



**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN  
ENDOMETRIOSIS DI RUANG PERAWATAN  
SANTO YOSEP II RUMAH SAKIT  
STELLA MARIS MAKASSAR**

**OLEH:**

**SIRFHA PAILANG SIRENDEN (NS2114901137)**

**SISKA PRATIWI (NS2114901138)**

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN  
NERS SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
STELLA MARIS MAKASSAR**

**2022**



**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN  
ENDOMETRIOSIS DI RUANG PERAWATAN  
SANTO YOSEP II RUMAH SAKIT  
STELLA MARIS MAKASSAR**

**OLEH:**

**SIRFHA PAILANG SIRENDEN (NS2114901137)**

**SISKA PRATIWI (NS2114901138)**

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN  
NERS SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
STELLA MARIS MAKASSAR**

**2022**

## PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini nama :

1. Sirfha Pailang Sirenden (NS2114901137)
2. Siska Pratiwi (NS2114901138)

Menyatakan dengan sungguh bahwa Karya Ilmiah Akhir ini hasil karya sendiri dan bukan duplikasi ataupun plagiasi (jiplakan) dari hasil Karya Ilmiah orang lain.

Demikian surat pernyataan ini yang kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 06 Juli 2022

yang menyatakan,



Sirfha Pailang Sirenden



Siska Pratiwi

**HALAMAN PERSETUJUAN  
KARYA ILMIAH AKHIR**

Karya Ilmiah Akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Endometriosis di Ruang Santo Yosep II Rumah Sakit Stella Maris Makassar" telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh :

- Nama Mahasiswa/ Nim: 1. Sirfha Pailang Sirenden/ NS2114901137  
2. Siska Pratiwi/ NS2114901138

**Disetujui oleh**

Pembimbing 1



(Yuliana Tola'ba, Ns.,M.Kep)  
NIDN: 0931126345

Pembimbing 2



(Meyke Rosdiana, Ns.,M.Kep)  
NIDN: 0921109102

**Menyetujui,  
Wakil Ketua Bidang Akademik  
STIK Stella Maris Makassar**



Fransiska Anita E.R.Sa'pang, Ns., Sp.Kep.MB  
NIDN: 0913098201

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh:

Nama : 1. Sirha Pailang Sirenden (NIM: NS2114901137)  
2. Siska Pratiwi (NIM: NS2114901138)  
Program studi : Profesi Ners  
Judul KIA : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Endometriosis  
di Ruang Perawatan Santo Yosep II Rumah Sakit Stella  
Maris Makassar

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji.

## DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing 1 : Yuliana Tola'ba, Ns.,M.Kep (  )  
Pembimbing 2 : Meyke Rosdiana., Ns.,M.Kep (  )  
Penguji 1 : Siprianus Abdu S.Si., Ns.,M.Kes (  )  
Penguji 2 : Yunita Gabriela Madu, Ns., M.Kep (  )

Ditetapkan di : Makassar

Tanggal : 06 Juli 2022

Mengetahui,

Ketua STIK Stella Maris Makassar

  
  
Siprianus Abdu, S.Si. S.Kep., Ns, M.Kes  
NIDN: 0928027101

## PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Sirfha Pailang Sirenden (NS2114901137)

Siska Pratiwi (NS2114901138)

Menyatakan menyetujui dan memberikan kewenangan kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar untuk menyimpan, mengalih informasi/formatkan, merawat dan mempublikasikan karya ilmiah akhir ini untuk kepentingan ilmu pengetahuan.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 06 Juli 2022

Yang menyatakan



Sirfha Pailang Sirenden



Siska Pratiwi

## KATA PENGANTAR

Segala Puji dan syukur kami panjatkan Kepada Tuhan Yang Maha Esa karena atas penyertaanNya, penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini dengan judul : “ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN ENDOMETRIOSIS DI RUANG SANTO YOSEP II KAMAR 2012 RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR”

Penulisan Karya Ilmiah Akhir ini dimaksudkan untuk memenuhi salah satu tugas akhir bagi kelulusan mahasiswa/mahasiswi STIK Stella Maris Makassar Program Profesi Ners.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan karya ilmiah ini masih banyak kesalahan dan kekurangan. Oleh karena itu, dengan segala kerendahan hati penulis mengharapkan saran dan kritik yang membangun dan dapat membantu penulis untuk menyempurnakan karya ilmiah ini.

Dalam menyelesaikan karya tulis ini penulis menyadari bahwa penulis banyak mendapatkan bantuan, pengarahan, bimbingan, serta doa dan motivasi dari berbagai pihak yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan karya ilmiah ini. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis secara khusus mengucapkan terima kasih kepada:

1. Siprianus Abdu, S.Si.,Ns.,M.Kes selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar dan dosen penguji I yang telah memberikan saran dan masukan demi penyempurnaan Karya Ilmiah Akhir ini.
2. Fransiska Anita E.R.S, Ns.,M.Kep.,Sp.KMB selaku Wakil Ketua Bidang Akademik dan Kerjasama STIK Stella Maris Makassar.
3. Mery Sambo, Ns.,M.Kep selaku Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan dan Ners STIK Stella Maris Makassar.
4. Yuliana Tola'ba, Ns.,M.Kep selaku pembimbing I yang telah banyak meluangkan waktu untuk membimbing dan mengarahkan dalam penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.

5. Meyke Rosdiana., Ns.,M.Kep selaku dosen pembimbing II yang telah banyak meluangkan waktu untuk membimbing dan mengarahkan dalam penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.
6. Yunita Gabriela Madu, Ns., M.Kep selaku dosen penguji II yang telah memberikan saran dan masukan demi penyempurnaan Karya Ilmiah Akhir ini.
7. Segenap dosen beserta seluruh staff pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah membimbing, mendidik, dan memberi pengarahan selama penulis menempuh pendidikan.
8. Ny "N" selaku penerima asuhan keperawatan dan keluarga yang telah bersedia bekerja sama dalam penerapan asuhan keperawatan.
9. Teristimewa kepada orang tua Siska Pratiwi, Bapak Lingkolon dan Ibu Triatte serta keluarga yang telah memberikan dukungan dan doa selama penyusunan Karya Ilmiah ini.
10. Teristimewa kepada orang tua Sirfha Pailang Sirenden, Bapak Robert Tandi Pailang dan Ibu Ribka Rara' Sirenden serta keluarga yang telah memberikan dukungan dan doa selama penyusunan Karya Ilmiah ini.
11. Seluruh teman-teman seangkatan yang telah membantu dalam penyusunan karya ilmiah ini dan selalu memberikan semangat, dukungan dan doa selama penulis mengikuti pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.

Akhir kata penulis berharap semoga Karya Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi semua pihak, terutama bagi mahasiswa/i STIK Stella Maris Makassar.

Makassar, Juli 2022

Penulis

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN SAMPUL</b> .....	i
<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	ii
<b>HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS</b> .....	iii
<b>HALAMAN PERSETUJUAN</b> .....	iv
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	v
<b>HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI</b> .....	vi
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	vii
<b>DAFTAR ISI</b> .....	ix
<b>Halaman daftar tabel</b> .....	xi
<b>Halaman daftar Lampiran</b> .....	xii
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar belakang.....	1
B. Tujuan penulisan.....	3
1. Tujuan umum.....	3
2. Tujuan khusus.....	4
C. Manfaat penulisan.....	4
1. Bagi instansi Rumah Sakit.....	4
2. Bagi profesi keperawatan.....	4
3. Bagi instansi Pendidikan.....	4
D. Metode penulisan.....	5
1. Studi kasus.....	5
2. Studi Kepustakaan.....	5
E. Sistematika penulisan.....	5
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	7
A. Konsep Dasar.....	7
1. Pengertian.....	7

2. Anatomi dan fisiologi.....	14
3. Etiologi.....	15
4. Patofisiologi .....	16
5. Manifestasi klinik.....	19
6. Pemeriksaan penunjang .....	20
7. Penatalaksanaan medik.....	21
8. Komplikasi .....	22
B. Konsep dasar keperawatan.....	23
1. Pengkajian .....	23
2. Diagnosis keperawatan.....	24
3. Luaran dan intervensi keperawatan .....	24
4. Perencanaan pulang ( <i>Discharge planning</i> ).....	31
<b>BAB III PENGAMATAN KASUS .....</b>	<b>33</b>
A. Ilustrasi kasus .....	33
B. Pengkajian .....	34
C. Diagnosis keperawatan .....	56
D. Rencana keperawatan .....	57
E. Implementasi keperawatan .....	61
F. Evaluasi keperawatan .....	76
G. Daftar Obat.....	84
<b>BAB IV PEMBAHASAN KASUS.....</b>	<b>87</b>
A. Pembahasan aspek.....	87
B. Pembahasan penerapan <i>Evidence based nursing</i> .....	94
<b>BAB V KESIMPULAN .....</b>	<b>100</b>
A. Simpulan .....	100
B. Saran.....	103

## DAFTAR PUSTAKA

## LAMPIRAN

## DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Uji Saraf Kranial.....	50
Tabel 3.2 Pemeriksaan Penunjang.....	50
Tabel 3.3 Analisa Data .....	55
Tabel 3.4 Diagnosa Keperawatan .....	56
Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan .....	57
Tabel 3.6 Implementasi Keperawatan .....	61
Tabel 3.7 Evaluasi Keperawatan .....	76
Tabel 4.1 PICOT EBN .....	96

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 : Daftar Riwayat Hidup

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Endometriosis merupakan penebalan abnormal pada dinding rahim terjadi karena peningkatan produksi estrogen dalam tubuh bersamaan dengan kurangnya produksi progesteron. Pada sebagian besar kasus yang terjadi endometriosis bersifat jinak dan dapat mengakibatkan karsinoma endometrium jika sel-sel kelenjar pembentuk endometriosis mengalami perubahan tertentu (Rahim, 2015).

Penyakit endometriosis mempengaruhi sekitar 10% (190 juta) perempuan dan anak perempuan usia reproduksi secara global. Endometriosis merupakan penyakit kronis dengan rasa sakit yang parah dan berdampak pada hubungan seksual, buang air besar, buang air kecil, kelelahan, nyeri panggul, infertilitas dan kadang mempengaruhi kecemasan. Kasus endometriosis paling banyak ditemukan pada perempuan di usia 50-54 tahun. Insiden endometriosis di Negara Amerika 133 per 1000 perempuan tiap tahun dan di Korea Selatan insiden endometriosis ditemukan sebanyak 37 per 100.000 perempuan per tahunnya. Umumnya Endometriosis tidak menyebabkan kematian pada perempuan, tetapi sekitar 8-29% berpotensi menjadi kanker endometrium jika tidak segera ditangani (WHO, 2018).

Menurut *National Hospital Discharge Survei* terdapat 11,2 % perempuan berusia 18 dan 45 tahun yang dirawat di Rumah Sakit dengan diagnosis endometriosis, dan sekitar 10% perempuan menjalani operasi endometriosis (Tsamantioti & Mahdy, 2022).

Angka kejadian endometriosis di Indonesia belum dapat diperkirakan karena belum terdapat studi epidemiologi, namun ada beberapa data yang didapatkan berdasarkan penelitian yang

dilakukan oleh Soraya (2019) yaitu dari 160 sampel penelitian, didapatkan angka kejadian pasien endometriosis adalah 10,3% di RSUP DR. Mohammad Hoesin Palembang. Penelitian ini menjelaskan endometriosis banyak dialami oleh perempuan dengan usia reproduktif 97,5%, usia menarke normal 81,25%, dan dismenore (79,3%). Data yang diperoleh dari RSUD Syek Yusuf Kabupaten Gowa Provinsi Sulawesi Selatan, pada tahun 2015 terdapat ibu yang infertil dan 23 diantaranya menderita endometriosis (Hasnaeni, 2017).

Keluhan nyeri dan infertilitas adalah dua gejala klinis yang menjadi keluhan utama penderita endometriosis. Kedua keluhan tersebut saling terkait dan jika tidak ditangani dengan baik akan sangat merugikan penderita. Bila keluhan nyeri dan infertilitas muncul bersama akan menyebabkan penanganan endometriosis menjadi lebih sulit karena target pengobatan yang berbeda. Pengobatan nyeri yang adekuat akan menekan fertilitas penderita sehingga prioritas terapi menjadi bermasalah. Dampak endometriosis tidak hanya menyebabkan masalah di bidang kesehatan saja tetapi juga menimbulkan beban berat di sisi sosio ekonomi masyarakat. Dampak ekonomi yang berat tersebut disebabkan karena penatalaksanaan yang belum efektif dan efisien. Keadaan merugikan tersebut disebabkan oleh patogenesis endometriosis belum jelas terungkap, banyak teori telah disampaikan tetapi belum ada satu pun penyebab pasti disepakati sehingga penegakan diagnosis endometriosis menjadi sulit. Kepastian diagnosis dilakukan melalui beberapa tahap mulai dari cara yang sederhana yaitu anamnesis dan pemeriksaan fisik sampai dengan penggunaan metode canggih dengan biaya tinggi berupa pemeriksaan laboratorium biomarker, teknik pencitraan dan tindakan bedah laparaskopi dengan atau tanpa disertai biopsi konfirmasi histopatologi. Saat melakukan diagnosis dengan laparaskopi harus ditentukan tingkat keparahan endometriosis memakai sistem kualifikasi *American Societi For Reproductive*

*Medicime* yang ternyata hasilnya tidak konsisten. Keadaan tersebut membuat pengobatan menjadi tidak efisien, keluhan nyeri mungkin bisa diatasi tetapi penyakit endometriosis tetap tidak sembuh dan timbul kekambuhan. Penyakit endometriosis banyak memberikan masalah dan kerugian tidak hanya bagi penderita, namun juga bagi dokter atau tenaga medis yang menangani (Hendarto, 2015).

Berdasarkan data diatas diketahui bahwa kasus endometriosis merupakan salah satu penyakit ginekologi yang bisa dialami oleh perempuan yang masuk dalam usia subur dan perempuan yang akan mengalami menopause sehingga perlu mendapatkan pengobatan yang cepat dan tepat karena jika diabaikan akan menimbulkan komplikasi yang semakin parah (Nursanti, 2018).

Peran perawat sangat penting dalam memberikan asuhan keperawatan secara profesional pada pasien dengan diagnosa endometriosis untuk memberikan perawatan yang tepat dalam memperbaiki sirkulasi aliran darah dan menurunkan nyeri dengan cara pemberian posisi *trendelenburg* berdasarkan *evidence based nursing*, kolaborasi pemberian transfusi darah, melakukan manajemen nyeri seperti terapi relaksasi napas dalam, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat-obatan seperti obat antifibrinolitik untuk mengatasi perdarahan dan analgetik untuk mengurangi nyeri (Supriyadi, 2019).

Dengan melihat hal tersebut, maka penulis tertarik untuk menyusun Karya Ilmiah Akhir (KIA) yang berjudul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan "Endometriosis".

## **B. Tujuan Penulisan**

Tujuan penulisan yang digunakan dalam karya tulis ini adalah

### **1. Tujuan Umum**

Penulis dapat memperoleh pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan endometriosis di ruang perawatan *obgyn* RS Stella Maris Makassar.

## 2. Tujuan Khusus

- a. Melaksanakan pengkajian pada pasien dengan endometriosis.
- b. Merumuskan diagnosis keperawatan pasien dengan endometriosis.
- c. Menyusun rencana tindakan (intervensi) keperawatan pada pasien dengan endometriosis.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan (implementasi) pada pasien dengan endometriosis dan tindakan keperawatan berdasarkan *evidence based nursing* (EBN).
- e. Melakukan Evaluasi keperawatan pada pasien dengan endometriosis.

## C. Manfaat Penulisan

### 1. Bagi Instansi RS

Dapat digunakan sebagai sumber informasi dan bahan masukan dalam melaksanakan asuhan keperawatan dengan menerapkan tindakan keperawatan berdasarkan *evidence based nursing* (EBN) yaitu dengan pemberian posisi *trendelenburg* pada pasien dengan endometriosis.

### 2. Bagi Profesi Keperawatan

Menambah pengetahuan dan pengalaman bagi penulis dan mengaplikasikan ilmu yang didapat selama pendidikan khususnya merawat pasien dengan endometriosis.

### 3. Bagi Institusi / Pendidikan

Dapat menambah bahan referensi dan sebagai salah satu sumber informasi dalam menambah ilmu pengetahuan sebagai mahasiswa dalam menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan endometriosis.

#### D. Metode Penulisan

Karya tulis ini menggunakan metode penulisan deskriptif melalui pendekatan sebagai berikut :

1. Studi Kasus, terdiri dari :

a. Observasi

Melihat atau memonitor secara langsung keadaan pasien dan kegiatan keperawatan selama dalam perawatan.

b. Wawancara

Melakukan wawancara dengan pasien, keluarga, dan tim Kesehatan (Perawat di ruangan untuk memperoleh data yang diinginkan)

c. Pemeriksaan Fisik secara lengkap (head to toe) : inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi

d. Studi Dokumentasi

Dengan mempelajari dokumen dari pasien berupa status pasien dan laporan catatan medik (*medical record*)

2. Studi Kepustakaan

Penulis menggunakan berbagai bacaan yang ada hubungannya dengan karya tulis ilmiah ini seperti : Buku-buku Medis, makalah, catatan kuliah, jurna dan *web page*.

#### E. Sistematika Penulisan

Penulisan karya tulis ini disusun secara sistematis dalam beberapa BAB yang terdiri dari : Bab I “pendahuluan” yang berisi tentang Latar belakang, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan. Bab II “tinjauan pustaka” yang menguraikan tentang konsep dasar medis yang terdiri dari definisi, anatomi dan fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinik, pemeriksaan diagnostik, penatalaksanaan medik, komplikasi, klasifikasi dan konsep dasar keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, *discharge planning*,

dan *patoflowdiagram*. Pada BAB III “pengamatan kasus” bab ini menguraikan tentang gambaran kasus, pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan. BAB IV “pembahasan kasus” menguraikan tentang pembahasan aspek, pembahasan penerapan *evidence based nursing*, dan BAB V yang berisi “simpulan dan saran”.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Dasar Medis**

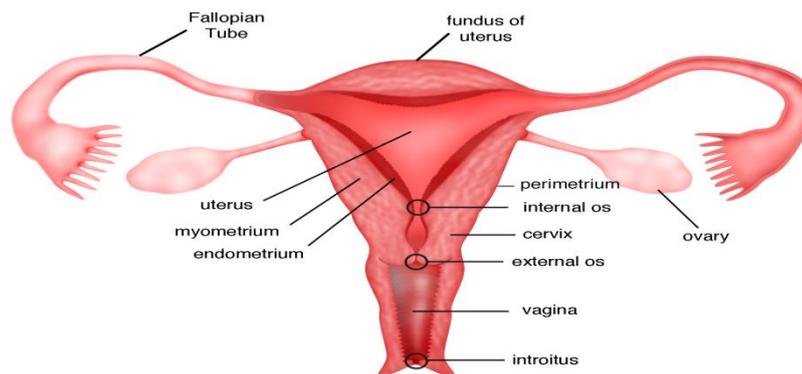
##### **1. Pengertian**

Endometriosis merupakan kondisi medis pada perempuan yang ditandai dengan tumbuhnya sel-sel endometrium di luar kavum uteri. Sel-sel endometrium yang melapisi kavum uteri sangat dipengaruhi hormon perempuan. Dalam keadaan normal, sel-sel endometrium kavum uteri akan menebal selama siklus menstruasi berlangsung agar nantinya siap menerima hasil pembuahan sel telur oleh sperma. Bila sel telur tidak mengalami pembuahan, maka sel-sel endometrium yang menebal akan meluruh dan keluar sebagai darah menstruasi. Pada endometriosis, sel endometrium yang semula berada dalam kavum uteri berpindah dan tumbuh di luar kavum uteri. Sel-sel dapat tumbuh dan berpindah ke ovarium, tuba fallopi, belakang kavum uteri, ligamentum uterus, bahkan dapat sampai ke usus dan vesika urinaria, pada saat menstruasi berlangsung, sel-sel endometrium yang berpindah ini akan mengelupas dan menimbulkan perasaan nyeri disekitar panggul (Suparman, 2012).

Endometriosis merupakan penyakit ginekologi dimana endometrium tumbuh di luar rongga uterus. Jaringan endometrium yang terus tumbuh ini dapat menyebabkan iritasi, rasa nyeri, dan infertilitas. Endometriosis sering ditemukan pada wanita usia reproduksi. Meskipun endometriosis dikatakan penyakit perempuan usia reproduksi namun, walaupun jarang

pernah dilaporkan endometriosis pada usia remaja dan pasca menopause (Nursanti et al., 2018).

## 2. Anatomi Fisiologi



### a. Anatomi endometrium

#### 1) Vagina

Berbentuk tabung, menghubungkan uterus dengan vulva, panjang 10 cm, merupakan saluran elastis, terdapat ruggae (lipatan otot melingkar) kedalam puncak vagina menonjol ujung serviks disebut porsio. Fungsi untuk senggama, keluarnya darah haid dan bayi, untuk masuknya spermatozoa, keluarnya darah menstruasi dan hasil konsepsi, membantu menopang uterus, membantu mencegah infeksi.

#### 2) Uterus

Berada dirongga pelvis antara rektum dan vesika urinari, berbentuk buah peer/alpukat, sebesar telur ayam. P: 7.5 cm; L: 5 cm; T: 2,5 cm; Berat: 30 – 50 gr. Bagian-bagian uterus yaitu fundus bagian atas uterus yg melebar, corpus bagian badan yang terdapat cavum uteri tempat tumbuh kembang janin, servik bagian yg lebih sempit dan lebih bulat, terdapat Porsio (bagian Serviks yang menonjol ke dalam vagina). Fungsi uterus yaitu tempat implantasi paska fertilisasi, nutrisi

hasil konsepsi, perkembangan dan pertumbuhan konsepsi, dan mengeluarkan hasil konsepsi. Dinding uterus terdiri dari endometrium (bagian dalam) yaitu kubik, kelenjar dan stroma kaya pembuluh darah. fungsi jalur transportasi ovum dari ovarium ke uterus, menangkap sel ovum, merupakan saluran spermatozoa, merupakan tempat konsepsi, pertumbuhan dan perkembangan konsepsi sampai blastula. Tempat terjadinya fertilisasi, biasanya di bagian ampulla tuba.

### 3) Endometrium

Lapisan dalam uterus atau endometrium merupakan lapisan yang kaya akan pembuluh darah dan memiliki 3 komponen, yaitu epitel kolumnar simpleks bersilia dan bergoblet, kelenjar uterina yang merupakan invaginasi dari epitel luminal yang kemudian meluas hampir ke miometrium dan stroma endometrium. Endometrium terbagi menjadi 2 lapisan yaitu, stratum fungsional dan stratum basal. Stratum fungsional merupakan lapisan yang melapisi rongga uterus dan luruh ketika menstruasi. Sedangkan stratum basalis merupakan lapisan permanen yang fungsinya akan membentuk sebuah lapisan fungsional yang baru setelah menstruasi.

### 4) Ovarium

Merupakan 2 buah kelenjar kecil berbentuk buah almond, beratnya 5-8 gr terletak disetiap sisi uterus, dibelakang dan didasar tuba uterin. Fungsi ovarium yaitu menghasilkan hormon estrogen dan progesteron serta tempat proses pematangan ovum dan mengeluarkan ovum tiap bulan (Nursanti et al., 2018).

#### b. Fisiologi endometrium

Menurut Nursanti et al. (2018) menstruasi adalah pelepasan dinding rahim (endometrium) yang disertai dengan pendarahan dan terjadi setiap bulannya kecuali pada saat kehamilan. Menstruasi yang terjadi terus menerus setiap bulannya disebut sebagai siklus menstruasi. Menstruasi biasanya terjadi pada usia 11 tahun dan berlangsung hingga menopause (biasanya terjadi sekitar usia 45 – 55 tahun).

Menstruasi merupakan bagian dari proses reguler yang mempersiapkan tubuh perempuan setiap bulannya untuk kehamilan. Daur ini melibatkan beberapa tahap yang dikendalikan oleh interaksi hormon yang dikeluarkan oleh hipotalamus, kelenjar dibawah otak depan, dan indung telur. Pada permukaan daur, lapisan sel rahim mulai berkembang dan menebal. Lapisan ini berperan sebagai penyokong bagi janin yang sedang tumbuh bila perempuan tersebut hamil. Hormon memberi sinyal pada telur di dalam indung telur untuk mulai berkembang sehingga sebuah telur dilepaskan dari indung telur perempuan dan mulai bergerak menuju tuba Falopi terus ke rahim. Bila telur tidak dibuahi oleh sperma pada saat berhubungan seksual (atau saat inseminasi buatan), lapisan rahim akan berpisah dari dinding uterus dan mulai luruh serta akan dikeluarkan melalui vagina. Periode pengeluaran darah, dikenal sebagai periode menstruasi (atau mens, atau haid), berlangsung selama tiga hingga tujuh hari. Bila seorang perempuan menjadi hamil, menstruasi bulanannya akan berhenti. Oleh karena itu, menghilangnya menstruasi bulanan merupakan tanda (walaupun tidak selalu) bahwa seorang perempuan sedang hamil. Kehamilan dapat di konfirmasi dengan pemeriksaan darah sederhana.

Normalnya, menstruasi berlangsung selama 3 – 7 hari. Menstruasi atau haid atau datang bulan adalah perubahan fisiologi dalam tubuh perempuan yang terjadi secara berkala dan dipengaruhi oleh hormon reproduksi. Periode ini penting dalam hal reproduksi. Pada manusia, hal ini biasanya terjadi setiap bulan antara usia remaja sampai menopause. proses menstruasi pada perempuan dalam setiap siklusnya terdapat empat fase atau kejadian yang harus dilewati. Adapun urut-urutannya adalah sebagai berikut :

1) Fase folikel

Fase ini terjadi pada setiap akhir satu siklus menstruasi. Dari salah satu bagian tubuh akan mengeluarkan hormon yang dinamakan gonadotropin yaitu hormon yang bisa memberi rangsangan untuk melepas hormon lain yang mendorong terjadinya pertumbuhan folikel. Kemudian pada hari pertama sampai empat belas folikel terus tumbuh di dalam ruang ovarium dan bila sudah matang akan menghasilkan hormon lain yang akan membuat tumbuh endometrium pada dinding di rahim.

2) Fase Estrus

Yaitu peristiwa naiknya estrogen dengan tujuan membuat pertahanan terhadap pertumbuhan sekaligus memberi rangsangan agar terjadi pembelahan terhadap endometrium di uterus. Peran lain dari kejadian ini adalah memperlambat terjadinya pembentukan zat yang menghasilkan suatu hormon lain yang berfungsi untuk memberi rangsangan folikel yang sudah matang dan melaksanakan ovulasi dirahim. Hal ini biasanya berlangsung di hari keempat belas dan dalam satu ovulasi bisa menghasilkan satu osit.

### 3) Fase Luteal

Setelah folikel mendapat rangsangan dan membuat korpus atau badan kuning, maka akan dihasilkan progesteron yang dapat membuat endometrium bisa menjadi tebal namun lembut. Dalam jangka waktu sepuluh hari, uterus sudah siap untuk dibuahi. Dan bila memang ada pembuahan, maka terjadilah kehamilan dan menstruasi tidak akan terjadi.

### 4) Fase menstruasi atau pendarahan

Bila tidak terjadi pembuahan, maka kehamilan juga tidak akan terjadi. Selanjutnya progesterone akan mengalami masa penurunan produksi pada hari ke dua puluh enam. Kejadian selanjutnya adalah badan kuning tidak akan melakukan produksi lagi dan lapisan di uterus dengan dinding yang berada di rahim menjadi lepas di hari ke dua puluh delapan, saat itulah terjadi pendarahan dari dalam rahim yang dikenal dengan nama menstruasi atau haid, sedangkan darah yang keluar ini dinamakan darah menstruasi atau disingkat darah mens. Sistem hormonal yang mempengaruhi siklus menstruasi adalah: *FSH-RH (follicle stimulating hormone releasing hormone)* yang dikeluarkan hipotalamus untuk merangsang hipofisis mengeluarkan FSH. *LH-RH (luteinizing hormone releasing hormone)* yang dikeluarkan hipotalamus untuk merangsang hipofisis mengeluarkan LH. *PIH (prolactine inhibiting hormone)* yang menghambat hipofisis untuk mengeluarkan prolaktin. Pada setiap siklus menstruasi, FSH yang dikeluarkan oleh hipofisis merangsang perkembangan folikel-folikel di dalam ovarium (indung telur). Pada umumnya hanya 1 folikel yang terangsang namun perkembangan dapat menjadi lebih dari 1, dan folikel

tersebut berkembang menjadi folikel degraaf yang membuat estrogen. Estrogen ini menekan produksi FSH, sehingga hipofisis mengeluarkan hormon yang kedua yaitu LH. Produksi hormon LH maupun FSH berada di bawah pengaruh releasing hormones yang disalurkan hipotalamus ke hipofisis. Penyaluran RH dipengaruhi oleh mekanisme umpan balik estrogen terhadap hipotalamus. Produksi hormon gonadotropin (FSH dan LH) yang baik akan menyebabkan pematangan dari folikel degraaf yang mengandung estrogen. Estrogen mempengaruhi pertumbuhan dari endometrium. Di bawah pengaruh LH, folikel de graaf menjadi matang sampai terjadi ovulasi. Setelah ovulasi terjadi, dibentuklah korpus rubrum yang akan menjadi korpus luteum, di bawah pengaruh hormon LH dan LTH (luteotrophic hormones, suatu hormon gonadotropik). Korpus luteum menghasilkan progesteron yang dapat mempengaruhi pertumbuhan kelenjar endometrium. Bila tidak ada pembuahan maka korpus luteum berdegenerasi dan mengakibatkan penurunan kadar estrogen dan progesteron. Penurunan kadar hormon ini menyebabkan degenerasi, perdarahan, dan pelepasan dari endometrium. Proses ini disebut haid atau menstruasi. Apabila terdapat pembuahan dalam masa ovulasi, maka korpus luteum tersebut dipertahankan.

### **3. Etiologi**

#### **a. Faktor Predisposisi**

##### **1) Genetik**

Perempuan yang memiliki ibu atau saudara perempuan yang menderita endometriosis memiliki resiko lebih besar terkena penyakit endometriosis. Hal ini disebabkan adanya

gen abnormal yang diturunkan dalam tubuh perempuan. (Arsitama et al., 2020)

2) Usia dini saat menarke (usia < 12 tahun)

Menarke dini merupakan salah satu faktor risiko terjadinya endometriosis. Hal ini disebabkan karena terjadi peningkatan paparan terhadap hormon estrogen yang menyebabkan penebalan pada dinding rahim terus menerus sehingga menyebabkan terjadinya endometriosis (Saha et al., 2017).

3) Gangguan hormon

Kelebihan hormon estrogen dalam tubuh disertai kadar hormon progesteron yang terlalu rendah menyebabkan terjadinya endometriosis. Apabila kehamilan tidak terjadi, kadar progesteron turun dan memicu rahim melepaskan lapisannya sebagai periode menstruasi. Progesteron yang rendah tersebut menyebabkan rahim tidak dapat melepaskan lapisan endometrium dan lapisan tersebut akhirnya terus menebal. (Arsitama et al., 2020)

4) Gangguan sistem kekebalan tubuh

Penurunan sistem kekebalan tubuh dapat menyebabkan terjadinya penurunan respon imun yang menyebabkan terbentuknya sel abnormal dan jaringan mirip endometrium yang tumbuh di luar rahim yang disebut endometriosis. (Rahim, 2015).

b. Faktor Presipitasi

1) Gangguan menstruasi

Gangguan menstruasi seperti hipermenorea dan menoragia dapat mempengaruhi sistem hormonal tubuh. Tubuh akan memberikan respon berupa gangguan sekresi estrogen dan progesteron yang menyebabkan gangguan pertumbuhan sel endometrium. Sama halnya dengan pertumbuhan sel

endometrium biasa, sel-sel endometriosis ini akan tumbuh seiring dengan peningkatan kadar estrogen dan progesteron dalam tubuh. (Arsitama et al., 2020).

## 2) Mikroorganisme

Racun dari sampah-sampah perkotaan menyebabkan mikroorganisme masuk ke dalam tubuh. Mikroorganisme tersebut akan menghasilkan makrofag yang menyebabkan resepon imun menurun yang menyebabkan faktor pertumbuhan sel-sel abnormal meningkat seiring dengan peningkatan perkembangbiakan sel abnormal.(Arsitama et al., 2020)

## 4. Patofisiologi

Menurut Arsitama et al. (2020) dalam setiap siklus menstruasi lapisan dinding rahim menebal dengan tumbuhnya pembuluh darah dan jaringan, untuk mempersiapkan diri menerima sel telur yang akan dilepaskan oleh indung telur yang berhubungan dengan rahim oleh saluran yang disebut tuba falopii atau saluran telur. Apabila telur yang sudah matang tersebut tidak dibuahi oleh sel sperma, maka lapisan dinding rahim tadi luruh pada akhir siklus. Lepasnya lapisan dinding rahim inilah yang disebut dengan peristiwa menstruasi. Keseluruhan proses ini diatur oleh hormon, dan biasanya memerlukan waktu 28 sampai 30 hari sampai kembali lagi ke awal proses. Darah menstruasi masuk kembali ke tuba falopii dengan membawa jaringan dari lapisan dinding rahim, sehingga jaringan tersebut menetap dan tumbuh di luar rahim.

Sel-sel jaringan endometrium keluar dari rahim melalui pembuluh darah atau kelenjar getah bening, kemudian mulai tumbuh di lokasi baru. Dalam kasus endometriosis, walaupun jaringan endometrium tumbuh di luar rahim dan menjadi

“endometrial implant” di rongga perut, struktur jaringan dan pembuluh darahnya juga sama dengan endometrium yang berada di dalam rahim. Endometrial implant juga akan merespons perubahan hormon dalam siklus menstruasi.

Menjelang masa menstruasi, jaringannya juga menebal. Namun, bila endometrium dapat luruh dan melepaskan diri dari rahim dan ke luar menjadi darah menstruasi, endometrial implant ini tidak punya jalan ke luar sehingga membesar pada setiap siklus, dan gejala endometriosis yaitu rasa sakit hebat di daerah perut cenderung makin lama makin parah. Intensitas rasa sakit yang disebabkan oleh endometriosis ini sangat tergantung pada letak dan banyaknya endometrial implant yang ada. Walaupun demikian, endometrial implant yang sangat kecil pun dapat menyebabkan kesakitan luar biasa apabila terletak di dekat saraf. Setiap bulan, selaput endometrium akan berkembang dalam rahim dan membentuk satu lapisan seperti dinding. Lapisan ini akan menebal pada awal siklus haid sebagai persediaan menerima telur tersenyawa (embrio).

Endometriosis yang ada di luar rahim juga akan mengalami proses sama seperti dalam rahim dan berdarah setiap bulan. Oleh karena selaput ini ada di tempat tidak sepatutnya, ia tidak boleh keluar dari badan seperti lapisan endometrium dalam rahim. Lapisan endometriosis ini semakin tebal yang menyebabkan peradangan dan sel endometrium mengelupas sehingga merangsang respon inflamasi yang menyebabkan tubuh mengeluarkan senyawa sitokin dan prostaglandin berlebih sehingga terjadi tekanan pada jaringan endometriosis yang merangsang saraf ateren (noniseptor) yang menyebabkan rasa nyeri. Hal ini menyebabkan nyeri, tidak hanya di pelvis tapi juga nyeri pada daerah permukaan yang

terkait, nyeri saat latihan, defekasi, BAK dan saat melakukan hubungan seksual.

Endometriosis dipengaruhi oleh faktor genetik. Perempuan yang memiliki ibu atau saudara perempuan yang menderita endometriosis memiliki resiko lebih besar terkena penyakit ini juga. Hal ini disebabkan adanya gen abnormal yang diturunkan dalam tubuh perempuan tersebut. Gangguan menstruasi seperti hipermenorea dan menoragia dapat mempengaruhi sistem hormonal tubuh. Tubuh akan memberikan respon berupa gangguan sekresi estrogen dan progesteron yang menyebabkan gangguan pertumbuhan sel endometrium. Sama halnya dengan pertumbuhan sel endometrium biasa, sel-sel endometriosis ini akan tumbuh seiring dengan peningkatan kadar estrogen dan penurunan progesteron dalam tubuh (Suparman, 2012).

Faktor penyebab lain berupa racun dari sampah-sampah perkotaan menyebabkan mikroorganisme masuk ke dalam tubuh. Mikroorganisme tersebut akan menghasilkan makrofag yang menyebabkan resepon imun menurun yang menyebabkan faktor pertumbuhan sel-sel abnormal meningkat seiring dengan peningkatan perkembangbiakan sel abnormal. (Arsitama et al., 2020).

Pada saat hipotalamus merangsang *folicle stimulating hormone relasing hormone (fsh-rh)*, hipofisis mengeluarkan hormon FSH dan LH sehingga kadar estrogen menurun dan progesteron meningkat sehingga menyebabkan perdarahan. Perdarahan yang terjadi terus menerus akan mengakibatkan cairan yang dialirkan ke tubuh tidak cukup sehingga tubuh mengalami kekurangan cairan dan penurunan kapasitas kerja fisik yang membuat tubuh kurang bertenaga dan akhirnya tidak mampu mempertahankan aktivitas rutin. (Hendarto, 2015).

## 5. Manifestasi Klinik

Menurut Wu et al. (2017) gejala endometriosis yang dapat ditemukan antara lain:

### a. Pendarahan uterus abnormal

Perdarahan pada endometriosis dapat disebabkan oleh uterus yang menebal akibat ketidakseimbangan hormon di dalam tubuh. Produksi hormon estrogen yang berlebih dan hormon progesteron yang rendah menyebabkan terjadinya gangguan menstruasi seperti hipermenorea dan menoragia sehingga darah masuk kembali ke tuba fallopi dengan membawa jaringan dan lapisan rahim yang menyebabkan iritasi pada perineum sehingga terjadi perdarahan abnormal pada uterus.

### b. Nyeri haid (*dismenore*)

Nyeri haid disebabkan oleh reaksi peradangan akibat sekresi sitokin dalam rongga peritoneum akibat perdarahan lokal dan adanya infiltrasi endometrium ke dalam saraf rongga panggul.

### c. Nyeri panggul

Nyeri panggul disebabkan oleh reaksi peradangan dan perdarahan abnormal yang membentuk gumpalan darah yang menyebabkan gumpalan darah melekat di dinding permukaan panggul. Selain itu, nyeri juga bisa terjadi akibat adanya aktivitas gen abnormal yang menyebabkan endometrium tumbuh diluar rahim dan tidak ada jalan keluar untuk mengeluarkan darah menstruasi sehingga terjadi penebalan pada lapisan endometriosis yang bisa membentuk benjolan berisi cairan yang disebut kista yang akhirnya bisa menimbulkan nyeri pada panggul.

### d. *Dispareunia*

*Dispareunia* adalah nyeri yang dirasakan saat berhubungan seksual. Nyeri disebabkan oleh adanya nodul pada endometriosis belakang rahim atau ligamen uterosakral yang menghubungkan leher rahim dengan sakrum.

## **6. Pemeriksaan Penunjang**

### **a. USG transvaginal**

USG transvaginal menggambarkan penebalan endometrium kompleks yang merupakan faktor risiko hiperplasia atipik atau kanker endometrium.

### **b. MRI pelvis**

MRI jarang digunakan untuk menilai endometrium pada pasien yang memiliki perdarahan uterus abnormal. MRI mungkin membantu untuk memetakan lokasi yang tepat dari fibroid dalam perencanaan operasi dan sebelum terapi embolisasi untuk fibroid. Hal ini juga mungkin berguna dalam menilai endometrium ketika USG transvaginal atau tidak dapat dilakukan.

### **c. Histeroskopi**

Pemeriksaan ini menggunakan sebuah alat kecil yang dilengkapi cahaya dan kamera yang dimasukkan ke rahim melalui leher rahim untuk memeriksa kondisi dalam Rahim.

### **d. Biopsi**

Diagnosis hiperplasia endometrium dapat ditegakkan melalui pemeriksaan biopsi yang dapat dikerjakan secara poliklinis dengan menggunakan mikrokuret (Bain et al, 2015).

## **7. Penatalaksanaan Medik**

### **a. Penatalaksanaan farmakologi**

- 1) Konstrasepsi oral untuk menangani endometriosis dan mengurangi resiko kekambuhan dari endometriosis. Hormon yang terdapat di dalam kontrasepsi oral

membantu mengatur siklus menstruasi dan membantu mengurangi nyeri dan menghambat pertumbuhan implantasi jaringan endometrium.

- 2) Gonadotropin Releasing Hormone Agonist (GnRH Agonist) diberikan untuk mengurangi nyeri yang timbul terkait endometriosis.
  - 3) Danazol digunakan untuk mengatasi nyeri panggul atau gangguan kesuburan, bisa juga digunakan untuk meredakan gejala benjolan payudara fibrokistik.
  - 4) Histerektomi yaitu pembedahan untuk mengangkat rahim dan kemungkinan ovarium ( Wu et al, 2017).
- b. Penatalaksanaan nonfarmakologi
- 1) Terapi pembedahan konservatif adalah pemeliharaan organ reproduksi dan perbaikan anatomi pelvis normal serta membuang semua lesi makroskopik endometriosis atau endometrioma dan melakukan lisis adesi.
  - 2) Pembedahan definitif adalah membuang uterus dan serviks bersama dengan lesi yang terlihat sementara atau membuang satu atau kedua ovarium. Pembedahan definitif yang dapat dilakukan adalah histerektomi total, salpingooforektomi bilateral, dan pengangkatan semua sarang-sarang endometriosis yang ditemukan ( Wu et al, 2017).

## **8. Komplikasi**

### **a. Infertilitas**

Komplikasi utama adalah gangguan kesuburan. Sekitar sepertiga hingga setengah wanita dengan endometriosis mengalami kesulitan hamil. Agar kehamilan terjadi, sel telur harus dilepaskan dari ovarium, berjalan melalui tuba fallopi yang berdekatan, dibuahi oleh selsperma dan menempel pada dinding rahim untuk memulai perkembangan. Endometriosis

dapat menghalangi tuba dan mencegah sel telur dan sperma bersatu. Perlekatan organ reproduksi pada endometriosis stadium berat bisa menyebabkan terjadinya infertilitas, namun mekanisme pada endometriosis stadium ringan tanpa perlekatan masih kontroversi. Terdapat lima faktor diduga berperan pada terjadinya infertilitas pada endometriosis, yaitu: perlekatan organ panggul, gangguan folikulogenesis dan fungsi oosit, gangguan fungsi sperma, penurunan kualitas embrio dan gangguan reseptivitas endometrium (Hendarto, 2015).

b. Kanker organ reproduksi

Kanker endometrium dapat terjadi pada kasus endometriosis karena adanya ketidakseimbangan hormon dimana produksi hormon estrogen terlalu tinggi dan produksi hormon progesteron yang kurang sehingga mengakibatkan terjadinya kanker endometrium (Tulumang et al., 2016).

## B. Konsep Dasar Keperawatan

### 1. Pengkajian 11 pola gordon

#### a. Pola persepsi kesehatan dan pemeliharaan kesehatan

##### 1) Riwayat kesehatan sekarang

Data subjektif : Merasa nyeri perut sebelah kiri, lemas, pusing

Data objektif : Tampak pasien meringis, gelisah, akral teraba dingin, conjungtiva anemis, tekanan darah menurun

##### 2) Riwayat kesehatan dahulu

Data subjektif : Pernah mengalami penyakit mioma uteri, ibu atau keluarga yang pernah mengalami penyakit endometriosis

Data objektif : Tampak pasien lemas dan pucat

##### 3) Riwayat kesehatan keluarga

Data subjektif : memiliki ibu atau saudara perempuan (terutama saudara kembar) yang menderita endometriosis.

#### b. Pola nutrisi dan metabolik

Data Subjektif : Nafsu makan pasien baik, pola makan teratur, pasien sering atau tidak pernah mengkonsumsi vitamin atau obat-obatan

Data Objektif : Tampak pasien makan dan minum makanan yang disediakan rumah sakit

#### c. Pola eliminasi

Data subjektif : Pasien BAK bercampur darah

Data objektif: Tampak BAK bercampur darah

#### d. Pola aktivitas dan latihan

Data subjektif : Mudah merasa lelah saat beraktivitas dan lemas

Data objektif : Tampak pasien lemah, aktivitas di bantu (keluarga / perawat)

#### e. Pola Tidur dan Istirahat

Data subjektif : Sering terbangun dan sulit tidur karena nyeri

Data objektif : Merasa tidak nyaman, gelisah

f. Pola persepsi kognitif dan sensori

Data subjektif : Pasien merasa nyeri pada saat beraktivitas atau tidak beraktivitas, pasien mengalami atau tidak mengalami permasalahan pada penglihatan, perabaan, pendengaran, penghiduan, dan pengecapan.

Data objektif : Tampak pasien menggunakan atau tidak menggunakan alat bantu penglihatan dan pendengaran

g. Pola persepsi dan konsep diri

Data subjektif : Pasien mengatakan sering merasa cemas dan sedih dengan penyakit yang dialami

h. Pola peran dan hubungan dengan sesama

Data Subjektif : Pasien mengatakan memiliki hubungan yang baik atau kurang baik dengan keluarga atau orang lain disekitarnya

Data objektif : Tampak ada atau tidak ada keluarga dan orang lain yang mendampingi pasien

i. Pola reproduksi dan seksualitas

Data subjektif : Pasien merasa nyeri saat berhubungan seksual dengan suami

j. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stres

Data subjektif : Pasien mengatakan jika ada masalah dia menyelesaikan dengan melakukan aktivitas

k. Pola sistem nilai kepercayaan

Data subjektif : pasien mengatakan menganut agama kepercayaan dan rajin melakukan ibadah

Data objektif : tampak pasien beribadah sesuai keyakinan

## 2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan pada pasien endometriosis yaitu Luqyana (2019), Tim Pokja SDKI DPP, PPN I(2017):

- a. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin dibuktikan dengan pengisian nadi kapiler >3 detik, nadi perifer menurun atau tidak teraba, akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun (D.0009).
- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisiologis dibuktikan dengan tampak meringis, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur (D.0077).
- c. Kelelahan berhubungan dengan kondisi fisiologis (anemia) dibuktikan dengan merasa energi tidak pulih walaupun telah tidur, merasa kurang tenaga, mengeluh lelah, tidak mampu mempertahankan aktivitas rutin, tampak lesu (D.0057).
- d. Risiko syok berhubungan dengan hipotensi dibuktikan dengan pendarahan, hipotensi, kekurangan volume cairan(D.0039)
- e. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif dibuktikan dengan nadi teraba lemah,tekanan darah menurun, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, frekuensi nadi meningkat (D.0023).

## 3. Standar luaran keperawatan dan standar intervensi keperawatan.

- a. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama .... jam maka perfusi perifer meningkat (L.02011), dengan kriteria hasil:

- 1) Denyut nadi perifer meningkat
- 2) Warna kulit pucat menurun
- 3) Pengisian kapiler membaik
- 4) Akral membaik

5) Turgor kulit membaik

Perawatan sirkulasi (I.02079)

Observasi :

a) Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, pengisian kapiler)

Rasional: Mengetahui kondisi sirkulasi perifer pasien

b) Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi

Rasional : untuk mengetahui sirkulasi perfusi pasien

Terapeutik :

a) Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah diarea keterbatasan perfusi

Rasional : Mencegah terjadinya pendarahan

b) Lakukan pencegahan infeksi

Rasional : Agar mengurangi terjadinya kontaminasi akibat bakteri

c) Lakukan Hidrasi

Rasional : Mencukupi cairan tubuh

Edukasi:

a) Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi

Rasional : Gizi yang seimbang akan meningkatkan daya tahan tubuh

b) Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur

Rasional : Mencegah peningkatan drastis tekanan darah

b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077).

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama.... jam maka tingkat nyeri menurun (L.08066), dengan kriteria hasil :

- 1) Keluhan menurun
- 2) Meringis menurun
- 3) Sikap protektif

- 4) Gelisah menurun
- 5) Kesulitan tidur menurun
- 6) Frekuensi nadi membaik
- 7) Tekanan darah membaik

#### Manajemen Nyeri (I.08238)

##### Observasi

- a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri

Rasional : Untuk mengetahui lokasi nyeri dan skala yang muncul saat nyeri

- b) Identifikasi skala nyeri

Rasional : Untuk mengetahui seberapa parah rasa nyeri yang dialami oleh pasien

- c) Identifikasi respon non verbal

Rasional: Untuk mengetahui mimik wajah yang diperlihatkan pasien saat nyeri muncul

- b) Identifikasi faktor yang memperberat memperingan nyeri

Rasional : Untuk mengetahui apa saja yang memperingan dan memperburuk nyeri

##### Terapeutik

- a) Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri

Rasional : Untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan pasien

- b) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misalnya suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan )

Rasional : Untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan pasien dan memberikan kenyamanan

- c) Fasilitas istirahat dan tidur

Rasional: Untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan pasien

### Edukasi

- a) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri

Rasional : Untuk memberikan pemahaman agar pasien tidak gelisah saat nyeri timbul

### Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberin analgetik

Rasional : Untuk membantu proses penyembuhan dan untuk mengurangi nyeri.

- c. Keletihan berhubungan dengan kondisi fisiologis (anemia) (D.0057)

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama... jam maka tingkat keletihan menurun (L.05046), dengan kriteria hasil :

- 1) Verbalisasi kepulihan energi meningkat
- 2) Tenaga meningkat
- 3) Kemampuan melakukan aktivitas rutin meningkat
- 4) Verbalisasi lelah membaik
- 5) Lesu membaik

Manajemen energi (I.03111)

### Observasi

- a) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan

Rasional : Mengidentifikasi pencetus terjadinya kelelahan dan rencana tindakan berikutnya yang dapat dilakukan

- b) Monitor kelelahan fisik dan emosional

Rasional : Untuk mengetahui koping klien

- c) Monitor pola dan jam tidur

Rasional : Menghindari kelelahan akibat kurang istirahat

d) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas

Rasional : Mengetahui kemampuan dan batasan pasien terkait aktivitas yang akan dilakukan

#### Terapeutik

a) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus ( mis, cahaya, suara, kunjungan )

Rasional : Memberikan rasa nyaman dan aman pada klien

b) Lakukan latihan rentang gerak pasif/aktif (ROM)

Rasional : Membantu meningkatkan rentang gerak klien dalam beraktivitas

c) Berikan aktivitas distriksi yang yang menenangkan

Rasional : Memberi rasa nyaman pada klien

d) Fasilitas duduk disisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan

Rasional : Mengurangi resiko jatuh pada klien

#### Edukasi

a) Anjurkan tirah baring

Rasional : Istirahat yang lebih dan mengurangi aktivitas dapat memulihkan energi kembali

b) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap

Rasional : Melatih kekuatan otot dan pergerakan pasien agar tidak terjadi kekakuan otot maupun sendi

c) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang

Rasional : Untuk mengidentifikasi rencana tindakan selanjutnya yang akan dilakukan oleh perawat

#### Kolaborasi

- a) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan

Rasional : Pemberian gizi yang cukup dapat meningkatkan energi klien

- d. Risiko syok berhubungan dengan hipotensi (D.0039)

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama.... jam maka tingkat syok menurun (L.03032), dengan kriteria hasil :

- 1) Kekuatan nadi meningkat
- 2) Tingkat kesadaran menurun
- 3) Output urine meningkat
- 4) Akral dingin menurun
- 5) Pucat menurun
- 6) Tekanan sistolik membaik
- 7) Tekanan darah diastolik membaik
- 8) Frekuensi nadi membaik

Manajemen syok (I.02048)

#### Observasi

- a) Monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, TD, MAP)

Rasional : Agar syok dapat ditangani sejak awal, dan tidak mengakibatkan kematian

- b) Monitor status cairan masukan dan haluaran, turgor kulit , CRT)

Rasional : untuk mengetahui intake dan output pasien

#### Terapeutik

- a) Berikan posisi syok ( *modified trendelenburg*)

Rasional : Untuk melancarkan sirkulasi perifer

- b) Pertahankan jalan napas paten

Rasional : Untuk mempertahankan jalan napas

#### Kolaborasi

a) Kolaborasi pemberian transfusi darah

Rasional : untuk mencukupi plasma darah dalam tubuh/  
meningkatkan hemoglobin

e. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif (D.0023)

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ..... jam maka status cairan membaik (L.03028), dengan kriteria hasil :

- 1) Frekuensi nadi membaik
- 2) Tekanan darah membaik
- 3) Tekanan nadi membaik
- 4) Membran mukosa mebaik
- 5) Jugular Venous Pressure (JVP) membaik

Manajemen Hipovolemia (I.03116)

#### Observasi

a) Periksa tanda dan gejala hipovolemia ( mis. Frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah)

Rasional :Untuk mengetahui adanya tanda-tanda dehidrasi dan mencegah syok

b) Monitor intake dan output cairan

Rasional : Untuk mengetahui keseimbangan cairan dalam tubuh

#### Terapeutik

a) Hitung kebutuhan cairan

Rasional : Untuk mengatur keseimbangan cairan

b) Berikan asupan cairan oral

Rasional : untuk mencukupi cairan tubuh

Edukasi

- a) Anjurkan memperbanyak asupan cairan tubuh

Rasional : untuk mencukupi cairan tubuh

Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis

Rasional : untuk mencukupi kebutuhan cairan dan elektrolit dalam tubuh

- b) Kolaborasi pemberian produk darah

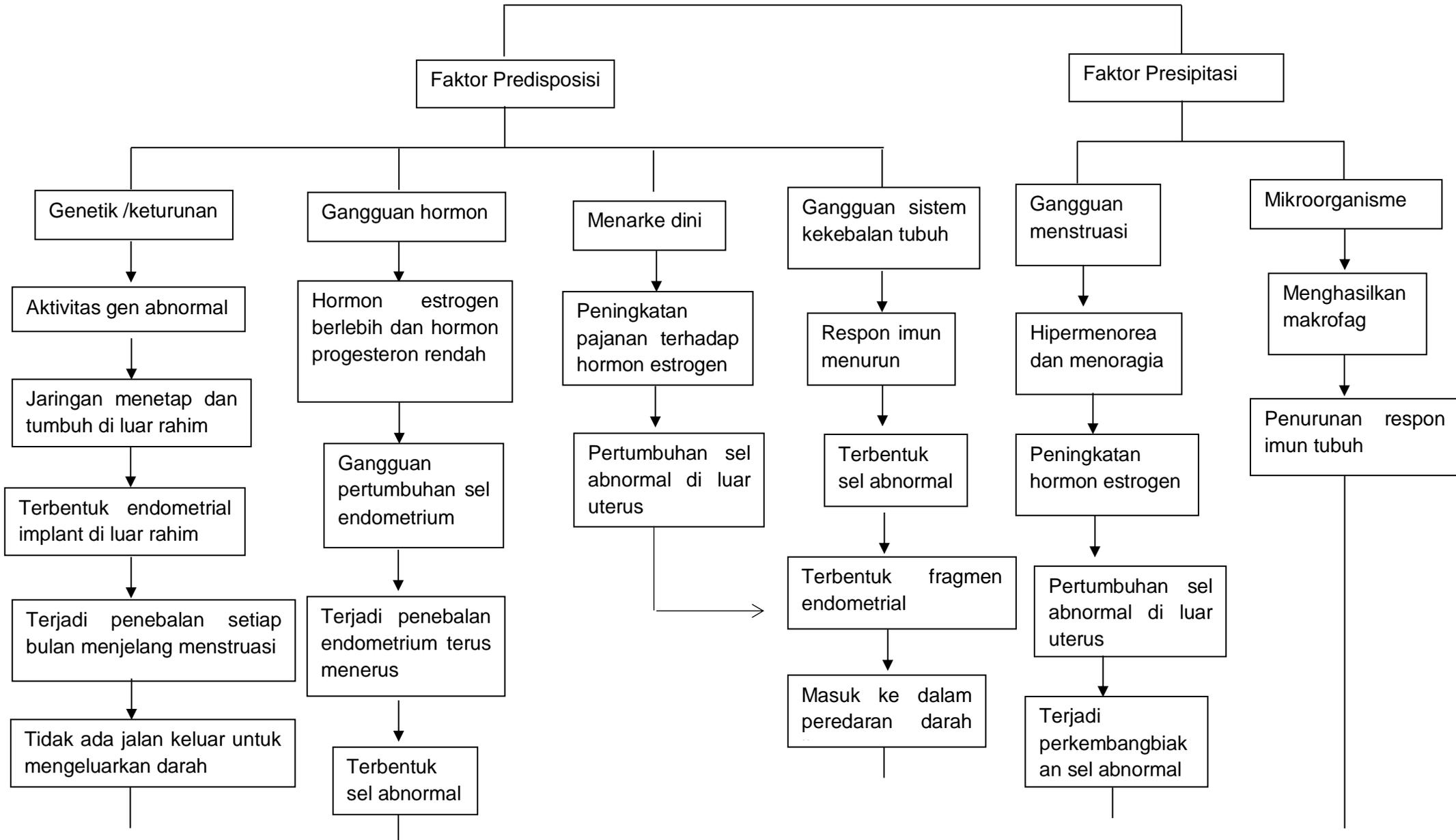
Rasional : Untuk menaikkan tekanan darah dan proses penyembuhan

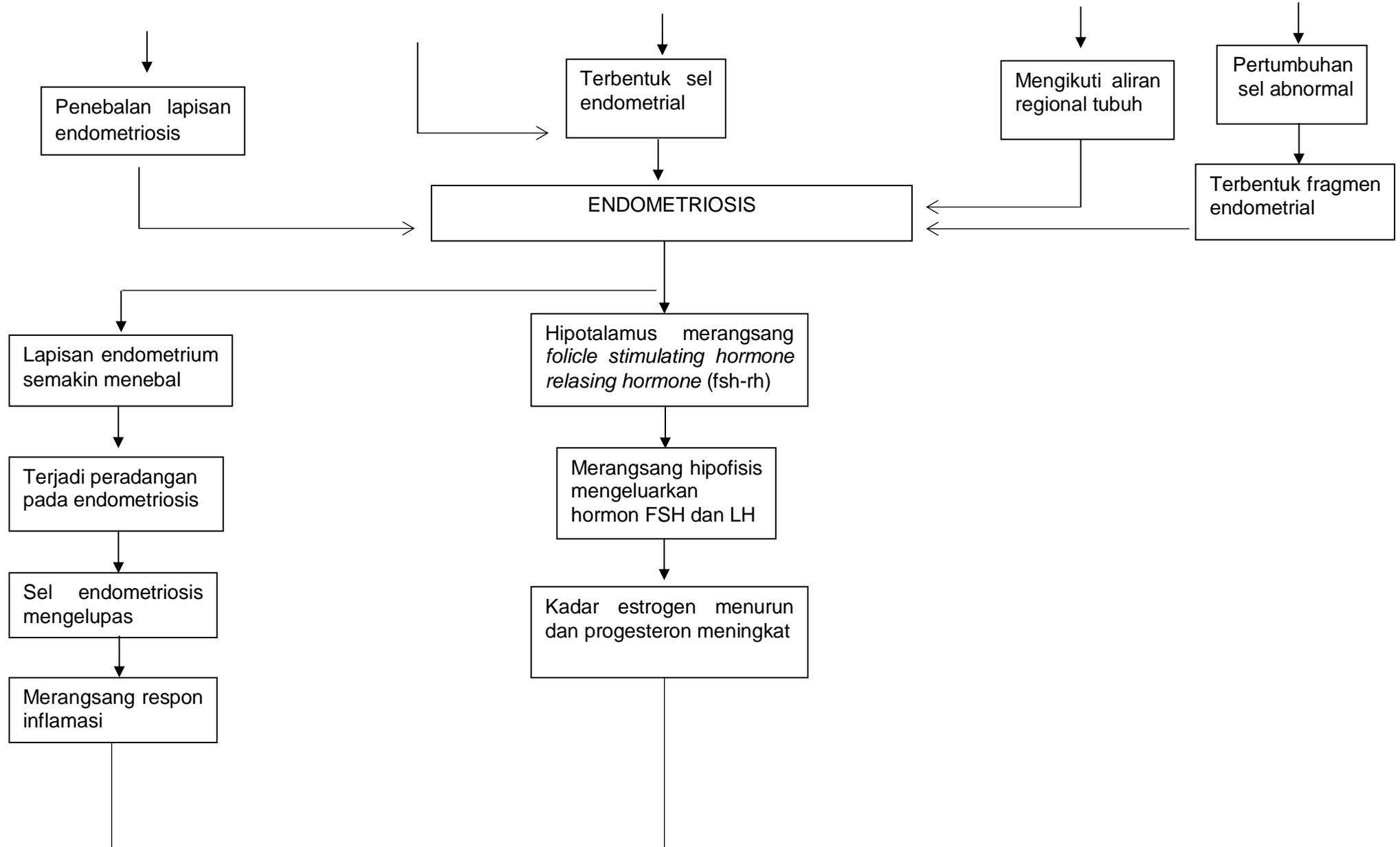
#### 4. Discharge Planing

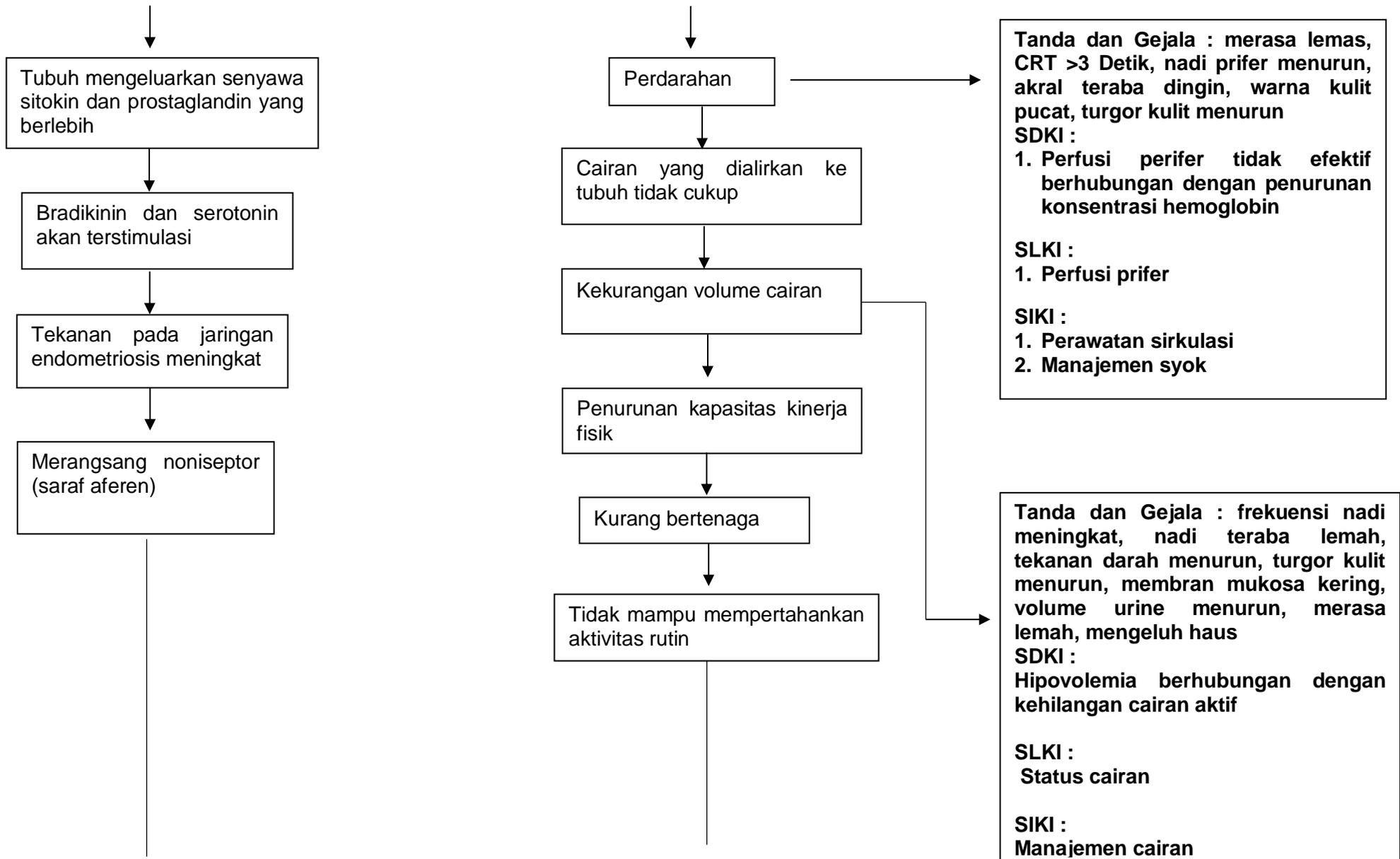
Menurut Tsamantioti & Mahdy ( 2022) disharge planing yaitu :

- a. Pasien dianjurkan untuk melanjutkan terapi medis selama beberapa bulan.
- b. Pasien yang menjalani perawatan bedah harus mematuhi instruksi dokter pasca operasi untuk menghindari dan meminimalkan komplikasi pasca operasi seperti infeksi.
- c. Olah raga teratur dengan gerakan-gerakan yang benar seperti : melatih tonus otot, senam aerobic, melatih daya tahan tubuh, latihan pernafasan..
- d. Secara teratur mengonsumsi vitamin dan mineral dan segera berkonsultasi pada dokter apabila terdapat keluhan yang hebat yang perlu mendapat pengobatan dokter
- e. Menganjurkan pasien melakukan posisi *trendelenburg* selama 3 menit apabila pasien mengalami lemas.

**PATOFLOWDIAGRAM**









**Tanda dan Gejala :** mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur

**SDKI :**

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisiologis

**SLKI :**

Tingkat nyeri

**SIKI :**

1. Manajemen nyeri
2. Pemberian analgesik



**Tanda dan Gejala :** energi tidak pulih walaupun telah tidur, merasa kurang tenaga, mengeluh lelah, tidak mampu mempertahankan aktivitas rutin, tampak lesu.

**SDKI :**

Keletihan berhubungan dengan kondisi fisiologis (anemia)

**SLKI :**

Tingkat keletihan

**SIKI :**

Manajemen Energi

#### **PEMERIKSAAN PENUNJANG**

1. Usg transvaginal
2. MRI pelvis
3. Histereskopi
4. Biopsi

### **BAB III**

#### **TINJAUAN KASUS**

Pasien Ny. "N" umur 51 tahun masuk rumah sakit Stella Maris Makassar pada tanggal 09-06-2022 dengan keluhan utama perdarahan dijalan lahir sejak akhir bulan januari 2022.

Pada saat pengkajian tanggal 10-06-2022 pasien mengatakan mengalami perdarahan dijalan lahir sertai pusing, lemas dan nyeri pada perut sebelah kiri menjalar kebelakang. Nyeri yang dirasakan hilang timbul dan dirasakan saat melakukan aktivitas seperti tertimpa benda berat dengan skala 5. Saat pengkajian tampak pasien terbaring lemah ditempat tidur, tampak pasien meringis dan pucat, tampak pasien gelisah, akral teraba dingin, conjungtiva tampak anemis, pengisian nadi kapiler >3 detik. Hasil observasi TTV : TD : 90/60 mmHg, S : 36°C, N : 58x/ menit, P: 22 x/ menit, spo2: 98%. Hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan HB: 5,5 g/dl. Saat ini pasien mendapatkan terapi obat Plaxminex 500 mg/ 8 jam/ oral, Maltofer 275 mg/ 12 jam/ oral, Dexamethason 5 mg/ 12 jam/oral,keterolac 30 mg/12 jam/ Iv dan Cairan infus RL 500 ml 20 tetes/menit.

Dari data diatas, penulis mengangkat tiga diagnosa keperawatan yaitu Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, dan Keletihan berhubungan dengan kondisi fisiologis (anemia).



## 3. Keadaan Umum

## a. Keadaan sakit

Pasien tampak sakit ringan / sedang / berat / tidak tampak sakit

Alasan : Saat pengkajian tampak pasien berbaring lemah di tempat tidur, Tampak terpasang IFVD RL 500 cc 20 tpm

## b. Tanda-Tanda Vital

Kesadaran (kualitatif) : Compos mentis

Skala Koma Glasgow (kuantitatif)

a) Respon Motorik : 6

b) Respon Verbal : 5

c) Respon membuka mata : 4

Jumlah : 15

Kesimpulan : Pasien tidak coma/ sadar penuh

1) Tekanan darah : 90/60 mmHg

MAP : 70 mmHg

Kesimpulan : perfusi ginjal memadai

2) Suhu : 36°C  Oral  Axilla  Rectal

3) Pernapasan : 22 x/menit

Irama :  Teratur  Bradipnea  Takipnea  Kusmaul  
 Cheynes-stokes

Jenis :  Dada  Perut

4) Nadi : 58x/menit

Irama :  Teratur  Bradikardi  Takikardi  Kuat  
 Lemah

## c. Pengukuran

1) Lingkar lengan atas : 28cm

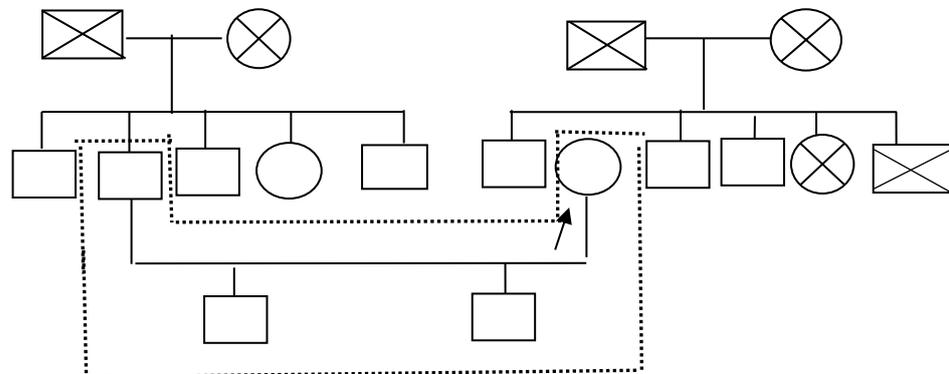
2) Tinggi badan : 150cm

3) Berat badan : 61kg

4) IMT (Indeks Massa Tubuh) : 27,1

Kesimpulan : Berat badan berlebih

## d. Genogram



Gambar 3. 1 Genogram pasien

## Keterangan :

□ : Pria/Laki-laki

○ : Perempuan

⊗ ⊠ : Meninggal

⊙ : Tinggal serumah

↗ : Pasien

## 4. Pengkajian Pola Kesehatan

## a. Pola Presepsi Kesehatan Dan Pemeliharaan Kesehatan

## 1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan kesehatan itu penting apabila sehat maka bisa banyak melakukan aktivitas. Pasien mengatakan jika sakit hanya membeli obat di Apotek dan ketika tidak kunjung sembuh maka pasien akan pergi ke pelayanan kesehatan. Pasien mengatakan jarang berolahraga. Pasien mengatakan memiliki riwayat mioma uteri pada tahun 2012. Pasien mengatakan pada saat itu pasien dianjurkan oleh dokter kandungan untuk operasi tetapi pasien menolak.

## 2) Riwayat penyakit saat ini

a) Keluhan utama : Perdarahan di jalan lahir

b) Riwayat keluhan utama :

Pasien mengatakan mengalami perdarahan dari jalan lahir sejak akhir bulan Januari 2022 tetapi pasien menganggap itu adalah gejala monopause. Pasien mengatakan setiap selesai menstruasi setiap bulan selalu keluar gumpalan darah berwarna merah disertai nyeri perut sebelah kiri, sehingga pasien memutuskan untuk datang memeriksakan diri ke dokter Praktek dan pasien dianjurkan untuk perawatan lanjutan di rumah sakit karena Hb pasien menurun (5,5 g/dL). Pada saat pengkajian pasien mengatakan mengalami perdarahan dari jalan lahir berwarna merah sehingga pasien merasa lemas dan merasa nyeri pada perut sebelah kiri menjalar kebelakang. Nyeri dirasakan hilang timbul dan dirasakan saat melakukan aktivitas, nyeri dirasakan seperti tertimpa benda berat dengan skala 5. Tampak pasien terbaring lemah ditempat tidur, tampak pasien meringis, pucat dan gelisah, akral teraba dingin, konjungtiva tampak anemis, pengisian nadi kapiler >3 detik, turgor kulit menurun.

c) Riwayat penyakit yang pernah dialami

Pasien mengatakan pernah mengalami penyakit mioma uteri pada bulan Januari sampai Februari tahun 2012, pada saat itu pasien konsultasi di dokter praktik kandungan dan pasien dianjurkan untuk operasi tetapi pasien menolak untuk operasi.

d) Riwayat kesehatan keluarga :

Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarganya yang mengalami penyakit yang sama seperti dirinya.

Pemeriksaan fisik :

- (1) Kebersihan rambut : Tampak bersih, tidak beruban
- (2) Kulit kepala : Tampak bersih tidak ada ketombe dan lesi
- (3) Kebersihan kulit : Tampak kulit bersih
- (4) Hygiene rongga mulut :Tampak mulut bersih, tampak mukosa bibir kering
- (5) Kebersihan genetalia : Tampak perdarahan pervagina
- (6) Kebersihan anus : Tidak dikaji pasien menolak

b. Pola Nutrisi Dan Metabolik

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan sebelum sakit nafsu makannya baik, frekuensi makan 3x sehari, dengan menu nasi, lauk, ikan, dan sayur. Pasien mengatakan sering mengkonsumsi buah-buahan. Pasien mengatakan mengkonsumsi air putih  $\pm 8$  gelas/ hari. Pasien mengatakan sering mengkonsumsi obat-obatan dan vitamin.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit nafsu makannya tetap baik dan makan teratur dengan menu yang disediakan rumah sakit. Pasien mengatakan minum air putih  $\pm 2000$  cc/ hari

3) Observasi :

Tampak pasien menghabiskan makanan yang disajikan oleh rumah sakit dan tampak pasien minum air putih 1 gelas.

4) Pemeriksaan fisik

- a) Keadaan Rambut :Tampak bersih, tebal, tidak beruban
- b) Hidrasi kulit :Turgor kulit menurun, Finger Print kembali  $>3$  detik.
- c) Palpebra/ conjungtiva :Tampak anemis
- d) Sclera : Tidak tampak icterik

- e) Hidung : Septum berada di tengah, simetris
- f) Rongga mulut : Tampak bersih, mukosa bibir kering
- g) Gigi : Tampak bersih dan utuh
- h) Gusi : Tidak ada peradangan
- i) Gigi Palsu : Tampak Tidak ada
- j) Kemampuan mengunyah keras : Pasien mampu mengunyah  
keras
- k) Lidah : Tampak bersih
- l) Pharing : Tampak tidak ada peradangan
- m) Kelenjar getah bening : Tampak tidak ada pembesaran
- n) Kelenjar parotis : Tampak tidak ada pembesaran
- o) Abdomen :
- (1) Inspeksi : Tampak tidak ada benjolan
- Bayangan vena : Tidak tampak bayangan vena
- (2) Auskultasi : Peristaltik usus 17 x/menit
- (3) Palpasi : Nyeri tekan pada kuadran kiri bawah
- (4) Perkusi : Terdengar thympani di empat kuadran
- p) Kulit :
- (1) Edema :  Positif  Negatif
- (2) Icteric :  Positif  Negatif
- (3) Tanda-tanda radang : Tidak ada tanda peradangan
- q) Lesi : Tidak tampak adanya lesi

c. Pola Eliminasi

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan sebelum sakit BAB lancar, dengan frekuensi 1x/hari dengan konsistensi padat berwarna kuning kecokelatan. Pasien mengatakan BAK lancar  $\pm$ 4-6 x/hari berwarna kekuningan bercampur darah. Pasien mengatakan tidak ada masalah dalam BAB tetapi bermasalah saat BAK.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan selama masuk rumah sakit pasien belum BAB, dan BAK lancar 3-5x/hari berwarna merah muda

### 3) Observasi

Tampak pasien menggunakan pampers. Tampak dipampers pasien urine bercampur darah merah.

### 4) Pemeriksaan fisik

a) Peristaltik usus : 17 x/menit

b) Palpasi kandung kemih :  Penuh  Kosong

c) Nyeri ketuk ginjal :  Positif  Negatif

d) Mulut uretra : Tidak dikaji pasien menolak

e) Anus :

(1) Peradanga : Tidak dikaji pasien menolak

(2) Hemoroid : Tidak dikaji pasien menolak

(3) Fistula : Tidak dikaji pasien menolak

### d. Pola Aktivitas dan Latihan

#### 1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan tidak bekerja dan aktivitas sehari-hari hanya sebagai Ibu Rumah Tangga untuk mengurus suami dan anak-anaknya.

#### 2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit tidak dapat melakukan aktivitas seperti biasanya karena merasa kurang tenaga dan mengeluh lelah. Pasien juga merasa energinya tidak pulih walaupun telah beristirahat.

#### 3) Observasi

Tampak pasien terbaring lemah ditempat tidur, tampak pasien lesu, dan pucat, tampak pasien tidak mampu mempertahankan aktivitas rutin. TD: 90/60 mmHg, Nadi: 58/menit, Suhu: 36°C, Pernafasan : 22x/menit.

- a) Aktivasi harian :
- |   |                          |
|---|--------------------------|
| 0 | : Mandiri                |
| 1 | : Bantuan dengan alat    |
| 2 | : Bantuan orang          |
| 3 | : Bantuan alat dan orang |
| 4 | : Bantuan penuh          |
- (1) Makan : 0
- (2) Mandi : 2
- (3) Pakaian : 2
- (4) Kerapihan : 2
- (5) Buang air besar : 2
- (6) Buang air kecil : 3
- (6) Mobilisasi di tempat tidur : 0
- b) Postur tubuh : Tegak
- c) Gaya jalan : Tidak dikaji karena pasien bedrest
- d) Anggota gerak yang cacat : Tidak ada
- e) Fiksasi : Tidak ada
- f) Tracheostomi : Tidak ada
- 4) Pemeriksaan fisik
- a) Tekanan Darah
- Berbaring : 90/60 mmHg
- Duduk : 90/60 mmHg
- Berdiri : Tidak dikaji pasien tidak bisa berdiri
- b) HR : 58 x/menit
- c) Kulit
- Keringat dingin : Tampak pasien tidak keringat dingin
- Basah : Tidak tampak basah
- d) JVP : 5-2 cmH<sub>2</sub>O
- Kesimpulan : Pemompaan ventrikel jantung memadai
- e) Perfusi pembuluh perifer kuku : Kembali dalam waktu >3 detik
- f) Thorax dan pernapasan
- (1) Inspeksi :
- Bentuk thorax : Tampak Simetris kiri kanan
- Sianosis : Tidak ada
- Stridor : Tidak ada

## (2) Palpasi :

Vokal premitus : Getaran paru kiri dan kanan  
sama

Krepitasi : Tidak ada

(3) Perkusi :  Sonor  Redup  Pekak

## (4) Auskultasi :

Suara napas : Vesikular

Suara ucapan : getaran paru kiri dan kanan sama

Suara tambahan : Tidak ada

## g) Jantung:

## (1) Inspeksi :

Ictus cordis : Tidak tampak

## (2) Palpasi :

Ictus cordis : Teraba di ICS 5 linea mid-clavikularis  
sinistra

## (3) Perkusi :

Batas atas jantung : ICS 2 linea sternalis sinistra

Batas bawah jantung : ICS 5 linea mid-clavikularis  
sinistra

Batas kanan jantung : Linea mid- sternalis dekstra

Batas kiri jantung : Linea axilaris anterior sinistra

## (4) Auskultasi :

Bunyi jantung II A : Tunggal, ICS 2 linea  
sternalis dekstra

Bunyi jantung II P : Tunggal, ICS 3 linea  
sternalis sinistra

Bunyi jantung I T : Tunggal, ICS 4 linea  
sternalis sinistra

Bunyi jantung I M : Tunggal, ICS 5 linea  
sternalis mid clavikularis  
sinistra.

Bunyi jantung II irama gallop : Tidak ada

Murmur : Tidak ada

Bruit : Aorta

A. Renalis : Tidak terdengar

A. Femoralis : Tidak terdengar

h) Lengan dan tungkai :

(1) Atrofi otot :  Positif  Negatif

(2) Rentang gerak : Sama kiri dan kanan

(3) Kaku sendi : Tidak ada

(4) Nyeri sendi : Tidak ada

(5) Fraktur : Tidak ada

(6) Parese : Tidak ada

(7) Paralisis : Tidak ada

(8) Uji kekuatan otot

	Kanan	Kiri
Tangan	5	5
Kaki	5	5

Keterangan:

0 : Tidak ada otot, tidak mampu bergerak

1 : Tampak kontraksi otot ada sedikit gerakan

2 : Mampu menahan gaya gravitasi tapi dengan sentuhan akan jatuh

3 : Mampu menahan tegak tapi tidak mampu menahan tekan

4 : Kekuatan kurang dibanding sisi lain

5 : Kekuatan penuh

(9) Refleksi fisiologi : Tampak adanya gerak biceps, triceps, patella

(10) Refleksi patologi :

Babinski Kiri :  Positif  Negatif

Kanan :  Positif  Negatif

(11) Clubbing jari- jari : Tidak ada

(12) Varises tungkai : Tidak ada

i) Columna vetebralis :

(1) Inspeksi : Tidak ada kelainan bentuk

(2) Palpasi : Nyeri tekan : kuadran kiri bawah

Kaku kuduk : Tidak ada

e. Pola Tidur Dan Istirahat

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan sebelum sakit tidak ada gangguan saat tidur. Pasien mengatakan pada malam hari tidur jam 9 dan bangun jam 4 subuh untuk berdo'a dan setelah berdo'a tidur kembali dan bangun pada jam 6 pagi. Pasien mengatakan jarang tidur siang. Pasien mengatakan lebih suka tidur dalam suasana terang dan pada saat sebelum tidur pasien selalu menonton TV. Pasien juga tidak pernah mengkonsumsi obat tidur.

2) Keadaan Sejak Sakit

Pasien mengatakan sejak sakit tidak ada gangguan pada pola tidurnya. Pasien mengatakan pada malam hari tidur jam 11 malam dan bangun jam 06.30 pagi. Pasien mengatakan sebelum tidur dia minum air putih ± 1 gelas

3) Observasi

Ekspresi wajah mengantuk :  Positif  Negatif

Banyak menguap :  Positif  Negatif

Palpebra berwarna gelap :  Positif  Negatif

f. Pola persepsi kognitif dan sensori

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan mampu mendengar dengan baik, tidak ada masalah pada indera penglihatan, pendengaran, perabaan, penghiduan, dan pengecapan. Pasien mengatakan tidak menggunakan alat bantu penglihatan dan pendengaran.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit tidak pernah mengalami gangguan penglihatan, penghiduan, dan pengecapan. Pasien mengatakan merasa nyeri dikuadran kiri bawah seperti tertimpa benda berat dengan skala 5, pasien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul.

3) Observasi

Tampak pasien tidak menggunakan alat bantu pendengaran dan kacamata. Tampak pasien meringis dan gelisah

4) Pemeriksaan fisik

a) Penglihatan

- (1) Kornea : Tampak Jernih
- (2) Pupil : Tampak Isokor kiri dan kanan
- (3) Lensa mata : Tampak jernih
- (4) Tekanan Intra Okuler (TIO) : Sama kiri dan kanan.

b) Pendengaran

- (1) Pina : Tampak Simetris kiri dan kanan
- (2) Kanalis : Tampak Bersih
- (3) Membran timpani : Tampak Utuh

- c) Pengenalan rasa pada gerakan lengan dan tungkai :  
Pasien mampu merasakan rangsangan yang diberikan pada kedua lengan dan tungkai.

g. Pola Presepsi Dan Konsep Diri

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan dia adalah anak ke-2 dari 6 bersaudara.  
Pasien mengatakan selalu bersyukur dengan apa yang dimiliki

## 2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan selama sakit dia merasa cemas dan sedih dengan penyakitnya dan tidak bisa melakukan aktivitasnya. Pasien mengatakan dia berharap cepat sembuh dan dapat melakukan aktivitasnya dengan baik seperti biasanya.

## 3) Observasi

- a) Kontak mata : Kontak mata tertuju pada perawat
- b) Rentang perhatian : Perhatian penuh
- c) Suara dan cara bicara : Suara pasien jelas dan pelan
- d) Postur tubuh : Tampak tidak dapat dikaji karena pasien tidak mampu berdiri

## 4) Pemeriksaan fisik :

- a) Kelainan bawaan yang nyata : Tidak ada
- b) Bentuk/postur tubuh : Tidak dikaji karena pasien tidak mampu berdiri
- c) Kulit : Tampak tidak ada lesi

## h. Pola Peran Dan Hubungan Dengan Sesama

## 1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan tinggal bersama suami serta anaknya dan berperan sebagai ibu rumah tangga yang bekerja untuk mengurus suami dan anak-anaknya. Pasien mengatakan bahwa hubungan dengan keluarganya dan orang lain disekitar rumahnya terjalin dengan baik. Pasien juga senang bergaul dengan orang lain.

## 2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan hubungan dengan keluarga, perawat, dan pasien lainnya terjalin dengan baik. Pasien mengatakan sejak di rumah sakit dia rindu dengan suasana rumahnya.

## 3) Observasi

Tampak pasien berkomunikasi baik dengan perawat dan keluarganya

i. Pola Reproduksi dan seksualitas

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan mengalami menstruasi sejak SMP dan berlangsung selama 8 hari. Pasien mengatakan sudah lama menikah dan mempunyai 2 anak. Pasien mengatakan setiap selesai menstruasi keluar darah berwarna kecokelatan dan sering mengalami menstruasi 2 kali dalam satu bulan.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit menstruasi lancar tetapi pasien menstruasi 2 kali setiap bulan dan jika menstruasi darah yang keluar sangat banyak dan sering ada gumpalan darah berwarna kecokelatan. Pasien mengatakan setelah fase menstruasi selesai biasanya masih terjadi perdarahan jika pasien BAK.

3) Observasi

Tampak ada darah berwarna merah muda di pampers pasien

j. Pola Mekanisme Koping Dan Toleransi Terhadap Stress

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan bila terjadi masalah dalam keluarganya pasien bisa mengontrol diri. Pasien mengatakan bila mengalami suatu masalah dia membicarakannya dengan suaminya untuk mencari solusi dari masalahnya. Pasien mengatakan jika stres dia biasa mengalihkan pikirannya dengan menonton TV.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit pasien merasa cemas dengan penyakitnya dan ingin segera sembuh

3) Observasi

Tampak pasien khawatir

k. Pola Sistem Nilai Kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan menganut agama kristen protestan.  
Pasien mengatakan jarang mengikuti kegiatan gereja karena sibuk bekerja

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit pasien hanya berdoa ditempat tidur

3) Observasi

Tampak di samping bantal pasien terdapat Alkitab

5. Uji Saraf Kranial

Uji saraf kranial tidak dilakukan karena pasien tidak bersedia.

6. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan Darah : Pemeriksaan Darah Lengkap

Nama/umur : Ny. N / 51 Tahun

Ruang/kamar : Obgyn/2012

Tanggal pemeriksaan : 08 juni 2022

Hasil LAB : HB: 5,5 g/dL, WBC :  $10^3/uL$ , RBC :  $3.09 \times 10^6/uL$

b. Pemeriksaan USG

KESAN :

- 1) Ketebalan endometrium +/- 0.8 cm, *suspek endometriosis* dd/ massa

- 2) *Suspek adenomyosis uteri*
- 3) *Kista ovarium sinistra*
- 4) *Nabothian cyst*

7. Daftar Obat

- a) Plasminex 500 mg /8 jam/oral
- b) Maltofer 375 mg/12 jam/oral
- c) Dexamethason 5 mg/12 jam/oral
- d) Ketorolac 30mg/12 Jam/ IV
- e) Cairan RL 500 CC

## **PENGAJIAN REPRODUKSI DAN GINEKOLOGI**

### **1. Riwayat Menstrusi**

#### **a. Menarche**

Pasien mengatakan menstruasi pertama kali sejak SMP kelas 1

#### **b. Siklus**

Pasien mengatakan siklus menstruasi kadang 1x dalam sebulan dan berlangsung selama 20-30 hari

#### **c. Lamanya**

Pasien mengatakan lamanya menstruasi 4-8 hari setiap bulannya

#### **d. Keluhan**

Pasien mengatakan sering mengalami 2x menstruasi dalam satu bulan yaitu di awal bulan dan akhir bulan. Pasien juga mengatakan jika menstruasi, darah yang keluar sangat banyak dan nyeri diperut sebelah kiri. Pasien mengatakan jika siklus menstruasi selama 8 hari sudah selesai, masih ada gumpalan darah yang biasa keluar dari jalan lahir pasien berwarna merah.

### **2. Riwayat Ginekologi**

#### **a. Penyakit yang pernah diderita : Mioma Uteri**

#### **b. Keluhan : Menstruasi dalam jumlah yang banyak, perut terasa penuh dan membesar**

### **3. Riwayat KB**

#### **a. Jenis KB yang pernah digunakan : Tidak ada**

- b. Lamanya: Tidak ada
- c. Keluhan :Tidak ada
- d. Terakhir menggunakan KB : Tidak ada
- e. Alasan berhenti : Tidak pernah menggunakan KB

#### B. Analisa Data

Nama / Umur : Ny. N/ 51 tahun

Ruang / Kamar : Obgyn/2012

Tabel 3.3

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	<p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien mengatakan mengalami perdarahan dari jalan lahir berwarna merah muda</li> <li>b. Pasien mengatakan merasa lemas</li> </ul> <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur</li> <li>b. Pengisian nadi perifer &gt; 3 detik</li> <li>c. Nadi perifer menurun</li> <li>d. Akral teraba dingin</li> <li>e. Tampak pasien pucat</li> <li>f. Congjungtiva tampak anemis</li> <li>g. Turgor kulit menurun</li> <li>h. TD : 90/60 mmhg</li> <li>i. HB: 5,5 g/dL</li> </ul>	<p>Penurunan Konsentrasi Hemoglobin</p>	<p>Perfusi Perifer Tidak Efektif</p>

2.	<p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien mengatakan merasa nyeri</li> <li>b. Pasien mengatakan nyeri dirasakan seperti tertimpa benda berat</li> <li>c. Pasien mengatakan nyeri dirasakan diperut sebelah kiri menjalar kebelakang</li> <li>d. Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan berada pada skala 5</li> <li>e. Pasien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul</li> </ul> <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Tampak pasien meringis</li> <li>b. Tampak pasien gelisah</li> </ul>	Agen Pencedera Fisiologis	Nyeri Akut
3	<p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien mengatakan badan terasa lemas dan pusing</li> <li>b. Pasien mengatakan kurang tenaga</li> <li>c. Pasien mengatakan tidak dapat melakukan aktivitas seperti biasanya</li> </ul> <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur</li> <li>b. Tampak pasien lesu dan tidak</li> </ul>	Kondisi Fisiologis (Anemia)	Keletihan

	mampu beraktivitas		
--	--------------------	--	--

### C. Diagnosa Keperawatan

Nama / Umur : Ny. N/ 51 Tahun

Ruang/ Kamar : Obgyn / 2012

Tabel 3.4

NO	SDKI
1	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin
2	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
3	Keletihan berhubungan dengan kondisi fisiologis (anemia)

## D. Intervensi Keperawatan

Nama / Umur : Ny. N / 51 tahun

Ruang / Kamar : Obgyn / 2012

Tabel 3.5

Tanggal	Diagnosis Keperawatan SDKI	Luaran Yang Diharapkan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
			Meliputi : Tindakan Observasi, Terapeutik, Kolaborasi, Edukasi
11/05/22 1	<p>Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin dibuktikan dengan :</p> <p>Data Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan mengalami perdarahan dari jalan lahir berwarna merah muda</li> <li>2. Pasien mengatakan merasa lemas</li> </ol> <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur</li> <li>2. Pengisian nadi perifer &gt; 3 detik</li> <li>3. Nadi perifer menurun</li> <li>4. Akral teraba dingin</li> </ol>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, maka perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Denyut nadi perifer meningkat</li> <li>2. Warna kulit pucat menurun</li> <li>3. Pengisian kapiler membaik</li> <li>4. Akral membaik</li> <li>5. Turgor kulit membaik</li> <li>6. Tekanan darah sistolik membaik</li> <li>7. Tekanan darah diastolik membaik</li> </ol>	<p><b>Perawatan Sirkulasi (I.02079)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, pengisian kapiler) (Rasional :</li> <li>2. Identifikasi faktor gangguan sirkulasi</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan pencegahan infeksi</li> <li>2. Lakukan Hidrasi</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi</li> </ol> <p><b>Manajemen cairan (I.03098)</b></p> <p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor status hidrasi (frekuensi nadi, akral, pengisian kapiler, kelembapan mukosa,</li> </ol>

	<p>5. Tampak pasien pucat  6. Congjunctiva tampak anemis  7. Turgor kulit menurun  8. TD : 90/60 mmhg  9. HB: 5,5 g/dL</p>		<p>turgor kulit)  2. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium  <b>Terapeutik :</b>  1. Berikan asupan cairan, sesuai kebutuhan  2. Berikan cairan intravena  <b>Manajemen syok (I.02048)</b>  <b>Observasi :</b>  1. Monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, Tekanan darah, MAP)  2. Monitor status cairan (Masukan dan haluaran, turgor kulit, CRT)  <b>Terapeutik :</b>  1. Berikan posisi syok (trendelenburg)  <b>Kolaborasi:</b>  1. Kolaborasi pemberian infus  2. Kolaborasi pemberian transfusi darah  <b>Pemberian obat oral (I.03128)</b>  <b>Observasi :</b>  1. Periksa tanggal kadaluwarsa obat  <b>Terapeutik:</b>  1. Lakukab prinsip 6 benar pemberian obat  <b>Edukasi:</b>  1. Jelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan dan efek samping sebelum pemberian</p>
--	--	--	--

2	<p>Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dibuktikan dengan:</p> <p>Data Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan merasa nyeri</li> <li>2. Pasien mengatakan nyeri dirasakan seperti tertimpa benda berat</li> <li>3. Pasien mengatakan nyeri dirasakan diperut sebelah kiri menjalar kebelakang</li> <li>4. Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan berada pada skala 5</li> <li>5. Pasien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul</li> </ol> <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tampak pasien meringis</li> <li>2. Tampak pasien gelisah</li> </ol>	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3 x 24 jam, maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri menurun</li> <li>2. Meringis menurun</li> <li>3. Gelisah menurun</li> </ol>	<p><b>Manajemen nyeri</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi,karakteristik,durasi,frekuensi,kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi respon nyeri non verbal</li> </ol> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri</li> <li>2. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</li> </ol>
3	<p>Keletihan berhubungan dengan kondisi fisiologis (anemia) dibuktikan dengan :</p> <p>Data Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan badan terasa lemas dan pusing</li> <li>2. Pasien mengatakan kurang tenaga</li> </ol>	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3 x 24 jam, maka tingkat keletihan menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan melakukan aktivitas rutin meningkat</li> <li>2. Verbalisasi lelah menurun</li> <li>3. Lesu menurun</li> </ol>	<p><b>Manajemen Energi</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang menyebabkan kelelahan</li> <li>2. Monitor kelelahan fisik dan emesional</li> <li>3. Monitor pola dan jam tidur</li> <li>4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</li> </ol>

	<p>3. Pasien mengatakan tidak dapat melakukan aktivitas seperti biasanya</p> <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur</li> <li>2. Tampak pasien lesu dan tidak mampu beraktivitas</li> </ol>		<p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus</li> <li>2. Fasilitas duduk ditempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan tirah baring</li> <li>2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</li> </ol> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</li> </ol> <p><b>Manajemen Lingkungan</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi keamanan dan kenyamanan lingkungan</li> </ol> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Izinkan keluarga untuk tinggal mendampingi pasien</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ajarkan pasien dan keluarga / pengunjung tentang upaya pencegahan infeksi.</li> </ol>
--	--	--	--

## E. Implementasi Keperawatan

Nama / Umur : Ny. N / 51 Tahun

Ruangan / kamar : Obgyn / 2012

Tabel 3.6

Tanggal	Waktu	DP	Implementasi Keperawatan	Perawat
11/06/22	I,III	07.00	Melakukan pemberian obat Hasil : a) Plasminex 500 mg/oral b) Maltofer 357 mg/oral c) Dexamethasone 5 mg/oral	Siska
	I	08.00	Memeriksa sirkulasi perifer dan tekanan darah Hasil : a) Denyut nadi perifer menurun b) Pengisian nadi perifer kapiler > 3 detik (4 detik) c) Frekuensi nadi 60x/menit d) Nadi teraba lemah e) Tekanan darah 90/60 mmHg f) Pasien mengatakan merasa lemas g) Pasien mengatakan masih mengalami perdarahan di jalan lahir	Siska
	II	08.15	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Hasil : a) Pasien mengatakan merasa nyeri b) Pasien mengatakan nyeri dirasakan seperti tertimpas benda berat c) Pasien mengatakan nyeri dirasakan diperut sebelah kiri menjalar kebelakang d) Pasien mengatakan skala nyeri 5 e) Pasien mengatakan nyeri	Siska

			<p>hilang timbul</p> <p>f) Tampak pasien meringis</p> <p>g) Tampak pasien gelisah</p>	
	I	08.20	<p>Memonitor status hidrasi dan cairan</p> <p>Hasil :</p> <p>a) Akral teraba dingin</p> <p>b) Turgor kulit menurun</p> <p>c) CRT &gt;3 detik (4 detik)</p> <p>d) Intake : air putih ± 500 cc (2 gelas) + cairan RL 500 cc</p> <p>e) Output urine bercampur darah ± 350 cc</p>	Siska
	I,III	08.30	<p>Mengobservasi TTV dan kelelahan fisik</p> <p>Hasil :</p> <p>a) TD: 90/60 mmHg Nadi : 60x/menit Suhu : 36°C Pernapasan : 22x/menit</p> <p>b) Pasien mengatakan merasa lelah</p>	Siska
	I	09.00	<p>Memberikan posisi trendelenberg pada pasien</p> <p>Hasil :</p> <p>Tampak pasien diberikan posisi trendelenberg 30°</p>	Siska
	I, II	09.40	<p>Mengobservasi TTV dan kelelahan fisik</p> <p>Hasil :</p> <p>a) TD: 100 /60 mmHg Nadi : 65x/menit Suhu : 36°C Pernapasan : 22x/menit</p> <p>b) Pasien mengatakan masih merasa lelah</p>	Siska
	II	10.00	<p>Melakukan pemberian obat</p> <p>Hasil :</p> <p>a) Ketorolac 30 mg/IV</p>	Siska

	III	10.30	<p>Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang menyebabkan kelelahan</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Pasien mengatakan badan terasa lemas dan pusing jika bergerak di tempat tidur</li> <li>b) Pasien mengatakan masih belum bisa melakukan aktivitas fisik seperti biasanya</li> <li>c) Tampak pasien terbaring lemas ditempat lemas</li> <li>d) Tampak pasien tidak mampu mempertahankan aktivitas rutin</li> <li>e) Tampak aktivitas pasien dibantu oleh perawat</li> </ul>	Siska
	III	11.00	<p>Menganjurkan pasien tirah baring</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Tampak pasien istirahat di tempat tidur</li> </ul>	Siska
	I	12.30	<p>Memberikan obat</p> <p>Hasil : Plasminex 500 mg / oral</p>	Siska
	II	13.00	<p>Mengajarkan pasien teknik relaksasi napas dalam</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Tampak perawat menjelaskan teknik relaksasi napas dalam kepada pasien</li> <li>b) Tampak pasien mampu melakukan teknik relaksasi napas dalam dengan cara meletakkan tangan kanan diatas abdomen dan tangan kiri dibagian dada, menarik napas dalam dari hidung melalui hitungan 1,2,3 kemudian ditahan selama 2 detik, napas dihembuskan perlahan-lahan melalui mulut, diulangi sebanyak 3 kali</li> </ul>	Sirfha & Siska

	I	15.00	Memberikan asupan cairan pada pasien Hasil : a) Tampak pasien minum air putih $\pm$ 500cc (2 gelas ) b) Tampak pasien diberikan cairan IVFD RL 500 cc 20 tetes/ menit	Sirfha
	I	15.00	Monitor hasil labolatorium Hasil : Hasil pemeriksaan HB : 5,5 g/Dl	Sirfha
	I,III	16.00	Memonitor TTV dan kelelahan fisik Hasil : a) TD: 100/60 mmHg Nadi : 59x/ menit Suhu : 36,5° Pernapasan : 21x/ menit b) Pasien mengatakan masih merasa lemah	Sirfha
	I	16.30	Memberikan posisi trendelenberg pada pasien Hasil : Tampak pasien diberikan posisi trendelenberg 30°	Sirfha
	III	17.00	Memonitor TTV dan kelelahan fisik Hasil : a) TD: 100/70 mmHg Nadi : 59x/ menit Suhu : 36,5° Pernapasan : 21x/ menit b) Pasien mengatakan masih merasa lemah	Sirfha
	I,II,III	18.30	Melakukan pemberian obat : a) Plasminex 500 mg/oral b) Maltofer 357 mg/oral c) Dexamethasone 5 mg/oral	Sirfha
	II	19.00	Mengidentifikasi skala nyeri Hasil :	Sirfha

			Skala nyeri 4	
	III	20.15	Menganjurkan pasien melakukan aktivitas secara bertahap Hasil : a) Tampak pasien melakukan aktivitas dibantu suami dan bidan	Sirfha
	I	20.30	Memonitor output pasien: Hasil: output urine bercampur darah $\pm 350$ cc	Bidan
	I	21.00	Memberikan asupan cairan pada pasien Hasil : a) Tampak pasien minum air putih $\pm 250$ cc (1 gelas )	Bidan
	I	21.30	Memberikan transfusi darah Hasil : a) Tampak terpasang transfusi PRC dengan Identitas darah : Isi : 210 cc Gol, RH : A+ No kantong : F5888781	Bidan
	III	21.50	Menyediakan lingkungan yang aman dan nyaman Hasil : a) Tampak terpasang pengaman tempat tidur b) Tampak penjaga pasien 1 orang c) Tampak kamar pasien tenang dan tidak ada pengunjung	Bidan
	II	22.00	Melakukan pemberian obat Hasil : a) Ketorolac 30 mg/ IV	Bidan
	I	23.00	Memberikan asupan cairan pada pasien Hasil : a) Tampak pasien diberikan cairan IVFD RL 500 cc 20 tetes/ menit	Bidan

	I	06.00	<p>Memeriksa sirkulasi perifer kardiopulmonal, status hidrasi dan cairan</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Denyut nadi 60x/ menit</li> <li>b) Pengisian nadi kapiler &gt;3 detik</li> <li>c) Nadi teraba lemah</li> <li>d) Tekanan Darah 100/70 mmHg</li> <li>e) Pasienx mengatakan lemas</li> <li>f) Pasien mengatakan darah masih keluar dan berwarna merah</li> <li>g) Akral teraba hangat</li> <li>h) Tampak turgor kulit menurun</li> <li>i) Tampak pasien pucat</li> <li>j) Output <math>\pm</math> 300 cc</li> </ul>	Bidan
	III	06.30	<p>Memonitor kelelahan fisik dan emosional</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Pasien mengatakan lemas berkurang tapi masih merasa pusing</li> <li>b) Pasien mengatakan belum mampu melakukan aktivitas seperti biasanya</li> <li>c) Tampak pasien lesu</li> <li>d) Tampak pasien tidak mampu mempertahankan aktivitas rutin</li> </ul>	Bidan
	II	06.45	<p>Memonitor skala nyeri</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Skala nyeri 4</li> </ul>	Siska
	I	06.55	<p>Balance Cairan / 24 jam:</p> <p>CM- (CK+IWL)</p> <p>=2.750 - ( 1000 + 915)</p> <p>=2.750-1.915</p> <p>=835</p> <p>Kesimpulan : Input &gt; output</p>	Siska
12/06/22	I,III	07.00	<p>Melakukan pemberian obat</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Plasminex 500 mg/oral</li> <li>b) Maltofer 357 mg/ oral</li> <li>c) Dexamethasone 5 mg/oral</li> </ul>	Siska

	III	08.00	Memonitor pola dan jam tidur Hasil : a) Pasien mengatakan tidur hanya 5 jam	Siska
	I	09.30	Memberikan asupan cairan Hasil : a) Tampak pasien minum air putih $\pm$ 500 cc ( 2 gelas) b) Tampak terpasang cairan infus IVFD RL 500cc 20 tetes/ menit	Siska
	I	10.00	Melakukan observasi TTV Hasil : a) Tekanan Darah : 100/60 mmHg Nadi : 65x/ menit Suhu : 36,5 $^{\circ}$ c Pernapasan : 20x/menit	Siska
	I	11.00	Memberikan posisi trendelenberg pada pasien Hasil : Tampak pasien diberikan posisi trendelenberg 30 $^{\circ}$	Siska
	I	11.35	Memonitor TTV dan kelelahan fisik Hasil : a) TD: 110/70mmHg Nadi : 59x/ menit Suhu : 36,5 $^{\circ}$ Pernapasan : 21x/ menit b) Pasien mengatakan masih merasa lemah	Siska
	I	12.30	Memberikan obat Hasil : Plasminex 500 mg / oral	Siska
	I	12.45	Memonitor output pasien Hasil : output urine + darah $\pm$ 450 cc	Siska
	I	13.00	Memberikan transfusi darah Hasil : a) Tampak terpasang transfusi PRC dengan Identitas darah : Isi : 210 cc	Sirfha

			Gol, RH : A+ No kantong : F5888781	
	III	14.00	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Hasil : a) Pasien mengatakan nyeri mulai berkurang b) Pasien mengatakan nyeri dirasakan diperut kiri menjalar kebelakang c) Pasien mengatakan nyeri dirasakan seperti tertimap benda berat d) Pasien mengatakan skala nyeri 3 e) Nyeri dirasakan hilang timbul f) Tampak pasien meringis	Sirfha
	III	15.00	Memonitor kelelahan fisik dan emisional Hasil : a) Pasien mengatakan masih lelah dan kurang tenaga b) Pasien mengatakan aktivitasnya masih dibantu oleh suami c) Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur d) Tampak pasien lesu	Sirfha
	I	15.30	Memonitor status hidrasi dan sirkulasi perifer Hasil : a) Denyut nadi perifer meningkat b) Akral teraba hangat c) Frekuensi nadi (65x/ menit) d) Nadi teraba lemah e) Tekanan darah : 110/60 mmHg f) Pasien mengatakan merasa lemas dan masih ada darah keluar dari jalan lahir g) Turgor kulit menurun h) CRT > 3 detik i) Output : ± 350 cc	Sirfha

			j) Intake cairan RL 500 cc	
	III	16.00	Menganjurkan pasien tirah baring Hasil : a) Tampak pasien istirahat di tempat tidur	Sirfha
	I,III	17.00	Memonitor TTV dan kelelahan fisik Hasil : a) TD: 110/70mmHg Nadi : 68x/ menit Suhu : 36,5° Pernapasan : 22x/ menit b) Pasien mengatakan masih merasa lemah	Sirfha
	I	17.30	Memberikan posisi trendelenburg pada pasien Hasil : Tampak pasien terbaring dengan posisi trendelenburg 30 °	Sirfha
	I,III	18.00	Memonitor TTV dan kelelahan fisik Hasil : a) TD: 110/80mmHg Nadi : 68x/ menit Suhu : 36,5° Pernapasan : 22x/ menit b) Pasien mengatakan masih merasa lemas	Sirfha
	I	18.30	Memberikan obat Hasil : Plasminex 500 mg / oral	Sirfha
	I	19.00	Menganjurkan pasien minum banyak air putih Hasil : a) Tampak pasien mengikuti anjuran perawat dan minum air putih ± 250cc	Sirfha
	I	19.30	Memonitor hasil labolatorium Hasil : a) HB : 7,3 g/dL b) HB masih dibawah normal (rendah)	Sirfha

	II	20.00	Mengidentifikasi skala nyeri Hasil : a) Skala nyeri 3	Sirfha
	III	21.00	Menyediakan lingkungan yang aman dan nyaman Hasil: a) Terpasang pengaman tempat tidur b) Tampak pengunjung dibatasi c) Tampak kamar pasien tenang dan tidak ada pengunjung	Bidan
	III	21.15	Menganjurkan pasien tirah baring Hasil : a) Tampak pasien istirahat di tempat tidur	Bidan
	II	22.00	Melakukan pemberian obat Hasil : a) Keterolac 30 mg/ IV	Bidan
	I	23.00	Memberikan cairan intravena pada pasien Hasil : a) Tampak pasien diberikan cairan infus RL 500cc 20 tetes/ menit	Bidan
	I	06.00	Memeriksa sirkulasi perifer dan status hidrasi Hasil : a) Denyut nadi perifer menurun b) CRT >3 detik c) Frekuensi nadi meningkat d) Nadi teraba lemah e) Tekanan darah 110/80 mmHg f) Turgor kulit menurun g) Akral teraba dingin h) Pasien mengatakan masih merasa lemas i) Pasien mengatakakn darah masih keluar berwarna merah j) Output ± 300 cc	Bidan

13/06/22	III	06.30	Memonitor kelelahan fisik dan emosional Hasil : a) Pasien mengatakan masih merasa lelah meskipun telah mendapatkan transfusi darah b) Tampak pasien lesu dan masih belum bisa melakukan aktivitas secara mandiri	Bidan
	II	06.35	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Hasil : a) Pasien mengatakan nyeri mulai berkurang b) Pasien mengatakan nyeri dirasakan seperti tertimpa benda berat c) Pasien mengatakn nyeri dirasakan diperut sebelah kiri menjalar kebelakang d) Pasien mengatakan skala nyeri 3 dan nyeri dirasakan hilang timbul e) Tampak pasien meringis	Siska
	I	06.55	Balance Cairan / 24 jam: CM- (CK+IWL) $= 2.250 - (1000 + 915)$ $= 2.250 - (1.915)$ $= 335$ Kesimpulan : Input > output	Siska
	I	07.00	Melakukan pemberian obat Hasil : a) Plasminex 500 mg/oral b) Maltofer 357 mg/ oral c) Dexamethasone 5 mg/oral	Siska
	I	08.00	Menganjurkan pasien minum air putih Hasil : a) Tampak pasien minum air putih $\pm$ 250 cc (1 gelas)	Siska

	III	08.30	Memonitor ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Hasil : a) Pasien mengatakan merasa tidak nyaman dibagian perut jika bergerak ditempat tidur	Siska
	I	09.00	Melakukan observasi TTV Hasil : a) Tekanan Darah : 110/80 mmHg Nadi : 66x/menit Suhu : 36,5°c Pernapasan : 20x/ menit	Siska
	I	10.00	Memberikan posisi trendelenburg Hasil : Tampak pasien diberikan posisi trendelenburg dengan cara posisi kaki ditinggikan 30° selama 30 menit	Siska
	I	10.30	Melakukan observasi TTV dan monitor kelelahan fisik Hasil : a) Tekanan Darah : 110/90mmHg Nadi : 67x/menit Suhu : 36,5°c Pernapasan : 20x/ menit b) pasien mengatakan lemas mulai berkurang	Siska
	I	11.00	Memberikan transfusi darah Hasil : b) Tampak terpasang transfusi PRC dengan Identitas darah : Isi : 210 cc Gol, RH : A+ No kantong : F5888781	Siska
	I	12.00	Memberikan cairan intravena pada pasien Hasil : a) Tampak pasien diberikan cairan IVFD RL 500cc 20 tetes/ menit	Siska

	I	12.30	Memberikan obat Hasil : Plasminex 500 mg / oral	Siska
	I	13.00	Memberikan asupan cairan pada pasien Hasil : a) Tampak pasien diberikan cairan RL 500 cc	Siska
	I	13.20	Memonitor output pasien Hasil : Output urine + darah $\pm$ 600 cc	Siska
	III	13.30	Menganjurkan keluarga untuk menjaga pasien Hasil : a) Tampak suami pasien membantu aktivitas pasien didalam kamar	Siska
	II	14.00	Memonitor skala nyeri Hasil : a) Skala nyeri 3	Sirfha
	II	15.00	Menganjurkan pasien teknik relaksasi napas dalam Hasil : a) Tampak pasien mampu melakukan teknik relaksasi napas dalam	Sirfha
	I	16.00	Melakukan observasi TTV dan monitor kelelahan fisik Hasil : a) Tekanan Darah : 120/70mmHg Nadi : 69x/menit Suhu : 36,5°c Pernapasan : 20x/ menit b) pasien mengatakan lelah mulai berkurang	Sirfha
	I,II,III	18.30	Melakukan pemberian obat Hasil : a) Plasminex 500 mg/oral b) Maltofer 357 mg/ oral c) Dexamethasone 5 mg/oral	Sirfha
			Memberikan posisi trendelenburg Hasil :	Sirfha

	I	19.00	Tampak pasien diberikan posisi trendelenburg dengan cara posisi kaki ditinggikan 30° selama 30 menit	
	I	19.30	Melakukan observasi TTV dan monitor kelelahan fisik Hasil : a) Tekanan Darah : 120/70mmHg Nadi : 69x/menit Suhu : 36,5°c Pernapasan : 20x/ menit b) Pasien mengatakan perasaan lelah berkurang	Sirfha
	III	20.30	Menyediakan lingkungan yang aman dan nyaman Hasil : d) pengaman tempat tidur e) Tampak penjaga pasien 1 orang f) Tampak kamar pasien tenang dan tidak ada peengungjung g) Tampak terpasang Melakukan pemberian obat	Sirfha
	I	21.00	Memberikan cairan intravena pada pasien Hasil : a) Tampak pasien diberikan cairan IVFD RL 500 cc 20 tetes/ menit	Bidan
	II	22.00	Melakukan pemberian obat Hasil : a) Ketorolac 30 mg/ IV	Bidan
	II	06.00	Mengidentifikasi lokasi,karakteristik, durasi , frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Hasil: a) Pasien mengatakan nyeri mulai menurun b) Nyeri dirasakan seperti tertimpa benda berat c) Skala nyeri 2 d) Nyeri dirasakan dibagian perut	Bidan

			<p>sebelah kiri menjalar kebelakang</p> <p>e) Nyeri dirasakan hilang timbul</p> <p>f) Tampak pasien tenang dan tidak meringis</p>	
	I	06.20	<p>Memonitor sirkulasi perifer dan status cairan</p> <p>Hasil :</p> <p>a) Pasien mengatakan masih merasa lelah</p> <p>b) Pasien mengatakan darah masih keluar dari jalan lahir berwarna merah</p> <p>c) Akral teraba hangat</p> <p>d) Nadi teraba lemah</p> <p>e) Tekanan Darah : 120/20 mmHg</p> <p>f) CRT &gt; 3 detik</p> <p>g) Turgor kulit menurun</p> <p>h) Tampak pasien masih pucat</p> <p>i) Output <math>\pm</math> 300 cc</p>	Bidan
	III	06.30	<p>Memonitor kelelahan fisik dan emosional</p> <p>Hasil :</p> <p>a) Pasien mengatakan perasaan lelah berkurang tetapi belum mampu melakukan aktivitas secara mandiri</p> <p>b) Tampak pasien berbaring lemah ditempat tidur</p>	Bidan
	I	07.00	<p>Balance Cairan / 24 jam:</p> <p>CM- (CK+IWL)</p> <p>=1.750 - ( 900 + 915)</p> <p>=1.750 - (1.815)</p> <p>=-65</p> <p>Kesimpulan : Input &lt; output</p>	Bidan

## F. Evaluasi Keperawatan

Nama / Umur : Ny "N" / 51 tahun

Ruangan /Kamar : Obgyn / 2012

Tabel 3.7

Tanggal	Evaluasi Keperawatan	Perawat
<p>11/06/2022</p> <p>13.30</p>	<p>DP I : Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien mengatakan merasa lemas</li> <li>b. Pasien mengatakan darah masih keluar berwarna merah</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pengisian nadi perifer &gt;3 detik</li> <li>b. Nadi teraba lemah</li> <li>c. Tekanan darah : 90/60 mmHg</li> <li>d. Akral teraba hangat</li> <li>e. Turgor kulit menurun</li> <li>f. Tampak pasien pucat</li> </ul> <p>A :Masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi</p> <p>P :Lanjutkan intervensi</p> <p>DP II : Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien mengatakan merasa nyeri</li> <li>b. Pasien mengatakan nyeri dirasakan seperti tertimpa benda berat</li> <li>c. Pasien mengatakan nyeri dirasakan diperut sebelah kiri menjalar kebelakang</li> <li>d. Skala nyeri 5</li> <li>e. Pasien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Tampak pasien gelisah</li> <li>b. Tampak wajah pasien meringis</li> </ul> <p>A : Nyeri akut belum teratasi</p> <p>P :Lanjutkan intervensi</p>	<p>Siska</p>

	<p>DP III : Keletihan berhubungan dengan kondisi fisiologis</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien mengatakan badan terasa lemas dan pusing</li> <li>b. Pasien mengatakan belum mampu melakukan aktivitas seperti biasanya</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Tampak pasien lesu</li> <li>b. Tampak pasien tidak mampu mempertahankan aktivitas rutin</li> </ol> <p>A : Masalah keletihan belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	
20.30	<p>DP I : Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien mengatakan lemas</li> <li>b. Pasien mengatakan darah masih keluar berwarna merah</li> </ol> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pengisian nadi perifer &gt;3 detik</li> <li>b. Nadi teraba lemah</li> <li>c. Tekanan darah : 100/70 mmHg</li> <li>d. Akral teraba hangat</li> <li>e. Turgor kulit menurun</li> <li>f. Tampak pasien pucat</li> </ol> <p>A :Masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi</p> <p>P :Lanjutkan intervensi</p> <p>DP II : Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien mengatakan merasa nyeri</li> <li>b. Pasien mengatakan nyeri dirasakan seperti tertimpa benda berat</li> <li>c. Pasien mengatakan nyeri dirasakan diperut sebelah kiri menjalar kebelakang</li> <li>d. Skala nyeri 4</li> <li>e. Pasien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul</li> </ol>	Sirfha

	<p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Tampak pasien gelisah</li> <li>b. Tampak wajah pasien meringis</li> </ol> <p>A : Nyeri akut belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>DP III : Keletihan berhubungan dengan kondisi fisiologis</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien mengatakan lemas berkurang tapi masih merasa pusing</li> <li>b. Pasien mengatakan belum mampu melakukan aktivitas seperti biasanya</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Tampak pasien lesu</li> <li>b. Tampak pasien tidak mampu mempertahankan aktivitas rutin</li> </ol> <p>A : Masalah keletihan belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	
--	---	--

Tanggal	Evaluasi Keperawatan	Perawat
12/06/2022 13.30	<p>DP I : Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien mengatakan lemas</li> <li>b. Pasien mengatakan darah masih keluar berwarna merah</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Denyutr nadi perifer menurun</li> <li>b. CRT &gt; 3 detik</li> <li>c. Nadi teraba lemah</li> <li>d. Tekanan Darah : 100/70 mmHg</li> <li>e. Turgor kulit menurun</li> <li>f. Akral teraba dingin</li> </ol>	Siska

	<p>A : Masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>DP II : Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien mengatakan nyeri mulai berkurang</li> <li>b. Pasien mengatakan nyeri dirasakan seperti tertimpa benda berat</li> <li>c. Pasien mengatakan nyeri dirasakan diperut sebelah kiri menjalar kebelakang</li> <li>d. Skala nyeri 4</li> <li>e. Pasien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Tampak pasien meringis</li> </ol> <p>A : Masalah nyeri akut belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>DP III : Keletihan berhubungan dengan kondisi fisiologis (anemia)</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien mengatakan masih merasa pusing</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Tampak pasien lesu dan belum mampu melakukan aktivitas secara mandiri</li> </ol> <p>A : Masalah keletihan belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p>	
20.30	<p>DP I : Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien mengatakan masih lemas</li> <li>b. Pasien mengatakan darah masih keluar berwarna merah</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Denyut nadi perifer menurun</li> <li>b. CRT &gt; 3 detik</li> </ol>	Sirfha

	<p>c. Nadi teraba lemah  d. Tekanan Darah : 110/80 mmHg  e. Turgor kulit menurun  f. Akral teraba dingin</p> <p>A : Masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>DP II : Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien mengatakan nyeri mulai berkurang</li> <li>b. Pasien mengatakan nyeri dirasakan seperti tertimpa benda berat</li> <li>c. Pasien mengatakan nyeri dirasakan diperut sebelah kiri menjalar kebelakang</li> <li>d. Skala nyeri 3</li> <li>e. Pasien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Tampak pasien meringis</li> </ol> <p>A : Masalah nyeri akut belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>DP III : Keletihan berhubungan dengan kondisi fisiologis (anemia)</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien mengatakan masih merasa lelah meskipun telah mendapatkan transfusi darah</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Tampak pasien lesu dan belum mampu melakukan aktivitas secara mandiri</li> </ol> <p>A : Masalah keletihan belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p>	
--	--	--

Tanggal	Evaluasi Keperawatan	Perawat
13/06/2022 13.30	<p>DP I : Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien mengatakan perasaan lelah berkurang</li> <li>b. Pasien mengatakan darah masih keluar berwarna merah kecokelatan</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Denyut nadi perifer meningkat</li> <li>b. Akral teraba hangat</li> <li>c. Nadi teraba kuat</li> <li>d. Tekanan Darah : 120/80 mmHg</li> <li>e. CRT &gt; 3detik</li> <li>f. Turgor kulit menurun</li> <li>g. Tampak pasien masih pucat</li> </ul> <p>A : Masalah perfusi perifer teratasi sebagian</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>DP II : Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien mengatakan nyeri mulai berkurang</li> <li>b. Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan hilang timbul</li> <li>c. Pasien mengatakan nyeri dirasakan seperti tertimpa benda berat</li> <li>d. Pasien mengatakan nyeri dirasakan dibagian perut sebelah kiri menjalar kebelakang</li> <li>e. Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan berada pada skala 2</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Tampak pasien tenang</li> <li>b. Tampak pasien tidak meringis</li> </ul> <p>A : Nyeri akut teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	Siska

	<p>DP III : Keletihan berhubungan dengan kondisi fisiologis (anemia)</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien mengatakan perasaan lemah berkurang</li> <li>b. Pasien mengatakan belum mampu melakukan aktivitas secara mandiri</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur</li> </ul> <p>A : Masalah keletihan teratasi sebagian</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p>	
20.30	<p>DP I : Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien mengatakan perasaan lelah berkurang</li> <li>b. Pasien mengatakan darah masih keluar berwarna merah kecokelatan</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Denyut nadi perifer meningkat</li> <li>b. Akral teraba hangat</li> <li>c. Nadi teraba kuat</li> <li>d. Darah : 120/80 mmHg</li> <li>e. CRT &gt; 3detik</li> <li>f. Turgor kulit menurun</li> <li>g. Tampak pasien masih pucat</li> </ul> <p>A : Masalah perfusi perifer teratasi sebagian</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>DP II : Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien mengatakan nyeri mulai berkurang</li> <li>b. Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan hilang timbul</li> <li>c. Pasien mengatakan nyeri dirasakan seperti tertimpa benda berat</li> <li>d. Pasien mengatakan nyeri dirasakan dibagian</li> </ul>	Sirfha

	<p>perut sebelah kiri menjalar kebelakang</p> <p>e. Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan berada pada skala 2</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Tampak pasien tenang</li> <li>b. Tampak pasien tidak meringis</li> </ul> <p>A : Nyeri akut teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>DP III : Keletihan berhubungan dengan kondisi fisiologis (anemia)</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien mengatakan perasaan lemah berkurang</li> <li>b. Pasien mengatakan belum mampu melakukan aktivitas secara mandiri</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur</li> </ul> <p>A : Masalah keletihan teratasi sebagian</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p>	
--	---	--

## G. Daftar Obat

### 1) Nama obat: Plasminex

- a) Klasifikasi / golongan obat: anti fibrinolitik
- b) Dosis Umum : 500 mg
- c) Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 500 mg/8 jam/ oral
- d) Cara pemberian obat : oral
- e) Mekanisme kerja dan fungsi obat : obat plasminex mengandung bahan aktif asam traneksamat yang berfungsi untuk menghentikan perdarahan pada sejumlah kondisi, misalnya mimisan, cedera, perdarahan akibat menstruasi berlebihan dan perdarahan pada penderita angio-edema turunan.
- f) Kontra indikasi : riwayat tromboembolik, perdarahan sub araknoid, penderita dengan pembekuan intravaskular aktif, penderita buta warna.
- g) Efek samping : mual, muntah, diare dan hipotensi

### 2) Nama obat : Maltofer

- a) Klasifikasi/ golongan obat : obat bebas ( Vitamin dan Suplemen
- b) Dosis Umum : 375 mg
- c) Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 275 mg/12 jam/ oral
- d) Cara pemberian obat : oral
- e) Mekanisme kerja dan fungsi obat : Maltofer adalah anti-anemia oral yang bermanfaat untuk mengatasi kekurangan (defisiensi) zat besi tanpa anemia dan anemia akibat defisiensi zat besi. Maltofer mengandung *Iron Polymaltose Complex*, salah satu jenis zat besi
- f) Kontra indikasi : memiliki riwayat alergi, asma, eksim (ruam kulit), anafilaksis, gangguan hati, infeksi, hipotensi, bradikardi dan AV (Penyumbatan atrioventricular).
- g) Efek samping : Mual dan muntah, Dispnea (sesak nafas), Nyeri dada, Hipersensitivitas, Demam, Mialgia (nyeri otot), Sakit kepala,

Hipotensi, Diare, sakit perut, Gatal, urticaria (alergi pada kulit), ruam kulit, Paraesthesia (kesemutan).

3) Nama obat: Dexamethason

- a) Klasifikasi golongan obat : kortikosteroid
- b) Dosis Umum : 2 mg
- c) Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 5mg/12 jam/oral
- d) Cara pemberian obat : Oral
- e) Mekanisme kerja dan fungsi obat : Dexamethasone merupakan obat kortikosteroid yang bekerja dengan menghambat pengeluaran zat kimia tertentu di dalam tubuh yang bisa memicu peradangan. Obat ini juga memiliki efek immunosupresan atau penekan sistem kekebalan tubuh
- f) Kontra indikasi : Riwayat hipersensitif terhadap obat golongan kortikosteroid, Infeksi jamur sistemik, Glaukoma, Psikosis & psikoneurosis berat, Penderita TBC aktif, Infeksi akut, Infeksi herpes mata (herpes ocular), Herpes zoster, Herpes simplex, Osteoporosis, Sindrom Cushing, Gangguan fungsi ginjal, Sedang menjalani vaksinasi, ibu hamil atau wanita yang sedang merencanakan kehamilan.
- g) Efek Samping : Iritasi pada saluran pencernaan Feses berwarna gelap atau kehitaman.

4) Nama obat : Ketorolac

- a) Klasifikasi/ golongan obat : Analgetik\
- b) Dosis Umum : 30mg
- c) Dosis untuk pasien bersangkutan : 30mg/12 Jm/ IV
- d) Cara pemberian : IV
- e) Mekanisme kerja dan fungsi obat : Ketorolac bekerja dengan cara menghambat produksi senyawa kimia yang bisa menyebabkan peradangan dan rasa nyeri. Ketorolac dapat digunakan sebagai

terapi tunggal atau dikombinasikan dengan obat pereda nyeri lain, termasuk obat pereda nyeri golongan opioid.

- f) Kontra indikasi : Infeksi mata, Rheumatoid arthritis, Asma, Penyakit jantung, Hipertensi, Gangguan ginjal, Stroke, Diabetes, Kaki atau tangan bengkak
- g) Efek samping : Mengantuk, Pusing, Sakit kepala, Berkeringat, Mulut kering, Haus, Demam, Nyeri dada, Perubahan mental dan sensorik, Kejang.

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN KASUS**

Pada Bab ini penulis akan membahas ada tidaknya kesenjangan yang terjadi antara konsep teori dengan kasus nyata yang diperoleh dari pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien di ruang Yosep 2 Rumah Sakit Stella Maris Makassar pada tanggal 10 juni 2022 sampai 13 juni 2022. Prinsip pembahasan menggunakan teori proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi.

#### **A. Pembahasan Asuhan Keperawatan**

##### **1. Pengkajian**

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses keperawatan yang sistematis dalam mengumpulkan data dari berbagai sumber yaitu pasien, keluarga, perawat ruangan, status pasien dan hasil langsung pada pasien.

Pada pengamatan kasus penulis memperoleh data pasien Ny. M umur 51 tahun didapatkan bahwa pasien mengeluh mengalami perdarahan dari jalan lahir disertai nyeri pada perut sebelah kiri menjalar ke belakang dirasakan seperti tertimpa benda berat dengan skala 5 dan dirasakan saat beraktivitas di tempat tidur, merasa lemas, meringis, pucat, gelisah, akral teraba dingin, kongjungtiva anemis, turgir kulit menurun, pengisian nadi kapiler > 3 detik. Hal ini menunjukkan adanya kesamaan tanda dan gejala di dalam tinjauan pustaka dimana manifestasi klinik dari endometriosis yaitu perdarahan uterus abnormal dan nyeri panggul (Wu et al., 2017).

Dalam hal ini tidak didapatkan kesenjangan antara pengkajian dengan teori endometriosis.

##### **2. Diagnosis keperawatan**

Berdasarkan tinjauan teori tentang endometriosis ada 5 diagnosa yang dapat muncul yaitu perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, nyeri akut

berhubungan dengan agen pencidera biologis, kelelahan berhubungan dengan kondisi fisiologis, risiko syok dan hipovolemia.

Berdasarkan hasil pengkajian dan keluhan yang didapatkan pada kasus Ny. "N" didapatkan 3 diagnosa keperawatan yaitu:

a. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin.

Penulis mengangkat diagnosa ini karena didukung oleh data pasien yaitu pasien mengalami perdarahan di jalan lahir, hasil pemeriksaan hemoglobin kurang dari nilai normal yaitu 5,5 g/dL, pasien merasa lemas, pengisian nadi kapiler > 3 detik, nadi perifer menurun, akral teraba dingin, pasien tampak pucat, conjungtiva aneis, turgor kulit menurun, tekanan darah 90/60 mmhg.

b. Nyeri akut berhubungan agen pencedera fisiologis

Penulis mengangkat diagnosa ini karena didukung oleh data pasien yaitu pasien merasa nyeri pada perut sebelah kiri menjalar ke belakang, nyeri dirasakan hilang timbul dan dirasakan saat melakukan aktivitas, nyeri dirasakan seperti tertimpa benda berat dengan skala 5.

c. Kelelahan berhubungan dengan kondisi fisiologis (anemia)

Penulis mengangkat diagnosa ini karena didukung oleh data pasien yaitu badan terasa lemas dan pusing, kurang bertenaga, tidak dapat melakukan aktivitas seperti biasanya, terbaring lemah di tempat tidur dan tampak lesu.

Diagnosis keperawatan pada tinjauan teoritis yang tidak diangkat pada kasus diantaranya adalah :

a. Hipervolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif, kegagalan mekanisme regulasi, peningkatan permeabilitas kapiler, kekurangan intake cairan. Diagnosa ini tidak diangkat karena intervensi utama pada diagnosa ini yaitu manajemen sama dengan intervensi yang diangkat pada diagnosa perfusi perifer sehingga penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena

intervensinya sama dengan diagnosa utama dan penulis mencegah terjadinya diagnosa yang tumpang tindih.

- b. Risiko syok dengan faktor risiko hipotensi, hipoksemia, hipoksia, kekurangan volume cairan, sepsis. Diagnosa ini tidak diangkat karena intervensi utama risiko syok yaitu manajemen syok, sudah ada di intervensi tambahan diagnosa utama yang penulis angkat yaitu perfusi perifer tidak efektif.

Dalam hal ini tidak ditemukan adanya kesenjangan antara teori dan kasus ditinjau dari diagnosis (Luqyana , 2019).

### 3. Intervensi Keperawatan

Setelah melakukan pengkajian dan penetapan diagnosis keperawatan, selanjutnya penulis menetapkan suatu perencanaan untuk mengatasi masalah keperawatan yang ditemukan. Penetapan intervensi keperawatan disesuaikan dengan diagnosa yang ditegakkan yaitu :

- a) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin

Pada diagnosis ini, penulis membuat intervensi yang sesuai dengan kondisi pasien dan didukung oleh teori. Intervensi yang pertama pemantauan sirkulasi yaitu periksa sirkulasi perifer (misalnya nadi perifer, pengisian kapiler), identifikasi faktor gangguan sirkulasi, lakukan pencegahan infeksi, lakukan hidrasi, ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi. Intervensi yang kedua manajemen cairan yaitu monitor status hidrasi seperti frekuensi nadi, akral, pengisian kapiler, kelembapan mukosa, turgor kulit, monitor hasil pemeriksaan laboratorium, berikan asupan cairan sesuai kebutuhan, berikan cairan intravena. Intervensi yang ketiga manajemen syok yaitu monitor status kardiopulmonal seperti tekanan darah, monitor status cairan seperti masukan dan haluaran, turgor kulit dan *capillary refill time*,

berikan posisi syok (*trendelenburg*), kolaborasi pemberian infus, kolaborasi pemberian transfusi darah.

Hal ini sejalan dengan penelitian Yuliana et al. (2017) yang mengemukakan bahwa hasil tekanan darah sistolik dan diastolik sesudah diberikan posisi *trendelenburg* pada pasien selama 3 menit yang mengalami masalah pada perfusi perifer terjadi peningkatan tekanan darah karena meningkatkan aliran balik vena yang bisa meningkatkan tekanan darah. Intervensi berdasarkan teori tidak memiliki kesenjangan dengan kondisi pasien. Selain itu, teori Zahroh (2021) mengatakan pemberian cairan merupakan prioritas utama untuk mencegah gangguan perfusi ke uterus. Selama terjadi gangguan hemodinamik, cairan sangat dibutuhkan untuk mencegah terjadinya dehidrasi.

b) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Pada diagnosis ini, penulis membuat intervensi yang sesuai dengan kondisi pasien dan didukung oleh teori yaitu manajemen nyeri. Tindakan yang dilakukan adalah identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, mengidentifikasi respon nyeri non verbal, berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri seperti teknik relaksasi napas dalam, fasilitasi istirahat dan tidur, anjurkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri, kolaborasi pemberian analgetik. Hal ini sejalan dengan penelitian Luqyana (2019) yang mengungkapkan bahwa pengobatan dengan menggunakan obat analgetik dapat membantu menurunkan nyeri pada pasien endometriosis.

c) Keletihan berhubungan dengan kondisi fisiologis (anemia)

Pada diagnosis ini, penulis membuat intervensi yang sesuai dengan kondisi pasien dan didukung oleh teori yaitu manajemen energi. Tindakan yang dilakukan adalah identifikasi gangguan fungsi tubuh yang menyebabkan kelelahan, monitor kelelahan fisik

dan emosional, monitor pola dan jam tidur, monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus, fasilitasi duduk di tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan, anjurkan tirah baring, anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan, identifikasi keamanan dan kenyamanan lingkungan, izinkan keluarga untuk tinggal mendampingi pasien, ajarkan pasien dan keluarga atau pengunjung tentang upaya pencegahan infeksi. Hal ini sejalan dengan penelitian Ndun (2018) yang mengatakan penatalaksanaan tirah baring pada pasien endometriosis yang mengalami anemia akibat perdarahan sangat penting dilakukan untuk meminimalkan pengeluaran energi dan pemakaian oksigen.

Dalam perencanaan keperawatan tidak ditemukan adanya kesenjangan dengan konsep teori dalam menetapkan rencana keperawatan.

#### 4. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan dilaksanakan berdasarkan intervensi yang telah dibuat dengan memperhatikan tanda dan gejala yang akan diatasi hingga tujuan dapat tercapai. Pada tahap ini, penulis bekerjasama dengan pasien, keluarga, perawat ruangan, dokter yang menangani pasien, ahli laboratorium, dan ahli gizi demi tercapainya pelaksanaan tindakan keperawatan.

Pelaksanaan intervensi pada diagnosa perfusi perifer tidak efektif dilaksanakan sesuai intervensi keperawatan yang telah ditetapkan yaitu monitor status hidrasi seperti frekuensi nadi, akral, pengisian kapiler, kelembapan mukosa, turgor kulit, monitor hasil pemeriksaan laboratorium, berikan asupan cairan sesuai kebutuhan, berikan cairan intravena. Intervensi yang ketiga manajemen syok yaitu monitor status kardiopulmonal seperti tekanan darah, monitor

status cairan seperti masukan dan haluaran, turgor kulit dan *capillary refill time*, kolaborasi pemberian infus, kolaborasi pemberian transfusi darah.

Pemberian posisi syok (*trendelenburg*) juga dilakukan selama 3 hari. Tindakan dilakukan selama 3 menit dan diberikan apabila pasien mengeluh lemas dan tekanan darah menurun. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Yuliana et al. (2017) yang mengemukakan bahwa posisi *trendelenburg* dapat dilakukan untuk meningkatkan tekanan darah pada pasien anemia yang mengalami perdarahan dengan cara pasien baring dengan kaki ditinggikan 30° selama 3 menit. Hasil penelitian ini mendapatkan bahwa sesudah diberikan posisi *trendelenburg* pada pasien selama 3 menit yang mengalami masalah pada perfusi perifer terjadi peningkatan tekanan darah sistolik dan diastolik.

Pelaksanaan intervensi pada diagnosa nyeri akut dilaksanakan sesuai intervensi keperawatan yang telah ditetapkan yaitu identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, mengidentifikasi respon nyeri non verbal, berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri seperti teknik relaksasi napas dalam, fasilitasi istirahat dan tidur, anjurkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri, kolaborasi pemberian analgetik.

Pelaksanaan intervensi pada diagnosa keletihan dilaksanakan sesuai intervensi keperawatan yang telah ditetapkan yaitu identifikasi gangguan fungsi tubuh yang menyebabkan kelelahan, monitor kelelahan fisik dan emosional, monitor pola dan jam tidur, monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus, fasilitasi duduk di tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan, anjurkan tirah baring, anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan,

identifikasi keamanan dan kenyamanan lingkungan, izinkan keluarga untuk tinggal mendampingi pasien, ajarkan pasien dan keluarga atau pengunjung tentang upaya pencegahan infeksi.

Dalam implementasi keperawatan tidak ditemukan adanya kesenjangan dengan konsep teori dalam melaksanakan implementasi keperawatan.

#### 5. Evaluasi Keperawatan

Tahap ini merupakan tahap akhir dari pelaksanaan asuhan keperawatan untuk menilai perkembangan kesehatan pasien serta mengetahui sejauh mana keberhasilan tujuan yang ingin dicapai. Hasil evaluasi yang didapatkan penulis setelah melaksanakan implementasi keperawatan selama 3 hari yaitu :

a) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin

Data yang diperoleh penulis adalah perfusi perifer pasien teratasi sebagian yang dibuktikan dengan, pasien mengatakan perasaan lelah berkurang, darah masih keluar dari jalan lahir, denyut nadi perifer meningkat, akral teraba hangat, nadi teraba kuat, tekanan darah 120/ 80 mmHg, CRT > 3 detik, turgor kulit menurun, namun pasien masih tampak pucat.

b) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Data yang diperoleh penulis adalah tingkat nyeri pasien teratasi dibuktikan dengan, pasien mengatakan nyeri mulai berkurang dengan skala 2, ekspresi wajah pasien tenang dan tidak meringis.

c) Keletihan berhubungan dengan kondisi fisiologis (anemia)

Data yang diperoleh penulis adalah tingkat keletihan teratasi sebagian yang dibuktikan dengan, pasien mengatakan perasaan lemah berkurang namun pasien masih belum mampu melaksanakan aktivitas secara mandiri.

Dalam evaluasi keperawatan tidak ditemukan adanya kesenjangan dengan konsep teori dalam evaluasi keperawatan.

## **B. Pembahasan penerapan *evidence based nursing* (EBN)**

### 1. Judul *Evidende based nursing*

- a. Pengaruh posisi *trendelenburg* terhadap tekanan darah pada pasien syok hipovolemik (Yuliana et al., 2017)
- b. Pengaruh elevasi tungkai terhadap pencegahan hipotensi di IBS RSUP DR. Soeradji tirtonegoro klaten (Fujiyanti et al., 2020)
- c. *The roll of passive leg raising position in hypovolemic shock* (Rahmawati et al., 2021)

### 2. Diagnosis keperawatan

Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin

### 3. Luaran yang diharapkan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil :

- a. Denyut nadi perifer meningkat
- b. Warna kulit pucat menurun
- c. Pengisian kapiler membaik
- d. Akral membaik
- e. Turgor kulit membaik
- f. Tekanan darah sistolik membaik
- g. Tekanan darah diastolik membaik

### 4. Intervensi prioritas mengacu pada EBN

Intervensi prioritas yang diberikan oleh penulis adalah pemberian posisi *trendelenburg* pada pasien dengan endometriosis dan dilakukan selama 3 hari mulai tanggal 11 juni 2022 sampai 13 juni 2022, dilakukan setiap pasien mengeluh lemah dan tekanan dara menurun selama 3 menit dan di observasi kembali setelah tindakan sudah dilakukan.

## 5. Pembahasan tindakan keperawatan sesuai EBN

### a. Pengertian tindakan

Posisi *trendelenburg* adalah pengaturan posisi tubuh dimana anggota gerak bagian bawah (kaki) diatur pada posisi lebih tinggi dari jantung yaitu 30°. Posisi *trendelenburg* dapat meningkatkan perfusi ke organ vital. Posisi *trendelenburg* dianjurkan untuk pasien yang mengalami anemia dan perdarahan yang menyebabkan terjadinya syok hipovolemik karena dapat meningkatkan aliran balik vena dan meningkatkan curah jantung. (Fujiyanti et al., 2020)

### b. Tujuan/ rasional EBN pada kasus askep

Pemberian posisi *trendelenburg* pada pasien endometriosis yang mengalami perdarahan dan anemia bertujuan untuk meningkatkan tekanan darah dan melancarkan darah.

Pada posisi *trendelenburg*, pengaturan posisi diatur dimana anggota gerak bagian bawah diatur pada posisi lebih tinggi dari jantung sehingga membuat suatu perbedaan tekanan antara ujung kaki dan bagian badan atau jantung. Dengan adanya perbedaan tekanan maka darah akan bersifat seperti cairan yang mengalir dari tempat yang tinggi ke tempat yang rendah sehingga tahanan pembuluh darah vena sentral lebih rendah dari pada vena perifer yang mempunyai diameter lebih kecil dan adanya sistem katub yang senantiasa memungkinkan darah selalu mengalir ke jantung. Hal inilah yang menjadikan volume darah menuju jantung menjadi meningkat sehingga terjadi peningkatan aliran balik vena yang akan meningkatkan volume sekuncup sehingga curah jantung juga meningkat, hal ini akan meningkatkan tekanan darah pada pasien yang mengalami syok karena anemia. (Fujiyanti et al., 2020)

Setelah dillakukan tindakan posisi *trendelenburg* pada pasien selama 3 hari, hasil yang didapatkan penulis yaitu selama

3 hari implementasi, tekanan darah pasien mengalami peningkatan.

c. PICOT EBN (*problem, intervention, comparison, outcome dan time*)

1) Pengaruh posisi *trendelenburg* terhadap tekanan darah pada pasien syok hipovolemik

Tabel 4.1

<i>Population/ problem</i>	Populasi pada penelitian ini adalah semua pasien syok hipovolemik di IGD RSUD Surakarta pada bulan juli – agustus 2017 sebanyak 12 responden.
<i>Intervention</i>	Intervensi yang dilakukan pada penelitian ini adalah melakukan pemberian posisi <i>trendelenburg</i> pada pasien syok hipovolemik. Posisi <i>trendelenburg</i> pada penelitian ini, posisi kepala lebih rendah dari kaki, posisi kaki 30°
<i>Comparison</i>	Perbandingan atau control yang digunakan sebagai pembanding dari penelitian ini adalah tekanan darah pada pasien sebelum dan sesudah dilakukan posisi <i>trendelenburg</i>
<i>Outcome</i>	Pada penelitian ini, peneliti menunjukkan hasil bahwa setelah dilakukan posisi <i>trendelenburg</i> 30° selama 3 menit, terjadi peningkatan tekanan darah sistolik dan diastolik pada 12 responden. Hasil rata-rata tekanan darah sistolik sesudah dilakukan pemberian posisi <i>trendelenburg</i> adalah 94,2 dengan nilai tekanan sistolik tertinggi 110 dan nilai tekanan sistolik terendah 90. Sedangkan

	rata-rata tekanan darah diastolik adalah 63,3 dengan tekanan diastolik tertinggi 70 dan nilai tekanan diastolik terendah 60. Hasil uji statistik didapatkan nilai $p < 0,05$ sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat pengaruh posisi <i>trendelenburg</i> terhadap tekanan darah pada pasien anemia dan syok hipovolemik.
<i>Time</i>	Penelitian ini dilaksanakan pada bulan juli-agustus 2017

2) Pengaruh elevasi tungkai terhadap pencegahan hipotensi di IBS RSUP DR. Soeradji tirtonegoro klaten

<i>Population/ problem</i>	Populasi pada penelitian ini adalah pasien yang mengalami anemia yang berusia 18-60 tahun sebanyak 60 responden yang terdiri dari 30 kelompok intervensi dan 30 kelompok kontrol.
<i>Intervention</i>	Intervensi yang dilakukan pada penelitian ini adalah melakukan pemberian posisi <i>trendelenburg</i> atau elevasi tungkai pada kelompok intervensi pasien anemia. Posisi <i>trendelenburg</i> pada penelitian ini, posisi kepala lebih rendah dari kaki, posisi kaki 30°.
<i>Comparison</i>	Perbandingan atau control yang digunakan sebagai pembanding dari penelitian ini adalah tekanan darah setelah diberikan posisi <i>trendelenburg</i> pada pasien kelompok intervensi

	dan kelompok kontrol.
<i>Outcome</i>	Pada penelitian ini, peneliti menunjukkan hasil bahwa setelah dilakukan posisi <i>trendelenburg</i> 30° selama 3 menit, kejadian hipotensi pada kelompok intervensi mengalami penurunan sebanyak 6,3%, sedangkan penurunan tekanan darah pada kelompok kontrol berkurang menjadi 33%. Hasil uji statistik didapatkan nilai $p < 0,05$ sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat pengaruh posisi <i>trendelenburg</i> terhadap kejadian hipotensi pada pasien anemia.
<i>Time</i>	Penelitian ini dilaksanakan pada bulan juli-september 2019

3) *The roll of passive leg raising / Modified trendelenburg position in hypovolemic shock*

<i>Population/ problem</i>	Populasi pada penelitian ini adalah seorang laki-laki usia 75 tahun dengan diagnosa medis syok hipovolemik
<i>Intervention</i>	Intervensi yang dilakukan pada penelitian ini adalah melakukan pemberian posisi <i>modified trendelenburg</i> pada pasien hipotensi yang mengalami syok selama 5 menit dan tekanan darah kembali diperiksa setelah 5 menit tindakan dilakukan.

<i>Comparison</i>	Tidak ada pembandingan dalam penelitian ini
<i>Outcome</i>	Pada penelitian ini, peneliti menunjukkan hasil bahwa setelah dilakukan posisi <i>modified trendelenbur</i> selama 5 menit, terjadi peningkatan <i>mean arterial pressure</i> (MAP) pada pasien yang mengalami hipotensi
<i>Time</i>	Penelitian ini dilaksanakan pada bulan april 2021

## BAB V

### SIMPULAN DAN SARAN

#### A. Simpulan

Dari hasil pengkajian yang penulis lakukan pada Ny. N dengan kasus endometriosis, maka penulis dapat menyimpulkan sebagai berikut :

##### 1. Pengkajian

Pasien Ny. N berusia 51 tahun masuk Rumah Sakit Stella Maris Makassar melalui IGD, dirawat di Ruang Yosep 2 tanggal 09 juni 2022 dengan diagnosa endometriosis pukul 19.00 wita, dengan keluhan masuk mengalami perdarahan dari jalan lahir dan hemoglobin rendah (5,5 g/dL) sehingga pasien merasa lemas. Keluhan lain juga dirasakan seperti nyeri pada perut sebelah kiri menjalar kebelakan. Dengan kondisi ini pasien memutuskan untuk ke rumah sakit agar dapat memeriksakan kondisinya. Saat dilakukan pengkajian, pasien masih mengalami perdarahan di jalan lahir berwarna merah, lemas, nyeri masih dirasakan pada perut sebelah kiri menjalar ke belakang, nyeri dirasakan saat beraktivitas seperti tertimpa benda berat dengan skala 5. Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur, tampak pasien meringis, pucat, gelisah, akral teraba dingin, kongjungtiva anemis, pengisian nadi kapiler > 3 detik, turgor kulit menurun, tampak terpasang cairan RL 500 cc 20 tetes/menit. Hasil observasi: tekanan darah :90/60 mmhg, nadi: 58x/ menit, suhu: 36°, Pernapasan: 22x/menit, spo2: 98%. Hasil pemeriksaan laboratorium yaitu : HGB: 5,5 g/dL. Hasil pemeriksaan USG: ketebalan endometrium +/- 0,8 cm, *suspek endometriosis dd/massa, suspek adenomyosis uteri, kista ovarium sinistra, nabothian cyst.*

2. Diagnosa keperawatan yang diangkat penulis adalah :
  - a) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin
  - b) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
  - c) Kelelahan berhubungan dengan kondisi fisiologis (anemia)
3. Rencana keperawatan yang disusun penulis disesuaikan dengan intervensi yang dibuat dan sesuai dengan kondisi pasien. Rencana keperawatan itu meliputi observasi, tindakan mandiri perawat berdasarkan *evidence based nursing* (EBN), kolaborasi pemberian obat dan evaluasi keperawatan. Penulis melakukan tindakan rencana keperawatan untuk mengatasi masalah keperawatan yang terdapat pada pasien yaitu :
  - a) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin  
Periksa sirkulasi perifer (misalnya nadi perifer, pengisian kapiler), identifikasi faktor gangguan sirkulasi, lakukan pencegahan infeksi, lakukan hidrasi, ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi. Intervensi yang kedua manajemen cairan yaitu monitor status hidrasi seperti frekuensi nadi, akral, pengisian kapiler, kelembapan mukosa, turgor kulit, monitor hasil pemeriksaan laboratorium, berikan asupan cairan sesuai kebutuhan, berikan cairan intravena. Intervensi yang ketiga manajemen syok yaitu monitor status kardiopulmonal seperti tekanan darah, monitor status cairan seperti masukan dan haluaran, turgor kulit dan *capillary refill time*, berikan posisi syok (*trendelenburg*), kolaborasi pemberian infus, kolaborasi pemberian transfusi darah.
  - b) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis  
identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, mengidentifikasi

respon nyeri non verbal, berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri seperti teknik relaksasi napas dalam, fasilitasi istirahat dan tidur, anjurkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri, kolaborasi pemberian analgetik.

c) Keletihan berhubungan dengan kondisi fisiologis (anemia)

Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang menyebabkan kelelahan, monitor kelelahan fisik dan emosional, monitor pola dan jam tidur, monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus, fasilitasi duduk di tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan, anjurkan tirah baring, anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan, identifikasi keamanan dan kenyamanan lingkungan, izinkan keluarga untuk tinggal mendampingi pasien, ajarkan pasien dan keluarga atau pengunjung tentang upaya pencegahan infeksi.

4. Implementasi yang dilakukan pada pasien sesuai dengan intervensi yang ditetapkan dan menggunakan *evidence based nursing* (EBN) dengan pemberian posisi *trendelenburg* 30 ° selama tiga hari dan bekerja sama dengan tim kesehatan lainnya, Pasien dan keluarga sehingga mendapatkan hasil yang maksimal.
5. Hasil evaluasi asuhan keperawatan yang dilakukan selama tiga hari dari tiap diagnosa pertama perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin teratasi sebagian, diagnosa kedua nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera biologis sudah teratasi, keletihan berhubungan dengan kondisi fisiologis (anemia) teratasi sebagian.

## **B. SARAN**

### **1. Bagi instansi Rumah Sakit**

Diharapkan dapat menjadi tambahan informasi dan bahan masukan dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan endometriosis dengan menerapkan *evidence based nursing* (EBN) yaitu pemberian posisi *trendelenburg* 30° untuk mengatasi hipotensi dan anemia.

### **2. Bagi profesi keperawatan**

Diharapkan dapat mengaplikasikan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang telah didapatkan selama proses perkuliahan dalam memberikan pelayanan yang komprehensif pada pasien dengan endometriosis

### **3. Bagi institusi pendidikan**

Diharapkan institusi pendidikan menambah jumlah literatur, buku keperawatan yang berkaitan dengan endometriosis sehingga mempermudah penulis mencari literatur.

## DAFTAR PUSTAKA

- Arsitama, Erly, Danyswara, Amelia, Satriawan, R. (2020). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Endometriosis [Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang]. In *Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents*. <https://pdfcoffee.com/kel4-askep-pasien-endometriosis-1-pdf-free.html>
- Bain, Catrina, et. al. (2015). *Ilustrasi ginekologi* ( dr B. I. Santoso (ed.)). Elsevier.
- Fujiyanti, N. S., Hendarsih, S., & Donsu, J. (2020). *Pengaruh elevasi tungkai terhadap pencegahan hipotensi lima menit pertama pasca induksi profol DI IBS RSUP DR. Soeradji Tirtonegoro*. 9(2), 92–99.
- Hasnaeni. (2017). *Profil sitokin interleukin-(IL-8) serum pada ibu infertil dengan atau tanpa endometriosis* [Universitas Hasanuddin Makassar].[http://digilib.unhas.ac.id/uploaded\\_files/temporary/DigitalCollection/MmU5NmY2NjQ2ZDM3M2MwMDA4YjAzMjhjNGMzZDRmMzUwYTUiOGYNA==.pdf](http://digilib.unhas.ac.id/uploaded_files/temporary/DigitalCollection/MmU5NmY2NjQ2ZDM3M2MwMDA4YjAzMjhjNGMzZDRmMzUwYTUiOGYNA==.pdf)
- Hendarto, H. (2015). Buku Endometriosis aspek teori dan penanganan klinis. In *Airlangga University Press*. Airlangga University Press.
- Luqyana, D. S. (2019). Diagnosis Dan Tatalaksana Endometriosis. *Jimki*, 7(2), 67–75. <https://doi.org/10.53366/jimki.v7i2.66>
- Ndun, F. T. (2018). *Studi kasus asuhan keperawatan penyakit anemia pada An. A di ruang kenanga RSUD PROF Dr. W.Z. Johannes Kupang*. Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang. [https://repository.poltekeskupang.ac.id/346/1/festy trisia ndun.pdf](https://repository.poltekeskupang.ac.id/346/1/festy%20trisia%20ndun.pdf)

- Nursanti, I. et al. (2018). Buku ajar keperawatan maternitas asuhan keperawatan perempuan usia reproduksi dan menopause. In *Asuhan Keperawatan Perempuan Usia Reproduksi dan Menopause*. EGC.
- Rahim. (2015). *Perbedaan ekspresi imunohistokimia*. 23 Septemb. [http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/43011/5/Chapter I.pdf](http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/43011/5/Chapter%20I.pdf)
- Rahmawati, I., Dilaruri, A., Sulastyawati, & Supono. (2021). The Role of Passive legs Raising Position in Hypovolemic Shock: A Case Report and Review of the Literature. *Journal Of Nursing Practice*, 4(2), 177–184. <https://doi.org/10.30994/jnp.v4i2.130>
- Saha, R., Kuja-Halkola, R., Tornvall, P., & Marions, L. (2017). Reproductive and lifestyle factors associated with endometriosis in a large cross-sectional population sample. *Journal of Women's Health*, 26(2), 152–158. <https://doi.org/10.1089/jwh.2016.5795>
- Soraya, A. (2019). Endometriosis Di Rsup Dr . Mohammad [Universitas Sriwijaya]. In *Universitas Sriwijaya*. <https://repository.unsri.ac.id/23618>
- Suparman, E. (2012). Penatalaksanaan Endometriosis. *Jurnal Biomedik (Jbm)*, 4(2), 69–78. <https://doi.org/10.35790/jbm.4.2.2012.754>
- Supriyadi, B. (2019). Efek posisi trendelenburg 30 derajat terhadap rehidrasi dalam penanganan pasien syok hipovolemik studi kasus di RSUD dr. R. Soeprapto Cepu [Politeknik Kesehatan Semarang]. In *keperawatan*. [http://repository.poltekkessmg.ac.id//index.php?p=show\\_detail&id=19425](http://repository.poltekkessmg.ac.id//index.php?p=show_detail&id=19425)
- Tim Pokja SDKI DPP, P. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat PPNI.

Tulumang, J. A., Loho, M. F., & Mamengko, L. M. (2016). Gambaran kanker endometrium yang dirawat di RSUP Prof. Dr. R.D. Kandou Manado periode 2013 – 2015. *E-Clinic*, 4(1). <https://doi.org/10.35790/ecl.4.1.2016.11261>

Word Health Organization. (2018). *Endometriosis*. Word Health Organization. [https://www-who-int.translate.goog/news-room/fact-sheets/detail/endometriosis?\\_x\\_tr\\_sl=en&\\_x\\_tr\\_tl=id&\\_x\\_tr\\_hl=id&\\_x\\_tr\\_pto=wapp#:~:text=Endometriosis is a disease where,and girls globally \(2\)](https://www-who-int.translate.goog/news-room/fact-sheets/detail/endometriosis?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=id&_x_tr_hl=id&_x_tr_pto=wapp#:~:text=Endometriosis is a disease where,and girls globally (2))

Wu, I. B., Tendean, H. M. M., & Mewengkang, M. E. (2017). Gambaran Karakteristik Penderita Endometriosis di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. *E-Clinic*, 5(2). <https://doi.org/10.35790/ecl.5.2.2017.18568>

Yuliana, V., Setiyawan, & Adi, G. S. (2017). Pengaruh Posisi Trendelenburg Terhadap Tekanan Darah Pasien Syok Hipovolemik. *Jurnal Stikes Kusuma Husada Surakarta*, 1–12. <http://digilib.ukh.ac.id/repo/disk1/29/01-gdl-vinthiayul-1426-1-artikel-a.pdf>

## **RIWAYAT HIDUP**

### Identitas Pribadi

Nama : Sirfha Pailang Sirenden  
Tempat/ Tanggal Lahir : Ujung pandang 11 September 1999  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Kristen Protestan  
Alamat : Jl. Residence Antara 1A blok 11

### Identitas Orang Tua

Ayah/ Ibu : Robert Tandi Pailang / Ribka Rara' Sirenden  
Agama : Kristen Protestan  
Pekerjaan : PNS / IRT  
Alamat : Tana Toraja

### Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SDN 190 Lemo Malimbong : Tahun 2005 - 2011  
SMPN 04 Lemo Limbong : Tahun 2011 - 2014  
SMA 1 Tana Toraja : Tahun 2014 - 2017  
STIK Stella Maris Makassar : Tahun 2017 - 2022

## RIWAYAT HIDUP

### Identitas Pribadi

Nama : Siska Pratiwi  
Tempat/ Tanggal Lahir : Polewali, 29 Desember 1997  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Kristen Protestan  
Alamat : Jl. Maipa No 10

### Identitas Orang Tua

Ayah/ Ibu : Lingkolon / Triatte  
Agama : Kristen Protestan  
Pekerjaan : Pensiunan / PNS  
Alamat : Mamasa

### Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SDN 001 Mamasa : Tahun 2004 - 2010  
SMPS Frater Mamasa : Tahun 2010 - 2013  
SMAN 001 Mamasa : Tahun 2013 - 2016  
STIK Stella Maris Makassar : Tahun 2016 - 2022