

## **BAB II**

### **KONSEP DASAR MEDIK**

#### **A. Pengertian**

Mioma uteri adalah tumor jinak yang terletak di otot dan jaringan sekitar rahim, mioma disebut juga dibromioma, leiomioma atau fibroid. Yang terdiri dari sel jaringan otot polos, jaringan ikat fibrosa, dan kolagen yang ada di dalam rahim (Wianry, 2021). Mioma uteri merupakan tumor otot polos monoklonal jinak yang terdapat di rahim manusia, tumor ini memiliki batas tegas dan terdiri dari sel jaringan otot polos, jaringan ikat fibroid kolagen. Mioma uteri berbentuk padat, relatif bulat, kenyal, berdinding halus dan bila dibuka bagian dalamnya menonjol sehingga permukaan luarnya tampak seperti kapsul (Prawirohardjo, Sarwono. 2011). Meskipun penyebabnya masih belum diketahui, terdapat banyak bukti bahwa estrogen dan progestin dapat menyebabkan pertumbuhan tumor, karena fibroid jarang muncul sebelum menstruasi dan mengalami kemunduran setelah menopause. Mayoritas wanita dengan mioma uteri adalah tanpa gejala, akibatnya kurang mendapat perhatian klinis dan tumor fibroid sering kali tidak terdiagnosis. Wanita dengan gejala umumnya mengeluhkan perdarahan rahim yang sangat banyak dan berkepanjangan (Fatahillah *et al*, 2024). Berdasarkan beberapa definisi di atas dapat disimpulkan bahwa Mioma uteri adalah tumor jinak yang sering ditemukan pada wanita usia subur, mioma uteri dapat menimbulkan berbagai gejala seperti nyeri panggul perdarahan abnormal dan gangguan reproduksi.

Faktor risiko mioma uteri antara lain adalah faktor genetik, hormonal, dan gaya hidup.

## **B. Proses Terjadinya Masalah**

### **1. Presipitasi dan Presdiposisi**

#### **a. Presipitasi**

Mioma uteri merupakan tumor jinak yang banyak ditemukan pada wanita usia subur, beberapa faktor yang diketahui memicu mioma uteri antara lain genetik, hormonal, dan lingkungan (Dwi Rahmawati, 2022).

Selain faktor genetik, faktor hormonal juga diyakini berperan dalam perkembangan mioma uteri. Hormon estrogen diketahui dapat merangsang pertumbuhan sel-sel mioma, sehingga wanita memiliki kadar estrogen yang tinggi, tubuhnya cenderung memiliki resiko yang lebih tinggi untuk mengalami mioma uteri. Selain itu, faktor lingkungan seperti pola makan dan gaya hidup juga dapat mempengaruhi risiko terjadinya mioma (Tumaji, 2017)

#### **b. Presdiposisi**

Mioma uteri merupakan tumor jinak yang tumbuh di dalam rahim dan dapat menyebabkan berbagai gejala seperti nyeri haid, perdarahan yang tidak teratur, kesulitan hamil. Faktor presdiposisi mioma uteri dapat berasal dari berbagai faktor seperti, faktor genetik, hormonal, dan gaya hidup.

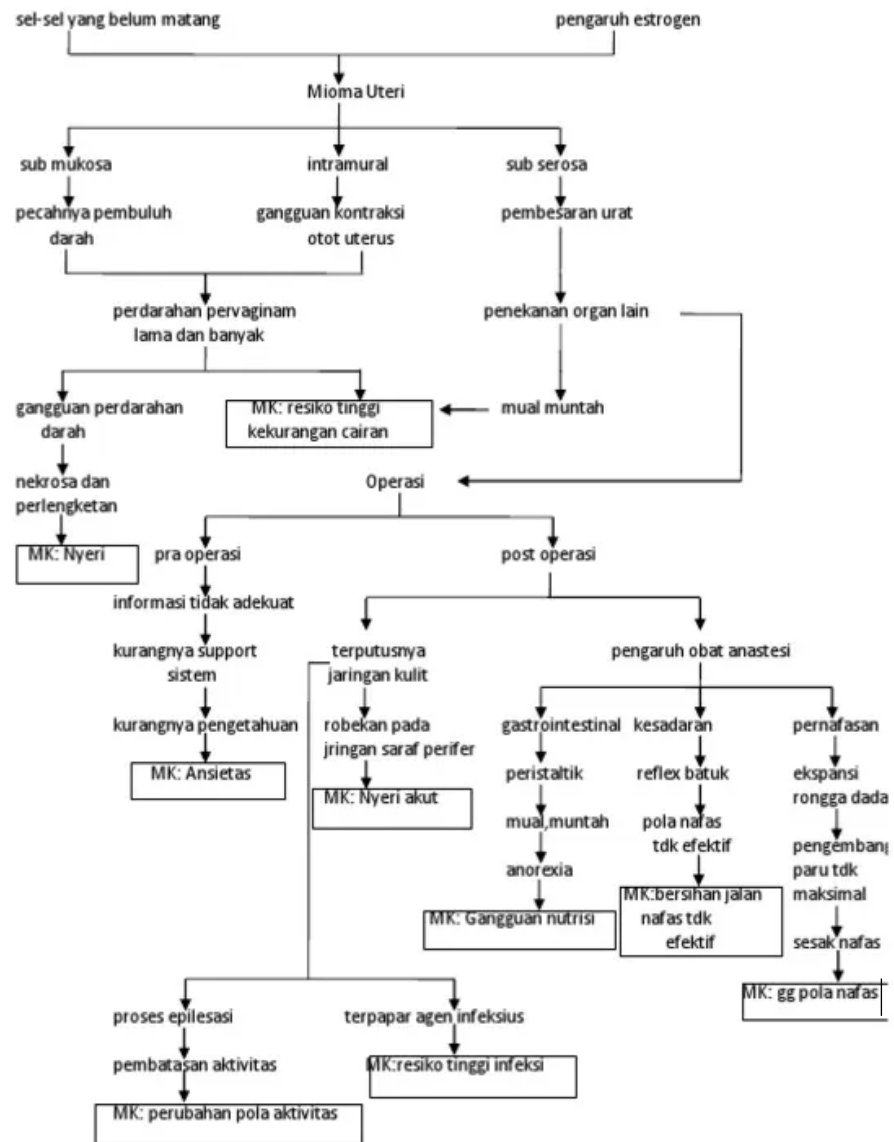
Penelitian yang dilakukan oleh Sari *et al* (2017) menemukan bahwa wanita memiliki riwayat keluarga dengan mioma uteri memiliki risiko yang lebih tinggi untuk mengalami kondisi tersebut, selain itu menunjukkan adanya hubungan antara faktor hormonal, seperti kadar estrogen yang tinggi dengan risiko terjadinya mioma uteri.

## 2. Patofisiologi

Mioma uteri mulai tumbuh sebagai bibit yang kecil didalam miometrium dan lambat laun membesar karena pertumbuhan itu miometrium mendesak menyusun semacam pseudokapsula atau sampai semua mengelilingi tumor didalam uterus mungkin terdapat satu mioma akan tetapi biasanya banyak. Bila ada satu mioma yang tumbuh intramural dalam korpus uteri maka korpus ini tampak bundar dan konstipasi padat. Bila terletak pada dinding depan uterus mioma dapat menjol kedepan sehingga menekan dan mendorong kandung kemih keatas sehingga sering menimbulkan keluhan miksi (Aspiani, 2017).

Secara makroskopis, tumor ini biasanya berupa massa abu-abu putih, padat, berbatas tegas dengan permukaan potongan memperlihatkan gambaran kumbaran yang khas. Tumor mungkin hanya satu, tetapi umumnya jamak dan tersebar di dalam uterus, dengan ukuran berkisaran dari benik kecil hingga neoplasma masif yang jauh lebih besar dari pada ukuran uterusnya. Sehingga

terbenam di dalam miometrium, sementara yang lain terletak tepat di bawah endometrium atau tepat dibawah serosa. Terakhir membentuk tangkai, bahkan kemudian melekat ke organ sekitarnya, dari mana tumor tersebut mendapatkan pasokan darah dan kemudian membebaskan diri dari uterus untuk menjadi leiomioma. Neoplasma yang berukuran besar memperlihatkan fokus nekrosis iskemik disertai daerah perdarahan dan perlunakan kistik, dan setelah menopause tumor menjadi padat kolagenosa, bahkan mengalami kalsifikasi.



Gambar 2.1 Pathway Mioma Uteri

Sumber : Amalia L (2022).

### 3. Manifestasi Klinik

Menurut Rahayu *et al* (2019), tanda dan gejala mioma uteri yaitu:

- a. Perdarahan abnormal seperti disminore, menoragi, metroragi.
- b. Rasa nyeri karena gangguan sirkulasi darah pada sarang mioma yang disertai nekrosis dan peradangan.
- c. Gejala dan tanda penekanan seperti retensio urine, hidronefrosis, hidroureter, poliuri.
- d. Abortus spontan karena disoroti rongga uterus pada mioma submukosum.
- e. Infertilasi bila sarang mioma menutup atau menekan.

### 4. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Aspiani (2021), pemeriksaan diagnostik mioma uteri yaitu:

- a. Laboratorium

Anemia merupakan akibat paling sering dari mioma. Hal ini disebabkan perdarahan uterus yang banyak dan habisnya cadangan zat besi.

- b. USG Abdomen

Melihat massa pada uterus.

- c. MRI

Hasil pencitraan yang bisa memperlihatkan ukuran dan lokasi mioma dengan jelas.

d. Histereskopi

Tindakan ini dilakukan untuk mencari miom yang menonjol ke rongga rahim. Disini dokter akan menggunakan selang kecil berkamera dan memasukkannya ke dalam rahim lewat vagina.

e. Biopsi

Mengambil sampel jaringan tumor setelah melakukan histereskopi. Kemudian sampel ini akan diteliti di laboratorium, lewat pemeriksaan ini bisa mengetahui apakah tumor ini jinak atau ganas.

## 5. Komplikasi

Menurut Hariani *et al* (2024), beberapa komplikasi yang terjadi akibat mioma uteri adalah :

a. Pertumbuhan leiomyoma

Yaitu tumor tumbuh di miometrium penatalaksanaan medis sekitar 50-7-% dari semua sarcoma uterus. Ini terjadi ketika mioma uteri yang tidak membesar dalam beberapa tahun, menjadi lebih besar jika berkembang setelah menopause.

b. Torsi (Putaran tungkai)

Ada kalanya tungkai pada mioma uteri subserosa mengalami putaran kalau proses ini terjadi secara mendadak, tumor akan mengalami gangguan sirkulasi akut dengan nekrosis jaringan, dan akan tampak gambaran klinik dari abdomen akut.

c. Nekrosis dan infeksi

Pada mioma submukosa, yang menjadi polip ujung tumor kadang-kadang dapat melalui kanalis servikalis dan dilahirkan di vagina. Dalam hal ini ada kemungkinan gangguan sirkulasi dengan akibat nekrosis dan infeksi sekunder. Riwayat alami atau komplikasi mioma pembesaran bisa sangat lambat.

## 6. Penatalaksanaan Medis

Secara umum, ada dua metode yang digunakan untuk mengobati mioma uteri pada wanita : terapi hormon dan terapi jaringan dalam (bedah). Tidak semua tindakan bedah diperlukan untuk mioma uteri, apalagi mioma masih berukuran kecil dan bebas dari gangguan atau keluhan (Mise *et al.* 2020).

a. Miomektomi

Miomektomi direkomendasikan pada pasien yang mempertahankan kesuburannya, miomektomi dapat dilakukan dengan laparatomi, mini-laparatomi, histerektomi laparaskopi. Metode ini adalah hal yang umum dilakukan, meskipun laparaskopi lebih jarang dan lebih invasif. Histerektomi dianjurkan untuk mioma submukosa kurang dari 3cm pada tumor rahim dan mioma multipel.

b. Histerektomi

Disarankan pada wanita berusia lebih dari 40 tahun, tidak berencana untuk melahirkan lagi. Histerektomi dapat dilakukan



menggunakan teknik mini-laparotomi dan laparaskopi, histerektomi vagina sering dilakukan karena tingkat komplikasinya.

c. Embolisasi arteri uterina

Metode ini dilakukan dengan mengembolisasi arteri utama femoralis untuk mencegah aliran darah mencapai rahim. Penyebab masalah yang diperkirakan termasuk iskemia dan pengurangan ukuran sel secara progresif. Cara tersebut dianjurkan bagi mereka yang mempunyai keinginan kuat untuk mempunyai anak dan tidak ingin dilakukan tranfusi, mempunyai kondisi penyerta atau mempunyai hambatan mental atau emosional. Namun, metode ini dikontraindikasikan pada kasus reaksi dan alergi terhadap zat mengandung kontraks (Lubis, 2020).

d. Laparatomi

Merupakan salah satu prosedur pembedahan mayor, dengan melakukan penyayatan pada lapisan-lapisan dinding abdomen untuk mendapatkan bagian organ abdomen yang mengalami masalah (hemoragi, perforasi, kanker, dan obstruksi) (Sjamsuhidajat & Jong, 2010).

a. TAH Bisalpingektomi

Salpingektomi adalah prosedur bedah untuk mengangkat salah satu atau kedua tuba fallopi, namun tetap membiarkan keberadaan rahim dan indung telur. Ini dirancang sebagai prosedur pengobatan utama untuk kehamilan ektopik, tapi bisa juga

dilaksanakan untuk menangani kondisi atau gangguan pada sistem reproduksi wanita (Aggarwal dan Sharma, 2016). Salpingektomi unilateral Dimana hanya satu tuba fallopi yang akan diangkat yang berarti masih memungkinkan untuk hamil karena masih memiliki satu tuba fallopi yang bekerja. Salpingektomi bilateral adalah ketika kedua tuba fallopi diangkat sehingga tidak akan bisa hamil secara alami, tetapi IVF (*fertilisasi in vitro*) adalah pilihan jika ingin hamil dan masih memiliki rahim (Backes, 2014).

### C. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis mengenai pengalaman/ respon individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan yang aktual atau potensial. Diagnosa keperawatan memberi dasar pemilihan intervensi keperawatan untuk mencapai hasil akhir sehingga perawat menjadi akuntabel (Rahmi & Upik, 2019).

Menurut Aspiani (2021), adapun diagnosa keperawatan yang sering muncul pada penderita mioma uteri adalah sebagai berikut :

#### *Pre Operasi*

1. Nyeri akut berhubungan dengan nekrosis/ trauma jaringan dan refleks spasme otot sekunder akibat tumor ditandai dengan klien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah, klien tampak menekan perutnya, ekspresi wajah meringis
2. Risiko syok hipovolemia berhubungan dengan perdarahan
3. Retensio urin berhubungan dengan penekanan oleh massa jaringan neo-plasma pada daerah sekitarnya, gangguan sensori motorik

#### *Post Operasi*

1. Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya jaringan saraf pada daerah luka bekas operasi yang ditandai dengan klien mengatakan nyeri perut bekas operasi, ekspresi wajah meringis menahan sakit

2. Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif yang ditandai dengan klien mengeluh sakit bila bergerak, keadaan umum lemah
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri luka bekas operasi, ditandai dengan klien mengeluh sakit bila bergerak, keadaan umum lemah, kebutuhan aktivitas klien dibantu.
4. Kurang perawatan diri berhubungan dengan kelemahan fisik.

## D. Intervensi Keperawatan

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan *Pre* Operasi

Sumber : Aspiani (2021)

### *Pre* Operasi

NO	Diagnosa	Tujuan	Intervensi
1.	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis	<p>Setelah dilakukan Tindakan keperawatan diharapkan klien dapat :</p> <p>Mengontrol nyeri (<i>Pain Control</i>) dengan kriteria :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien dapat mengetahui penyebab nyeri</li> <li>- Klien mampu menggunakan Teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri</li> <li>- Klien mampu mengenal tanda-tanda pencetus nyeri untuk mencari pertolongan</li> <li>- Klien melaporkan nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri</li> </ul> <p>Menunjukkan Tingkat nyeri (<i>Pain Level</i>) dengan kriteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien melaporkan nyeri dan pengaruhnya pada tubuh</li> <li>- Klien mampu mengenal skala, intensitas, frekuensi, dan lamanya nyeri</li> </ul>	<p>Manajemen nyeri (<i>Pain Management</i>):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien secara komprehensif tentang nyeri, meliputi : lokasi, karakteristik, onset, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, faktor presipitasi</li> <li>- Observasi isyarat-isyarat non verbal dari ketidaknyamanan, khususnya dalam ketidakmampuan untuk komunikasi secara efektif</li> <li>- Ajarkan penggunaan teknik non farmakologi (misalnya : relaksasi, terapi musik, distraksi, <i>massage</i>)</li> <li>- Evaluasi keefektifan dari tindakan mengontrol nyeri yang telah digunakan</li> <li>- Berikan informasi tentang nyeri seperti : penyebab</li> </ul>

NO	Diagnosa	Tujuan	Intervensi
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan rasa ntaman setelah nyeri berkurang</li> <li>- Tanda-tanda vital dalam batas normal</li> <li>- Ekspresi wajah tenang</li> </ul>	<p>berapa lama terjadi, dan tindakan pencegahan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tingkatkan tidur/istirahat yang cukup</li> </ul>
2	<p>Risiko syok hipovolemik berhubungan dengan perdarahan</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x24 jam diharapkan mtidak terjadi syok hipovolemik dengan kriteria :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tanda-tanda vital dalam batas normal</li> <li>- Turgor kulit baik</li> <li>- Tidak ada sianosis</li> <li>- Suhu kulit hangat</li> <li>- Tidak ada diaporesis</li> <li>- Membran mukosa kemerahan</li> </ul>	<p><i>Shock prevention</i> ( Pencegahan Syok)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitoe status sirkulasi : tekanan darah, warna kulit, temperatur kulit, bunyi jantung, denyut jantung, dan iramanya, kualitas denyut perifer dan <i>capillary refil</i></li> <li>- Monitor tanda dan gejala ketidakadekuatan oksigenasi jaringan</li> <li>- Monitor adanya ketakutan, peningkatan kecemasan dan perubahan status mental</li> <li>- Monitor suhu dan status respirasi</li> <li>- Monitor intake dan output</li> <li>- Monitor nilai laboratorium : terutama hemoglobin, hematokrit, waktu pembekuan, analisa gas darah (AGD), nilai elektrolit, kimia darah</li> <li>- Pertahankan kepatenan jalan napas</li> </ul>

NO	Diagnosa	Tujuan	Intervensi
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kelola pemberian cairan IV dan atau oral sesuai kebutuhan</li> <li>- Kelola pemberian <i>Red Blood Cell</i> dan atau plasma segar beku sesuai kebutuhan</li> <li>- Kelola pemberian oksigen</li> </ul>
3	Retensio urin berhubungan dengan penekanan oleh massa jaringan neo-plasma pada daerah sekitarnya, gangguan sensori motoric	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x24 jam diharapkan klien dapat meningkatkan pertahanan tubuh (<i>Urine Elimination</i>) dengan kriteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien dapat BAK secara normal</li> <li>- Klien bebas dari tanda kerusakan traktus urinarius</li> <li>- Urine output normal</li> </ul>	<p><i>Urinary Elimination Management</i> (Manajemen Eliminasi Urin) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor eliminasi urin termasuk frekuensi, konsistensi, bau, volume, dan warna urine sesuai kebutuhan</li> <li>- Monitor tanda dan gejala retensio urin</li> <li>- Ajarkan klien tanda dna gejala infeksi saluran kemih</li> <li>- Anjurkan klien atau keluarga untuk melaporkan <i>urine output</i> sesuai kebutuhan</li> <li>- Anjurkan klien untuk banyak minum saat makan, diantara waktu makan, dan waktu pagi hari</li> <li>- Anjurkan klien untuk memonitor tanda dan gejala infeksi saluran kemih</li> </ul>

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan *Post Operasi**Post Operasi*

NO	Diagnosa	Tujuan	Intervensi
1	Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya jaringan saraf pada daerah luka bekas operasi yang ditandai dengan klien mengatakan nyeri perut bekas operasi, ekspresi wajah meringis menahan sakit	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan klien dapat :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengontrol nyeri (<i>Pain Control</i>) dengan kriteria: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien dapat mengetahui penyebab nyeri, onset nyeri</li> <li>- Klien mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri dan tindakan pencegahan nyeri</li> <li>- Klien melaporkan nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri</li> </ul> </li> <li>2. Menunjukkan tingkat nyeri (<i>Pain Level</i>) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien melaporkan nyeri dan pengaruhnya pada tubuh</li> <li>- Klien mampu mengenal skala, intensitas, frekuensi, dan lamanya episode nyeri</li> <li>- Klien mengatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang</li> <li>- Tanda-tanda vital dalam batas normal</li> <li>- Ekspresi wajah tenang</li> </ul> </li> </ol>	<p>Manajemen nyeri (<i>Pain Management</i>):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kali secara komprehensif tentang nyeri, meliputi : lokasi, karakteristik, onset, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, faktor presipitasi</li> <li>- Observasi isyarat-isyarat non verbal dari ketidaknyamanan, khususnya dalam ketidakmampuan untuk komunikasi secara efektif</li> <li>- Ajarkan penggunaan teknik non farmakologi (misalnya : relaksasi, terapi musik, distraksi, <i>massage</i>)</li> <li>- Evaluasi keefektifan dari tindakan mengontrol nyeri yang telah digunakan</li> <li>- Berikan informasi tentang nyeri seperti : penyebab, berapa lama terjadi, dan tindakan pencegahan</li> <li>- Monitor kenyamanan klien terhadap manajemen nyeri</li> <li>- Libatkan keluarga untuk mengurangi nyeri</li> </ul> <p>Pemberian Analgetik (<i>Analgetic Administration</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tentukan lokasi nyeri, karakteristik, kualitas dan keparahan sebelum pengobatan</li> </ul>



			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan obat dengan prinsip 5 benar</li> <li>- Pilih analgetik secara tepat / kombinasi lebih dari satu analgetik jika telah diresepkan</li> <li>- Monitor <i>vital sign</i> sebelum dan sesudah pemberian analgetik pertama kali</li> <li>- Berikan analgetik yang tepat waktu terutama saat nyeri</li> <li>- Evaluasi efektivitas analgetik, tanda dan gejala (efek samping)</li> </ul>
5	Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif yang ditandai dengan klien mengeluh sakit bila bergerak, keadaan umum lemah	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x24 jam diharapkan klien dapat meningkatkan pertahanan tubuh (<i>Immune Status</i>) dengan kriteri :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tidak menunjukkan tanda-tanda infeksi</li> <li>- Suhu tubuh normal (36,5 -37)</li> <li>- Nadi normal (70-80x/menit)</li> <li>- Frekuensi nafas normal (20x/menit)</li> <li>- Tekanan darah normal : 120/70 mmHg</li> <li>- Luka tidak mengeluarkan nanah</li> </ul>	<p>Pengendalian Infeksi (<i>Infection Control</i>) dan perlindungan terhadap infeksi (<i>Infection protection</i>) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pantau tanda/ gejala infeksi (misalnya : suhu tubuh, keadaan luka post operasi, kondisi vulva, kelelahan dan malaise)</li> <li>- Kaji faktor yang meningkatkan serangan infeksi (misalnya : usia lanjut, status imun menurun dan malnutrisi)</li> <li>- Pantau <i>hygiene</i> personal untuk perlindungan terhadap infeksi</li> <li>- Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik</li> <li>- Monitor sel darah putih (<i>White Blood Cell</i>)</li> <li>- Anjurkan klien atau keluarga untuk menjaga personal <i>hygiene</i> dan melindungi tubuh terhadap infeksi</li> <li>- Ajarkan kepada klien dan keluarga tentang tanda-tanda dan gejala dari infeksi</li> </ul>

NO	Diagnosa	Tujuan	Intervensi
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ajarkan klien dan keluarga tanda atau gejala infeksi dan kapan harus melaporkan ke petugas kesehatan</li> <li>- Batasi jumlah pengunjung</li> <li>- Gunakan sarung tangan steril</li> <li>- Tingkatkan asupan nutrisi dan cairan</li> <li>- Pertahankan teknik aseptik</li> <li>- Pertahankan teknik isolasi sesuai kebutuhan</li> </ul>
2	<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri luka bekas operasi, ditandai dengan klien mengeluh sakit bila bergerak, keadaan umum lemah, kebutuhan aktivitas klien dibantu</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan perawatan mobilitas klien meningkat (<i>Mobility Level</i>) dengan kriteria :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien melaporkan aktivitas fisik meningkat</li> <li>- Klien melaporkan perasaan peningkatan kekuatan dan kemampuan dalam bergerak</li> </ul>	<p><i>Exercise Therapy : Ambulation</i> (Terapi Latihan : Ambulasi)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kaji kemampuan klien dalam melakukan mobilitas</li> <li>- Observasi penyebab gangguan mobilitas yang dialami klien</li> <li>- Monitor dan catat kemampuan klien dalam mentoleransi aktivitas dan penggunaan keempat ekstremitasnya</li> <li>- Jika memungkinkan observasi Tindakan yang dilakukan untuk nyerinya sebelum beraktivitas</li> <li>- Ajarkan Latihan ROM secara pasif/ aktif sesuai kondisi</li> </ul>

NO	Diagnosa	Tujuan	Intervensi
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mobilisasi support area yang terpengaruh jika diperlukan</li> <li>- Ubah posisi tiap 2 jam</li> <li>- Monitor integritas kulit pada area yang tertekan</li> </ul> <p><i>Exercise Therapy :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pastikan keterbatasan gerak sendi yang dialami</li> <li>- Motivasi klien untuk mempertahankan pergerakan sendi</li> <li>- Pastikan klien bebas dari nyeri sebelum diberikan Latihan</li> <li>- Kolaborasi dengan dalam pemberian terapi analgetik</li> </ul>
3	Defisit perawatan diri : mandi / kebersihan berhubungan dengan kelemahan fisik	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x24 jam klien dapat menunjukkan perawatan diri (mandi) adekuat dengan kriteria :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien menerima bantuan atau perawatan dari perawat jika diperlukan</li> <li>- Klien mengungkapkan kepuasan tentang kebersihan tubuh dan hygiene mulut</li> <li>- Klien mempertahankan mobilitas yang diperlukan untuk ke kamar</li> </ul>	<p>Bantuan Perawatan Diri (<i>Self Care Assistance</i>) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kaji kemampuan klien untuk menggunakan alat bantu</li> <li>- Pantau adanya perubahan kemampuan fungsi</li> <li>- Pantau kemampuan klien dalam melakukan perawatan diri secara mandiri</li> <li>- Pantau kebutuhan klien terhadap perlengkapan alat-alat untuk kebersihan diri, berpakaian</li> </ul>

NO	Diagnosa	Tujuan	Intervensi
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- mandi dan menyediakan perlengkapan mandi</li> <li>- Klien mampu membersihkan dan mengeringkan tubuh</li> <li>- Klien mampu melakukan perawatan mulut</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan bantuan sampai klien mampu untuk melakukan perawatan diri</li> <li>- Bantu klien dalam menerima ketergantungan pemenuhan kebutuhan sehari-hari</li> <li>- Dukung kemandirian dalam melakukan mandi dan hygiene mulut, bantu klien jika diperlukan</li> </ul> <p>Bantu Perawatan Diri : Mandi (<i>Self Care Assistance : Bathing</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kaji membrane mukosa oral dan kebersihan tubuh setiap hari</li> <li>- Kaji kondisi kulit saat mandi</li> <li>- Pantau kebersihan kuku, berdasarkan kemampuan perawatan diri klien</li> <li>- Berikan bantuan sampai klien mampu secara penuh untuk melakukan perawatan diri</li> <li>- Letakkan sabun, handuk, deodorant, alat cukur dan peralatan lain yang dibutuhkan di samping tempat tidur / kamar mandi.</li> </ul>