

BAB II

KONSEP DASAR MEDIK

A. Pengertian

Abnormal Uterine Bleeding (AUB) atau Perdarahan Uterus Abnormal (PUA) adalah perdarahan yang ditandai dengan variasi siklus menstruasi normal dalam hal jarak atau panjang siklus, durasi dan tingkat keparahan perdarahan (Albin & Handayani, 2023). *Abnormal Uterine Bleeding* (AUB) atau perdarahan nonmenstruasi, ketidakteraturan siklus menstruasi yang mempengaruhi frekuensi, keteraturan, durasi, atau jumlah perdarahan di luar kehamilan (Sholihah & Mahmudah, 2023).

Abnormal Uterine Bleeding (AUB) adalah perdarahan dari dalam rahim yang merupakan suatu penyakit kelamin organik yang ditandai dengan adanya gangguan hormonal, perubahan siklus menstruasi normal baik dari segi interval atau lama siklus, durasi dan luasnya perdarahan yang berlebihan, kasus ini sering terjadi pada wanita usia reproduksi (Sirumahombar *et al.*, 2021).

Dari ketiga penjelasan diatas maka dapat disimpulkan bahwa *Abnormal Uterine Bleeding* (AUB) adalah perdarahan hebat dari uterus dan keluar melalui vagina. Kondisi ini bisa terjadi kapan saja saat siklus menstruasi atau di luar siklus menstruasi.

B. Proses Terjadinya Masalah

1. Presipitasi dan Presdisposisi

a. Faktor Presipitasi

Faktor risiko utama kelainan struktural uterus yang merupakan penyebab terjadinya perdarahan *Abnormal Uterine bleeding* (AUB) (Jayanti *et al.*, 2023). Selain itu faktor presipitasi dari AUB menurut (Munro, 2017) sebagai berikut :

1. Komplikasi kehamilan:
 - a) Keguguran, plasenta previa, atau solusio plasenta dapat menyebabkan perdarahan.
 - b) Kehamilan ektopik juga dapat menyebabkan perdarahan.
2. Penggunaan obat:
 - a) Obat-obatan tertentu, seperti antikoagulan, dapat menyebabkan perdarahan.
 - b) Penghentian mendadak penggunaan kontrasepsi hormonal juga dapat menyebabkan perdarahan.

b. Faktor Presdisposisi

Abnormal Uterine Bleeding (AUB) dapat disebabkan oleh faktor hormonal, berbagai komplikasi kehamilan, penyakit sistemik, kelainan endometrium (polip), masalah-masalah serviks/uterus (leiomioma)/kanker. Penyakit sistemik, termasuk trombositopenia, hipotiroidisme, hipertiroidisme, penyakit *cushing*, penyakit hati, diabetes melitus, dan gangguan endokrin adrenal dan lainnya, dapat

muncul sebagai perdarahan uterus abnormal. Kehamilan dan kondisi terkait kehamilan mungkin berhubungan dengan perdarahan vagina. Trauma ke serviks, vulva, atau vagina dapat juga menyebabkan perdarahan yang tidak normal. Karsinoma vagina, serviks, uterus, dan ovarium harus selalu dipertimbangkan pada pasien dengan riwayat yang sesuai dan temuan pemeriksaan fisik. Selain itu ada beberapa kondisi juga yang dikaitkan dengan perdarahan uterus abnormal (Behera, 2018), antara lain :

1) Alat kontrasepsi IUD atau hormonal

Wanita yang menggunakan alat kontrasepsi dalam rahim (IUD) untuk pengendalian kelahiran, juga mungkin mengalami periode perdarahan yang berlebihan atau berkepanjangan. Jika Anda mengalami perdarahan berat saat menggunakan IUD, IUD harus dihapus dan diganti dengan metode pengendalian kelahiran alternatif. Biasanya terdeteksi segera setelah menstruasi dimulai.

2) Gangguan trombosit

Gangguan trombosit merupakan kelainan darah yang paling umum yang menyebabkan perdarahan yang berlebihan, gangguan trombosit yang paling umum adalah penyakit *von Willebrand*. Wanita dengan penyakit *von Willebrand* umumnya akan mengalami tidak hanya perdarahan menstruasi yang berat, tapi mimisan, mudah memar, dan darah dalam tinja.

3) Hormon

Ketidakeimbangan hormon yang mengganggu ovulasi dapat menyebabkan perdarahan uterus abnormal. Beberapa hal yang dapat mengganggu keseimbangan hormon yang mempengaruhi ovulasi dan pendarahan, yaitu :

- a) Kehamilan : Pada wanita usia subur, kehamilan merupakan penyebab utama dari periode hormonal yang dilewati.
 - b) Perimenopause : perubahan hormonal yang terjadi selama menjelang menopause (berhentinya menstruasi) menyebabkan kelainan perdarahan.
 - c) Stress : hormon stres seperti kortisol yang diketahui mengganggu masa ovulasi
 - d) *Polycystic ovary syndrome* : suatu kondisi saat ovarium menjadi penuh dengan kista kecil dan memperbesar masalah yang terjadi ketika kelenjar pituitary memproduksi terlalu banyak hormon LH, ketidakseimbangan hormon yang menciptakan hasil menebalnya lapisan rahim yang membuat perdarahan tidak teratur.
 - e) Penyebab lainnya : masalah yang berasal dari kelenjar tiroid, kelenjar pituitari atau kelenjar adrenal dapat mengganggu ovulasi.
- 4) Masalah fisik di dalam rahim juga dapat menyebabkan perdarahan abnormal yaitu :

a) Fibroid

Pertumbuhan non-kanker yang menyerang dinding rahim di minimal 20% dari wanita berusia di atas 35. Fibroid dapat muncul secara tunggal atau dalam kelompok, dan sekecil anggur atau sebesar jeruk. Mereka terdiri dari otot dan jaringan fibrosa, dan dapat menyebabkan aliran berlebihan.

b) Polip

Pertumbuhan non-kanker yang dapat menyerang leher rahim atau uterus. Polip mungkin begitu kecil sehingga mereka tidak diketahui, atau mungkin cukup besar untuk menyodok ke dalam rongga rahim atau panggul dan menyebabkan perdarahan abnormal.

c) Penyakit radang panggul

Suatu kondisi di mana saluran tuba menjadi meradang, biasanya karena infeksi seksual diperoleh. Perdarahan yang tidak teratur adalah salah satu dari banyak gejala PID.

d) Kanker rahim

Pertumbuhan ganas pada rahim. Hal ini dapat terjadi pada dinding rahim (endometrium) atau dalam dinding ototnya (sarkoma uterus).

e) Kanker endometrium

Kanker yang paling umum dari sistem reproduksi wanita, & hampir selalu menyerang wanita menopause antara usia

50- 70. Setiap perdarahan setelah menopause harus diperiksa segera.

f) Gangguan nutrisi

Wanita dengan lemak tubuh sangat rendah karena gangguan makan, diet ketat, atau olahraga berlebihan sering dapat berhenti ovulasi dan menstruasi.

2. Patofisiologi

Pasien dengan *Abnormal Uterine Bleeding* (AUB) kehilangan rangsangan siklik endometrium yang diberikan oleh siklus ovulasi. Akibatnya, pasien ini mempertahankan kadar estrogen yang konstan dan non-daur ulang yang merangsang pertumbuhan endometrium. Proliferasi tanpa penumpahan periodik mengakibatkan endometrium melebihi suplai darahnya. Jaringan rusak dan mengelupas dari uterus. Penyembuhan endometrium selanjutnya tidak beraturan dan disinkron. Stimulasi kronis oleh kadar estrogen yang rendah akan menghasilkan perdarahan uterus abnormal ringan dan jarang. Stimulasi kronis dari kadar estrogen yang lebih tinggi akan menyebabkan episode perdarahan berat yang sering (Behera, 2018).

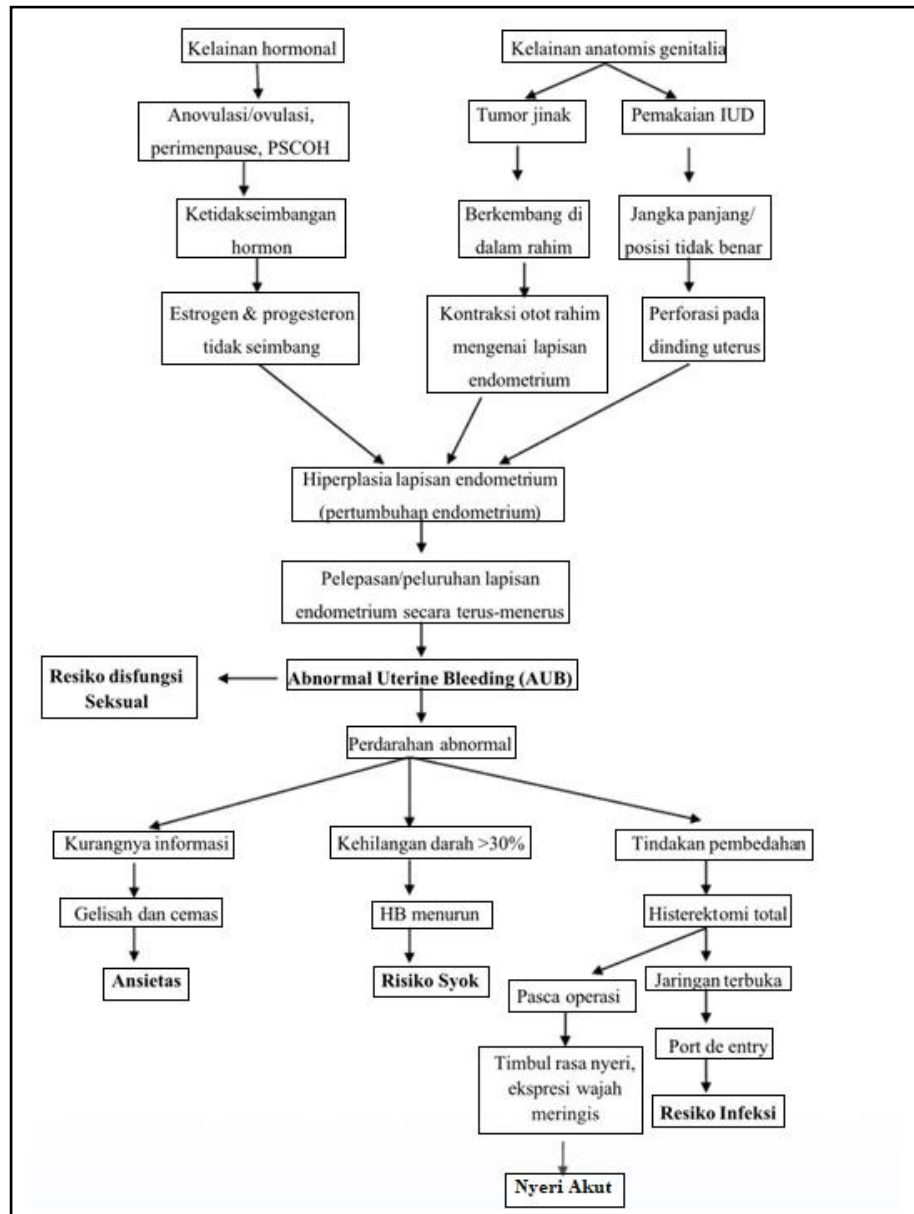
Siklus menstruasi normal adalah 28 hari dan dimulai pada hari pertama menstruasi. Selama 14 hari pertama (fase folikuler) dari siklus menstruasi, endometrium menebal di bawah pengaruh estrogen.

Menanggapi meningkatnya kadar estrogen, kelenjar hipofisis mengeluarkan hormon FSH dan hormon LH, yang merangsang pelepasan sel telur di titik tengah siklus. Kapsul folikel residual membentuk corpus luteum. Setelah ovulasi, fase luteal dimulai dan ditandai oleh produksi progesteron dari corpus luteum. Progesteron me matangkan lapisan rahim dan membuatnya lebih mudah menerima implantasi. Jika implantasi tidak terjadi, dengan tidak adanya hormon HCG, corpus luteum akan mati, disertai dengan penurunan tajam kadar hormon progesteron dan estrogen. Penarikan hormon menyebabkan vasokonstriksi pada arteriol spiral endometrium. Hal ini menyebabkan menstruasi, yang terjadi sekitar 14 hari setelah ovulasi ketika lapisan endometrium iskemik menjadi nekrotik dan mengelupas (Estephan, 2018).

Perdarahan uterus abnormal adalah perdarahan ovulasi atau anovulasi, yang didiagnosis setelah kehamilan, obat-obatan, penyebab iatrogenik, patologi saluran genital, keganasan, dan penyakit sistemik telah dikesampingkan dengan penyelidikan yang tepat. Sekitar 90% kasus perdarahan uterus abnormal terjadi akibat anovulasi, dan 10% kasus terjadi dengan siklus ovulasi (Estephan, 2018). Perdarahan uterus abnormal anovulatori merupakan akibat dari gangguan aksis hipotalamus-hipofisis-ovarium normal dan khususnya umum pada ekstrem pada tahun-tahun reproduksi. Ketika ovulasi tidak terjadi, tidak ada progesteron yang diproduksi untuk menstabilkan endometrium; dengan demikian, endometrium proliferaatif bertahan. Episode berdarah menjadi tidak teratur,

dan amenore, metrorrhagia, dan menometrorrhagia sering terjadi (Behera, 2018). Pendarahan akibat perdarahan uterus abnormal anovulasi diduga merupakan hasil dari perubahan konsentrasi prostaglandin, peningkatan respons endometrium terhadap vasodilatasi prostaglandin, dan perubahan struktur pembuluh darah endometrium. Pada perdarahan uterus disfungsi ovulasi, perdarahan terjadi secara siklikal, dan menoragia diduga berasal dari defek pada mekanisme kontrol menstruasi. Diperkirakan bahwa, pada wanita dengan perdarahan uterus disfungsi ovulasi, ada peningkatan tingkat kehilangan darah akibat vasodilatasi pembuluh darah yang memasok endometrium karena penurunan tonus pembuluh darah, dan prostaglandin sangat terlibat. Oleh karena itu, para wanita ini kehilangan darah dengan laju sekitar 3 kali lebih cepat daripada wanita dengan menstruasi normal (Estephan, 2018).

Pathway



Gambar 1. 1 Pathway Abnormal Uterine Bleeding

Sumber : Behera (2018) & Estephan (2018)

3. Manifestasi Klinis

Abnormal Uterine bleeding (AUB) dapat memiliki berbagai manifestasi klinis, tergantung pada penyebabnya. Beberapa manifestasi klinis yang umum terjadi pada AUB antara lain (Berek, 2020) :

- a. Perdarahan menstruasi yang berlebihan (*menorrhagia*)
 - 1) Durasi perdarahan yang lebih lama dari normal (>7 hari)
 - 2) Jumlah darah yang dikeluarkan selama menstruasi berlebihan (>80 ml)
- b. Perdarahan di luar siklus menstruasi (*metrorragia*)
 - 1) Perdarahan yang terjadi di luar siklus menstruasi normal
 - 2) Dapat terjadi secara sporadis atau berkala
- c. Perdarahan postkoital (perdarahan setelah hubungan seksual)
Perdarahan yang terjadi setelah hubungan seksual
- d. Perdarahan intermenstrual:
Perdarahan yang terjadi di antara dua periode menstruasi
- e. Perdarahan pasca menopause
Perdarahan yang terjadi setelah 12 bulan *amenore* (tidak haid)

Manifestasi klinis lainnya dapat berupa gejala yang menyertai, seperti:

- a. Nyeri panggul
- b. Anemia
- c. Gangguan kesuburan
- d. Perasaan tidak nyaman

Pemeriksaan lebih lanjut, seperti anamnesis, pemeriksaan fisik, dan

pemeriksaan penunjang, diperlukan untuk menentukan penyebab AUB dan penanganan yang tepat.

4. Klasifikasi

Faktor Struktural :

- a) Polip Endometrium (AUB-P): Polip endometrium adalah pertumbuhan endometrium yang berlebih dan bersifat lokal. Polip ini dapat tunggal atau di beberapa tempat dalam rongga uterus dengan ukuran yang bervariasi 1.
- b) *Adenomyosis* (AUB-A): *Adenomyosis* adalah adanya kelenjar dan stroma endometrium ektopik pada miometrium. Gejala dari adenomiosis sangat bervariasi dan dapat berupa perdarahan uterus abnormal, infertilitas, dan gejala yang timbul penekanan organ sekitar uterus
- c) *Leiomyoma* (AUB-L): *Leiomyoma* adalah tumor jinak yang terjadi di myometrium. Gejala dari myoma uteri sangat bervariasi dan dapat berupa perdarahan uterus abnormal, infertilitas, dan gejala yang timbul akibat penekanan organ sekitar uterus
- d) *Malignancy* (AUB-M): *Malignancy* adalah perdarahan yang terjadi akibat penebalan abnormal atau hiperplasia lapisan endometrium. Sel-sel maligna dapat merusak jaringan sekitar melalui tekanan mekanis dan enzim destruktif yang dikeluarkan

Faktor Non-Struktural:

- a) *Coagulopathy* (AUB-C): *Coagulopathy* adalah perdarahan yang terjadi akibat gangguan koagulasi darah baik akibat penyakit maupun obat-obatan antikoagulan. Kecurigaan adanya AUB-C adalah bila dari anamnesis didapatkan riwayat HMB sejak menarche, riwayat perdarahan spontan dari hidung dan gusi, perdarahan bawah kulit, serta riwayat perdarahan hebat saat tindakan medis ataupun persalinan.
- b) Disfungsi Ovulasi (AUB-O): Disfungsi ovulasi terjadi akibat adanya gangguan pola hormonal reproduksi yang berubah dari pola siklus menstruasi yang normal. Gejala dari disfungsi ovulasi dapat berupa perdarahan uterus abnormal, infertilitas, dan gejala yang timbul akibat penekanan organ sekitar uterus.
- c) *Iatrogenik* (AUB-I): *Iatrogenik* adalah perdarahan uterus abnormal yang berhubungan dengan intervensi medis seperti penggunaan estrogen, progesterin, atau AKDR. Perdarahan haid di luar jadwal yang terjadi akibat penggunaan estrogen atau progestin dimasukkan dalam istilah perdarahan sela atau *breakthrough bleeding* (BTB), karena rendahnya konsentrasi estrogen dalam sirkulasi yang dapat disebabkan oleh sebagai berikut:
 - 1) Pasien lupa atau terlambat minum pil kontrasepsi
 - 2) Pemakaian obat tertentu seperti rifampisin

- 3) Perdarahan haid banyak yang terjadi pada perempuan pengguna anti koagulan (warfarin, heparin, dan *low molecular weight* heparin) dimasukkan ke dalam klasifikasi PUA-C (Jayanti et al., 2023).

5. Pemeriksaan Diagnostik

Adapun beberapa pemeriksaan diagnostik yang dapat dilakukan pada pasien dengan perdarahan uterus abnormal sebagai berikut (Behera, 2018):

- a. Pemeriksaan pelvis
- b. Pemeriksaan laboratorium yang meliputi hitung darah lengkap, fungsi tiroid dan prolaktin, HCG, FSH,LH, dan androgen serum jika ada indikasi
- c. Biopsi endometrium atau kuretase dan dilatasi yang dapat memberikan suatu diagnosis histologi yang lebih spesifik
- d. Laparoscopi, bermanfaat pada wanita yang tidak berhasil dalam uji coba terapeutik
- e. Pap smear
- f. Tes koagulasi
- g. Ultrasonografi (USG) untuk mengetahui gambaran awal keadaan uterus pasien.

6. Komplikasi

Komplikasi yang kemungkinan muncul pada pasien dengan AUB menurut (Fahmika *et al.*, 2024) dapat meliputi :

1. Adenokarsinoma rahim (jika stimulasi estrogen berkepanjangan)
2. Infertilitas akibat tidak ada ovulasi.
3. Anemia berat akibat perdarahan yang berlebihan dan lama.
4. Pertumbuhan endometrium yang berlebihan akibat ketidakseimbangan hormonal merupakan faktor penyebab kanker endometrium.

7. Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan AUB menurut (Rifki *et al.*, 2016), yaitu: memperbaiki keadaan umum, menghentikan perdarahan, dan mengembalikan fungsi hormon reproduksi. Secara singkat langkah-langkah tersebut dapat diuraikan sebagai berikut:

- 1) Perbaiki keadaan umum

Pendarahan hebat sering kali berarti memburuknya kondisi umum.

Pada AUB akut, anemia yang berkembang harus segera diobati dengan transfusi darah. Pada AUB kronis, anemia ringan seringkali dapat diobati dengan suplemen zat besi, namun anemia berat memerlukan transfusi darah.

2) Penghentian perdarahan

Dapat dilakukan dengan pemakaian hormon steroid seks, penghambat sintesis prostaglandin, antifibrinolitik, pengobatan dilatasi dan kuretase, dan pengobatan operatif.

3) Mengembalikan keseimbangan fungsi hormon reproduksi yang meliputi pengembalian siklus haid abnormal menjadi normal, perubahan siklus.

Untuk pasien dengan AUB akut tanpa kelainan perdarahan yang sudah diketahui atau dicurigai, terapi hormonal dapat dianggap sebagai terapi obat lini pertama. Pilihan pengobatan termasuk EEC intravena, kontrasepsi kombinasi (CPK), dan progestin oral. Kombinasi beberapa dosis PKK dan progestin oral sering digunakan untuk AUB akut (Wantania, 2016).

1) Histerektomi

Histerektomi adalah salah satu prosedur bedah ginekologi yang paling umum di seluruh dunia. Tindakan ini dilakukan melalui vagina atau perut, yang terakhir dilakukan melalui laparotomi atau laparoskopi, dengan atau tanpa bantuan berbasis mikroprosesor jarak jauh. Tinjauan Cochrane tahun 2015 menyimpulkan bahwa, jika memungkinkan, Pendekatan vagina harus dipilih dibandingkan rute abdominal pada histerektomi untuk penyakit jinak. Jika histerektomi vagina tidak memungkinkan, baik pendekatan laparoskopi maupun histerektomi abdominal

mempunyai kelebihan dan kekurangan dan hal ini harus disertakan dalam proses pengambilan keputusan. Penggunaan rute laparoskopi telah meningkat; pada tahun 2017, sebuah penelitian di Inggris menemukan bahwa 47,2% prosedur dilakukan secara laparoskopi dibandingkan dengan 46,5% melalui laparotomi. Namun, hal ini bergantung pada keahlian ahli bedah dan ukuran rahim (MacGregor *et al.*, 2023).

Meskipun histerektomi sangat efektif untuk mengobati gejala AUB, dengan tingkat kepuasan yang tinggi dalam waktu 3 tahun, histerektomi memiliki banyak risiko termasuk perdarahan, infeksi, tromboemboli vena, dan cedera pada struktur di sekitarnya, termasuk ureter dan usus. Tingkat komplikasi secara keseluruhan adalah 4,4% untuk histerektomi laparoskopi dan 4,9% ketika histerektomi dilakukan melalui laparotomi. Tergantung pada pendekatan bedahnya, pemulihan penuh dari histerektomi mungkin memerlukan waktu beberapa minggu dan, tentu saja, hal ini tidak sesuai untuk wanita yang ingin menjaga kesuburannya (MacGregor *et al.*, 2023).

2) Operasi intraUterine

Pembedahan yang dilakukan pada rongga endometrium dan saluran serviks dapat dilakukan dengan arahan histeroskopi atau dengan berbagai alat yang dirancang khusus, khususnya untuk ablasi endometrium (MacGregor *et al.*, 2023).

Ablasi endometrium adalah proses penghancuran lapisan endometrium (ablasi endometrium) untuk mengobati gejala HMB dimulai pada akhir abad ke-19, dengan teknik yang dipublikasikan dilaporkan hingga abad ke-20 dan harus ditinjau secara ekstensif. Di bagian akhir dari abad ke-20, beberapa teknik dikembangkan yang menggunakan laser dan, lebih sering, energi listrik frekuensi radio melalui resektoskop urologi yang dimodifikasi untuk mengablasi, menguapkan, atau mereseksi jaringan endometrium; oleh karena itu istilah ablasi endometrium resektoskopi atau REA (MacGregor *et al.*, 2023).

3) *Image-guided procedures*

Teknik yang dipandu gambar pada awalnya dikembangkan untuk gejala leiomioma tetapi juga telah diterapkan untuk mengobati adenomiosis. Komponen pencitraan dapat berupa USG, *magnetic resonance imaging* (MRI), fluoroskopi dengan kontras, atau bahkan laparoskopi, dan pendekatan untuk merawat jaringan target mencakup oklusi vaskular dan teknik hipertermik seperti *high-intensity focus* USG (HIFU) dan energi listrik frekuensi radio (MacGregor *et al.*, 2023).

a) Ablasi hipertermik

Ablasi hipertermik melibatkan penerapan energi panas pada jaringan abnormal, menyebabkan suhu intraseluler meningkat hingga terjadi kematian sel. Ada tiga sumber energi yang dapat

digunakan untuk ablasi hipertermik: frekuensi radio, gelombang mikro, dan HIFU (MacGregor et al., 2023).

b) Embolisasi arteri Uterinea

Embolisasi arteri Uterinea (UAE) adalah prosedur radiologi intervensi yang, setelah pemberian sedasi sadar intravena, dimulai dengan kateterisasi arteri Uterinea, biasanya melalui arteri femoralis kanan sesuai petunjuk fluoroskopi. Setiap arteri Uterinea ditutup dengan gel atau, yang lebih umum, bola emboli mikroskopis permanen atau bakal biji sampai tidak ada lagi aliran ke rahim yang terlihat secara fluoroskopi. Rahim mengalami masa iskemia sampai aliran kolateral, terutama dari pembuluh darah ovarium, mengembalikan vaskularisasi. Pasien biasanya dipulangkan ke rumah pada hari yang sama atau keesokan harinya, tergantung pada tingkat rasa sakit yang dialami. Efek terapeutik, setidaknya untuk leiomioma, didasarkan pada peningkatan kerentanan leiomioma terhadap iskemia yang berhubungan dengan suplai darah yang lemah; miometrium cukup resisten karena sirkulasi kolateralnya yang melimpah (MacGregor *et al.*, 2023).

C. Diagnosa Keperawatan

Asuhan keperawatan merupakan suatu proses keperawatan yaitu suatu metode sistematis dan ilmiah yang digunakan perawat untuk memenuhi kebutuhan klien dalam mencapai atau mempertahankan keadaan biologis, psikologis, sosial dan spiritual yang optimal melalui tahapan pengkajian keperawatan, identifikasi diagnosa keperawatan, penentuan perencanaan keperawatan, melaksanakan tindakan keperawatan serta mengevaluasinya. Menurut Undang- Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan menyatakan asuhan keperawatan adalah rangkaian interaksi dengan klien dan lingkungan untuk mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan dan kemandirian dalam merawat dirinya (Permata *et al.*, 2022).

Diagnosa keperawatan adalah langkah kedua dari proses keperawatan yang menggambarkan penilaian klinis tentang respon individu, keluarga, kelompok maupun masyarakat terhadap permasalahan kesehatan baik aktual maupun potensial. Dimana perawat mempunyai lisensi dan kompetensi untuk mengatasinya. Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang jelas, singkat dan pasti tentang masalah pasien yang nyata serta penyebabnya dapat dipecahkan atau diubah melalui tindakan keperawatan menurut Gordon. Diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang singkat, tegas, dan jelas tentang respon klien terhadap masalah kesehatan perpenyakit tertentu yang aktual dan potensial karena ketidaktahuan, ketidakmauan, atau ketidakmampuan pasien mengatasinya sendiri yang membutuhkan tindakan keperawatan untuk mengatasinya. Beberapa diagnosis keperawatan yang

mungkin akan muncul pada pasien *Abnormal Uterine Bleeding* (AUB) (Behera, 2018) dan (Estephan, 2018) yaitu :

Diagnosa keperawatan pre operasi :

1. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi
2. Risiko syok ditandai dengan hipoksemia
3. Risiko disfungsi seksual ditandai dengan faktor ginekologi

Diagnosa keperawatan post operasi :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
2. Risiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (penurunan hemoglobin)

D. Intervensi Keperawatan

Adapun perencanaan keperawatan menurut (Behera, 2018) dan (Estephan, 2018), yang disusun untuk mengatasi permasalahan yang dialami oleh penderita *Abnormal Uterine Bleeding* (AUB) yaitu :

Tabel 1. 1 Diagnosa, tujuan, intervensi menurut teori

No	Diagnosa	Tujuan	Intervensi
1.	Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0080) (Pre Operasi)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi hipoksemia dapat teratasi dengan kriteria hasil : Tingkat ansietas L.09093 <ul style="list-style-type: none"> - Verbalisasi kebingungan menurun - Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun - Perilaku gelisah menurun - Perilaku tegang menurun - Konsentrasi membaik - Pola tidur membaik 	Terapi relaksasi (I.09326) <i>Observasi</i> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif 2. Identifikasi Teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan 3. Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan Teknik sebelumnya 4. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah Latihan 5. Monitor respons terhadap terapi relaksasi <i>Terapeutik</i> <ol style="list-style-type: none"> 6. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan 7. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi 8. Gunakan pakaian longgar

			<p>9. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama</p> <p>10. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau Tindakan medis lain, jika sesuai</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>11. Jelaskan tujuan, manfaat, Batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis: musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif)</p> <p>12. Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih</p> <p>13. Anjurkan mengambil posisi nyaman</p> <p>14. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi</p> <p>15. Anjurkan sering mengulangi atau melatih Teknik yang dipilih</p> <p>16. Demonstrasikan dan latih Teknik relaksasi (mis: napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing)</p>
--	--	--	---

2.	<p>Risiko syok ditandai dengan hipoksemia (D.0099) (Pre Operasi)</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah risiko syok ditandai dengan hipoksemia dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <p>Tingkat syok L.03032</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan nadi meningkat - Akral dingin menurun - Pucat menurun - Tekanan arteri rata-rata membaik - Tekanan darah sistolik membaik - Tekanan darah diastolik membaik - Pengisian kapiler membaik - Frekuensi nadi membaik - Frekuensi napas membaik 	<p>Pencegahan Syok (L.02068)</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, TD, MAP) 2. Monitor status oksigenasi (oksimetri nadi, AGD) 3. Monitor status cairan (masukan dan haluaran, turgor kulit, CRT) 4. Monitor tingkat kesadaran dan respon pupil 5. Periksa Riwayat alergi <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen > 94% 7. Siapkan intubasi dan ventilasi mekanis, jika perlu 8. Pasang jalur IV, jika perlu 9. Pasang kateter urin untuk menilai produksi urin, jika perlu 10. Lakukan skin test untuk mencegah reaksi alergi <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 11. Jelaskan penyebab/faktor risiko syok 12. Jelaskan tanda dan gejala awal syok 13. Anjurkan melapor jika
----	---	---	---

			<p>menemukan/merasakan tanda dan gejala awal syok</p> <p>14. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral</p> <p>15. Anjurkan menghindari alergen</p> <p><i>Kolaborasi</i></p> <p>16. Kolaborasi pemberian IV, jika perlu</p> <p>17. Kolaborasi pemberian transfusi darah, jika perlu</p> <p>18. Kolaborasi pemberian antiinflamasi, jika perlu</p>
3.	Resiko disfungsi seksual ditandai dengan faktor ginekologi (D.0072) (Pre Operasi)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan Resiko disfungsi seksual ditandai dengan faktor ginekologi dapat teratasi dengan kriteria hasil : (Fungsi seksual L.07055)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kepuasan hubungan seksual meningkat - Verbalisasi aktivitas seksual berubah menurun - Keluhan nyeri saat berhubungan seksual (dispareunia) menurun - Hasrat seksual membaik 	<p>Konseling Seksualitas (I.07214)</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi tingkat pengetahuan, masalah sistem reproduksi, masalah seksualitas, dan penyakit menular seksual 2. Identifikasi waktu disfungsi seksual dan kemungkinan penyebab 3. Monitor stres, kecemasan, depresi, dan penyebab disfungsi seksual <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Fasilitasi komunikasi antara pasien dan pasangan 5. Berikan kesempatan kepada pasangan untuk menceritakan

			<p>permasalahan seksual</p> <p>6. Berikan saran yang sesuai kebutuhan pasangan dengan menggunakan Bahasa yang mudah diterima, dipahami, dan tidak menghakimi</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>7. Jelaskan efek pengobatan, Kesehatan dan penyakit terhadap disfungsi seksual</p> <p><i>Kolaborasi</i></p> <p>Kolaborasi dengan spesialis seksologi, jika perlu</p>
4.	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. (D.0077) (Post Operasi)</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <p>(Tingkat nyeri L.08066)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluhan nyeri menurun - Meringis menurun - Sikap protektif menurun - Gelisah menurun - Kesulitan tidur menurun - Frekuensi nadi membaik 	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada

			<p>kualitas hidup</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 11. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 12. Fasilitasi istirahat dan tidur 13. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 14. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 15. Jelaskan strategi meredakan nyeri 16. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
--	--	--	---

			<p>17. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat</p> <p>18. Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri</p> <p><i>Kolaborasi</i></p> <p>19. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
5.	<p>Risiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (penurunan hemoglobin)</p> <p>(D.0142) (Post Operasi)</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah Risiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan tubuh sekunder (penurunan hemoglobin) dapat teratasi dengan kriteria hasil:</p> <p>Tingkat infeksi (L.14137)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kebersihan tangan meningkat - Kadar sel darah putih membaik 	<p>Pencegahan infeksi (L. 14539)</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Berikan perawatan kulit pada area edema 4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 5. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi

			<p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none">6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi7. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar8. Ajarkan etika batuk9. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi10. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi11. Anjurkan meningkatkan asupan cairan <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none">12. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu
--	--	--	---