakak Witianingsih, Widiyanto, Uban Nurmansyah, dan Warsih Sunengsih serta

ketiga ponakan yang penulis Wizzam, Wabil dan Waiz yang selalu memberikan doa, semangat, dan motivasi untuk menyelesaikan Pendidikan.

8. Kelompok KTI Keperawatan Maternitas (Azzahra Shafa Maurin, Wiwit Widiawati) dan teman-teman Angkatan VIII STIKes Mitra Keluarga yang telah memberikan bantuan dan semangat kepada penulis.
9. Teman seperjuangan penulis Christine Rodo, Dosmaria Octania, Fioren Marcelina, Mutiara Widya Utomo dan Shifa Salsabila yang selalu memberikan doa, semangat dan motivasi kepada penulis.
10. Teman kecil penulis Neng Rosita serta kakak bagi saya yang selalu memberikan semangat kepada penulis.
11. Teman masa SMK penulis Adi Wijaya, Anisa Ayu, Shinta Oktavia, Sri Wahyuni, Tasya Agnesti dan Yusrizki yang selalu membantu dan memberikan semangat kepada penulis.
12. Kakak tingkat Parwi Lestari dan Nisma yang selalu memberikan semangat dan motivasi kepada penulis.
13. Kakak perawat dari masa penulis PKL di Depok Dina Etika yang selalu memberikan semangat dan motivasi kepada penulis.
14. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, yang telah mendukung penulis dalam doa dan perhatian.

Penulis menyadari bahwa penulisan makalah ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna, karena keterbatasan pengetahuan dan kemampuan yang penulis miliki. Maka dalam kesempatan ini penulis mengharapkan saran dan kritik yang sifatnya membangun demi sempurnanya perbaikan penulisan ilmiah. Demikian penulisan makalah ini disusun, semoga dapat bermanfaat penulis khususnya dan bagi semua pembaca lain umumnya.

Bekasi, 16 Juni 2021

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Winda Febriyanti', written in a cursive style.

Winda Febriyanti

DAFTAR ISI

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
ABSTRAK	v
ABSTRACT	vii
KATA PENGANTAR	ix
DAFTAR ISI	xii
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB I	1
PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan	4
1. Tujuan Umum	4
2. Tujuan Khusus	4
C. Ruang Lingkup	5
D. Metode Penulisan	5
E. Sistematika Penulisan	6
BAB II	7
TINJAUAN TEORI	7
A. Pengertian	7
B. Etiologi	7
C. Patofisiologi	8
1. Proses Perjalanan Penyakit	8
2. Manifestasi Klinik.....	9
3. Klasifikasi	10
4. Komplikasi.....	12
D. Penatalaksanaan Medis	12
1. Tes Diagnostik	12
2. Terapi	14
E. Pengkajian Keperawatan	18
F. Diagnosa Keperawatan	24

G. Perencanaan Keperawatan.....	24
H. Pelaksanaan Keperawatan	36
I. Evaluasi Keperawatan	37
BAB III.....	38
TINJAUAN KASUS	38
A. Pengkajian Keperawatan	38
Data Fokus	44
Analisa Data	46
B. Diagnosa Keperawatan	47
C. Perencanaan, Pelaksanaan, dan Evaluasi Keperawatan	48
BAB IV	61
PEMBAHASAN.....	61
A. Pengkajian Keperawatan	61
B. Diagnosa Keperawatan	62
C. Perencanaan Keperawatan.....	63
D. Pelaksanaan Keperawatan	65
E. Evaluasi Keperawatan	65
BAB V.....	68
PENUTUP.....	68
A. Kesimpulan	68
B. Saran.....	69
DAFTAR PUSTAKA	70
LAMPIRAN	72

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Analisa Data.....	46
-----------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Satuan acara penyuluhan (SAP).....	Error! Bookmark not defined.
Lampiran 2. Materi Perawatan Luka Post Operasi	70
Lampiran 3. Leaflet Perawatan Luka Post Operasi	72

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan reproduksi wanita memberi pengaruh yang besar dan berperan penting terhadap kelanjutan generasi penerus bagi suatu negara. Kesehatan reproduksi juga merupakan parameter kemampuan negara dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan terhadap masyarakat (Lilyani et al., 2012).

Menurut *World Health Organizatio* (WHO) Kesehatan reproduksi adalah suatu kesejahteraan fisik, mental, sosial yang utuh bukan hanya bebas dari penyakit atau kecacatan dalam segala aspek yang berhubungan dengan sistem reproduksi, fungsi, serta prosesnya (Nugroho, 2012).

Masalah Kesehatan reproduksi wanita salah satunya yaitu leiomyoma uteri dikenal juga dengan fibromyoma, fibroid maupun mioma. Mioma uteri merupakan tumor jinak yang struktur utamanya adalah otot polos Rahim. Mioma uteri terjadi pada 20-25% perempuan di usia produktif, tetapi oleh karena factor yang tidak diketahui secara pasti. Insidennya 3-9 kali lebih banyak pada ras kulit berwarna sawo matang dibandingkan dengan ras kulit berwarna putih (Anwar, 2011).

(Nugroho, Taufan, Utama, 2014) menyatakan bahwa mioma uteri merupakan salah satu tumor jinak pada dinding rahim wanita. Salah satu penyakit sistem reproduksi wanita sejenis tumor yang paling sering ditemukan adalah mioma uteri. Mioma uteri disebut juga leiomoma, fibromioma, atau fibroid merupakan neoplasma jinak yang berasal dari otot uterus dan jaringan ikat (Arif Mansjoer, 2015).

Mioma uteri menjadi salah satu penyebab utama terjadinya kematian pada wanita di usia reproduksi atau kadang terjadi setelah menopause (Mathew

& Abraham, 2018). Diperkirakan insiden kejadian mioma uteri pada wanita usia reproduktif sebesar 20-50%, sementara kejadian mioma uteri pada remaja belum terdokumentasi dengan baik (Istihaq, 2014).

Menurut penelitian *World Health Organization* (WHO) setiap tahun jumlah penderita mioma bertambah mencapai 6,25 juta orang dalam 10 tahun mendatang diperkirakan 9 juta orang akan meninggal setiap tahun akhir akibat mioma di dunia akan berada dinegara-negara yang sedang berkembang (Setiati et al, 2014).

Prevalensi mioma uteri sebanyak 44,41% pada wanita dengan usia 31-40 tahun dengan rata-rata terjadi pada wanita usia 30-50 tahun. Di Indonesia mioma uteri ditemukan 2,39%-11,7% pada semua penderita ginekologi yang dirawat dan paling sering ditemukan pada wanita umur 35-45 tahun kurang lebih 25% serta jarang terjadi pada wanita umur 20 tahun dan pasca menopause (Ahmad Syahlani, 2016).

Jumlah kejadian mioma uteri di Indonesia menempati urutan kedua setelah kanker serviks, sedangkan angka kejadiannya diprediksi mencapai 20-30% terjadi pada wanita berusia di atas 30 tahun. Di Indonesia berdasarkan survey demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012-2013, angka kasus mioma uteri sebesar 20 per 1000 wanita dewasa. Dalam 1 tahun, sekitar 49,598 wanita mengalami mioma uteri (Sulastriningsih, 2019).

Berdasarkan dengan data *medical record* di salah satu Rumah Sakit Swasta Bekasi pada satu tahun terakhir ini didapatkan kasus kejadian mioma uteri pada tahun 2020 bulan Juni hingga April tahun 2021 berjumlah 38 pasien.

Beberapa faktor yang mempengaruhi mioma uteri diantaranya usia, paritas, genetik, dan fungsi ovarium. Mioma uteri terjadi pada wanita berusia lebih dari 30 tahun, tetapi bisa juga tumbuh pada wanita usia berapapun. Peningkatan risiko mioma uteri pada usia lebih dari 30 tahun terkait dengan

stimulasi hormone esterogen yang dihasilkan oleh ovarium yang mengalami peningkatan pada usia reproduksi. Kebanyakan penderita mioma uteri tidak merasakan gejala khusus, tetapi tidak menutup kemungkinan mioma tumbuh dengan gejala. Mioma uteri lebih sering ditemukan pada wanita nullipara atau yang kurang subur. Wanita yang sering melahirkan lebih sedikit kemungkinannya untuk terjadinya perkembangan mioma uteri dibandingkan dengan wanita yang tidak pernah hamil atau satu kali hamil (Octaviana, A. & Pranajaya, 2014).

Dampak yang muncul pada penyakit mioma uteri yaitu dapat menyebabkan keguguran, persalinan prematuritas, gangguan saat proses persalinan, tertutupnya saluran induk telur menimbulkan infertilitas, dan pada kehamilan kala ketiga terjadi gangguan pelepasan plasenta dan perdarahan. Pengaruh mioma bergantung pada besar dan posisi tumor, jika tumor menyebabkan distorsi rongga uterus, risiko abortus spontan menjadi 2 kali lipat dan kemungkinan persalinan prematur meningkat. Komplikasi yang terjadi tergantung pada jumlah, ukuran, dan posisi mioma di dalam uterus (Kurniaty, R., 2018).

Dalam hal ini peran perawat berpengaruh dalam kebutuhan klien dengan mioma uteri. Yaitu dengan memberikan asuhan keperawatan yang tepat pada klien dengan mioma uteri serta menjalankan fungsi perannya sebagai *educator*. Salah satu Tindakan yang dapat dilakukan oleh perawat dalam melekukan intervensi keperawatan pada asuhan keperawatan pada klien post operasi mioma uteri dengan masalah keperawatan nyeri akut dengan memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif. Penanganan nyeri akut menurut SIKI (Standart Intervensi Keperawatan Indonesia) 2018 adalah dengan melakukan teknik relaksasi. Penanganan nyeri dengan teknik nonfarmakologi merupakan modal utama menuju kenyamanan. Teknik Pereda nyeri nonfarmakologi dapat dilakukan perawata secara mandiri tergantung pada petugas medis lain dalam pelaksanaannyaperawat dengan

pertimbangan dan keputusannya sendiri untuk memenuhi kebutuhan dasar manusia (Bagun, A.V & Nuraeni, 2013).

Berdasarkan uraian diatas, maka perlu dilakukan suatu usaha dalam penanganan kesehatan pada penyakit mioma uteri untuk meningkatkan kemampuan dan pemahaman serta kesehatan pada penderita tersebut. Usaha ini memerlukan strategi atau metode perawatan yang tepat dan dapat dipahami dan dilakukan pasien itu sendiri dengan tujuan yang diharapkan dapat tercapai.

Berdasarkan uraian diatas dapat terlihat bahwa pentingnya peranan perawat dalam pemberian asuhan keperawatan yang holistik dapat membantu proses penyembuhan pasien. Maka penulis tertarik untuk membuat makalah ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Gangguan Sistem Reproduksi Post Operasi Mioma Uteri di Ruang Seruni Rumah Sakit Swasta Bekasi di Masa Pandemi COVID-19”.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Diperolehnya pengalaman secara nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien Ny. F dengan Gangguan Sistem Reproduksi “Post Operasi Mioma Uteri” di Ruang S Rumah Sakit Swasta Bekasi di Masa Pandemi COVID 19 .

2. Tujuan Khusus

- a. Penulis mampu melakukan pengkajian keperawatan pada klien Ny. F dengan Gangguan Sistem Reproduksi “Post Operasi Mioma Uteri”.
- b. Penulis mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada klien Ny. F dengan Gangguan Sistem Reproduksi “Post Operasi Mioma Uteri”.
- c. Penulis mampu merencanakan tindakan keperawatan pada klien Ny. F dengan Gangguan Sistem Reproduksi “Post Operasi Mioma Uteri”.

- d. Penulis mampu melakukan tindakan keperawatan pada klien Ny. F dengan Gangguan Sistem Reproduksi “Post Operasi Mioma Uteri”.
- e. Penulis mampu melakukan evaluasi keperawatan pada klien Ny. F dengan Gangguan Sistem Reproduksi “Post Operasi Mioma Uteri”.
- f. Penulis mampu mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat pada teori dan kasus.
- g. Penulis mampu mengidentifikasi faktor-faktor pendukung, penghambat, serta mencari solusi/alternatif pemecahan masalah.
- h. Penulis mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada klien Ny. F dengan Gangguan Sistem Reproduksi “Post Operasi Mioma Uteri”.

C. Ruang Lingkup

Dalam penyusunan makalah ilmiah ini, penulis membatasi Asuhan Keperawatan pada klien Ny. F dengan Gangguan Sistem Reproduksi “Post Operasi Mioma Uteri” di Ruang S Rumah Sakit Swasta Bekasi di Masa Pandemi COVID 19 dari tanggal 30 April 2021 sampai dengan 02 Mei 2021.

D. Metode Penulisan

Penulisan Makalah ilmiah ini menggunakan metode deskriptif yaitu memaparkan atau menggambarkan pemberian asuhan keperawatan pada Ny. F dengan Gangguan Sistem Reproduksi “Post Operasi Mioma Uteri” melalui pendekatan proses keperawatan secara naratif. Untuk melengkapi makalah ini digunakan pula berbagai sumber dan teknik penulisan:

1. Studi kasus yaitu dengan memberikan asuhan keperawatan secara langsung sehingga dapat memperoleh data yang akurat dari klien dan keluarga.
2. Studi dokumentasi yaitu dengan cara melihat catatan keperawatan dan catatan medis yang berhubungan dengan klien.

3. Studi kepustakaan yaitu dengan teknik mempelajari dan membaca data berdasarkan buku-buku yang berhubungan dengan kasus maupun media cetak dan media elektronik.

E. Sistematika Penulisan

Makalah ilmiah ini terdiri dari lima BAB yang disusun secara sistematis, yaitu:

BAB 1 Pendahuluan, yang terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, ruang lingkup, metode penulisan, dan sistematika penulisan.

BAB II Tinjauan Teori, yang terdiri dari pengertian mioma uteri, klasifikasi mioma uteri, patofisiologi mioma uteri (etiologi mioma uteri, proses penyakit mioma uteri, manifestasi klinis mioma uteri, komplikasi mioma uteri), penatalaksanaan medis, pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan

BAB III Tinjauan Kasus, yang terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi keperawatan.

BAB IV Pembahasan, yang terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi keperawatan.

BAB V Penutup, yang terdiri dari kesimpulan dan saran.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Pengertian

Mioma uteri yang disebut juga dengan fibroid uterus atau leiomioma uterus adalah tumor jinak otot polos uterus yang terdiri dari sel-sel jaringan otot polos, jaringan pengikat fibroid, kolagen (Surya, E., 2017).

Mioma Uteri adalah suatu tumor jinak, berbatas tegas, tidak berkapsul, yang berasal dari otot polos dan jaringan ikat fibrous. Biasa juga disebut fibromioma uteri, leiomioma uteri atau uterine fibroid. Tumor jinak ini merupakan neoplasma jinak yang paling sering ditemukan pada traktus genitalia wanita, terutama wanita usai produktif. Walaupun tidak sering, disfungsi reproduksi yang dikaitkan dengan mioma mencakup infertilitas, abortus spontan, persalinan prematur dan malpresentasi (Crum, 2003 dalam Aspiani, 2017).

Mioma uteri merupakan masalah Kesehatan reproduksi yang dapat menyebabkan morbiditas cukup serius bagi wanita usia subur dan secara signifikan dapat mempengaruhi kualitas hidup penderitanya (Pritts et al., 2015).

B. Etiologi

Menurut Aspiani (2017) Etiologi pasti belum diketahui. Faktor risiko terjadinya mioma uteri yaitu:

a) Usia penderita

Mioma uteri ditemukan sekitar 20% pada wanita usia reproduksi dan sekitar 40%-50% pada wanita usia di atas 40 tahun. Mioma uteri jarang ditemukan sebelum menarke (sebelum mendapatkan haid). Sedangkan pada wanita menopause mioma uteri ditemukan sebesar 10%.

b) Hormon endogen (endogenous hormonal)

Konsentrasi estrogen pada jaringan mioma uteri lebih tinggi dari pada jaringan miometrium normal.

c) Riwayat keluarga

Wanita dengan garis keturunan tingkat pertama dengan penderita mioma uteri mempunyai 2.5 kali kemungkinan untuk menderita mioma dibandingkan dengan wanita tanpa garis keturunan penderita mioma uteri.

d) Indeks massa tubuh (IMT)

Obesitas juga berperan dalam terjadinya mioma uteri.

e) Makanan

Dilaporkan bahwa daging sapi, daging setengah matang (red meat), dan daging babi meningkatkan insiden mioma uteri, namun sayuran hijau menu runkan insiden mioma uteri.

f) Kehamilan

Kehamilan dapat mempengaruhi mioma uteri karena tingginya kadar estrogen dalam kehamilan dan bertambahnya vaskularisasi ke uterus. Hal ini mempercepat pembesaran mioma uteri.

g) Paritas

Mioma uteri lebih banyak terjadi pada wanita dengan multipara dibandingkan dengan wanita yang mempunyai riwayat frekuensi melahirkan 1 (satu) atau 2 (dua) kali.

C. Patofisiologi

1. Proses Perjalanan Penyakit

Mioma uteri mulai tumbuh sebagai bibit yang kecil di dalam miometrium dan lambat laun membesar karena pertumbuhan itu miometrium terdesak menyusun semacam pseudokapsul atau simpai semu yang mengelilingi tumor di dalam uterus mungkin terdapat satu mioma, akan tetapi mioma biasanya banyak. Jika ada satu mioma yang tumbuh intramural dalam korpus uteri maka korpus ini tampak bundar dan konstipasi padat. Bila terletak pada dinding depan uterus, uterus mioma dapat menonjol ke depan sehingga menekan dan mendorong kandung kencing ke atas sehingga sering menimbulkan keluhan miksi.

Tetapi masalah akan timbul jika terjadi: Berkurangnya pemberian darah pada mioma uteri yang menyebabkan tumor membesar, sehingga menimbulkan rasa nyeri dan mual. Selain itu masalah dapat timbul lagi jika terjadi perdarahan abnormal pada uterus yang berlebihan sehingga terjadi anemia. Anemia ini bisa mengakibatkan kelemahan fisik, kondisi tubuh lemah, sehingga ke butuhan perawatan diri tidak dapat terpenuhi. Selain itu dengan perdarahan yang banyak bisa mengakibatkan seseorang mengalami kekurangan volume cairan.

2. Manifestasi Klinik

Menurut Aspiani (2017) Gejala yang timbul sangat tergantung pada tempat mioma, besarnya tumor, perubahan dan komplikasi yang terjadi. Gejala yang mungkin timbul, diantaranya:

- a) Perdarahan abnormal, berupa hipermenore, menoragia dan metroragia.
Faktor-faktor yang menyebabkan perdarahan antara lain:
 - 1) Terjadinya hiperplasia endometrium sampai adenokarsinoma endometrium karena pengaruh ovarium.
 - 2) Permukaan endometrium yang lebih luas dari pada biasanya.
 - 3) Atrofi endometrium di atas mioma submukosum.
 - 4) Miometrium tidak dapat berkontraksi optimal karena adanya mioma di antara serabut miometrium.
- b) Rasa nyeri yang mungkin timbul karena gangguan sirkulasi darah pada sarang mioma, yang disertai nekrosis setempat dan peradangan. Nyeri terutama saat menstruasi.
- c) Penekanan organ di sekitar tumor oleh mioma uteri seperti kandung kemih, saluran kemih (ureter), usus besar (rektum) atau organ rongga panggul lainnya sehingga menimbulkan gangguan buang air besar dan buang air kecil, pelebaran pembuluh darah vena dalam panggul, gangguan ginjal karena penekanan saluran kemih (ureter).
- d) Teraba benjolan pada bagian bawah perut dekat rahim yang terasa kenyal.

- e) Gangguan sulit hamil (infertilitas) dapat disebabkan gangguan sumbatan pada saluran telur (tuba fallopi) dan gangguan implantasi sel telur yang telah dibuahi pada endometrium, ataupun menyebabkan keguguran berulang (recurrent pregnancy loss).
- f) Sedangkan mioma uteri selama kehamilan dapat mengganggu kehamilan itu sendiri berupa kelainan letak bayi dan plasenta, terhalangnya jalan lahir, kelemahan pada saat kontraksi rahim, pendarahan yang banyak setelah melahirkan dan gangguan pelepasan plasenta. Sebaliknya, kehamilan juga dapat merangsang pertumbuhan mioma uteri. Saat hamil, mioma uteri cenderung membesar seiring dengan meningkatnya kadar hormon wanita (estrogen) selama kehamilan. Pembesaran yang cepat ini memicu perubahan dari mioma uteri (degenerasi) yang dapat menimbulkan rasa nyeri.

3. Klasifikasi

Menurut Aspiani (2017) Mioma umumnya digolongkan berdasarkan lokasi dan ke arah mana mereka tumbuh. Klasifikasinya mioma uteri adalah sebagai berikut:

a) Mioma intramural

Merupakan mioma yang paling banyak ditemukan. Sebagian besar tumbuh diantara lapisan uterus yang paling tebal dan paling tengah, yaitu myometrium.

Terdapat di dinding uterus diantara serabut miometrium. Karena pertumbuhan tumor, jaringan otot sekitarnya akan terdesak dan terbentuk simpal yang mengelilingi tumor. Bila di dalam dinding rahim dijumpai banyak mioma, maka uterus akan mempunyai bentuk yang berbenjol-benjol dengan konsistensi yang padat. Mioma yang terletak pada dinding depan uterus, dalam pertumbuhannya akan menekan dan mendorong kandung kemih ke atas, sehingga dapat menimbulkan keluhan miksi.

b) Mioma subserosa

Merupakan mioma yang tumbuh keluar dari lapisan uterus yang paling luar, yaitu serosa dan tumbuh ke arah rongga peritonium. Jenis mioma ini ber tangkai (pedunculated) atau memiliki dasar lebar.

Apabila mioma tumbuh keluar dinding uterus sehingga menonjol pada per mukaan uterus diliputi oleh serosa.

Mioma subserosa dapat tumbuh di antara kedua lapisan ligamentum menjadi mioma intraligamenter.

Apabila terlepas dari induknya dan berjalan-jalan atau dapat menempel dalam rongga peritoneum disebut wandering/parasitic fibroid ditemukan kedua terbanyak.

Mioma subserosa yang tumbuh menempel pada jaringan lain, misalnya ke ligamentum atau omentum kemudian membebaskan diri dari uterus sehingga disebut wondering parasitis fibroid. Jarang sekali ditemukan satu macam mioma saja dalam satu uterus. Mioma pada serviks dapat menonjol ke dalam satu saluran serviks sehingga ostium uteri eksternum berbentuk bulan sabit.

c) Mioma submukosa

Merupakan mioma yang tumbuh dari dinding uterus paling dalam sehingga menonjol ke dalam uterus. Jenis ini juga dapat bertangkai atau berdasarkan lebar. Dapat tumbuh bertangkai menjadi polip, kemudian dilahirkan melalui saluran serviks, yang disebut mioma geburt.

Berada di bawah endometrium dan menonjol ke dalam rongga uterus. Jenis ini dijumpai 6,1% dari seluruh kasus mioma. Jenis ini sering memberikan keluhan gangguan perdarahan. Mioma jenis lain meskipun besar mungkin belum memberikan keluhan perdarahan, tetapi mioma submukosa, walaupun kecil sering memberikan keluhan gangguan perdarahan.

Mioma submukosa umumnya dapat diketahui dari tindakan kuretase, dengan adanya benjolan waktu kuret, dikenal sebagai currete bump dan dengan pemeriksaan histeroskopi dapat diketahui posisi tangkai tumor. Tumor jenis ini sering mengalami infeksi, terutama pada mioma submukosa pedinkulata. Mioma submukosa pedinkulata adalah jenis

mioma submukosa yang mempunyai tangkai. Tumor ini dapat keluar dari rongga rahim ke vagina, dikenal dengan nama mioma geburt atau mioma yang dilahirkan, yang mudah mengalami infeksi, ulserasi dan infark. Pada beberapa kasus, penderita akan mengalami anemia dan sepsis karena proses di atas.

4. Komplikasi

Komplikasi yang dapat terjadi pada mioma uteri secara umum, yaitu:

a) Degenerasi ganas

Kecurigaan akan keganasan uterus apabila mioma uteri cepat membesar dan apabila terjadi pembesaran sarang mioma dalam menopause.

b) Torsi (putaran tangkai)

Sarang mioma yang bertangkai dapat mengalami torsi, timbul gangguan sirkulasi akut sehingga mengalami nekrosis. Dengan demikian terjadi sindrom abdomen akut.

c) Pertumbuhan leiomyosarkoma

Mioma dicurigai sebagai sarcoma bila selama beberapa tahun tidak membesar, sekonyong-konyong menjadi besar apabila hal itu terjadi sesudah menopause Torsi (putaran tangkai).

d) Nekrosis dan infeksi

Pada mioma submukosum, yang menjadi polip, ujung tumor kadang kadang dapat melalui kanalis servikalis dan dilahirkan di vagina. Dalam hal ini ada kemungkinan gangguan sirkulasi dengan akibat nekrosis dan infeksi sekunder.

D. Penatalaksanaan Medis

1. Tes Diagnostik

Menurut Aspiani (2017) Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan untuk menegakkan diagnosis mioma uteri, sebagai berikut:

a. Ultra Sonografi (USG)

Ultrasonografi transabdominal dan transvaginal bermanfaat dalam menetapkan adanya mioma uteri. Ultrasonografi transvaginal terutama

lebih bermanfaat untuk mendeteksi kelainan pada rahim, termasuk mioma uteri. Uterus yang besar lebih baik diobservasi melalui ultrasonografi transabdominal. Mioma uteri dapat menampilkan gambaran secara khas yang mendemonstrasikan irregularitas kontur maupun pembesaran uterus. Sehingga sangatlah tepat untuk digunakan dalam monitoring (pemantauan) perkembangan mioma uteri, untuk menentukan jenis tumor, lokasi mioma, ketebalan endometrium dan keadaan adneksa dalam rongga pelvis.

b. MRI (*Magnetic Resonance Imaging*)

Akurat dalam menggambarkan jumlah, ukuran dan lokasi mioma tetapi jarang diperlukan karena keterbatasan ekonomi dan sumber daya. MRI dapat menjadi alternatif ultrasonografi pada kasus-kasus yang tidak dapat disimpulkan.

c. Foto Bulk Nier Oversidth (BNO), Intra Vena Pielografi (IVP)

Pemeriksaan ini penting untuk menilai massa di rongga pelvis serta menilai fungsi ginjal dan perjalanan ureter.

d. Histerografi dan histerokopi

Dengan pemeriksaan ini dapat dilihat adanya mioma uteri submukosa, jika tumornya kecil serta bertangkai. Pemeriksaan ini dapat berfungsi sebagai alat untuk penegakkan diagnosis dan sekaligus untuk pengobatan karena dapat diangkat.

e. Laparoscopi

Dengan pemeriksaan ini dapat mengevaluasi massa pada pelvis.

f. Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium meliputi: Hitung darah lengkap dan apusan darah, untuk menilai kadar hemoglobin dan hematokrit serta jumlah leukosit.

g. Tes kehamilan

Tes hormon Chorionic gonadotropin, karena bisa membantu dalam mengevaluasi suatu pembesaran uterus, apakah oleh karena kehamilan atau oleh karena adanya suatu mioma uteri yang dapat menyebabkan pembesaran uterus menyerupai kehamilan.

2. Terapi

Menurut Aspiani (2017) Penanganan mioma uteri tergantung pada usia, paritas, lokasi dan ukuran tumor dan terbagi atas:

- a. Penanganan bila besar tumor < rahim gravid 12 minggu Tanpa keluhan dan komplikasi.

Penanganan tidak tergantung umur dan paritas, hanya dilakukan pengawasan dan pemeriksaan secara periodik setiap 3 sampai 6 bulan sekali. Kecuali bila ada pembesaran dan timbulnya komplikasi dipertimbangkan untuk tindakan operatif.

Dengan keluhan dan komplikasi perdarahan, dilakukan:

- 1) Koreksi anemia. Dengan transfusi bila Hb <8 gr %.
- 2) Kuret, dikerjakan bila Hb >8 gr %. Dengan tujuan menghentikan perdarahan dan pemeriksaan PA untuk menyingkirkan adanya keganasan atau penyakit lain. Dan bila tidak ada keganasan, Tindakan selanjutnya adalah tergantung umur dan paritas penderita.
- 3) Umur <35 tahun dan masih menginginkan anak, akan dilakukan tindakan konservatif, bila gagal dipertimbangkan tindakan operatif.
- 4) Umur >35 tahun dan anak >2 orang dilakukan tindakan operatif.

Cara penanganan konservatif dapat dilakukan adalah sebagai berikut:

- 1) Observasi dengan pemeriksaan pelvis secara periodik setiap 3-6 bulan.
- 2) Monitor keadaan Hb.
- 3) Pemberian zat besi.
- 4) Penggunaan agonis GnRH untuk mengurangi ukuran mioma.

- b. Penanganan bila besar tumor > rahim gravid 12 minggu.

- 1) Dengan atau tanpa keluhan/komplikasi
Dilakukan tindakan operatif.

- 2) Radioterapi

Tindakan ini bertujuan agar ovarium tidak berfungsi lagi sehingga penderita mengalami menopause, hal ini umum dilakukan bila terdapat kontraindikasi untuk tindakan operasi.

- c. Penanganan operatif

Indikasi terapi bedah untuk mioma uteri menurut *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) dan *American Society of Reproductive Medicine* (ASRM) adalah :

- 1) Perdarahan uterus yang tidak respon terhadap terapi konservatif.
- 2) Ketidakmampuan untuk mengevaluasi adneksa (biasanya karena mioma berukuran kehamilan 12 minggu atau sebesar tinju dewasa).
- 3) Sangkaan adanya keganasan.
- 4) Pertumbuhan mioma pada masa menopause.
- 5) Infertilitas karena gangguan pada cavum uteri maupun karena oklusi tuba.
- 6) Nyeri dan penekanan yang sangat mengganggu.
- 7) Gangguan berkemih maupun obstruksi traktus urinarius.
- 8) Anemia akibat perdarahan.

Jenis operasi yang dilakukan pada mioma uteri dapat berupa:

1) Miomektomi

Miomektomi adalah pengambilan sarang mioma saja tanpa pengangkatan uterus. Miomektomi ini dilakukan pada wanita yang ingin mempertahankan fungsinya dan tidak ingin dilakukan histerektomi. Tindakan ini dapat dikerjakan misalnya pada mioma submukosum dengan cara ekstirpasi lewat vagina. Apabila miomektomi ini dikerjakan kerana keinginan memperoleh anak, maka kemungkinan akan terjadi kehamilan adalah 30-50%.

Tindakan miomektomi dapat dilakukan dengan laparotomi, histeroskopi ataupun laparoskop. Pada laparotomi, dilakukan insisi pada dinding abdomen untuk mengangkat mioma dari uterus.

Keunggulan melakukan miomektomi adalah lapangan pandang operasi yang lebih luas sehingga penanganan terhadap perdarahan yang mungkin timbul pada pembedahan miomektomi dapat ditangani dengan segera.

Namun pada miomektomi secara laparotomi risiko terjadi perlengketan lebih besar, sehingga akan mempengaruhi faktor fertilitas pada pasien, di samping masa penyembuhan paska operasi lebih lama, sekitar 4-6 minggu.

Pada miomektomi secara histeroskopi dilakukan terhadap mioma submukosum yang terletak pada kavum uteri. Keunggulan teknik ini adalah masa penyembuhan paska operasi sekitar 2 hari. Komplikasi yang serius jarang terjadi namun dapat timbul perlukaan pada dinding uterus, ketidakseimbangan elektrolit dan perdarahan.

Miomektomi juga dapat dilakukan dengan menggunakan laparoskopi. Mioma yang bertangkai di luar kavum uteri dapat diangkat dengan mudah secara laparoskopi. Mioma subserosum yang terletak di daerah permukaan uterus juga dapat diangkat dengan teknik ini.

Keunggulan laparoskopi adalah masa penyembuhan paska operasi sekitar 2-7 hari. Risiko yang terjadi pada pembedahan ini termasuk perlengketan, trauma terhadap organ sekitar seperti usus, ovarium, rektum serta perdarahan.

2) Histerektomi

Histerektomi adalah tindakan operatif yang dilakukan untuk mengangkat rahim, baik sebagian (subtotal) tanpa serviks uteri ataupun seluruhnya (total) berikut serviks uteri (Prawirohardjo, 2011).

Histerektomi dapat dilakukan bila pasien tidak menginginkan anak lagi. dan pada penderita yang memiliki mioma yang simptomatik atau yang sudah bergejala.

Ada dua cara histerektomi, yaitu:

a) Histerektomi abdominal

Dilakukan bila tumor besar terutama mioma intraligamenter, torsi dan akan dilakukan ooforektomi.

Histerektomi abdominal dilakukan dengan 2 cara yaitu:

(1) Total Abdominal Hysterectomy (TAH)

Pada TAH, jaringan granulasi yang timbul pada tungkul vagina dapat menjadi sumber timbulnya sekret vagina dan perdarahan paska operasi di mana keadaan ini tidak terjadi pada pasien yang menjalani STAH.

(2) Subtotal Abdominal Hysterectomy (STAH)

STAH dilakukan untuk menghindari risiko operasi yang lebih besar seperti perdarahan yang banyak, trauma operasi pada ureter, kandung kemih dan rektum. Namun dengan melakukan STAH kita meninggalkan serviks, di mana kemungkinan timbulnya karsinoma serviks dapat terjadi.

b) Histerektomi vaginal

Dilakukan bila tumor kecil (ukuran < uterus gravid 12 minggu) atau disertai dengan kelainan di vagina misalnya rektokel, sistokel atau enterokel.

Tindakan operasi tidak melalui insisi pada abdomen. Secara umum histerektomi vaginal hampir seluruhnya merupakan prosedur operasi ekstrapéritoneal, dimana peritoneum yang dibuka sangat minimal sehingga trauma yang mungkin timbul pada usus dapat diminimalisasi.

Maka histerektomi pervaginam tidak terlihat parut bekas operasi sehingga memuaskan pasien dari segi kosmetik. Selain itu kemungkinan terjadinya perlengketan paska operasi lebih minimal dan masa penyembuhan lebih cepat dibanding histerektomi abdominal.

Histerektomi laparoskopik ada bermacam-macam teknik. Tetapi yang dijelaskan hanya 2 adalah :

- a) Histerektomi vaginal dengan bantuan laparoskopik (*Laparoscopically Assisted Vaginal Hysterectomy/LAVH*)

Pada LAVH dilakukan dengan cara memisahkan adneksa dari dinding pelvik dengan memotong mesosalping ke arah ligamentum kardinale dibagian bawah, pemisahan pembuluh darah uterina dilakukan dari vagina.

- b) *Classic Intrafascial Serrated Edged Macromorcellated Hysterectomy* (CISH) tanpa colpotomy

CISH pula merupakan modifikasi dari STAH, dimana lapisan dalam dari serviks dan uterus direseksi menggunakan morselator. Dengan prosedur ini diharapkan dapat mempertahankan integritas lantai pelvik dan mempertahankan aliran darah pada pelvik untuk mencegah terjadinya prolapsus.

Keunggulan CISH adalah mengurangi risiko trauma pada ureter dan kandung kemih, perdarahan yang lebih minimal, waktu operasi yang lebih cepat, risiko infeksi yang lebih minimal dan masa penyembuhan yang cepat. Jadi terapi mioma uteri yang terbaik adalah melakukan histerektomi. Dari berbagai pendekatan, prosedur histerektomi laparoskopik memiliki kelebihan karena masa penyembuhan yang singkat dan angka morbiditas yang rendah dibanding prosedur histerektomi abdominal.

E. Pengkajian Keperawatan

1. Identitas

a. Identitas klien

Identitas yang perlu dikaji pada klien dengan mioma uteri adalah nama, umur, agama, suku/bangsa, pendidikan, pekerjaan, golongan darah, diagnosa medis, status marital dan alamat.

Mioma biasanya terjadi pada usia reproduktif, paling sering ditemukan pada usia 35 tahun ke atas. Makin tua usia maka toleransi terhadap nyeri akan berkurang.

b. Identitas penanggung jawab

Identitas penanggungjawab yang perlu dikaji adalah nama, umur, suku/bangsa, pendidikan terakhir, pekerjaan, agama, hubungan dengan klien. alamat.

2. Keluhan Utama

Keluhan utama yang dirasakan oleh klien dengan mioma uteri adalah timbul benjolan diperut bagian bawah dalam waktu relatif lama. Kadang-kadang disertai gangguan haid.

3. Riwayat Penyakit Sekarang

Keluhan utama yang dirasakan oleh klien dengan mioma uteri adalah timbul benjolan diperut bagian bawah dalam waktu relatif lama. Kadang-kadang disertai gangguan haid.

Keluhan yang timbul pada hampir tiap jenis operasi adalah rasa nyeri karena terjadi torehan tarikan, manipulasi jaringan organ. Rasa nyeri setelah bedah biasanya berlangsung 24-48 jam. Adapun yang perlu dikaji pada rasa nyeri tersebut adalah: Lokasi nyeri, intensitas nyeri, waktu dan durasi serta kualitas nyeri.

4. Riwayat Penyakit Dahulu

Yang perlu dikaji riwayat kesehatan dahulu ada apakah pernah mengalami operasi sebelumnya, riwayat penyakit infeksi, alergi obat-obatan, hipertensi, penyakit sistem pernafasan, diabetes mellitus.

5. Riwayat Penyakit Keluarga

Dikaji dalam keluarga apakah keluarga mempunyai penyakit keturunan seperti diabetes mellitus, hipertensi, jantung, penyakit kelainan darah dan riwayat kelahiran kembar dan riwayat penyakit mental.

6. Riwayat Obstetri

Untuk mengetahui riwayat obstetri pada klien dengan mioma uteri yang perlu diketahui adalah:

a. Keadaan haid

Dikaji tentang riwayat menarche dan haid terakhir, sebab mioma uteri tidak pernah ditemukan sebelum menarche dan mengalami atrofi pada masa menopause.

7. Pola Kebiasaan Sehari-Hari menurut Virginia Henderson

a. Respirasi

Respirasi bisa meningkat atau menurun.

b. Nutrisi

Biasanya klien mengalami gangguan dalam memenuhi kebutuhan nutrisinya. Kebanyakan klien merasa tidak nafsu makan.

Pada klien dengan post operasi pengangkatan mioma uteri fungsi gastro intestinal biasanya pulih pada 24-74 jam setelah pembedahan, tergantung pada kekuatan efek narkose pada penekanan intestinal. Ambulatori dan kompres hangat perlu diberikan untuk menghilangkan gas dalam usus.

c. Eliminasi

Retensi urin paling umum terjadi setelah pembedahan ginekologi, klien yang hidrasinya baik biasanya kencing setelah 6 sampai 8 jam setelah pembedahan. Jumlah output urine yang sedikit akibat kehilangan cairan tubuh saat operasi, muntah akibat anestesi,

Klien dengan mioma uteri dapat mengalami konstipasi akibat penekanan rektum oleh mioma uteri. Pada klien dengan post operasi fungsi gastro intestinal biasanya pulih dalam 24 - 74 jam setelah pembedahan.

d. Istirahat/tidur

Klien biasanya mengalami gangguan dalam istirahat/tidurnya karena nyeri dan ketidaknyamanan yang dirasakannya.

e. Mempertahankan temperatur tubuh dan sirkulasi

Pada klien dengan mioma uteri biasanya tidak mengalami gangguan dalam hal temperatur tubuh, suhu tubuh 37° C.

f. Kebutuhan personal hygiene

Kebersihan diri merupakan pemeliharaan kesehatan untuk diri sendiri, dimana kebutuhan personal hygiene klien dengan mioma uteri tidak mengalami gangguan. Sedangkan pada klien post operasi dibantu oleh keluarganya.

g. Aktivitas

Pada klien dengan mioma uteri aktivitasnya tidak terganggu, pekerjaan/ kegiatan sehari-hari mampu dilakukan maksimal karena keadaannya yang semakin lemah. Sedangkan pada klien post operasi mioma klien mengalami keterbatasan aktivitas.

h. Gerak dan keseimbangan tubuh.

Aktivitas berkurang, tidak bisa berjalan karena nyeri akibat adanya trauma pembedahan.

i. Kebutuhan berpakaian

Klien dengan mioma uteri tidak mengalami gangguan dalam memenuhi kebutuhan berpakaian tersebut. Sedangkan pada klien post operasi mioma klien mengalami gangguan dalam pemenuhan kebutuhan berpakaian.

j. Kebutuhan keamanan

Kebutuhan keamanan ini perlu dipertanyakan apakah klien tetap merasa aman dan terlindungi oleh keluarganya. Klien mampu menghindari bahaya dari lingkungan.

k. Sosialisasi

Bagaimana klien mampu berkomunikasi dengan orang lain dalam mengekspresikan emosi, kebutuhan, kekhawatiran dan opini. Pengangkatan organ reproduksi dapat sangat berpengaruh terhadap emosional klien dan diperlukan waktu untuk memulai perubahan yang terjadi. Organ reproduksi merupakan komponen kewanitaan, wanita melihat fungsi menstruasi sebagai lambang feminitas, sehingga berhentinya menstruasi bias dirasakan sebagai hilangnya perasaan kewanitaan.

l. Kebutuhan spiritual

Pada kebutuhan spiritual ini tanyakan apakah klien tetap menjalankan ajaran agamanya ataukah terhambat karena keadaan yang sedang di alami.

m. Kebutuhan bermain dan rekreasi

Klien dengan infeksi post partum biasanya tidak dapat memenuhi kebutuhan bermain dan rekreasi karena dalam kondisi yang lemah.

n. Kebutuhan belajar

Bagaimana klien berusaha belajar, menemukan atau memuaskan rasa ingin tahu yang mengarah pada perkembangan yang normal, kesehatan dan penggunaan fasilitas kesehatan yang tersedia.

8. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik pada klien dengan mioma uteri adalah :

a. Keadaan umum

Keadaan umum klien biasanya lemah.

b. Kesadaran

Kesadaran klien biasanya composmentis, sedangkan kesadaran klien dengan post operasi mioma biasanya somnolen sampai composmentis.

9. Pemeriksaan tanda-tanda vital:

a. Suhu: Normal 37° C.

b. Nadi: Meningkat (>90 x/menit).

c. Pernafasan Normal/meningkat (>20x/menit).

d. Tekanan darah : Normal/meningkat 120/80 mmHg.

10. Pemeriksaan fisik *head to toe*

a. Kepala dan rambut

Pada kepala perlu dikaji adalah bentuk kepala, kulit kepala apakah kotor atau berketombe, rambut apakah tampak lusuh atau kusut, apakah ada laserasi/luka.

b. Wajah

Yang perlu dikaji adalah warna kulit apakah pucat atau tidak, bentuk wajah apakah lonjong atau oval.

c. Mata

Bentuk bola mata, ada tidaknya gerak mata, konjungtiva anemis atau tidak, bentuk mata apakah simetris atau tidak.

d. Hidung

Ada tidaknya septuminasi, polip dan kebersihannya.

e. Telinga

Kebersihan atau tidaknya kelainan fungsi pendengaran, kelainan anatomi pada telinga.

f. Mulut, bibir dan faring

Bentuk bibir apakah simetris atau tidak, kelembaban, kebersihan mulut. ada tidaknya pembesaran tonsil, ada tidaknya kelainan bicara.

g. Gigi

Jumlah gigi lengkap atau tidak, kebersihan gigi, ada tidaknya peradangan pada gusi atau caries gigi, karang gigi.

h. Leher

Ada tidaknya pembesaran kelenjar tiroid dan vena jugularis.

i. Integument

Meliputi warna kulit, apakah pucat atau tidak, kebersihan, turgor, tekstur kulit.

j. Thorax

Dikaji kesimetrisannya, ada tidaknya suara ronchi, ada tidaknya kolos trum, apakah puting susu masuk atau tidak, apakah tampak kotor atau tidak.

k. Abdomen

Ada tidaknya distensi abdomen, tinggi fundus uteri masih setinggi pusal, bagaimana dengan bising usus, apakah ada nyeri tekan.

l. Genetalia

Dikaji kebersihannya, adakah pengeluaran darah di luar siklus menstruasi.

m. Ekstremitas atas

Kesimetrisannya, ujung-ujung jari sianosis atau tidak ada tidaknya oedema.

n. Ekstremitas bawah

Kesimetrisannya, ada tidaknya oedema, sianosis, bagaimana pergerakannya, refleks patella.

F. Diagnosa Keperawatan

Menurut SDKI (2016) Diagnosa keperawatan yang muncul pada klien dengan Mioma Uteri adalah:

Pre Operasi

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi (infeksi).
2. Risiko syok berhubungan dengan perdarahan.
3. Retensi urin berhubungan dengan peningkatan tekanan uretra, kerusakan arkus refleks, disfungsi neurologis (trauma).
4. Konstipasi berhubungan dengan ketidakteraturan kebiasaan defekasi, kelemahan otot abdomen.
5. Ansietas berhubungan dengan proses penyakitnya.
6. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi, ketidaktahuan menemukan sumber informasi.

Intra Operasi

7. Risiko syok berhubungan dengan perdarahan.

Post Operasi

8. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan napas, hipersekresi jalan napas, sekresi yang tertahan.
9. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi).
10. Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif.
11. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang, nyeri, kecemasan, keengganan melakukan pergerakan.
12. Defisit perawatan diri berhubungan dengan
13. Gangguan citra tubuh (*body image*) berhubungan dengan proses penyakit, gangguan psikososial, trauma.

G. Perencanaan Keperawatan

Menurut SIKI (2018), Intervensi yang dapat dilakukan berdasarkan diagnose yaitu:

Pre Operasi

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi (infeksi).

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nyeri tidak terjadi.

Kriteria:

- a. Ekspresi wajah tenang
- b. Tanda-tanda vital dalam batas normal
- c. Klien mampu mengenal skala, intensitas, frekuensi dan lamanya episode nyeri.
- d. Nyeri berkurang hingga hilang

Rencana Tindakan:

Observasi

- a. Identifikasi tentang nyeri meliputi: Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri.
- b. Identifikasi skala nyeri.
- c. Identifikasi respon nyeri non verbal
- d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.
- e. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri.

Terapeutik

- a. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, kompres hangat/dingin).
- b. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan).
- c. Fasilitasi istirahat dan tidur.

Edukasi

- a. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri.
- b. Jelaskan strategi meredakan nyeri.
- c. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri.
- d. Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.

Kolaborasi

- a. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

2. Resiko syok berhubungan dengan pendarahan.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tidak terjadi syok

Kriteria hasil:

- a. Tanda - tanda vital dalam batas normal.
- b. Turgor kulit baik.
- c. Tidak ada sianosis.
- d. Suhu kulit hangat.
- e. Membran mukosa kemerahan.

Rencana Tindakan:

Observasi

- a. Monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, TD, MAP).
- b. Monitor status oksigenasi.
- c. Monitor status cairan (masukan dan haluaran, turgor kulit, CRT)
- d. Monitor tingkat kesadaran dan respon pupil.

Terapeutik

- a. Pertahankan jalan napas paten.
- b. Berikan posisi syok (*tredelenberg*).

Kolaborasi

- a. Kolaborasi pemberian infus cairan kristaloid 1-2 L pada dewasa.
- b. Kolaborasi pemberian transfuse darah, jika perlu.

3. Retensi urin berhubungan dengan peningkatan tekanan uretra, kerusakan arkus refleks, disfungsi neurologis (trauma).

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan eliminasi urin kembali normal.

Kriteria hasil:

- a. Klien dapat BAK secara normal
- b. Urine output normal.

Rencana Tindakan:

Observasi

- a. Identifikasi penyebab reensi urin (peningkatan tekanan uretra, kerusakan arkus refleksi, disfungsi neurologis, efek agen farmakologi).
- b. Monitor intake dan output cairan.
- c. Monitor tingkat distensi kandung kemih dengan palpasi/perkusi.

Terapeutik

- a. Sediakan privasi untuk berkemih.
- b. Pasang kateter urin, jika perlu.
- c. Fasilitasi berkemih dengan interval yang teratur.

Edukasi

- a. Jelaskan penyebab retensi urin.
- b. Anjurkan pasien atau keluarga mencatat output urin.
- c. Ajarkan cara melakukan rangsangan berkemih.

4. Konstipasi berhubungan dengan ketidakteraturan kebiasaan defekasi, kelemahan otot abdomen.

Tujuan: Setelah dilakukan Tindakan keperawatan diharapkan konstipasi tidak terjadi.

kriteria hasil:

- a. Klien dapat mempertahankan konsistensi BAB lunak, BAB 1x sehari.
- b. Klien dapat mengidentifikasi pencegahan dan pengobatan konstipasi.

Rencana Tindakan:

Observasi

- a. Periksa tanda dan gejala konstipasi.

- b. Periksa pergerakan usus, karakteristik feses (konsistensi, bentuk, volume, dan warna).
- c. Identifikasi faktor risiko konstipasi (obat-obatan, tirah baring, dan diet rendah serat).
- d. Monitor tanda dan gejala ruptur usus dan/atau peritonitis.

Terapeutik

- a. Anjurkan diet tinggi serat.
- b. Lakukan masase abdomen, jika perlu.
- c. Lakukan evakuasi feses secara manual, jika perlu.

Edukasi

- a. Anjurkan peningkatan asupan cairan, jika tidak ada kontraindikasi.
- b. Ajarkan cara mengatasi konstipasi/impaksi.

Kolaborasi

- a. Kolaborasi penggunaan obat pencahar, jika perlu.

5. Ansietas berhubungan dengan proses penyakitnya.

Tujuan: Setelah dilakukan Tindakan keperawatan diharapkan ansietas tidak terjadi.

Kriteria hasil:

- a. Klien dapat memonitor intensitas cemas.
- b. Klien menggunakan teknik relaksasi untuk menurunkan cemas
- c. Ekspresi wajah klien tenang.

Rencana Tindakan:

Observasi

- a. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal).

Terapeutik

- a. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika perlu.

- b. Pahami situasi yang membuat ansietas.
- c. Dengarkan dengan penuh perhatian.
- d. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan.

Edukasi

- a. Anjurkan keluarga untuk tetap Bersama pasien, jika perlu.
- b. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan.
- c. Latih Teknik relaksasi.

Kolaborasi

- a. Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu.

6. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi, ketidaktahuan menemukan sumber informasi.

Tujuan: Setelah dilakukan Tindakan keperawatan diharapkan pengetahuan klien meningkat.

Kriteria hasil:

- a. Klien dapat menjelaskan pengertian penyakitnya.
- b. Klien dapat menjelaskan penyebab dan patofisiologi penyakitnya.
- c. Klien dapat menjelaskan gejala dan tanda penyakitnya.
- d. Klien dapat menjelaskan tindakan untuk mengurangi keluhan dan penatalaksanaannya.

Rencana Tindakan:

Observasi

- a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi.
- b. Identifikasi factor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku bersih dan sehat.

Terapeutik

- a. Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan.
- b. Berikan kesempatan untuk bertanya.

Edukasi

- a. Jelaskan factor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan.
- b. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat.
- c. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat

Intra Operasi

7. Resiko syok berhubungan dengan pendarahan.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tidak terjadi syok
Kriteria hasil:

- a. Tanda - tanda vital dalam batas normal.
- b. Turgor kulit baik.
- c. Tidak ada sianosis.
- d. Suhu kulit hangat.
- e. Membran mukosa kemerahan.

Rencana Tindakan:

Observasi

- a. Monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, TD, MAP).
- b. Monitor status oksigenasi.
- c. Monitor status cairan (masukan dan haluaran, turgor kulit, CRT)
- d. Monitor tingkat kesadaran dan respon pupil.

Terapeutik

- a. Pertahankan jalan napas paten.
- b. Berikan posisi syok (*tredelenberg*).

Kolaborasi

- a. Kolaborasi pemberian infus cairan kristaloid 1-2 L pada dewasa.
- b. Kolaborasi pemberian transfuse darah, jika perlu.

Post Operasi

8. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan napas, hipersekreasi jalan napas, sekresi yang tertahan.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan bersihan jalan nafas Kembali efektif.

Kriteria hasil:

- a. Tidak ada sianosis, tidak ada dispneu
- b. Saturasi O₂ dalam batas normal.
- c. Jalan nafas paten.
- d. Mengeluarkan sekresi secara efektif.

Rencana Tindakan:

Observasi

- a. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas).
- b. Monitor bunyi napas (gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering).
- c. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma).

Terapeutik

- a. Pertahankan kepatenan jalan napas.
- b. Posisikan semi-fowler atau fowler.
- c. Berikan minum hangat.
- d. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu.
- e. Lakukan penghisapan lender kurang dari 15 detik.

Edukasi

- a. Ajarkan Teknik batuk efektif.

Kolaborasi

- a. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.

9. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi).

Tujuan: setelah dilakukan Tindakan keperawatan diharapkan nyeri berkurang.

Kriteria hasil:

- a. Ekspresi wajah tenang.
- b. Tanda-tanda vital dalam batas normal.
- c. Klien mampu mengenal skala, intensitas, frekuensi dan lamanya episode nyeri.
- d. Nyeri berkurang hingga hilang.

Rencana Tindakan:

Observasi

- a. Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgetik.
- b. Identifikasi tentang nyeri meliputi: Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri.
- c. Identifikasi skala nyeri.
- d. Identifikasi respon nyeri non verbal
- e. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.
- f. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri.

Terapeutik

- a. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, kompres hangat/dingin).
- b. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan).
- c. Fasilitasi istirahat dan tidur.

Edukasi

- a. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri.
- b. Jelaskan strategi meredakan nyeri.
- c. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri.
- d. Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.

Kolaborasi

- a. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

10. Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif.

Tujuan: Setelah dilakukan Tindakan keperawatan diharapkan infeksi tidak terjadi.

Kriteria hasil:

- a. Klien tidak menunjukkan tanda-tanda infeksi.
- b. Suhu tubuh normal ($36,5-37^{\circ}\text{C}$).
- c. Nadi normal (70-80 x/menit).
- d. Frekuensi nafas normal (20 x/menit).
- e. Tekanan darah normal: 120/70 mmHg.
- f. Luka tidak mengeluarkan nanah

Rencana Tindakan:

Observasi

- a. Monitor tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, suhu, frekuensi)
- b. Monitor karakteristik luka (drainase, warna, ukuran, bau)
- c. Monitor tanda-tanda infeksi.

Terapeutik

- a. Pasang balutan sesuai jenis luka.
- b. Perhatikan Teknik steril saat melakukan perawatan luka.
- c. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase.
- d. Ganti balutan luka sesuai jadwal.
- e. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesudah kondisi pasien.

Edukasi

- a. Jelaskan tanda dan gejala infeksi.
- b. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein.
- c. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri.

Kolaborasi

- a. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu.

11. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang, nyeri, kecemasan, keengganan melakukan pergerakan.

Tujuan: Setelah dilakukan Tindakan keperawatan diharapkan mobilitas fisik klien meningkat.

Kriteria hasil:

- a. Klien melaporkan aktivitas fisik meningkat.
- b. Klien melaporkan perasaan peningkatan kekuatan dan kemampuan dalam bergerak.

Rencana Tindakan:

Observasi

- a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya.
- b. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan.
- c. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi.
- d. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi.

Terapeutik

- a. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu.
- b. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu.
- c. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan.

Edukasi

- a. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi.
- b. Ajarkan melakukan mobilisasi dini.
- c. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (duduk, di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi).

12. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal, kelemahan.

Tujuan: Setelah dilakukan Tindakan keperawatan diharapkan perawatan diri klien dapat meningkat.

Kriteria hasil:

- a. Klien mengungkapkan kepuasan tentang kebersihan tubuh dan *hygiene*.
- b. Klien mampu membesihkan dan mengeringkan tubuh.

Rencana Tindakan:

Observasi

- a. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia.
- b. Monitor tingkat kemandirian.
- c. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan.

Terapeutik

- a. Sediakan lingkungan yang terapeutik (suasana hangat, rileks, privasi).
- b. Damping dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri.
- c. Fasilitasi untuk menerima ketergantungan.
- d. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri.

Edukasi

- a. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan..

13. Gangguan citra tubuh (body image) berhubungan dengan proses penyakit, gangguan psikososial, trauma.

Tujuan: Setelah dilakukan Tindakan keperawatan diharapkan klien mengalami peningkatan citra tubuh.

Kriteria hasil:

- a. Klien mendemonstrasikan penerimaan terhadap perubahan bentuk tubuh.

- b. Klien peduli terhadap perubahan bentuk tubuh.

Rencana Tindakan:

Observasi

- a. Identifikasi pemahaman proses penyakit.
- b. Identifikasi metode penyelesaian masalah.
- c. Identifikasi kebutuhan dan keinginan terhadap dukungan sosial.

Terapeutik

- a. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan.
- b. Diskusikan konsekuensi tidak menggunakan rasa bersalah dan rasa malu.
- c. Fasilitasi dalam memperoleh informasi yang dibutuhkan.
- d. Motivasi untuk menentukan harapan yang realistis.

Edukasi

- a. Anjurkan menjalin hubungan yang memiliki kepentingan dan tujuan Bersama.
- b. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi.
- c. Anjurkan keluarga terlibat.
- d. Latih penggunaan Teknik relaksasi.

H. Pelaksanaan Keperawatan

Menurut Mitayani (2013) implementasi merupakan tindakan yang sesuai dengan yang telah direncanakan, mencakup tindakan mandiri dan kolaborasi, Tindakan mandiri adalah tindakan keperawatan berdasarkan analisis dan kesimpulan perawat serta bukan atas petunjuk kesehatan lain. Tindakan kolaborasi adalah tindakan keperawatan yang didasarkan oleh hasil putusan bersama seperti dokter atau petugas kesehatan lain.

I. Evaluasi Keperawatan

Menurut Mitayani (2013) tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan pasien dan tenaga kesehatan lainnya. Jika hasil evaluasi menunjukkan tercapainya tujuan dan kriteria hasil, pasien bisa keluar dari siklus proses keperawatan. Jika sebaliknya, pasien akan masuk kembali ke dalam siklus tersebut mulai dari pengkajian ulang (reassessment).

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian Keperawatan

Data Dasar

Tanggal/ jam masuk 25 April 2021 pukul 20.15 WIB, No Register/RM 1105196, Tanggal pengkajian 30 April 2021 pukul 18.00 WIB, Diagnosa Medis Post Operasi Mioma Uteri, Ruang/ Kamar Seruni/ 535.6.

1. Identitas Pasien

Pasien seorang perempuan bernama Ny. F (37 tahun), Pendidikan terakhir S1, bekerja sebagai Ibu Rumah Tangga, suku bangsa Makassar, beragama Kristen, Alamat Bekasi Barat. Nama suami Tn. C (38 tahun), Pendidikan terakhir S1, bekerja sebagai Karyawan Swasta, suku bangsa Makassar, Status perkawinan yaitu menikah 1 kali dengan lama perkawinan 9 tahun.

2. Resume

Ny. F (37 tahun) datang ke Rumah Sakit Swasta Bekasi ke IGD bersama dengan suaminya pada tanggal 25 April 2021 pukul 16.00 WIB keadaan umum sakit sedang, kesadaran compos mentis dengan keluhan muntah-muntah >10 kali, nyeri perut, demam ada setelah muntah-muntah, pusing kepala, keluhan dirasakan setelah pasien makan di salah satu restoran *all you can eat* dengan rasa makanan yang pedas. Di IGD pasien terpasang infus extra obat, dan dilakukan pemeriksaan laboratorium dan rontgen thorax dengan hasil hemoglobin 11,2 g/dl, leukosit 15,670 /ul, hematokrit 33 vol%, trombosit 298,000 /ul, eritrosit 3,99 juta/ul, MCV 84 fl, MCH 28 pg, MCHC 34 %, SGOT 86 u/l, SGPT 59 u/l, thorax hasil hesan normal. Pada pukul 20.15 WIB pasien dipindahkan ke ruang Seruni. Dilakukan pemeriksaan dengan keadaan umum sakit sedang, kesadaran compos mentis, pasien dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 110/70mmHg, nadi 70x/menit, suhu 37°C, pernafasan 20x/menit. Dilakukan pemasangan infus RL 500 di vena metakarpal kiri.

Pada tanggal 28 April 2021 pukul 14.30 WIB pasien diantar ke poli untuk dilakukan USG abdomen dan transvaginal dengan hasil yang didapatkan kesan ada mioma I 1,8 cm dan II 3,79 cm, saran dilakukan operasi miomektomi pada tanggal 30 April 2021.

Pada tanggal 30 April 2021 Pasien dianjurkan puasa dan makan terakhir pada pukul 06.00 WIB dan pada pukul 14.00 WIB dipindahkan ke ruang operasi dengan keadaan umum sakit sedang, kesadaran compos mentis. Pasien dilakukan pembiusan dengan jenis anestesi spinal, terpasang selang kateter urin. Lamanya operasi 1 jam 30 menit. Jumlah perdarahan post operasi yaitu ± 100 cc.

Pada pukul 17.15 WIB pasien dipindahkan ke ruang Seruni. Dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital oleh perawat ruangan dengan hasil tekanan darah 132/70 mmHg, nadi 82/menit, suhu 36°C, pernafasan 20x/menit, pasien mengatakan nyeri luka operasi skala 4. Masalah keperawatan yang muncul adalah nyeri. Tindakan keperawatan mandiri yang sudah dilakukan yaitu mengajarkan pasien teknik relaksasi nafas dalam. Tindakan kolaborasi yang sudah dilakukan adalah memberikan obat Tamoliv 500 mg melalui iv, Broadced 1 gr melalui iv. Evaluasi secara umum adalah masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

3. Riwayat Keperawatan

a. Keluhan Utama (saat ini)

Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 30 April 2021 pukul 18.00 WIB pasien mengatakan nyeri pada luka operasi, seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 4, nyeri hilang timbul, pada saat pasien melakukan miring kanan dan kiri pasien mengatakan merasakan tidak nyaman dikarenakan pemakaian selang kateter urin.

b. Riwayat Menstruasi

Saat dilakukan pengkajian, pasien mengatakan haid pertama pada usia 14 tahun, pasien mengatakan tanggal haid terakhir tanggal 22 April 2021 dengan lamanya 5 hari.

c. Riwayat Obsetri; P: 1 A: 1 Anak hidup: 0

Pada saat kehamilan anak pertama 39 minggu tidak ada penyulit pada masa kehamilan, persalinan dilakukan dengan normal, penolong dokter, penyulit persalinan tidak ada, komplikasi nifas tidak ada, jenis kelamin laki-laki dengan berat badan 3500 gram, panjang 52 cm tetapi 4 hari kemudian bayi meninggal dunia.

d. Riwayat Ginekologi & Penyakit/Pembedahan sebelumnya

Hasil papsmear tidak ada keganasan. Berdasarkan hasil USG mioma uteri dengan diameter I 1,8 cm dan II 3,79 cm. Masalah ginekologi/infertilitas pasien mengatakan tidak ada. Pasien mengatakan operasi yang pernah dialaminya yaitu operasi usus buntu pada tahun 2002. Pasien mengatakan penyakit berat lainnya adalah magh. Pasien mengatakan keluhan tidak ada.

e. Riwayat Kesehatan/Penyakit Keluarga

Pasien mengatakan tidak ada masalah reproduksi pada keluarga.

f. Riwayat Keluarga Berencana

Pasien mengatakan tidak ada penggunaan KB atau jenis kontrasepsi lainnya dari awal menikah.

g. Riwayat Psikososial & Spiritual

Pasien mengatakan orang terdekat dengan pasien yaitu suami, ibu dan ayahnya. Pasien mengatakan interaksi dalam keluarga baik. pasien mengatakan hal yang dipikirkan saat ini yaitu terkait penyakitnya, harapan pasien mengatakan ingin cepat sehat, dan pola makan dijaga,.

h. Riwayat Keutuhan/Kebiasaan Sehari-hari Sebelum Dirawat

1) Nutrisi/Cairan

Pasien mengatakan biasa makan 3 kali sehari, makanan pantangan/alergi/yang tidak disukai tidak ada, BB sebelum sakit 63 kg, TB 160 cm, keluhan tidak ada, pasien mengatakan minum 1000-1500 cc/hari.

2) Eliminasi

Pasien mengatakan biasanya BAB 1 kali sehari dengan konsistensi lembek, warna coklat, pasien mengatakan tidak ada keluhan pada saat BAB, BAK 6 kali sehari dengan warna urin kuning jernih, bau has, pasien mengatakan tidak ada keluhan pada saat BAK.

3) Personal Hygiene

Pasien mengatakan mandi 2 kali sehari yaitu pagi dan sore, oral hygiene 3 kali sehari waktunya pagi, sore dan sebelum tidur. Genitalia bersih.

4) Istirahat dan Tidur

Pasien mengatakan lama tidur 8 jam per hari, pasien mengatakan tidak tidur siang, pasien mengatakan kebiasaan sebelum tidur yaitu berdoa.

5) Aktivitas dan Latihan

Pasien mengatakan sudah tidak bekerja dan hanya menjadi ibu rumah tangga saja, pasien mengatakan jenis kegiatan olahraga yaitu kardio dengan frekuensi 2 hingga 3 kali per minggu.

6) Kebiasaan Lain yang Mempengaruhi Kesehatan

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

4. Pemeriksaan Fisik

a. Pemeriksaan Umum

1) Keadaan Umum composmentis

2) Sistem penglihatan

Pada saat dilakukan pemeriksaan fisik didapatkan hasil posisi simetris, kelopak mata normal, pergerakan bola mata normal, konjungtiva normal, sklera aniterik.

3) Sistem Pendengaran

Fungsi pendengaran pasien tampak normal.

4) Sistem Wicara

Pasien tampak tidak ada gangguan/kesulitan wicara.

5) Sistem Pernafasan

Jalan nafas bersih dengan frekuensi nafas 20x/menit, irama teratur dengan kedalaman dalam, pasien tidak ada batuk dan suara nafas pasien terdengar vesikuler/normal.

6) Sistem Kardiovaskuler

Nadi 82x/menit dengan irama teratur dan denyut nadi kuat. Tekanan darah 116/79mmHg, suhu 36°C, tidak ada edema, irama sirkulasi jantung teratur, pasien tidak sakit dada. Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 30 April 2021 Hb 12 g/dl.

7) Sistem Pencernaan

Pada saat dilakukan pemeriksaan fisik didapatkan hasil keadaan mulut dan gigi dengan tidak ada stomatitis, lidah tidak kotor, tidak memakai gigi palsu, pasien tampak kurang nafsu makan, pasien tidak ada kesulitan menelan, tidak ada mual dan muntah, pasien mengatakan nyeri pada area perut, pasien mengatakan tidak tampak rasa penuh diperut, bising usus 5 kali per menit, pasien tidak diare.

8) Sistem Saraf Pusat

Tingkat kesadaran compos mentis.

9) Sistem Perkemihan

Pasien tampak terpasang selang kateter urin, jumlah urin 1000 cc/24 jam, warna kuning jernih.

10) Sistem Integumen

Turgor kulit pasien baik, tampak keadaan kulit baik, tampak keadaan rambut tekstur baik, tampak bersih. Luka operasi tidak ada rembesan.

11) Sistem Muskuloskeletal

Pasien terdapat kesulitan dalam pergerakan, tidak ada sakit pada tulang sendi.

12) Sistem Kekebalan Tubuh

Suhu 36°C, BB sebelum sakit 63 kg, BB setelah sakit tidak terjadi, keluhan tidak ada.

13) Pemeriksaan Payudara dan Axilla

Hasil pemeriksaan bentuk buah dada simetris, konsistensi lembek, tidak ada tanda peradangan, kelenjar pada daerah axilla tidak membesar.

14) Pemeriksaan Abdomen

Hasil pemeriksaan abdomen tidak membesar, massa tidak ada tumor, konsistensi lunak, ada nyeri tekan pada luka operasi, tidak ada rembesan pada luka operasi, skala nyeri luka operasi 4.

15) Pemeriksaan Genitalia Eksterna dan Inguinal

Hasil pemeriksaan vulva bersih, tidak terdapat ulkus pada rambut pubis, pengeluaran/cairan darah.

5. Pemeriksaan Penunjang

Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 25 April 2021 pukul 19.40

WIB, hasil pemeriksaan hemoglobin 11,2 g/dl, leukosit 15,670 /ul, hematokrit 33 vol%, trombosit 298,000 /ul, eritrosit 3,99 juta/ul, MCV 84 fl. MCH 28 pg, MCHC 34 %, SGOT 86 u/l, SGPT 59 u/l.

Hasil pemeriksaan USG abdomen tanggal 26 April 2021 pukul 18.32

WIB, hasil pemeriksaan dengan kesan mioma uteri +/- 32 x 36 mm, dilatasi usus kecil dan besar pada abdomen kiri kanan bawah, tak tampak cairan bebas.

Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 29 April 2021 pukul 21.42

WIB, hasil pemeriksaan hematologi berupa hemoglobin 11,8 g/dl, leukosit 4,630 /ul, hematokrit 35 vol%, trombosit 459,000 /ul, eritrosit 4,27 juta/ul, MCV 83 fl, MCH 28 pg, MCHC 33 %.

Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 30 April 2021 pukul 19.16

WIB, hasil pemeriksaan hematologi berupa hemoglobin 12,5 g/dl, leukosit 12,070 /ul, hematokrit 38 vol%, trombosit 474,000 /ul, eritrosit 4,58 juta/ul, MCV 82 fl, MCH 27 pg, MCHC 33 %.

6. Penatalaksanaan

Pasien mendapat terapi infus RL 500 cc/24 jam, tutofusin / 24 jam, pasien mendapatkan terapi diit lunak, obat-obatan berupa oral: rilus 2 x 1 mg

(oral), hepamax 3 x 1 mg (oral), obat injeksi: broadced 2 x 1 gr (iv), pantozol 2 x 1 gr (iv), ondancentron 3 x 40 mg (iv), tamoliv 4 x 500 mg (iv), kalnex 3 x 500 mg (iv).

Data Fokus

Jumat, 30 April 2021

Keadaan Umum

Data Objektif: Keadaan umum sakit sedang, kesadaran compos mentis, hasil observasi tanda-tanda vital dengan tekanan darah 116/79mmHg, nadi 82x/menit, suhu 36°C, pernafasan 20x/menit. Berat badan 63 kg. tinggi badan 160 cm. IMT pasien 24.

Kebutuhan Fisiologis: Oksigen

Data Subjektif: pasien mengatakan tidak mengeluh batuk, pasien mengatakan tidak ada sesak nafas.

Data Objektif: jalan nafas pasien bersih, frekuensi pernafasan 20x/menit, dengan irama teratur dan kedalaman dalam. Pasien tidak tampak batuk. Hasil thorax: sinus dan diafragma kanan kiri baik, tidak tampak kelainan radiologis pada jantung dan kedua paru.

Kebutuhan Fisiologis: Cairan

Data Subjektif: pasien mengatakan minum sehari 1 gelas (@100 cc/hari), pasien mengatakan tidak ada mual dan muntah.

Data Objektif: pasien tampak terpasang selang kateter urin, tidak ada mual dan muntah, jumlah minum pasien 3600 cc/jam, tidak tampak edema, warna urin kuning jernih, perdarahan pada saat diruang operasi ±100 cc.

Hasil tekanan darah 116/79mmHg, nadi 82x/menit, suhu 36°C, pernafasan 20x/menit.

Kebutuhan Fisiologis: Nutrisi

Data Subjektif: pasien mengatakan nafsu makan kurang, pasien mengatakan tidak ada mual dan muntah, pasien mengatakan BB sebelum sakit 63 kg, BB sekarang tidak terkaji. Tidak mempunyai alergi pada makanan, pasien menghabiskan ½ porsi makan.

Data Objektif: konjungtiva pasien anemis, BB sekarang 63 kg. IMT pasien 24, pasien tidak stomatitis, pasien tampak tidak mual dan muntah, hasil Hb 12,5 g/dl.

Kebutuhan Fisiologis: Aktivitas

Data Subjektif: pasien mengatakan masih lemas, pasien mengatakan nyeri saat bergerak, pasien mengatakan masih sulit untuk menggerakkan anggota tubuhnya, pasien mengatakan cemas saat bergerak.

Data Objektif: pasien tampak berbaring dengan posisi terlentang, pasien tampak lemas, sebelum operasi pasien diberi anestesi spinal. Post operasi 3 jam.

Kebutuhan Rasa Aman: Infeksi

Data Subjektif: pasien mengatakan merasakan tidak nyaman dikarenakan pemakaian selang kateter urin.

Data Objektif: pasien tampak terpasang selang kateter urin, pasien terpasang infus, pasien tampak lemas, luka operasi tidak ada rembesan, suhu 36°C, kondisi luka tidak terdapat nanah yang keluar, terdapat nyeri skala 4, tidak ada bengkak ataupun kemerahan pada area luka, leukosit 12,070 /ul hasil laboratorium tanggal 30 April 2021.

Kebutuhan Rasa Nyaman: Nyeri

Data Subjektif: pasien mengatakan nyeri pada luka operasi, pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, pasien mengatakan nyeri hilang timbul, pasien mengatakan skala nyeri 4.

Data Objektif: pasien tampak memegangi perut, pasien tampak meringis, pasien tampak membatasi pergerakan, tekanan darah 116/79mmHg, nadi 82x/menit, suhu 36°C, pernafasan 20x/menit.

Analisa Data

Tabel 3.1 Analisa Data

No.	Data	Masalah	Etiologi
1.	<p>Data Subjektif:</p> <p>Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi, pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, pasien mengatakan nyeri hilang timbul, pasien mengatakan skala nyeri 4.</p> <p>Data Objektif:</p> <p>Pasien tampak memgangi area perut, pasien tampak meringis, pasien tampak membatasi pergerakan, tekanan darah 116/79mmHg, nadi 82x/menit, suhu 36°C, pernafasan 20x/menit.</p>	Nyeri akut	Agen pencedera fisik (prosedur operasi)
2.	<p>Data Subjektif:</p> <p>Pasien mengatakan merasakan tidak nyaman dikarenakan pemakaian selang kateter urin.</p> <p>Data Objektif:</p> <p>Pasien tampak terpasang selang kateter urin, luka operasi tampak tidak ada rembesan, suhu 36°C, kondisi luka tidak terdapat nanah yang keluar, terdapat nyeri skala</p>	Risiko infeksi	Prosedur invasif

	4, tidak ada bengkak ataupun kemerahan pada area luka, leukosit 12,070 u/l (30 April 2021).		
3.	<p>Data Subjektif:</p> <p>Pasien mengatakan masih lemas, pasien mengatakan nyeri saat bergerak, pasien mengatakan masih sulit menggerakkan anggota tubuhnya, pasien mengatakan cemas saat bergerak.</p> <p>Data Objektif:</p> <p>Pasien tampak berbaring dengan posisi terlentang, pasien tampak lemas, sebelum operasi pasien diberi anestesi spinal. 3 jam post operasi.</p>	Gangguan mobilitas fisik	Nyeri luka operasi

B. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)
Tanggal ditemukan: 30 April 2021
Tanggal teratasi : 02 Mei 2021
2. Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif
Tanggal ditemukan: 30 April 2021
Tanggal teratasi : 02 Mei 2021
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri luka operasi
Tanggal ditemukan: 30 April 2021
Tanggal teratasi : 01 Mei 2021

C. Perencanaan, Pelaksanaan, dan Evaluasi Keperawatan

1. Diagnosa pertama: Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi).

Data Subjektif:

Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi, pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, pasien mengatakan nyeri hilang timbul, pasien mengatakan skala nyeri 4.

Data Objektif:

Pasien tampak memegang area perut, pasien tampak meringis, pasien tampak membatasi pergerakan, tekanan darah 116/79mmHg, nadi 82x/menit, suhu 36°C, pernafasan 20x/menit.

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri pasien dapat berkurang ke skala ringan.

Kriteria hasil:

Tanda-tanda vital dalam batas normal (Tekanan darah 110/70mmHg, nadi 60-100c/menit, suhu 36,5°C-37,5°C), nyeri (skala 1-3).

Rencana Tindakan:

- 1) Monitor tanda-tanda vital (TD, N, RR,S) setiap shift.
- 2) Identifikasi karakteristik, lokasi, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri.
- 3) Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam.
- 4) Berikan terapi obat tamoliv 4x500 mg melalui iv sesuai intruksi dokter.

Pelaksanaan Keperawatan Tanggal 30 April 2021

Pukul 18.00 WIB memantau keadaan umum pasien dengan hasil pasien tampak sakit sedang, kesadaran compos metis. **Pukul 18.20 WIB** memonitor tanda-tanda vital pasien dengan hasil tekanan darah 116/79mmHg, nadi 82x/menit, pernafasan 20x/menit, suhu 36°C. **Pukul**

18.40 WIB mengidentifikasi karakteristik, lokasi, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri dengan hasil pasien mengatakan nyeri pada luka operasi, pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, pasien mengatakan nyeri hilang timbul, pasien mengatakan skala nyeri 4, pasien mengatakan nyeri timbul saat pasien melakukan pergerakan sedikit dan saat miring kanan dan kiri. **Pukul 18.50 WIB** mengajarkan pasien Teknik relaksasi nafas dalam dengan hasil pasien akan mengikuti ajaran perawat untuk relaksasi nafas dalam.

Pelaksanaan Keperawatan (shift sore dan malam oleh perawat ruangan)

Pukul 20.00 WIB memantau keadaan umum pasien dengan hasil pasien tampak sakit sedang, kesadaran compos mentis. **Pukul 21.00 WIB** memonitor tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 120/70mmHg, nadi 70x/menit, pernafasan 20x/menit, suhu 36,4°C. **Pukul 22.00 WIB** memberikan terapi obat tamoliv 500 mg via iv dengan hasil obat berhasil diberikan pada pasien.

Evaluasi Keperawatan Tanggal 30 April 2021 pukul 21.00 WIB

Subjektif: Pasien mengatakan nyeri luka operasi, pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, pasien mengatakan nyeri hilang timbul, pasien mengatakan skala nyeri 4.

Objektif: Tekanan darah 120/70mmHg, nadi 70x/menit, pernafasan 20x/menit, suhu 36,4°C

Analisa: Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

Planning: lanjutkan semua intervensi.

Pelaksanaan Keperawatan Tanggal 01 Mei 2021

Pukul 00.00 WIB mengobservasi pasien diruangan dengan hasil pasien tampak tenang. **Pukul 05.00 WIB** memonitor tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 100/60mmHg, nadi 70x/menit, pernafasan 18x/menit, suhu 36,5°C. **Pukul 06.00 WIB** mengobservasi pasien

tampak tenang, pasien sudah dimandikan oleh perawat ruangan. **Pukul 06.15 WIB** mengidentifikasi karakteristik, lokasi, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri dengan hasil pasien mengatakan nyeri pada luka operasi, pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, pasien mengatakan nyeri hilang timbul, pasien mengatakan skala nyeri 4. **Pukul 08.00 WIB** memberikan terapi obat pantozol 1 gr melalui iv dengan hasil obat berhasil diberikan. **Pukul 08.30 WIB** memonitor tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 116/80mmHg, nadi 75x/menit, pernafasan 20x/ment, suhu 36°C. **Pukul 08.40 WIB** mengidentifikasi karakteristik, lokasi, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri dengan hasil pasien mengatakan nyeri pada luka operasi, pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, pasien mengatakan nyeri hilang timbul, pasien mengatakan skala nyeri 4. **Pukul 09.00 WIB** mengajarkan pasien Teknik relaksasi nafas dalam dengan hasil pasien akan mengikuti ajaran perawat untuk relaksasi nafas dalam. **Pukul 10.30 WIB** memantau keadaan umum pasien dengan hasil pasien tampak sakit sedang, kesadaran compos mentis. **Pukul 12.30 WIB** memberikan terapi obat tamoliv 500 mg melalui iv dengan hasil obat berhasil diberikan pada pasien. **Pukul 13.30 WIB** memantau tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 117/78mmHg, nadi 77x/menit, pernafasan 18x/menit, suhu 36°C.

Evaluasi Keperawatan Tanggal 01 Mei 2021 pukul 14.00 WIB

Subjektif: Pasien mengatakan nyeri luka operasi, pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, pasien mengatakan nyeri hilang timbul, pasien mengatakan skala nyeri 4.

Objektif: keadaan umum sakit sedang, kesadaran compos mentis, pasien tampak meringis, tekanan darah 117/78mmHg, nadi 77x/menit, pernafasan 18x/menit, suhu 36°C.

Analisa: Masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai.

Planning: Lanjutkan semua intervensi.

Pelaksanaan Keperawatan (shift sore dan malam oleh perawat ruangan)

Pukul 16.00 WIB memonitor tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 100/60mmHg, nadi 70x/menit. Pernafasan 20x/menit, suhu 36,5°C. **Pukul 17.00 WIB** mengidentifikasi karakteristik, lokasi, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri dengan hasil pasien mengatakan nyeri pada luka operasi, pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, pasien mengatakan nyeri hilang timbul, pasien mengatakan skala nyeri 4. **Pukul 18.00 WIB** memberikan obat tamoliv 500 mg melalui iv dengan hasil obat berhasil diberikan pada pasien. **Pukul 22.00 WIB** memonitor tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 120/80mmHg, nadi 80x/menit, pernafasan 20x/menit, suhu 36,5°C

Evaluasi Keperawatan Tanggal 01 Mei 2021 pukul 21.00 WIB

Subjektif: Pasien mengatakan nyeri luka operasi, pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, pasien mengatakan nyeri hilang timbul, pasien mengatakan skala nyeri 4.

Objektif: keadaan umum sakit sedang, kesadaran compos mentis, pasien tampak meringis, tekanan darah 120/80mmHg, nadi 80x/menit, pernafasan 20x/menit, suhu 36,5°C.

Analisa: Masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai.

Planning: Lanjutkan semua intervensi.

Evaluasi Keperawatan Tanggal 02 Mei 2021 pukul 06.00 WIB

Subjektif: Pasien mengatakan nyeri luka operasi, pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, pasien mengatakan nyeri hilang timbul, pasien mengatakan skala nyeri 4.

Objektif: keadaan umum sakit sedang, kesadaran compos mentis, pasien tampak meringis.

Analisa: Masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai.

Planning: Lanjutkan semua intervensi.

Pelaksanaan Keperawatan Tanggal 02 Mei 2021

Pukul 08.00 WIB memberikan terapi obat tamoliv 500 mg melalui iv dengan hasil obat berhasil diberikan. **Pukul 09.00 WIB** memantau tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 110/70mmHg, nadi 80x/menit, pernafasan 20x/menit, suhu 36°C. **Pukul 10.00 WIB** mengidentifikasi karakteristik, lokasi, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri dengan hasil pasien mengatakan nyeri pada luka operasi, pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, pasien mengatakan nyeri hilang timbul, pasien mengatakan skala nyeri 3.

Evaluasi Keperawatan Tanggal 02 Mei 2021 pukul 14.00 WIB

Subjektif: Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi. Pasien mengatakan seperti ditusuk-tusuk, pasien mengatakan nyeri hilang timbul, pasien mengatakan skala nyeri 3.

Objektif: Keadaan umum pasien sakit sedang, kesadaran compos mentis, tekanan darah 110/70mmHg, nadi 80x/menit, pernafasan 20x/menit, suhu 36°C.

Analisa: Masalah teratasi, tujuan tercapai.

Planning: Hentikan semua intervensi.

2. Diagnosa kedua: Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif

Data Subjektif:

Pasien mengatakan merasakan tidak nyaman dikarenakan pemakaian selang kateter urin.

Data Objektif:

Pasien tampak terpasang selang kateter urin, luka operasi tampak tidak ada rembesan, suhu 36°C, kondisi luka tidak terdapat nanah yang keluar, tidak ada bengkak ataupun kemerahan pada area luka, leukosit 12,070 /ul.

Tujuan:

Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan risiko infeksi tidak terjadi pada pasien.

Kriteria hasil:

Suhu tubuh dalam batas normal ($36,5^{\circ}\text{C}$ - $37,5^{\circ}\text{C}$), pasien tidak menunjukkan tanda-tanda infeksi.

Rencana Tindakan:

- 1) Monitor tanda-tanda vital per shift.
- 2) Monitor tanda-tanda infeksi (dolor, calor, rubor, tumor dan functio laesa) / 8 jam..
- 3) Lakukan perawatan luka sesuai jadwal
- 4) Jelaskan tanda-tanda infeksi pada pasien dan keluarga.
- 5) Ajarkan pasien dan keluarga teknik pencegahan infeksi.
- 6) Berikan terapi obat Broadced 2x1 gr melalui iv sesuai intruksi dokter.

Pelaksanaan Keperawatan Tanggal 30 April 2021

Pukul 18.20 WIB memonitor tanda-tanda vital pasien (suhu) dengan hasil suhu 36°C . **Pukul 18.40 WIB** memonitor tanda-tanda infeksi dengan hasil tidak ada tanda-tanda infeksi pada pasien, tidak ada rembesan disekitar balutan luka pasien, terdapat rasa sakit, tidak ada rasa panas, tidak ada pembengkakan, tidak ada kemerahan, dan tidak ada penurunan fungsi. **Pukul 18.45 WIB** menjelaskan tanda-tanda infeksi pada pasien dan keluarga dengan hasil pasien dan keluarga paham.

Pelaksanaan Keperawatan (shift sore dan malam oleh perawat ruangan)

Pukul 20.00 WIB memberikan terapi obat broadced 1 gr melalui iv dengan hasil obat berhasil diberikan pada pasien. **Pukul 21.00 WIB** memonitor tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 120/70mmHg, nadi 70x/menit, pernafasan 20x/menit, suhu $36,4^{\circ}\text{C}$. **Pukul 00.00 WIB** mengobservasi pasien diruangan dengan hasil pasien tampak tenang. **Pukul 05.00 WIB** memonitor tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 100/60mmHg, nadi 70x/menit, pernafasan 18x/menit, suhu $36,5^{\circ}\text{C}$.

Evaluasi Keperawatan Tanggal 30 April 2021 pukul 21.00 WIB

Subjektif: -

Objektif: : Keadaan umum sakit sedang, kesadaran compos mentis, tidak ada tanda-tanda infeksi pada luka operasi pasien, tidak ada rembesan disekitar balutan luka pasien, terdapat rasa sakit, tidak ada rasa panas, tidak ada pembengkakan, tidak ada kemerahan, dan tidak ada penurunan fungsi. tekanan darah 120/70mmHg, nadi 70x/menit, pernafasan 20x/menit, suhu 36,4°C

Analisa: Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

Planning: Lanjutkan semua intervensi.

Evaluasi Keperawatan Tanggal 01 Mei 2021 pukul 06.00 WIB

Subjektif: -

Objektif: : 100/60mmHg, nadi 70x/menit, pernafasan 18x/menit, suhu 36,5°C.

Analisa: Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

Planning: Lanjutkan semua intervensi.

Pelaksanaan Keperawatan Tanggal 01 Mei 2021

Pukul 08.30 WIB memonitor tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 116/80mmHg, nadi 75x/menit, pernafasan 20x/ment, suhu 36°C.

Pukul 09.15 WIB memonitor tanda-tanda infeksi dengan hasil tidak ada tanda-tanda infeksi pada pasien, tidak ada rembesan disekitar balutan luka pasien, terdapat rasa sakit, tidak ada rasa panas, tidak ada pembengkakan, tidak ada kemerahan, dan tidak ada penurunan fungsi.

Pukul 10.30 WIB mengajarkan pasien dan keluarga teknik pencegahan infeksi dengan hasil pasien dan keluarga paham. **Pukul 11.10 WIB** melakukan perawatan luka operasi dengan hasil tidak ada rembesan disekitar baluan luka pasien, kondisi luka tidak terdapat nanah yang keluar, terdapat nyeri skala 4, tidak ada bengkak ataupun kemerahan pada area luka. **Pukul 12.30 WIB** memberikan terapi obat broadced 1 gr

melalui iv dengan hasil obat berhasil diberikan pada pasien. **Pukul 13.15 WIB** melepaskan selang kateter urin dengan hasil tidak ada darah yang keluar. **Pukul 13.50 WIB** memantau keadaan umum pasien dengan hasil pasien tampak sakit sedang, kesadaran compos mentis.

Evaluasi Keperawatan Tanggal 01 Mei 2021 pukul 14.00 WIB

Subjektif: -

Objektif: : Keadaan umum sakit sedang, kesadaran compos mentis, tidak ada tanda-tanda infeksi pada luka operasi pasien, tidak ada rembesan disekitar balutan luka pasien, terdapat rasa sakit, tidak ada rasa panas, tidak ada pembengkakan, tidak ada kemerahan, dan tidak ada penurunan fungsi. tekanan darah 116/80mmHg, nadi 75x/menit, pernafasan 20x/ment, suhu 36°C.

Analisa: Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

Planning: Lanjutkan semua intervensi.

Pelaksanaan Keperawatan (shift sore dan malam)

Pukul 16.00 WIB memonitor tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 100/60mmHg, nadi 70x/menit, pernafasan 20x/menit, suhu 36,5°C.

Pukul 18.10 WIB memberikan terapi obat broadced 1 gr melalui iv dengan hasil obat berhasil diberikan pada pasien. **Pukul 22.00 WIB** memonitor tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 120/80mmHg, nadi 80x/menit, pernafasan 20x/menit, suhu 36,5°C

Evaluasi Keperawatan Tanggal 02 Mei 2021 pukul 06.00 WIB

Subjektif: -

Objektif: : Keadaan umum sakit sedang, kesadaran compos mentis, tekanan darah 120/80mmHg, nadi 80x/menit, pernafasan 20x/menit, suhu 36,5°C

Analisa: Masalah teratasi, tujuan belum tercapai.

Planning: Lanjutkan semua intervensi.

Pelaksanaan Keperawatan Tanggal 02 Mei 2021

Pukul 08.00 WIB memberikan terapi obat broadced I gr melalui iv dengan hasil obat berhasil diberikan. **Pukul 09.00 WIB** memantau tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 110/70mmHg, nadi 80x/menit, pernafasan 20x/menit, suhu 36°C. **Pukul 09.20 WIB** memonitor tanda-tanda infeksi dengan hasil tidak ada tanda-tanda infeksi pada pasien, tidak ada rembesan disekitar balutan luka pasien, terdapat rasa sakit, tidak ada rasa panas, tidak ada pembengkakan, tidak ada kemerahan, dan tidak ada penurunan fungsi.

Evaluasi Keperawatan Tanggal 02 Mei 2021 pukul 14.00 WIB

Subjektif: -

Objektif: : Keadaan umum sakit sedang, kesadaran compos mentis, tidak ada tanda-tanda infeksi pada luka pasien, tidak ada rembesan disekitar balutan luka pasien, terdapat rasa sakit, tidak ada rasa panas, tidak ada pembengkakan, tidak ada kemerahan, dan tidak ada penurunan fungsi. tekanan darah 110/70mmHg, nadi 80x/menit, pernafasan 20x/menit, suhu 36°C.

Analisa: Masalah teratasi, tujuan tercapai.

Planning: Hentikan semua intervensi.

3. Diagnosa ketiga: Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri luka operasi.

Data Subjektif:

Pasien mengatakan masih lemas, pasien mengatakan nyeri saat bergerak, pasien mengatakan masih sulit menggerakkan anggota tubuhnya, pasien mengatakan cemas saat bergerak.

Data Objektif:

Pasien tampak berbaring dengan posisi terlentang, pasien tampak lemas, sebelum operasi pasien diberi anestesi spinal, 3 jam post operasi.

Tujuan:

Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 2x24 jam diharapkan mobilisasi pasien bertahap.

Kriteria hasil:

Pasien dapat miring kanan dan kiri, setengah duduk, duduk dan turun dari tempat tidur.

Rencana Tindakan:

- 1) Monitor tanda-tanda vital.
- 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
- 3) Fasilitasi melakukan pergerakan.
- 4) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan
- 5) Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (duduk, di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi).

Pelaksanaan Keperawatan Tanggal 30 April 2021

Pukul 18.00 WIB mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan dengan hasil pasien bedrest 12 jam. **Pukul 18.20 WIB** memfasilitasi pasien melakukan pergerakan dengan hasil pasien mengatakan pasien mau dibantu untuk memenuhi kebutuhannya jika suami atau ibunya tidak ada disampingnya. **Pukul 18.50 WIB** melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan dengan hasil perawat memberihatu kepada suami dan ibu pasien untuk selalu memenuhi kebutuhan pasien. **Pukul 18.53 WIB** menganjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan dengan hasil perawat menjelaskan mobilisasi bertahap.

Pelaksanaan Keperawatan (shift sore dan malam)

Pukul 00.00 WIB melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan dengan hasil perawat memberihatu kepada suami dan ibu pasien untuk selalu memnuhi kebutuhan pasien. **Pukul 05.00 WIB** memantau keadaan umum dengan hasil pasien tampak sakit

sedang, kesadaran compos mentis. **Pukul 05.10 WIB** memonitor tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 100/60mmHg, nadi 70x/menit, pernafasan 18x/menit, suhu 36,5°C. **Pukul 05.30 WIB** mengidentifikasi toleransi pasien dalam melakukan pergerakan dengan hasil pasien mengatakan sekarang bisa miring kanan kiri dan bisa setengah duduk. **Pukul 05.40** menganjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan dengan hasil pasien mengatakan sudah dapat melakukan pergerakan secara bertahap.

Evaluasi Keperawatan Tanggal 30 April 2021 pukul 21.00

Subjektif: Pasien mau dibantu kebutuhannya jika tidak ada suami dan ibunya

Objektif: Pasien masih bedrest 12 jam, pasien belum bisa miring kanan dan kiri

Analisa: Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai

Planning: Lanjutkan semua intervensi

Evaluasi Keperawatan Tanggal 01 Mei 2021 pukul 06.00

Subjektif: Pasien mengatakan sekarang sudah bisa miring kanan kiri dan setengah duduk

Objektif: Pasien bisa miring kanan kiri dan setengah duduk

Analisa: Masalah teratasi, tujuan belum tercapai

Planning: Lanjutkan semua intervensi

Pelaksanaan Keperawatan Tanggal 01 Mei 2021

Pukul 08.30 WIB memonitor tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 116/80mmHg, nadi 75x/menit, pernafasan 20x/ment, suhu 36°C.

Pukul 09.00 WIB mengidentifikasi toleransi pasien dalam melakukan pergerakan dengan hasil pasien mengatakan sekarang bisa duduk, turun dari tempat tidur dan ke kamar mandi. **Pukul 12.00 WIB** membantu pasien melakukan pergerakan dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari dengan hasil pasien mengatakan pasien mau dibantu untuk memenuhi

kebutuhannya jika suami atau ibunya tidak ada disampingnya. **Pukul 13.30 WIB** memonitor tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 117/78mmHg, nadi 77x/menit, pernafasan 18x/menit, suhu 36°C.

Pelaksanaan Keperawatan (shift sore dan malam oleh perawat ruangan)

Pukul 19.00 WIB memfasilitasi pasien melakukan pergerakan dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari dengan hasil pasien mengatakan pasien mau dibantu untuk memenuhi kebutuhannya jika suami atau ibunya tidak ada disampingnya. **Pukul 22.00 WIB** memonitor tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 120/80mmHg, nadi 80x/menit, pernafasan 20x/menit, suhu 36,5°C. **Pukul 04.00 WIB** memantau keadaan umum dengan hasil pasien tampak sakit sedang, kesadaran compos mentis.

Evaluasi Keperawatan Tanggal 01 Mei 2021 pukul 14.00 WIB

Subjektif: Pasien mengatakan sekarang bisa miring kanan kiri, setengah duduk, duduk, turun dari tempat tidur dan ke kamar mandi.

Objektif: Keadaan umum sakit sedang, kesadaran compos mentis, tekanan darah 120/80mmHg, nadi 80x/menit, pernafasan 20x/menit, suhu 36,5°C.

Analisa: Masalah teratasi, tujuan tercapai.

Planning: Hentikan semua intervensi.

BAB IV

PEMBAHASAN

A. Pengkajian Keperawatan

Menurut Aspiani (2017), pengkajian pada pasien mioma uteri biasanya terjadi pada usia reproduktif, paling sering ditemukan pada usia 35 tahun ke atas. Makin tua usia maka toleransi terhadap nyeri akan berkurang. Hal ini sama dengan pasien yang dirawat yaitu usia 37 tahun. Menurut teori keluhan utama yang dirasakan oleh klien dengan mioma uteri adalah timbul benjolan diperut bagian bawah dalam waktu relatif lama. Kadang-kadang disertai gangguan haid. Namun dalam kasus ditemukan tidak adanya benjolan diperut dan tidak terjadi gangguan haid .

Menurut teori pola kebiasaan sehari-hari biasanya klien mengalami gangguan dalam memenuhi kebutuhan nutrisinya. Kebanyakan klien merasa tidak nafsu makan. Namun dalam kasus pasien yang dirawat tidak mengalami gangguan dalam memenuhi kebutuhan nutrisinya.

Menurut teori pasien dengan mioma uteri biasanya mengalami perubahan eliminasi seperti jumlah output urin yang sedikit akibat kehilangan cairan tubuh saat operasi, muntah akibat anestesi, pasien dengan mioma uteri dapat mengalami konstipasi akibat penekanan rektum oleh mioma uteri. Pada klien dengan post operasi fungsi gastrointestinal biasanya pulih dalam 24 - 74 jam setelah pembedahan. Hal ini sama dengan pasien yang dirawat mengalami perubahan eliminasi tetapi tidak mengalami muntah akibat anestesi.

Menurut teori pasien dengan mioma uteri biasanya mengalami gangguan dalam istirahat/tidurnya karena nyeri dan ketidaknyamanan yang dirasakannya. Hal ini tidak dialami pada pasien yang dirawat karena hanya nyeri jika bergerak.

Menurut teori pasien dengan mioma uteri kebutuhan *personal hygiene* kebersihan diri merupakan pemeliharaan kesehatan untuk diri sendiri, dimana kebutuhan *personal hygiene* klien dengan mioma uteri tidak mengalami gangguan. Sedangkan pada pasien post operasi dibantu oleh keluarganya. Hal ini sama dengan pasien yang dirawat untuk kebersihan dirinya dibantu oleh suami/keluarganya.

Menurut teori pasien dengan mioma uter aktivitas pada klien dengan mioma uteri aktivitasnya tidak terganggu, pekerjaan/ kegiatan sehari-hari mampu dilakukan maksimal karena keadaannya yang semakin lemah. Sedangkan pada klien post operasi mioma klien mengalami keterbatasan aktivitas. Hal ini sama dengan pasien yang dirawat yaitu pasien mengalami keterbatasan aktivitas karena efek anestesi.

Penulis menemukan faktor penghambat dalam pengkajian faktor pencetus terjadinya mioma uteri pada pasien karena penulis kurang paham tentang pengkajian mioma uteri. Faktor pendukungnya yaitu pada saat dilakukan pengkajian pasien dan keluarga kooperatif memberikan informasi kepada penulis secara terbuka, dan bisa melihat data dari rekam medis.

B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa pada pasien mioma uteri terdapat pre operasi, intra operasi dan post operasi. Tetapi penulis hanya mengangkat diagnosa keperawatan yaitu post operasi, terdapat 6 diagnosa keperawatan post operasi. Namun, penulis hanya mengangkat 3 diagnosa keperawatan yang sesuai dengan kondisi dan keadaan pasien.

Diagnosa keperawatan yang ada di teori tetapi tidak diangkat oleh penulis, yaitu:

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan napas, hipersekresi jalan napas, sekresi yang tertahan. Diagnosa keperawatan tersebut tidak penulis angkat karena tidak terdapat kriteria

tanda dan gejala pada kasus penulis. Dibuktikan pada saat pengkajian pasien terlihat tidak ada batuk dan tidak ada sekret.

2. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal, kelemahan. Diagnosa keperawatan ini tidak penulis angkat karena tidak terdapat kriteria tanda dan gejala pada kasus. Dibuktikan pada saat dilakukan pengkajian pasien hanya keterbatasan mobilisasi dikarenakan efek anestesi spinal yang diberikan pada saat operasi.
3. Gangguan citra tubuh (body image) berhubungan dengan proses penyakit, gangguan psikososial, trauma. Diagnosa keperawatan ini tidak penulis angkat karena tidak terdapat kriteria tanda dan gejala yang sesuai pada kasus. Dibuktikan pada saat pengkajian pasien hanya mengatakan mengeluh nyeri pada luka operasi, dan terpasang selang kateter urin.

Adapun faktor pendukung untuk mengangkat diagnosa keperawatan yang telah diangkat oleh penulis yaitu adanya keluhan pada pasien dan respon pasien yang sesuai dengan batasan karakteristik diagnosa keperawatan serta adanya referensi buku SDKI (2016) dari yang dapat dijadikan acuan penulis untuk mengangkat diagnosa tersebut, dan pasien kooperatif dengan penulis. Adapun faktor hambatan pada saat mengangkat diagnosa keperawatan dikarenakan tidak adanya referensi buku yang terbaru yang bisa dijadikan sumber oleh penulis.

C. Perencanaan Keperawatan

Diagnosa prioritas yang telah penulis angkat adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) karena sesuai dengan kebutuhan pasien yang paling utama yaitu kebutuhan fisiologis pada saat pengkajian, dibuktikan dengan pasien mengatakan nyeri pada luka operasi, pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, pasien mengatakan nyeri hilang timbul, pasien mengatakan skala nyeri 4.

Kesenjangan yang ditemukan pada teori dengan kasus dalam perencanaan keperawatan yaitu pada teori tidak ada batasan waktu untuk menyelesaikan

perencanaan, sedangkan pada kasus terdapat keterbatasan waktu yang bertujuan untuk sejauh mana penulis dapat berhasil dalam melakukan pelaksanaan keperawatan yang berfokus pada kondisi dan keadaan pasien pada saat pengkajian.

Kesenjangan dalam perencanaan keperawatan yang ditemukan penulis, yaitu:

1. Pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi), dalam perencanaan teori tetapi pada kasus penulis tidak angkat antara lain:
 - a. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri.
 - b. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan).
 - c. Fasilitasi istirahat dan tidur.
 - d. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri.

2. Pada diagnosa kedua resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif, dalam perencanaan teori tetapi pada kasus penulis tidak angkat antara lain:
 - a. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesudah kondisi pasien.
 - b. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri.

3. Pada diagnosa ketiga gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri luka operasi, dalam perencanaan teori tetapi pada kasus penulis tidak angkat antara lain:
 - a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya.
 - b. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu.
 - c. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi

Pada diagnosa keperawatan ketiga ini penulis menambahkan intervensi pada kasus yaitu monitor tanda-tanda vital.

Faktor pendukung dalam merencanakan perencanaan keperawatan yaitu dengan adanya sumber referensi yang sesuai yang dapat dijadikan rujukan untuk merencanakan asuhan keperawatan sesuai dengan keadaan pasien. Faktor penghambatnya dalam perumusan perencanaan kurangnya referensi dari berbagai buku untuk merumuskan perencanaan keperawatan, dan bahasa perencanaan yang kurang dipahami oleh penulis.

D. Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan yang sudah penulis lakukan sesuai dengan perencanaan yang telah disusun pada diagnosa keperawatan yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi), risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif, dan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri luka operasi, sudah dilakukan dengan baik sesuai yang direncanakan dan dengan waktu yang telah ditetapkan oleh penulis.

Pelaksanaan keperawatan yang dilakukan oleh penulis sudah sesuai hanya saja dalam kata bahasa saja sedikit diubah oleh penulis dengan tujuan lebih mudah dipahami penulis.

Faktor pendukung yang diperoleh untuk penulis yaitu pasien sangat komunikatif dan kooperatif begitupun tim perawat ruangan sehingga dapat melakukan rencana keperawatan dengan baik. Adapun faktor penghambat bagi penulis pada saat pelaksanaan keperawatan di Rumah Sakit penulis tidak dapat melakukan tindakan selama 24 jam kepada pasien kelolaan dan penulis kesulitan dalam menyesuaikan Tindakan keperawatan dengan teori yang ada karena beberapa diagnosa berbeda dengan kasus ini atau keluhan yang dirasakan oleh pasien..

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan yaitu sebagai tahap akhir dari proses asuhan keperawatan yang merupakan perbandingan sistematis dan terencana antara

hasil akhir dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat oleh penulis pada tahap perencanaan keperawatan.

Hasil evaluasi dari masing-masing diagnosa keperawatan pada kasus antara lain:

Pada diagnosa keperawatan Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) ditentukan setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam nyeri akut berkurang dengan kriteria hasil Tanda-tanda vital dalam batas normal (Tekanan darah 110/70mmHg, nadi 60-100c/menit, suhu (36,5°C-37,5°C), nyeri (skala 1-3). Masalah teratasi, tujuan tercapai. Dibuktikan dengan pasien mengatakan nyeri pada luka operasi, pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, pasien mengatakan nyeri hilang timbul, pasien mengatakan skala nyeri 3.

Pada diagnosa keperawatan Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif ditentukan setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam risiko infeksi tidak terjadi dengan kriteria hasil Suhu tubuh dalam batas normal (36,5°C-37,5°C), pasien tidak menunjukkan tanda-tanda infeksi. Masalah teratasi, tujuan tercapai. Dibuktikan dengan keadaan umum pasien sakit sedang, kesadaran compos mentis, tidak ada tanda-tanda infeksi pada luka operasi pasien, tidak ada rembesan disekitar balutan luka pasien, terdapat rasa sakit, tidak ada rasa panas, tidak ada pembengkakan, tidak ada kemerahan, dan tidak ada penurunan fungsi.tekanan darah 110/70mmHg, nadi 80x/menit, pernafasan 20x/menit, suhu 36°C.

Pada diagnosa keperawatan Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri luka operasi ditentukan setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x24 jam diharapkan mobilisasi pasien bertahap dengan kriteria hasil Pasien dapat miring kanan dan kiri, setengah duduk, duduk dan turun dari tempat tidur. Masalah teratasi, tujuan tercapai. Dibuktikan dengan pasien mengatakan sekarang bisa miring kanan kiri, setengah duduk, duduk, turun dari tempat tidur dan ke kamar mandi, keadaan umum sakit sedang,

kesadaran compos mentis, tekanan darah 120/80mmHg, nadi 80x/menit, pernafasan 20x/menit, suhu 36,5°C.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada Ny. F dengan post operasi mioma uteri dan membahas kesenjangan antara teori dan kasus, penulis menyimpulkan bahwa saat pengkajian yang harus dikaji pada pasien post operasi mioma uteri yaitu pengkajian terhadap adanya nyeri pada perut bagian bawah dan menstruasi yang tidak teratur. Hal ini sama dengan pasien yang dirawat yaitu nyeri pada perut bagian bawah, namun pada pasien yang dirawat mengalami menstruasi yang teratur.

Pada diagnosa keperawatan yang ada pada kasus yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi), risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri luka operasi. Untuk diagnosa prioritas yang penulis angkat yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi).

Pada perencanaan keperawatan yang telah ditulis dan direncanakan oleh penulis sesuai dengan penetapan tujuan dan kriteria hasil dari referensi buku yang bisa di pertanggungjawabkan serta sesuai dengan kondisi pasien dan keluhan pasien. Perencanaan yang sesuai dengan prioritas diagnosa keperawatan yang penulis rencanakan antara lain ajarkan relaksasi nafas dalam, identifikasi karakteristik, lokasi, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri, dan monitor tanda-tanda vital.

Pelaksanaan keperawatan yang sudah penulis lakukan sesuai dengan perencanaan yang telah di susun pada diagnosa keperawatan yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi), risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif, gangguan mobilitas fisik

berhubungan dengan nyeri luka operasi, sudah dilakukan dengan baik sesuai yang direncanakan dan dengan waktu yang telah ditetapkan oleh penulis.

Evaluasi keperawatan yaitu sebagai tahap akhir dari proses asuhan keperawatan yang merupakan perbandingan sistematis dan terencana antara hasil akhir dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat oleh penulis pada tahap perencanaan keperawatan. Pada kasus ditahap evaluasi keperawatan yang sudah dilakukan penulis sudah sesuai dengan apa yang dilaksanakan oleh penulis.

B. Saran

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan dan emmbuat kesimpulan diatas. Adapun saran dari penulis sebagai berikut:

1. Bagi institusi Pendidikan yaitu diharapkan untuk menambah referensi buku perpustakaan terkait pada kasus mioma uteri agar mempermudah untuk mendapatkan referensi buku yang terbaru dalam menentukan asuhan keperawatan.
2. Bagi perawat yaitu perawat diharapkan untuk lebih kooperatif dan *care* dengan tim medis lainnya untuk memberikan asuhan keperawatan yang optimal kepada pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Ahmad Syahlani. (2016). faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Mioma Uteri. *Dinamika Kesehatan*, 7(1).
- Anwar, M. (2011). *Ilmu Kandungan*. PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Aspiani, R. Y. (2017). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Maternitas*. Trans Info Media.
- Bagun, A.V & Nuraeni, S. (2013). Pengaruh Aromaterapi Lavender Terhadap Intensitas Nyeri pada Pasien Pasca Operasi di Rumah Sakit Dustira Cimahi. *Jurnal Keperawatan Soedirman (The Soedirman Journal of Nursing)*, 8(2), 120–126.
- Istihaq, S., Darayus, P.G., & N. K. (2014). Multiple Uterine Fibroids in a Young Adult. *Pakistan Journal of Medicine and Dentistry*, 3(02).
- Kurniaty, R., & S. (2018). Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Mioma Uteri di RSUD Dr. H Abdul Moeloek Bandar Lampung Tahun 2016. *Jurnal Kebidanan*, 4(3), 1–6.
- Lilyani, D. I., Sudiati, 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.
- Mansjoer, A. (2013). *Kapita Selekta Kedokteran*. Media Aesculapius.
- Mathew, S. D., & Abraham, B. (2018). Cervical Stump Fibroidpost Supra-cervical Hysterectomy. *International Journal of Integrated Health Sciences*, 6(2), 97–99. <https://doi.org/10.15850/ijih.v6n2.1257>
- Mitayani. (2013). *Asuhan keperawatan maternitas*. Salemba Medika.
- Nugroho, Taufan, Utama, I. B. (2014). *Masalah Kesehatan Reproduksi Wanita*. Nuha Medika.
- Nugroho, T. (2012). *Obstetri dan Ginekologi*. Nuha Medika.

- Octaviana, A. & Pranajaya, R. (2014). Usia dan Paritas dengan Kejadian Mioma Uteri. *Jurnal Keperawatan, X(2)*, 209–2014.
- PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Prawirohardjo. (2013). *Ilmu Kandungan*. YBPSP.
- Pritts, E. A., Vanness, D. J., Berek, J. S., Parker, W., Feinberg, R., Feinberg, J., & Olive, D. L. (2015). The prevalence of occult leiomyosarcoma at surgery for presumed uterine fibroids: a meta-analysis. *Gynecological Surgery, 12(3)*, 165–177. <https://doi.org/10.1007/s10397-015-0894-4>
- Setiati Siti, Alwi Idrus, Sudoyo AW, K Simadibrata M, Setiyahadi B, Syam FA, et al, E. (2014). *Ilmu Penyakit Dalam Jilid III Edisi Keenam: lupus eritematosus dan sindrom antibodi antifosfolipid* (pp. 3331–3390). Interna Publishing.
- 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>
- Surya, E., Muzakkar, M. (2017). Mioma Servikal. In *Cermin Dunia Kedokteran* (pp. 118–120).

Lampiran 1



Disusun Oleh:

Windi Febrianti

201801042

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN

STIKes MITRA KELUARGA

BEKASI

2021

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

Diagnosa Keperawatan : Risiko Infeksi Berhubungan dengan Prosedur Invasif
 Topik : Perawatan Luka Post Operasi
 Sasaran : Ny. F dan keluarga Ny. F
 Waktu : 11.00-11.25 WIB
 Tempat : Ruang S

TIU	TIK	MATERI	KBM		METODE	ALAT PERAGA	EVALUASI
			Mahasiswa	Peserta			
Setelah dilakukan penyuluhan tentang perawatan luka <i>post</i>	Setelah dilakukan penyuluhan selama 1 x 30 menit diharapkan	1. Pengertian perawatan luka 2. Tujuan perawatan luka	Pembukaan (5 menit) 1. Salam pembuka 2. Perkenalan 3. Kontrak waktu	Menjawab salam Menyetujui	- Ceramah -Tanya jawab	Leaflet	1. Klien mampu menjelaskan pengertian perawatan luka 2. Klien mampu menjelaskan

<p>operasi 1x30 menit diharapkan keluarga mampu memahami mengenai perawatan luka <i>post</i> operasi</p>	<p>keluarga mampu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan pengertian perawatan luka 2. Menjelaskan tujuan perawatan luka 3. Menjelaskan hal-hal yang dapat membantu penyembuhan luka 4. Menyebutkan alat dan bahan dalam 	<ol style="list-style-type: none"> 3. hal-hal yang dapat membantu penyembuhan luka 4. Alat dan bahan dalam perawatan luka 5. Cara perawatan luka 	<p>4 Topik</p> <p>Penyuluhan/Isi (15 menit)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan pengertian perawatan luka 2. Menjelaskan tujuan perawatan luka 3. Menjelaskan hal-hal yang dapat membantu penyembuhan luka 	<p>Memperhatikan</p>			<p>tujuan perawatan luka</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Klien mampu menjelaskan hal-hal yang dapat membantu penyembuhan luka 4. Menyebutkan alat dan bahan dalam perawatan luka 5. Menjelaskan cara perawatan luka
--	--	---	---	----------------------	--	--	--

	<p>perawatan luka</p> <p>5. Menjelaskan cara perawatan luka</p>		<p>4. Menyebutkan alat dan bahan dalam perawatan luka</p> <p>5. Menjelaskan cara perawatan luka</p> <p>Penutup (5 menit)</p> <p>1. Memberikan kesempatan peserta untuk bertanya</p> <p>2. Memberikan pertanyaan pada peserta</p>	<p>Klien bertanya dan pemateri menjawab pertanyaan</p>			
--	---	--	--	--	--	--	--

			tentang materi yang diberikan				
			3 Mengucapkan terima kasih kepada peserta dan memberikan salam	Menjawab salam			

Lampiran 2

LAMPIRAN MATERI

A. Pengertian

Perawatan luka adalah luka setelah prosedur pembedahan/operatif yang dilakukan oleh dokter.

B. Hal-hal Yang Dapat Membantu Penyembuhan Luka

1. Makan makanan yang banyak mengandung protein dan vitamin C seperti tahu, tempe, daging, telur, jeruk, jambu biji yang berwarna merah, dll.
2. Mengikuti terapi dokter secara teratur dan minum obat secara teratur.
3. Mencegah infeksi dengan cara mengganti balutan secara teratur sebersih mungkin.
4. Cuci tangan sebelum dan sesudah mengganti balutan luka.

C. Tujuan Perawatan Luka

1. Melindungi luka dari kontaminasi mikroorganisme
2. Membantu homeostasis
3. Mempercepat proses penyembuhan
4. Menjaga kelembaban luka baik luka bersih maupun kotor
5. Menghilangkan sekresi yang terakumulasi dan jaringan mati dari luka atau tempat insisi
6. Menurunkan pertumbuhan mikroorganisme pada luka atau insisi

D. Alat dan Bahan Dalam Perawatan Luka

1. NaCl 0,9% atau air panas yang sudah didinginkan
2. Bethadine 10%
3. *Cutten bud* atau kapas lidi
4. Plester
5. Kassa/perban
6. Kapas
7. Minyak kayu putih/alkohol 70%

E. Cara Perawatan Luka

1. Lepaskan plester dengan menggunakan *cutten bud* atau kapas lidi yang telah dicelupkan pada minyak kayu putih/alkohol
2. Buang kassa/perban yang memebalut sekitar luka dengan kapas yang dicelupkan
3. Bersihkan luka dan daerah sekitar luka dengan kapas yang dicelupkan pada NaCl 0,9% atau air panas yang telah didinginkan
4. Keringkan luka dengan kassa
5. **Luka yang sudah kering:** dioleskan bethadine 10% pada daerah luka dan sekitarnya, **Luka yang masih basah:** kompres dengan kassa yang telah dicelupkan pada NaCl 0,9%
6. Tutup luka dengan kassa kering
7. Lalu dieratkan menggunakan plester

ALAT DAN BAHAN PERAWATAN LUKA

1. NaCl 0,9% atau air panas yang sudah didinginkan
2. Bethadine 10%
3. *Cutten bud* atau kapas lidi
4. Plester
5. Kassa/perban
6. Kapas
7. Minyak kayu putih/

LANGKAH-LANGKAH

- 1) Lepaskan plester menggunakan *cutten bud* atau kapas lidi yang telah dicelupkan pada minyak kayu putih/alkohol
- 2) Buang kassa/perban yang membalut sekitar luka dengan kapas yang dicelupkan
- 3) Bersihkan luka dan daerah sekitar luka dengan kapas yang dicelupkan
- 4) Keringkan luka dengan kassa
- 5) **Luka yang sudah kering:** dioleskan bethadine 10% pada daerah luka dan sekitarnya, **Luka yang masih basah:** kompres dengan kassa yang telah dicelupkan pada NaCl 0,9%
- 6) Tutup luka dengan kassa kering dan plester



PERAWATAN LUKA POST OPERASI



WINDI FEBRIYANTI
201801042
DIII KEPERAWATAN
STIKES MITRA KELUARGA

APA ITU PERAWATAN LUKA ??

Perawatan luka adalah luka setelah prosedur pembedahan/operatif yang dilakukan oleh dokter.



HAL-HAL YANG MEMBANTU PENYEMBUHAN LUKA

- 1) Makan makanan yang banyak mengandung protein dan vitamin C
- 2) Mengikuti terapi dokter secara teratur dan minum obat secara teratur
- 3) Mencegah infeksi dengan cara mengganti balutan secara teratur sebersih mungkin
- 4) Cuci tangan sebelum dan sesudah mengganti balutan luka

TUJUAN PERAWATAN LUKA

1. Melindungi luka dari kontaminasi mikroorganisme
2. Mempercepat proses penyembuhan
3. Menjaga kelembaban luka baik luka bersih maupun kotor
4. Menghilangkan sekresi yang terakumulasi dan jaringan mati dari luka atau tempat insisi