

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Dasar AUB (*Abnormal Uterus Bleeding*)**

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

AUB (*Abnormal Uterus Bleeding*) atau PUD (Perdarahan Uterus Disfungsional) adalah perdarahan uterus abnormal yang terjadi jika semua penyebab patologis sudah disingkirkan (Martin & Ralph C. 2008).

Sedangkan menurut Sarwono (tahun 2011) perdarahan Uterus Disfungsional (PUD) adalah perdarahan uterus abnormal yang terjadi tanpa adanya keadaan patologi pada panggul, penyakit sistemik tertentu, atau kehamilan.

Kesimpulan perdarahan uterus abnormal adalah perdarahan uterus yang terjadi tanpa adanya penyebab patologi seperti penyakit sistemik tertentu, atau kehamilan.

##### **2. Etiologi**

PUD dapat disebabkan oleh kista korpus luteum yang menetap atau fase luteal yang pendek, tetapi kebanyakan pasien anovulator. Anovulasi menyebabkan stimulasi estrogen yang terus-menerus pada endometrium dengan akibat terjadi hiperplasia, robekan sebagian endometrium secara berkala dan perdarahan yang tidak beraturan saat menarke, sering terjadi anovulasi diikuti menstruasi yang tidak teratur. (Martin & Ralph C. 2008).

### 3. Klasifikasi

- a. Menoragia yaitu perdarahan uterus memanjang ( > 7 hari ) dan atau berat ( > 80 ml ) yang terjadi dengan interval teratur.
- b. Polimenorea yaitu Interval yang terlalu pendek ( < 21 hari ) antara menstruasi-menstruasi teratur.
- c. Metroragia yaitu Perdarahan dengan jumlah bervariasi di antara periode menstruasi, dengan interval yang tidak teratur tetapi sering terjadi.
- d. Migominorea yaitu Interval yang terlalu panjang ( > 35 hari ) antara menstruasi-menstruasi teratur. (Errol, John S, 2007)

### 4. Pemeriksaan Penunjang

Wiknjoksastro (2009) & Morgan, Geri dkk (2009) mengungkapkan pemeriksaan penunjang meliputi :

- a. Pemeriksaan darah : Hemoglobin, uji fungsi tiroid , dan kadar HCG, FSH, LH, Prolaktin & androgen serum jika ada indikasi atau skrining gangguan perdarahan jika ada tampilan yang mengarah kesana.
- b. Deteksi patologi endometrium  
melalui dilatasi ,kuretase dan histeroskopi. Wanita tua dengan gangguan menstruasi, wanita muda dengan perdarahan tidak teratur atau wanita muda ( < 40 tahun ) yang gagal berespon terhadap pengobatan harus menjalani sejumlah pemeriksaan endometrium. Penyakit organik traktus genitalia mungkin terlewatkan bahkan saat kuretase. Maka penting untuk melakukan kuretase ulang dan investigasi lain yang sesuai pada seluruh kasus perdarahan uterus abnormal berulang atau berat. Pada wanita yang memerlukan

investigasi, histeroskopi lebih sensitif dibandingkan dilatasi dan kuretase dalam mendeteksi abnormalitas endometrium

- a. Laparoskopi : Laparoskopi bermanfaat pada wanita yang tidak berhasil dalam uji coba terapeutik.

## 5. Penatalaksanaan

### a. Medik

Mayoritas wanita dengan perdarahan dapat diobati secara medikamentosa, khususnya jika tidak terdapat lesi struktural

- 1) Kontrasepsi oral secara efektif dapat mengoreksi banyak sekali kasus ketidakteraturan menstruasi .
- 2) Obat anti inflamasi nonsteroid (Asam Mefenamat) terlihat dapat mengurangi kehilangan darah.

### Pembedahan

Histerektomi biasanya merupakan tindakan yang hanya dilakukan pada wanita dengan lesi struktural yang tidak dapat disembuhkan dengan pembedahan yang lebih konservatif. (Errol & John S.2007).

### b. Prinsip keperawatan

(Wiknjoksastro, 2009) & (Estephan A, 2005), prinsip keperawatan secara umum yaitu :

#### 1).Menghentikan perdarahan

Langkah-langkah upaya menghentikan perdarahan adalah sebagai berikut:

##### a) Kuret (curettage)

Hanya untuk wanita yang sudah menika

#### b) Pembedahan

Histerektomi biasanya merupakan tindakan yang hanya dilakukan pada wanita dengan lesi struktural yang tidak dapat disembuhkan dengan pembedahan yang lebih konservatif.

### B. Konsep Dasar Mioma Uteri

#### 1. Pengertian

Mioma uteri merupakan tumor jinak yang struktur utamanya adalah otot polos rahim (Sarwono, 2011). Sedangkan menurut Nurarif (2013) mioma uteri adalah tumor jinak otot polos yang terdiri dari sel-sel jaringan otot polos jaringan fibroid dan kolagen. Beberapa istilah untuk mioma uteri adalah Fibromioma, Miofibroma, Fibroleiomioma, Fibroma dan Fibroid. Mioma Uteri merupakan tumor jinak otot rahim disertai jaringan ikatnya dominan dan lunak karena otot rahimnya dominan (Manuaba, 2010)

Dari beberapa pengertian tersebut dapat disimpulkan mioma uteri merupakan tumor jinak otot polos yang jaringan ikatnya lunak .

#### 2. Etiologi

Mioma uteri berasal dari sel otot polos miometrium. Faktor-faktor yang mempengaruhi pertumbuhan mioma uteri masih belum diketahui dengan pasti. Dari penelitian diketahui bahwa mioma berasal dari jaringan yang uniseluler. Mutasi somatik merupakan peristiwa awal dalam proses pertumbuhan tumor. Tidak didapat bukti bahwa hormon estrogen berperan sebagai penyebab mioma, namun diketahui berpengaruh dalam pertumbuhan mioma.

Mioma terdiri dari reseptor estrogen dengan konsentrasi yang lebih tinggi dibanding dari miometrium sekitarnya namun konsentrasinya lebih rendah dibanding endometrium. Hormon progesteron meningkatkan aktivitas dari mioma pada wanita muda namun mekanisme dan faktor pertumbuhan yang terlibat tidak diketahui secara pasti. Progesterone memungkinkan pembesaran tumor. Estrogen berperan dalam pembesaran tumor dengan meningkatkan produksi matriks ekstraseluler. (Nurarif, 2013).

### 3. Klasifikasi

Martin & Ralph C (2008) membagi mioma uteri menjadi tiga, yaitu :

#### a. Mioma Sub Mucosa

Dibawah indometrium dan menonjol ke kavum uteri. Paling sering menyebabkan perdarahan yang banyak sehingga memerlukan histerektomi, walaupun ukurannya kecil. Adanya mioma submukosa dapat dirasakan sebagai suatu "air bump" (benjolan waktu kuret).

#### b. Mioma Intramural

Berada di dinding uterus di antara serabut miometrium

#### c. Mioma Sub Serosum

Tumbuh keluar dinding uterus sehingga menonjol pada permukaan uterus, diliputi oleh serosa.

### 4. Anatomi Fisiologi

#### a. Organ reproduksi eksterna wanita

- 1) Vulva meliputi seluruh struktur eksternal yang dapat dilihat mulai dari pubis sampai perineum.

- 2) Mons veneris atau mons pubis adalah bagian yang menonjol di atas simpisis dan pada perempuan setelah pubertas di tutup oleh rambut kemaluan.
- 3) Labia mayora (bibir-bibir besar )terdiri atas bagian kanan dan kiri, lonjong mengecil kebawah
- 4) Labia minora ( bibir-bibir kecil) adalah suatu lipatan tipis dari kulit sebelah dalam bibir besar.
- 5) Klitoris kira-kira sebesar kacang ijo, penuh dengan urt saraf, sehingga sangat sensitive.
- 6) Vagina

Setelah melewati introitus vagina, terdapat liang kemaluan (vagina) yang merupakan suatu penghubung antara introitus vagina dan uterus.

b. Organ reproduksi interna wanita

1) Uterus

Uterus adalah organ yang tebal, berotot, berbentuk buah pir, terletak di dalam pelvis, antara rectum dan kandung kencing

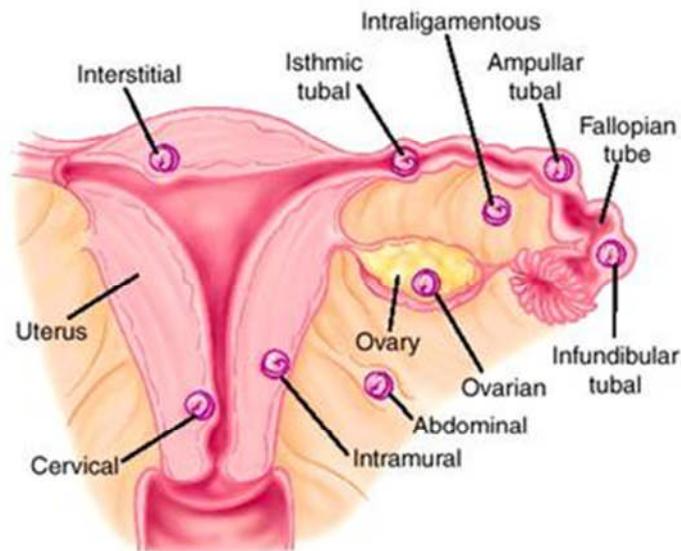
2) Ovarium

Ovarium adalah kelenjar berbentuk seperti buah kenari, terikat di belakang oleh ligamentum latum uteri.

3) Tuba falopii

Tuba falopii merupakan jalan bagi ovum

(Bobak, 2012)



Gambar 2.1 Anatomi Genetalia Interna Wanita

## 5. Patofisiologi

Mioma uteri mulai tumbuh sebagai bibit yang kecil didalam miometrium, dan lambat laun membesar karena pertumbuhan itu miometrium terdesak menyusun semacam pseudokapsula atau sampai semu yang mengelilingi tumor didalam uterus mungkin terdapat satu mioma, akan tetapi mioma biasanya banyak. Jika ada satu mioma yang tumbuh dalam korpus uteri maka korpus ini tampak bundar dan konspasi padat. Pada mioma yang menyebabkan tumor membesar sehingga menimbulkan rasa nyeri dan mual, selain itu masalah bisa timbul lagi jika terjadi perdarahan abnormal pada uterus yang berlebihan sehingga terjadi anemia. Anemia ini bisa mengakibatkan kelemahan fisik, kondisi tubuh lemah, sehingga kebutuhan perawatan diri tidak dapat terpenuhi. Selain itu dengan perdarahan yang banyak bisa mengakibatkan kekurangan volume cairan. (Sastraminata S : 151)

## 6. Tanda dan Gejala

Sebagian besar (sekitar dua per tiga) wanita dengan mioma tidak menunjukkan gejala. Munculnya gejala tergantung pada jumlah, ukuran, letak, keadaan dan kondisi (biasanya suplai pembuluh darah) tumor. Gejala ginekologi yang paling umum adalah perdarahan uterus abnormal, efek penekanan, nyeri dan infertilitas. Perdarahan uterus abnormal dijumpai pada kira-kira 30% persen dengan mioma uteri. Menoragi merupakan pola perdarahan uterus abnormal yang paling umum dan meskipun pola apa saja mungkin terjadi, paling sering berupa perdarahan bercak pra menstruasi dan sedikit perdarahan terus menerus setelah menstruasi. Anemia defisiensi besi sering terjadi akibat kehilangan darah menstruasi yang lebih banyak. Penyebab mekanisme ini belum pasti (Martin & Ralph C, 2008).

## 7. Komplikasi

Manuaba I.B.G(2010) menyebutkan komplikasi miom sebagai berikut :

### a. Degenerasi ganas

Keganasan umumnya baru ditemukan pada pemeriksaan histologi uterus yang telah diangkat. Kecurigaan keganasan uterus apabila mioma uteri cepat membesar dan apabila terjadi pembesaran sarang mioma dalam menopause.

### b. Torsi (putaran tungkai)

Sarang mioma yang bertangkai dapat mengalami torsi, timbul gangguan sirkulasi akut sehingga mengalami nekrosis.

### c. Nekrosis dan infeksi

Setelah torsi dapat diikuti infeksi dan nekrosis

## 8. Pemeriksaan penunjang

mengemukakan pemeriksaan penunjang untuk pasien mioma uteri sebagai berikut :

### a. Tes laboratorium

Hitung darah lengkap dan asupan darah : lekosi tosis dapat disebabkan oleh nekrosis akibat torsi atau degenerasi. Menurutnya kadar. Hemoglobin dan hematokrit menunjukkan adanya kehilangan darah kronik

### b. Tes kehamilan terhadap chorionic gonadotropin

Sering membantu dalam evaluasi suatu pembesaran uterus yang simetrik menyerupai kehamilan atau terdapat bersama-sama dengan kehamilan

### c. Ultrasonografi

Apabila keberadaan massa pelvis meragukan, sonografi dapat membantu

### d. Pielogram Intravena

Dapat membantu dalam evaluasi diagnostik

### e. Pap Smear Serviks

Selalu di indikasikan untuk menyingkap neoplasma serviks sebelum histerektomi.

### f. Histerosalpingogram

Dianjurkan bila klien menginginkan anak lagi dikemudian hari untuk mengevaluasi distorsi rongga uterus dan kelangsungan tuba falopii.

## 9. Penatalaksanaan

### a. Medik

Saat ini pemakaian *Gonadotropin-releasing hormone* (GnRH) agonis memberikan hasil yang baik memperbaiki gejala klinis mioma uteri. Tujuan pemberian GnRH agonis adalah mengurangi ukuran mioma dengan jalan mengurangi produksi estrogen dari ovarium. Pemberian GnRH agonis sebelum dilakukan tindakan pembedahan akan mengurangi vaskularisasi pada tumor sehingga akan memudahkan tindakan pembedahan. Terapi hormonal yang lainnya seperti kontrasepsi oral dan preperat progesteron akan mengurangi gejala pendarahan tetapi tidak mengurangi ukuran mioma uteri (Hadibroto, 2005).

### b. Prinsip keperawatan

#### 1). Pencegahan Primer

Pencegahan ini dilakukan pada wanita yang belum menarche atau sebelum terdapat resiko mioma uteri. Upaya yang dilakukan yaitu mengkonsumsi makanan tinggi serat seperti sayur dan buah. Tindakan pengawasan pemberian hormon estrogen dan progesteron dengan memilih KB kombinasi. Pil kombinasi mengandung lebih rendah hormone.

#### 3). Pencegahan Sekunder

Ditujukan kepada orang yang telah terkena mioma uteri. Tindakan ini bertujuan untuk menghindari terjadinya komplikasi. Pencegahan yang dilakukan adalah dengan melakukan diagnosa dini dan pengobatan yang tepat.

## C. Konsep Asuhan Keperawatan

### 1. Pengkajian

Pengkajian menurut (Martin L dan Ralp C, 2008) :

#### a. Identitas

Umur , Status perkawinan, Graviditas dan Paritas.

#### b. Keluhan Utama

Keluhan utama adalah masalah pasien yang diuraikan dengan kata –katanya sendiri, dengan urutan kepentingan menurut pasien sendiri.

#### c. Riwayat Penyakit Sekarang

Kesehatan pasien pada saat ini onset penyakit dan rangkaian gejala-gejala perkembangan penyakit membentuk riwayat penyakit sekarang.

#### d. Riwayat kehamilan dan persalinan

Dengan kehamilan dan persalinan/tidak

#### e. Riwayat menstruasi

kadang-kadang terjadi digumenorhea dan bahkan sampai amenorhea. menarche, lama, siklus, jumlah, warna dan bau

### 2. Pemeriksaan fisik

Dilakukan mulai dari kepala sampai ekstremitas bawah secara sistematis.

#### a. abdomen

Nyeri tekan pada abdomen, Teraba massa pada abdomen.

#### b. Ekstremitas

Nyeri panggul saat beraktivitas, Tidak ada kelemahan.

- c. Eliminasi, urinasi

Adanya konstipasi, Susah BAK

3. Diagnosa keperawatan menurut Aplikasi Nanda Nic Noc (2013)
  - a. Nyeri akut b.d agen injuri fisik
  - b. Resiko kekurangan volume cairan b.d kehilangan volume cairan aktif
  - c. Resiko infeksi b.d luka insisi
  - d. Retensi urin b.d distensi kandung kemih
  - e. Ansietas b.d prosedur tindakan
  - f. Kerusakan integritas jaringan b.d luka operasi
  - g. Defisiensi pengetahuan b.d kurang paparan informasi
  - h. Resiko syok b.d infeksi
  - i. Konstipasi b.d nyeri abdomen

4. Intervensi perencanaan keperawatan

- a. Nyeri akut b.d agen injuri fisik

Tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nyeri dapat berkurang ,dengan Kriteria Hasil :

- 1) Mampu mengontrol nyeri ( tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri)
- 2) Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang

Intervensi :

- 1) Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan factor presipitasi.

Rasional: nyeri adalah suatu pengalaman subyektif dari pasien dan harus diutarakan untuk menentukan suatu tindakan

2) Monitor vital sign

Rasional: tekanan darah, nadi, pernapasan adalah indicator penting derajat nyeri dan untuk mengetahui kondisi klien saat ini.

3) Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi

Rasional: agar tindakan yang dilakukan tepat pada sumber nyeri.

4) Ajarkan tentang teknik non farmakologi

Rasional: penggunaan upaya non farmakologi seperti teknik relaksasi diharapkan klien nyaman dan tidak terfokus pada nyeri

5) Kolaborasi pemberian analgetik untuk mengurangi nyeri

Rasional: pemberian analgesic secara sistemik menimbulkan efek hipnosis pada klien.

b. Resiko kekurangan volume cairan b.d kehilangan volume cairan aktif

Tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pasien tidak kekurangan volume cairan dengan kriteria hasil :

- 1) Tekanan darah, nadi, suhu tubuh dalam batas normal
- 2) Tidak ada tanda-tanda dehidrasi , elastisitas turgor kulit baik, membran mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan.

Intervensi :

- 1) Monitor vital sign

Rasional: tekanan darah, nadi, pernapasan adalah indikator penting derajat nyeri dan untuk mengetahui kondisi klien saat ini.

2) Monitor status cairan termasuk intake dan output cairan

Rasional: pemantauan keseimbangan cairan klien penting untuk menentukan tindakan selanjutnya

3) Memonitor tingkat Hb dan hematokrit

Rasional: pemantauan tingkat Hb dan hematokrit klien penting untuk menentukan tindakan selanjutnya

4) Anjurkan pasien untuk menambah intake oral

Rasional: penambahan intake cairan oral diharapkan dapat membantu menambah intake pasien.

5) Kolaborasikan pemberian cairan IV

Rasional: pemberian cairan lewat IV merupakan langkah yang paling tepat untuk mengganti cairan yang keluar.

c. Resiko infeksi b.d luka insisi

Tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pasien terhindar dari tanda- tanda infeksi dengan kriteria hasil :

- 1) klien bebas dari tanda dan gejala infeksi
- 2) menunjukkan perilaku hidup sehat

intervensi :

- 1) kaji tanda atau gejala infeksi local atau sistemik (mas peningkatan suhu, peningkatan nadi, kemerahan dan bengkak)

rasional: mendeteksi adanya infeksi sejak dini sehingga intervensi penanganan dapat dimulai

2) kaji status nutrisi

rasional: malnutrisi memacu terjadinya infeksi

3) jelaskan cara mencuci tangan yang benar

rasional: organisme patologis terutama menyebar dari individu ke individu melalui tangan mencuci tangan dengan benar tetap menjadi aktivitas paling penting untuk membatasi penyebaran mikroorganisme dan mengurangi resiko infeksi

4) pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko

rasional: pengendalian penyebaran mikroorganisme oleh penyedia layanan kesehatan

5) kolaborasi untuk pemberian antibiotik

rasional: pemberian antibiotik diharapkan mengurangi resiko infeksi.

d. retensi urin b.d distensi kandung kemih

tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pasien berkemih dengan lancar dengan kriteria hasil:

1) monitor intake dan output

rasional: untuk mengetahui apakah seimbang antara pemasukan dan pengeluaran urin

2) kaji kontinensia urin, yang berfokus pada haluaran urin, pola berkemih, dan masalah berkemih, dan masalah berkemih yang sudah ada sebelumnya

rasional: perawat harus mengukur berkemih dan sesudah berkemih selanjutnya untuk menentukan efisiensi proses pengosongan kandung kemih

- 3) kaji derajat distensi kandung kemih dengan melakukan palpasi dan perkusi

rasional: memantau derajat distensi untuk mengetahui tanda dan gejala kandung kemih penuh.

- 4) Pasang kateter urin jika diperlukan

Rasional: mencegah distensi berlebihan pada kandung kemih

e. Ansietas b.d prosedur tindakan

Tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pasien tidak cemas dengan kriteria hasil :

- 1) Klien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas
- 2) Mengidentifikasi, mengungkapkan dan menunjukkan teknik untuk mengontrol cemas

Intervensi :

- 1) kaji tingkat ansietas

rasional: ansietas berkisar dari ringan hingga panic

- 2) kaji tingkat pemahaman mengenai diagnosis, penanganan dan prognosis

rasional: mengkaji tingkat pengetahuan dan pemahaman untuk mengurangi kecemasan

- 3) gunakan pendekatan yang menyenangkan

rasional: agar klien percaya dengan perawat

- 4) jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur  
rasional: menjelaskan prosedur operasi
  - 5) sediakan lingkungan yang tenang dan member kedamaian  
rasional: lingkungan yang tenang akan mendorong pasien untuk mengenali kecemasan
  - 6) Anjurkan keluarga untuk memberikan dukungan  
rasional: keluarga adalah bagian terdekat dari pasien untuk memberikan dukungan .
- f. kerusakan integritas jaringan b.d luka operasi
- tujuansetelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pasien menunjukan perbaikan jaringan dengan kriteria hasil :
- 1) tidak ada tanda- tanda infeksi
  - 2) menunjukkan terjadinya proses penyembuhan luka
- intervensi :
- 1) observasi luka  
rasional: untuk mengetahui keadaan luka
  - 2) monitor kulit akan adanya kemerahan  
rasional: adanya kemerahan adalah indicator luka
  - 3) monitor nutrisi pasien  
rasional: nutrisi yang baik akan mempercepat pemulihan luka
  - 4) ajarkan keluarga tentang luka dan perawatan luka  
rasional: informasi penting untuk keluarga saat perawatan di rumah

5) kolaborasi ahli gizi pemberian diet TKTP (tinggi kalori tinggi protein)

Rasional: status gizi yang baik membantu mempercepat pemulihan luka.

g. Defisiensi pengetahuan b.d kurang papanan informasi

Tujuan Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pasien mengetahui tentang penyakit dengan kriteria Hasil :

- 1) Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan
- 2) Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat atau tim kesehatan lainnya.

Intervensi :

- 1) Kaji pengetahuan, tingkat pendidikan dan kesiapan untuk menerima informasi  
Rasional: karena persepsi perawat dan pasien berbeda maka harus mengkaji minat pasien.
- 2) Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi, dengan cara yang tepat  
Rasional: menyediakan informasi yang mudah dipahami pasien
- 3) Gambarkan proses penyakit, dengan cara yang tepat  
Rasional: menjelaskan dengan cara yang tepat agar pasien mengerti
- 4) Sediakan lingkungan yang tenang yang nyaman saat memberikan informasi

Rasional: meningkatkan pemahaman tentang informasi, meningkatkan kemampuan untuk mengingat dan mengulang informasi yang diberikan

- 5) Tetap bersikap terbuka menyangkut praktik budayanya dan spiritual klien serta keluarga

Rasional: jiwa pasien merasa diterima rasa percaya dapat berkembang dan pengetahuan dapat meningkat.

#### h. Resiko syok b.d infeksi

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama diharapkan aliran darah ke jaringan tubuh cukup, dengan kriteria hasil

- 1) nadi dalam batas normal
- 2) irama jantung normal
- 3) frekuensi nafas dalam batas normal

Intervensi :

- 1) memonitor suhu dan pernafasan

rasional : suhu dan pernafasan adalah indikator terpenting .

- 2) memonitor tanda awal syok

rasional : dengan mengetahui tanda awal kita bisa segera melakukan rencana tindakan yang sesuai

- 3) ajarkan keluarga dan pasien tentang langkah untuk mengatasi gejala syok

rasional : keluarga adalah orang yang selalu berada setiap saat di samping klien.

- 4) Kolaborasi pemberian cairan IV atau oral yang tepat

Rasional : pemberian cairan lewat IV merupakan langkah yang paling tepat untuk mengganti cairan yang keluar.

i. Konsipasi b.d nyeri abdomen

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pasien tidak mengalami sembelit dengan kriteria hasil :

- 1) Bebas dari ketidaknyamanan dan konstipasi

Intervensi :

- 1) kaji pada eliminasi yang normal atau biasa pada klien

Rasional : pola defekasi pada klien harus ditentukan untuk merencanakan intervensi korektif.

- 2) Kaji asupan serat dalam diet

Rasional : karena tidak cukup serat dalam diet , hanya sedikit ampas yang tersedia untuk membentuk feses

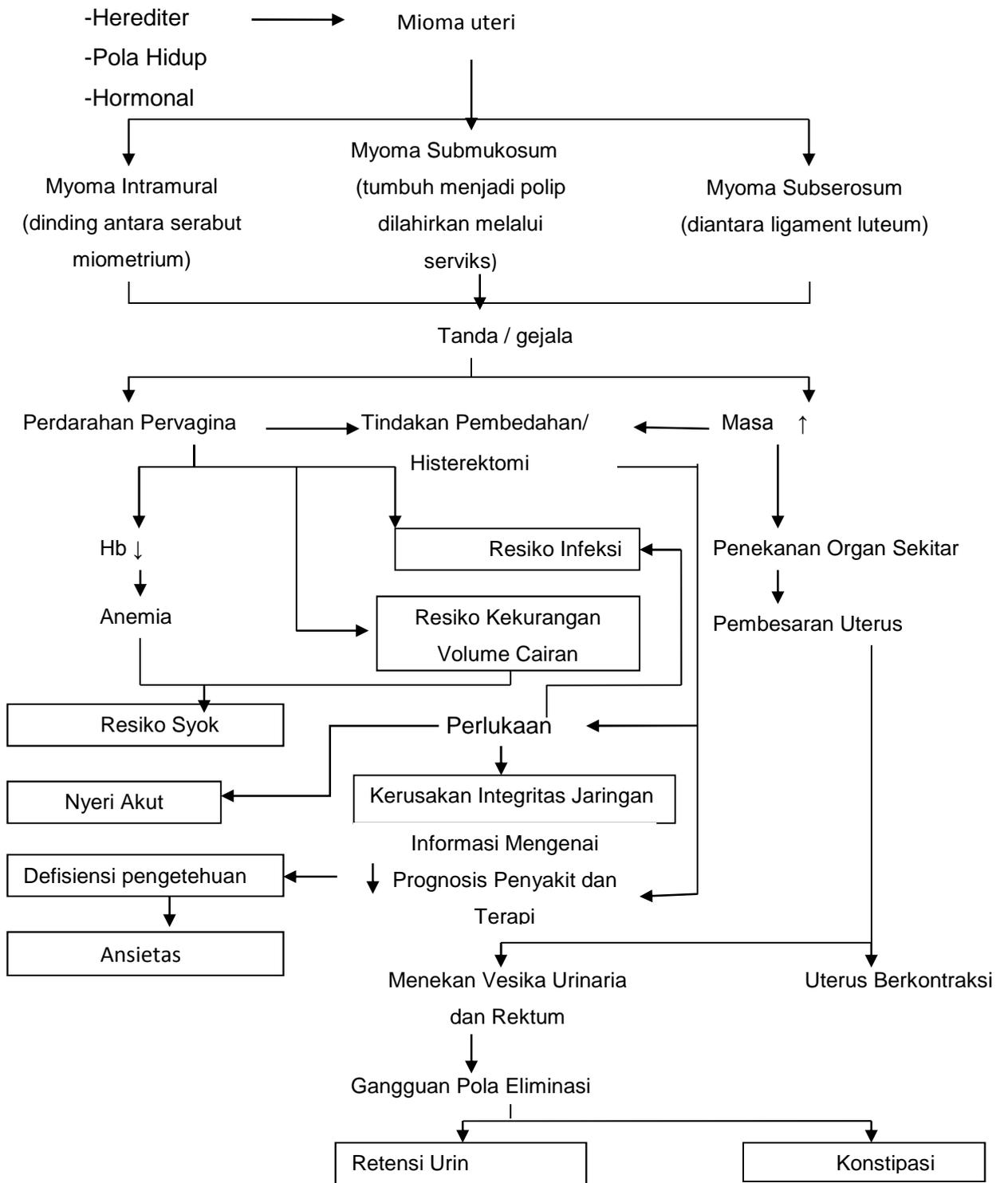
- 3) Dorong penetapan waktu defekasi yang teratur

Rasional : tanpa kebiasaan yang diperlukan untuk memastikan eliminasi feses pada waktu yang sama setiap hari, keinginan untuk defekasi mungkin tidak kuat dirasakan sehingga menyebabkan konstipasi

- 4) Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian laksatif

Rasional : pemberian laksatif diharapkan mampu membantu mengeluarkan feses yang keras

5. Pathway



(Nurarif A, 2013) Gambar 2.2 Pathway