

**ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN  
PADA PASIEN ATAS INDIKASI MOLA HIDATIDOSA ATAS  
TINDAKAN DENGAN POST SVH (POST SUPERVAGINAL  
HYSTERECTOMY) DAN EKSPLORASI VASKULER BERHUBUNGAN  
DENGAN KESEIMBANGAN ELEKTROLIT DI RUANG INTANSIVE  
CARE UNIT RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA TAHUN  
2015**

**KARYA ILMIAH AKHIR NERS**



**DISUSUN OLEH :**

**ISTASARI SUHANDA, S.Kep**

**1411308250065**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH  
SAMARINDA**

**2015**

**Analisis Praktik Klinik Keperawatan pada Pasien atas Indikasi Mola Hidatidosa atas Tindakan dengan Post SVH (Post Supervaginal Hysterectomy) dan Eksplorasi Vaskuler Berhubungan dengan Keseimbangan Elektrolit di Ruang Intensive Care Unit RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2015**

Istasari Suhand<sup>1</sup>, Faried Rahman Hidayat<sup>2</sup>

**INTISARI**

Mola hidatidosa adalah perubahan abnormal dari villi korionik menjadi sejumlah kista yang menyerupai anggur yang dipenuhi dengan cairan. Embrio mati dan mola tumbuh dengan cepat, membesarnya uterus dan menghasilkan sejumlah besar *Human Chorionic Gonadotropin (HCG)* (Nurramani, U.2012). Karya Ilmiah Akhir Ners ini bertujuan untuk menganalisis intervensi asuhan keperawatan pada pasien kasus kelolaan dengan *Post Supervaginal Hysterectomy* dan eksplorasi vaskuler atas indikasi Mola hidatidosa berhubungan dengan keseimbangan elektrolit di ruang ICU RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Hasil dari intervensi menunjukkan bahwa ada perbedaan antara pemberian cairan *Ringer Laktat dan KA-en 3b* Dimana, parameter pengukuran keseimbangan elektrolit ialah dengan cara memonitor balance cairan yaitu meliputi hasil laboratorium dan menghitung input dan output serta balance cairan pada pasien post perdarahan *Supervaginal Hysterectomy*.

Kata kunci: Mola hidatidosa, Perdarahan, *Post Supervaginal Hysterectomy*, Keseimbangan Elektrolit

**Analysis Of Nursing Clinical Practice In The Patients With Indications Hydatidiform Moles On Action And Exploration Vascular SVH (Supervaginal Hysterectomy) And Exploration Of Vascular Associated With Electrolyte Balance In Hospital Intensive Care Unit Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2015**

Istasari Suhand<sup>1</sup>, Faried Rahman Hidayat<sup>2</sup>

**ABSTRACT**

Hydatidiform mole is an abnormal change of the chronic villi become a cyst that resembles a wine filled with liquid. Dead embryo and uterus cepat, moles grow and produce large amounts Human Chorionic Gonadotropin (HCG) (Nurramani, U.2012). End scientific work aims to analyze nurseing care interventions on patient-run case with supervaginal hysterectomy and vascular exploration on the indication of hydatidiform mole associated with electrolyte balance in Hospital Intensive Care Unit. The results of the intervention showed that there is difference between the fluid Ringer Lactate and KA-en 3b in wich the measurement parameter electrolyte balance is by monitoring fluid balance wich include the results of laboratory and calculate the inputband output as well as the fluid balance in patients with bleeding post Supervaginal Hysterectomy.

Keywords : Hydatidiform mole bleeding post Supervaginal Hysterectomy balance electrolyte

## BAB I

### PENDAHULUAN

#### A. Latar Belakang

Indonesia merupakan negara berkembang yang saat ini sedang giat-giatnya melakukan pembangunan kualitas bangsa yang bertujuan untuk mempersiapkan sumber daya manusia yang berkualitas. Salah satu aspek kualitas bangsa yang tengah dibangun oleh Negara Indonesia adalah kualitas kesehatan masyarakat (Muttaqin, 2009).

Kejadian Mola Hidatidosa pada wanita usia reproduktif lebih rentan terjadi perdarahan post operasi, karena itu salah satu menangani perdarahan dengan cara memonitor keseimbangan elektrolit dan keseimbangan cairan, karena tingginya kejadian penderita Mola Hidatidosa dan perdarahan di Negara berkembang seperti Indonesia maka peneliti tertarik mengambil penelitian memonitor keseimbangan elektrolit (Brunner & Suddart, 2005).

Prevalensi mola hidatidosa lebih tinggi di Asia, Afrika, Amerika latin dibandingkan dengan Negara-negara barat. Dinegara-negara barat dilaporkan 1:200 atau 2000 kehamilan. Dinegara-negara berkembang 1:100 atau 600 kehamilan. Soejoenoes dkk (1997 dalam Gabriela 2010) melaporkan 1:85 kehamilan, Rs Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta 1:31 Persalinan dan 1:49 kehamilan; Medan tahun 2000 : 11-16 per 1000 kehamilan ; soetomo Surabaya: 1:80 persalinan: Bandung : 9-21 per 1000 kehamilan. biasanya dijumpai lebih sering pada umur reproduksi (15-45 tahun) dan pada multipara.

Mola Hidatidosa merupakan salah satu dari tiga jenis neoplasma trofoblastik gestasional (ACOG, 1993). Ada dua jenis yang berbeda : komplet atau klasik, mola dan mola sebagian yang bisa menjadi bagian dari penyakit trofoblastik (DePetrillo, dkk., 1987). Mola Hidatidosa terjadi pada satu dari setiap 1200 kehamilan di Amerika Serikat, tetapi insiden yang lebih tinggi bisa terlihat di Asia dan didaerah tropis (Berman & DiSaia, 1989). Paling sering terjadi pada wanita yang ovulasinya distimulasi dengan kломifen (Clomid), pada wanita dari golongan sosioekonomi rendah dan wanita yang berada dikedua ujung masa reproduksi (awal belasan tahun atau perimenopause). Resiko untuk mengalami kehamilan mola kedua lebih tinggi dari resiko kehamilan mola pertama.

Penatalaksanaan pasien dengan perdarahan salah satunya dengan terapi cairan. Cairan RL merupakan cairan yang paling fisiologis yang dapat diberikan pada kebutuhan volume dalam jumlah besar. RL banyak digunakan sebagai replacement therapy, antara lain untuk syok hipovolemik, diare, trauma dan luka bakar. Laktat yang terdapat didalam larutan RL akan dimetabolisme oleh hati menjadi bikarbonat yang berguna untuk memperbaiki keadaan seperti asidosis metabolik. Kalium yang terdapat didalam RL akan dimetabolisme oleh hati menjadi bikarbonat yang berguna untuk memperbaiki keadaan seperti asidosis metabolik. Kalium yang terdapat didalam RL tidak cukup untuk pemeliharaan sehari-hari, apalagi untuk kasus defisit kalium (Berman & DiSaia, 1989).

Komposisi : per Liter Na 50 mEq, lactate 20 mEq, glucose 27 g. indikasi: menyalurkan atau memelihara keseimbangan air dan elektrolit pada keadaan dimana asupan makanan per oral tidak mencukupi atau tidak mungkin. Dosis: 500-

1000 mL pada 1 kali pemberian secara iv drip. Kontra indikasi: hiperkalemia, oliguria, penyakit Addison, luka bakar berat, azotemia, kelebihan Na, sindrom malabsorpsi glukosa-glaktosa, cedera hati yang berat, aritmia jantung.

*Post Supervaginal Hysterectomy (SVH)* adalah Operasi pengangkatan rahim, setiap tahun, sekitar 500.000 wanita menjalani histerektomi. Indikasi untuk operasi termasuk perubahan jinak atau ganas di dinding rahim atau rongga dan kelainan serviks ( termasuk kanker endometrium, kanker serviks, perdarahan disfungsi parah, tumor fibroid besar atau perdarahan (leiomioma), prolaps rahim, keras perdarahan postpartum karena plasenta akreta atau ruptur uterus, atau endometriosis parah ). Pendekatan untuk eksisi dapat berupa perut atau vagina. Pendekatan perut paling sering digunakan untuk menghilangkan tumor besar, ketika ovarium dan tuba falopi juga akan dihapus, dan bila ada perlu memeriksa struktur panggul yang berdekatan, seperti kelenjar getah bening regional. Histerektomi vaginal adalah tepat ketika ukuran uterus kurang dari itu dalam 12 minggu kehamilan, tidak ada patologi perut lainnya dicurigai dan ketika rencana bedah termasuk sistokel, enterokel atau perbaikan rektokel.

## **B. Perumusan Masalah**

Berdasarkan data diatas penulis ingin memfokuskan analisis perbandingan pemberian cairan KAEN 3b dan Cairan RL pada pasien dengan post svh dan eksplorasi vaskuler atas indikasi Molahidatidosa berhubungan dengan balance cairan di ruang ICU RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

## C. Tujuan Penelitian

### 1. Tujuan Umum

Penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini bertujuan untuk melakukan analisis praktik klinik keperawatan pada pasien atas indikasi Mola Hidatidosa dengan tindakan Post SVH (*Supervaginal Hysterectomy*) dan Eksplorasi vaskuler berhubungan dengan keseimbangan elektrolit di Ruang ICU RSUD Abdul Wahab Sjahrane Samarinda

### 2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian pada klien dengan diagnosa *Post Supervaginal Hysterectomy* dan eksplorasi vaskuler atas indikasi Mola hidatidosa berhubungan dengan balance cairan di ruang ICU RSUD Abdul Wahab Syahrane Samarinda.
- b. Merumuskan masalah keperawatan pada pasien kasus kelolaan dengan *Post Supervaginal Hysterectomy* dan eksplorasi vaskuler atas indikasi Mola hidatidosa berhubungan dengan balance cairan di ruang ICU RSUD Abdul Wahab Syahrane Samarinda
- c. Membuat rencana tindakan keperawatan pada pasien kasus kelolaan dengan *Post Supervaginal Hysterectomy* dan eksplorasi vaskuler atas indikasi Mola hidatidosa berhubungan dengan balance cairan di ruang ICU RSUD Abdul Wahab Syahrane Samarinda
- d. Memberikan intervensi asuhan keperawatan pada pasien kasus kelolaan dengan *Post Supervaginal Hysterectomy* dan eksplorasi vaskuler atas indikasi Mola hidatidosa berhubungan dengan balance cairan di ruang ICU

RSUD Abdul Wahab Syahrani Samarinda.

- e. Mengevaluasi hasil intervensi keperawatan pada pasien kasus kelolaan *Post Supervaginal Hysterectomy* dan eksplorasi vaskuler atas indikasi Mola hidatidosa berhubungan dengan balance cairan di ruang ICU RSUD Abdul Wahab Syahrani Samarinda..

**D. Manfaat Penelitian**

1. Bagi Pendidikan

Menjadi bahan tambahan referensi mengenai perbandingan terapi balance cairan pada pasien yang menggunakan cairan KAEN 3b dan Cairan *Ringer Laktat* pada pasien *post supervaginal* dan eksplorasi vaskuler atas indikasi molahidatidosa di Ruang ICU RSUD Abdul Wahab Syahrani Samarinda.

2. Bagi Perawat dan Tenaga Kesehatan

Dapat menjadi rujukan ilmu dalam menerapkan intervensi mandiri perawat disamping intervensi medis

3. Bagi Profesi

Hasil penulisan ini diharapkan dapat meningkatkan peran serta perawat dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan perdarahan dan pasien yang membutuhkan monitoring khusus balance cairan.

4. Bagi Penulis

Meningkatkan kemampuan penulis dalam melakukan analisis pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan perdarahan yang membutuhkan monitoring balance cairan serta menambah pengetahuan penulis dalam pembuatan karya ilmiah akhir ners.



## 5. Manfaat Penelitian Bagi Dunia Keperawatan

Bermanfaat bagi pengembangan ilmu keperawatan dan sebagai bahan referensi dalam meningkatkan ilmu keperawatan yang berbasis pada intervensi mandiri

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Mola Hidatidosa

##### Definisi

Mola hidatidosa adalah chorionic villi (jonjotan/gantungan) yang tumbuh berganda berupa gelembung-gelembung kecil yang mengandung banyak cairan sehingga menyerupai buah anggur atau mata ikan. Karena itu disebut juga hamil anggur atau mata ikan.

Mola hidatidosa adalah kehamilan abnormal, dengan ciri-ciri stoma villus koralis langka, vaskularisasi dan edematus. Janin biasanya meninggal akan tetapi villus-villus yang membesar dan edematus itu hidup dan tumbuh terus, gambaran yang diberikan adalah sebagai segugus buah anggur (Nurramani, U.2012).

Mola hidatidosa adalah perubahan abnormal dari villi korionik menjadi sejumlah kista yang menyerupai anggur yang dipenuhi dengan cairan. Embrio mati dan mola tumbuh dengan cepat, membesarnya uterus dan menghasilkan sejumlah besar *Human Chorionic Gonadotropin (HCG)* (Nurramani, U.2012).

##### Gejala klinis

Pada permulaannya gejala mola hidatidosa tidak seberapa berbeda dengan kehamilan biasa, yaitu muntah, pusing dan lain-lain, hanya satu derajat keluhannya sering lebih hebat. Selanjutnya perkembangan lebih pesat, sehingga biasanya besar uterus lebih besar dari umur persalinan.

Perdarahan merupakan gejala utama mola, biasanya keluhan perdarahan inilah yang menyebabkan mereka datang ke rumah sakit. Gejala perdarahan biasanya terjadi pada bulan pertama sampai ketujuh dengan rata-rata 12-14 minggu. Sifat perdarahan biasanya intermitten, sedikit-sedikit, atau sekaligus banyak, sehingga menyebabkan syok dan kematian. Karena perdarahan ini umumnya pasien mola masuk dengan keadaan anemia (Hamilton, 2004).

Adanya mola hidatidosa harus dicurigai bila ada wanita dengan *amenoria*, perdarahan pervaginam atau keluarnya “*vesikel*” mola dari vagina, uterus yang lebih besar dari usia kehamilan dan tidak ditemukannya tanda kehamilan pasti, seperti tidak terabanya bagian-bagian janin juga gerakan janin serta tidak terdengarnya bunyi jantung janin. Untuk memperkuat diagnosis dapat dilakukan pemeriksaan kadar *Human Chronic Gonadotropin (HCG)* dalam darah atau urine.

Secara singkat gambaran diagnostic klinik mola hidatidosa adalah:

- a. Pengeluaran darah yang terus menerus atau intermitten yang terjadi pada kehamilan kurang lebih 12 minggu
- b. Pembesaran uterus yang tidak sesuai dengan usia kehamilan.
- c. Pada palpasi tidak teraba bagian janin dan denyut jantung janin tidak terdengar.
- d. Gambaran ultrasonografi yang khas.
- e. Kadar HCG yang tinggi setelah hari ke 100.
- f. Preeclampsia-eklampsia yang terjadi sebelum minggu ke 24.



Gambar 2.1 Mola Hidatidosa (hamil anggur)

#### Klasifikasi Mola Hidatidosa

Mola hidatidosa ditandai oleh kelainan vili korialis, yang terdiri dari proliferasi trofoblastik dengan derajat yang bervariasi dan edema sroma vilus. Mola biasanya menempati kavum uteri, tetapi kadang-kadang tumor ini amat menarik, dan ada tidaknya jaringan janin telah digunakan untuk menggolongkannya menjadi bentuk mola yang komplet (klasik) dan parsial (inkomplet).

##### a. Mola Hidatidosa Komplet (klasik)

Vili korialis berubah menjadi kumpulan gelembung yang jernih. Gelembung-gelembung atau vesikula ini bervariasi ukurannya mulai dari yang mudah terlihat sampai beberapa cm, dan bergantung dalam beberapa kelompok dari tangkai yang tipis. Massa tersebut dapat tumbuh cukup besar sehingga memenuhi uterus, yang besarnya bisa mencapai ukuran uterus kehamilan normal lanjut. Berbagai peneliti sitogenetik terhadap kehamilan mola komplet, menemukan komposisi kromosom yang paling

sering dengan kromosom sepenuhnya berasal dari ayah. Fenomena ini disebut sebagai androgenesis yang khas ovum dibuahi oleh sebuah sperma haploid yang kemudian mengadakan duplikasi kromosomnya sendiri setelah miosis. Kromosom ovum bisa tidak terlihat atau tampak tidak aktif. Tetapi semua mola hidatidosa komplet tidak begitu khas.

b. Mola hidatidosa Parsial (inkomplet)

Jika perubahan hidatidosa bersifat fokal serta belum begitu jauh dan masih terdapat janin atau sedikitnya kantong amnion, keadaan ini digolongkan sebagai mola hidatidosa parsial. Pada sebagian vili yang vaskuler terjadinya pembengkakan hidatidosa yang berjalan lambat, sementara vili lainnya yang vaskuler dengan sirkulasi darah fetus plasenta yang masih berfungsi tidak mengalami perubahan. Hyperplasia trofoblastik yang terjadi.

#### Manifestasi Klinis Mola hidatidosa

Pada tahap awal tanda dan gejala kehamilan mola tidak dapat dibedakan dari tanda dan gejala kehamilan normal. Pada waktu selanjutnya perdarahan pervaginam pada hamper semua kasus. Cairan yang keluar dari vagina bisa berwarna coklat tua (menyerupai jus buah prum) atau merah terang, bisa sedikit atau banyak. Keadaan ini bisa berlangsung selama beberapa hari saja atau secara intermiten selama beberapa minggu. Pada awal kehamilan, kira-kira setengah jumlah wanita memiliki rahim yang lebih besar dari usia kehamilan yang diperkirakan melalui tanggal menstruasi.

Anemia akibat kehilangan darah, rasa mual dan muntah yang berlebihan (hiperemesis gravidarum) dan keram perut yang disebabkan distensi rahim

merupakan gejala yang cukup sering ditemukan. Anemia terjadi akibat perdarahan intrauterine. Preeclampsia terjadi pada sekitar 15% kasus, biasanya antara minggu gestasi ke-9 dan ke 12 (Brunner & Suddart, 2005).

## Anatomi dan fisiologi Reproduksi

### a. Eksterna

#### 1) Mons pubis

Mons pubis adalah jaringan lemak subkutan berbentuk bulat yang lunak dan padat serta merupakan jaringan ikat jarang diatas simpisis pubis. Mons berperan dalam sensualitas dan melindungi simpisis pubis selama koitus.

2) Labia mayora ialah dua lipatan kulit panjang melengkung yang menutupi lemak dan jaringan ikat yang menyatu dengan monspubis. Labia mayora melindungi labia minora, meatus urinarius, dan introitus vagina.

3) Labia minora, terletak diantara dua labia mayora, merupakan lipatan kulit yang panjang, sempit, dan tidak berambut yang memanjang kearah bawah dari bawah klitoris dan menyatu dengan fourchette.

4) Klitoris adalah organ pendek berbentuk silinder dan erektil yang terletak tepat dibawah arkuspubis. Fungsi utama klitoris ialah menstimulasi dan meningkatkan ketegangan seksual.

5) Repusium klitoris terletak dekat sambungan anterior, labia mayora kanan dan kiri memisah menjadi bagian median dan lateral.

- 6) Vestibulum ialah suatu daerah yang berbentuk seperti perahu, terletak antara labia minora, klitoris, dan fourshette. Vestibulum terdiri dari muara uretra, kelenjar parauretra, vagina, dan kelenjar varavagina.
- 7) Fourshette adalah lipatan jaringan transversal yang pipi dan tipis terletak pada pertemuan ujung bawah labia mayora dan minora digaris tengah dibawah orifisium vagina. Suatu cekungan kecil dan fosa navikularis terletak diantara fourshette dan hymen.
- 8) Perimeum ialah daerah muscular yang ditutupi kulit antara introitus vagina dan anus.

#### b. Struktur interna

- 1) ovarium sebuah ovarium terletak disetiap sisi uterus, dibawah dan dibelakang tubapaofi.

Dua buah ligamen mengikat ovarium pada tempatnya, yakni bagian mesofarium ligament lebar uterus, yang memisahkan ovarium dari sisi dinding pelvis lateral kira-kira setinggi Krista illiaka anterosuperior dan ligamentum ovari proprium, yang mengikat ovarium keuterus. Dua fungsi ovarium ialah menyelenggarakan ovulasi dan memproduksi hormone seks (esterogen, progesteron, dan antrogen)

- 2) Tuba fallopi, tuba ini memanjang kearah lateral, mencapai ujung bebas ligamen lebar dan berlekuk-lekuk mengelilingi setiap ovarium. Panjang tuba ini kira-kira 10 cm dengan diameter 0,6 cm.

Tuba fallopi merupakan jalan bagi ovum. Ovum didorong sepanjang tuba, sebagian oleh silia, tetapi terutama oleh gerakan peristaltik lapisan otot. Sel-sel kolumnar menyekresi nutrien untuk menyokong ovum selama berada didalam tuba

3) Uterus terletak digaris tengah pada pelvis sejati, posterior terhadap simpisis pubis dan kandung kemih, serta anterior terhadap rektum. Uterus adalah organ berdinding tebal, muscular, pipih, cekung yang tampak mirip buah pir terbalik. Uterus terdiri atas dinding uterus dan serviks, kanal dan pembuluh darah.

Tiga fungsi uterus adalah siklus menstruasi dengan peremajaan endometrium, kehamilan, dan persalinan.

4) Vagina

Vagina suatu struktur tubular yang terletak didepan rektum dan dibelakang kandung kemih dan uretra, memanjang dari introitus sampai serviks.

Vagina berfungsi sebagai organ untuk koitus dan jalan lahir.

5) Perineum dan dasar pelvis

Perineum terletak dibawah diafragma pelvis atas dan bawah. Otot-otot dan fasianya memperkuat diafragma pelvis serta membantu muara kandung kemih, vagina, dan anus untuk konstiksi. Diafragma pelvis atas yang tersusun otot dan fascia serta ligamen otot tersebut membentang sepanjang bagian bawah kavum pelvis seperti sebuah tempat tidur gantung. Diafragma



pelvis bawah terletak didalam ruang arkuspubis dan terdiri dari otot perineum transversa yang berorigo di tuberositas iskiadika dan masuk kedalam badan perineum. Serabut otot yang kuat menopang saluran anus selama defekasi dan menopang vagina bawah selama proses melahirkan.

#### 6) Tulang pelvis

Pelvis disusun oleh empat tulang diantaranya inominata kanan, inominata kiri masing-masing terdiri dari tulang pubis kiri dan kanan, ileum dan iskeum yang berfungsi setelah pubertas, sacrum dan koksigis. Ileum dan iskeum suatu tulang berat yang berakhir dibagian posterior pada protuberositas yang dikenal sebagai tuberositas iskiadika. Lima tulang vertebra yang berfungsi membentuk sacrum. Bagian anterior atas korpusvertebra sakralis pertama, promentorium, membentuk margin posterior dipinggir pelvis. Koksigis (tulang ekor, terdiri dari tiga sampai lima tulang vertebra yang menyatu, berartikulasi dengan sacrum.) (Bobak, lowdermilk dkk, 2004).

#### Patofisiologi Mola Hidatidosa

Mola hidatidosa dapat terbagi menjadi:

- a. Mola hidatidosa komplet (klasik), jika tidak ditemukan janin.
- b. Mola hidatidosa inkomplet (parsial), jika disertai janin atau bagian janin.

Mudigah mati pada kehamilan 3-5 minggu karena itu terjadi gangguan peredaran darah sehingga terjadi penimbunan cairan masenkim dari villi dan akhirnya terbentuklah gelembung-gelembung.

Sel-sel trofoblast adalah abnormal dan memiliki fungsi abnormal dimana terjadi reabsorpsi cairan yang berlebihan kedalam villi sehingga timbul gelembung (Nurramani, U 2012).

Mola hidatidosa akibat akumulasi cairan yang menyertai degenerasi awal atau tidak adanya embrio komplit pada minggu ketiga dan ke lima. Adanya sirkulasi maternal yang terus menerus dan tidak adanya fetus menyebabkan trofoblast berproliferasi dan melakukan fungsinya selama pembentukan cairan.

Diagnosis pasti dari mola hidatidosa biasanya dapat dibuat dengan ultrasonografi dengan menunjukkan gambaran yang khas berupa vesikel-vesikel (gelembung mola) dalam kavum uteri atau badai salju.

Secara singkat gambaran diagnostik klinik mola hidatidosa adalah :

- a. Pengeluaran darah yang terus menerus atau intermitten yang terjadi pada kehamilan kurang lebih 12 minggu.
- b. Pembesaran uterus yang tidak sesuai dengan usia kehamilan.
- c. Pada palpasi tidak teraba bagian janin dan denyut jantung janin tidak terdengar.
- d. Gambaran ultrasonografi yang khas.
- e. Kadar HCG yang tinggi setelah hari ke 100.
- f. Preeklampsia-eklampsia yang terjadi sebelum minggu ke 24 (Lowdermik, Bobak dkk, 2004).

## Penatalaksanaan Medis

Banyak kehamilan mola mengalami abortus spontan. Ketika vesikel hidropik keluar dari vagina dan wanita tersebut menyimpan specimen tersebut, diagnosis dapat ditegakkan dengan pasti. Pola sonografi kehamilan mola ditandai dengan adanya pola badai salju. (Kullb, 1990 dalam Lowdermik, Bobak dkk 2004). Setiap ketidakpastian diagnosis biasanya dapat dipastikan dengan riwayat klinis, *tiler human chorionic ganadotropin (hCG)* (walaupun tidak dianggap diagnostik) dan jika diperlukan, dapat dilakukan pemeriksaan sonogram ulang dalam dua minggu.

Terapi mola terdiri dari 4 tahap yaitu:

a. Perbaiki keadaan umum

Yang dimaksud usaha ini yaitu koreksi dehidrasi, transfuse darah bila anemia (Hb 8 gr%). Jika ada gejala preeclampsia dan hiperemesis gravidarum diobati sesuai dengan protocol penanganannya. Sedangkan bila ada gejala tirotoksikosis di konsul ke bagian penyakit dalam.

Pengeluaran jaringan mola ada dua cara yaitu:

- 1) Kuretase dilakukan setelah persiapan pemeriksaan selesai (pemeriksaan darah rutin, kadar hCg, serta foto thoraks) kecuali bila jaringan mola sudah keluar spontan.
- 2) Bila kanalis servikalis belum terbuka, maka dilakukan pemasangan laminaria dan kuretase dilakukan 24 jam kemudian.
- 3) Histerektomi dilakukan jika wanita <35 tahun dan memiliki anak >3.

## Komplikasi Mola hidatidosa

- a. Perdarahan hebat
- b. Syok
- c. Infeksi
- d. Hidramnion
- e. Abortus
- f. Mioma uteri

**Post SvH (*Supervaginal Hysterectomy*)**

1. Histerektomi merupakan operasi yang terencana dan terdapat waktu untuk persiapan sehingga dapat meminimalkan morbiditas. Untuk mendapatkan hasil yang optimal bagi dokter dan pasien itu sendiri, diperlukan persiapan fisik yang baik antara lain terjaganya kebugaran. Kesulitan operasi, peningkatan resiko perioperatif, resiko tromboemboli, infeksi luka postoperatif dan menghambat proses penyembuhan. Diperlukan pengosongan rectum sebelum menjalani operasi sehingga dapat menghindari rasa tidak nyaman setelah operasi dan konstipasi.

Ada dua macam histerektomi yaitu:

a. Histerektomi abdominal

Histerektomi abdominal juga dilakukan pada perdarahan uterus disfungsi, mioma uterus dan prolaps uteri, dimana frekuensi terjadinya komplikasi lebih tinggi pada tindakan yang dilakukan atas indikasi mioma. Histerektomi abdominal lebih mudah dan luas melihat medan operasi, tetapi berkaitan dengan periode infeksi dan demam yang lebih lama, serta kehilangan darah

yang lebih banyak, selain itu infeksi luka operasi dinding abdomen juga lebih besar. (Bashir, et.al.2005)

Histerektomi abdominal memiliki resiko ileus yang lebih tinggi secara signifikan dibandingkan pendekatan histerektomi yang lain. Cedera usus dan emboli paru terjadi sekitar 1% sedangkan pada histerektomi vaginal hal tersebut tidak akan pernah terjadi.

b. Histerktomi vaginal

Histerektomi vaginal dapat dilakukan pada keadaan perdarahan uterus disfungsi leiomioma uterus, prolaps uterus, keganasan serviks stadium awal, adeomiosis dan hyperplasia endometrial (Thompson, et.al. 2008).

2. Kontraindikasi histerektomi vaginal adalah apabila jalur vaginal tidak memungkinkan atau ketika mendapat kondisi patologis yang lebih serius seperti *endometriosis, pelvic pain, dan chronic pelvic inflammatory disease*.

3. Komplikasi histerektomi vaginal

Beberapa dokter bedah memakai larutan encer indigo carmine atau methylene blue untuk memastikan adanya cedera operasi yang mungkin terjadi pada kandung kemih pada saat histerektomi vaginal. Bila dimasukkan pada kandung kemih. Setiap kebocoran bisa terlihat pada medan operasi sehingga lokasi jejas segera diketahui untuk dilokalisasi. Bila terjadi jejas sistomi yang tak disengaja. Maka diperlukan histerektomi vaginal yang lengkap sebelum memperbaiki kandung kemih. Kandung kemih ini harus dimobilisasi secara adekuat disekitar jejas operasi untuk memudahkan dokter bedah melakukan evaluasi selengkapnya. (*American Hearth Association, 2010*)

#### 4. Prosedur Perawatan Luka Histerektomi

a. Tujuan: untuk mencegah infeksi

b. Persiapan alat dan bahan

1) Pinset anatomis dan bedah

2) Sarung tangan

3) Kasa minimal 3

4) Kom/ mangkuk kecil

5) NaCl 0.9%

6) Gunting bedah

7) Antibiotik

8) Bengkok

9) Perlak

10) Hepavik

#### 5. Persiapan pasien

1) Pasien diberi tahu tentang tindakan yang akan dilaksanakan

2) Mengatur posisi yang nyaman

#### 6. Prosedur kerja

1) Mencuci tangan dengan menggunakan sabun atau larutan anti septik

- 2) Pemasangan perlek
- 3) Pasang sarung tangan
- 4) Angkat kasa dari luka
- 5) Kaji kondisi luka
- 6) Bersihkan luka dengan NaCl 0.9% dari pusat luka kearah luar
- 7) Keringkan luka dengan kasa steril yang lembut
- 8) Berikan obat sesuai indikasi
- 9) Tutup luka dengan kasa steril dan paten (hindari luka dari serabut-serabut kasa)

#### **Jenis Cairan**

**1. Cairan *Ringer Laktat*** merupakan cairan yang paling fisiologis yang dapat diberikan pada kebutuhan volume dalam jumlah besar. *Ringer Laktat* banyak digunakan sebagai replacement therapy, antara lain untuk syok hipovolemik, diare, trauma dan luka bakar. Laktat yang terdapat didalam larutan RL akan dimetabolisme oleh hati menjadi bikarbonat yang berguna untuk memperbaiki keadaan seperti asidosis metabolik. Kalium yang terdapat didalam RL akan dimetabolisme oleh hati menjadi bikarbonat yang berguna untuk memperbaiki keadaan seperti asidosis metabolik. Kalium yang terdapat didalam RL tidak cukup untuk pemeliharaan sehari-hari, apalagi untuk kasus defisit kalium. (Setiawan, Aris dkk 2009)

a)Komposisi : per L Na 50 mEq, lactate 20 mEq, glucose 27 g. komposisi (mmol/1000 ml): Na = 130-140, K=4-5,Ca=2-3, Cl=109-110, Biasa= 28-30 mEq/l.  
kemasan : 500, 1000 ml.

Cara kerja obat : keunggulan terpenting dari larutan RL adalah komposisi elektrolit dan konsentrasinya yang sangat serupa dengan yang dikandung cairan ekstraseluler. Natrium merupakan kation utama dari plasma darah dan menentukan tekanan osmotik.



Gambar 2.2 diambil sendiri tanggal 27 Agustus 2015

- b) di plasma darah. Klorida merupakan kation terpenting di intraseluler dan berfungsi untuk konduksi saraf dan otot. Elektrolit-elektrolit ini dibutuhkan untuk menggantikan kehilangan cairan pada dehidrasi dan syok hipovolemik termasuk syok perdarahan.
- c) Indikasi : mengembalikan keseimbangan elektrolit pada keadaan dehidrasi dan syok hipovolemik. *Ringer Laktat* menjadi kurang disukai karena menyebabkan hiperkloremia dan asidosis metabolik, karena akan menyebabkan penumpukan asam laktat yang tinggi akibat metabolisme anaerob.



- d) Kontraindikasi : hipernatremia, kelainan ginjal, kerusakan sel hati, asidosis laktat.
- e) Dosis: 500-1000 mL pada 1x pemberian secara iv drip. Kontra indikasi: hiperkalemia, oliguria, penyakit Addison, luka bakar berat, azotemia, kelebihan Na, sindrom malabsorpsi glukosa-glaktosa, cedera hati yang berat, aritmia jantung.

## 2.KAEN 3B

Larutan rumatan nasional untuk memenuhi kebutuhan harian air dan elektrolit dengan kandungan kalium cukup untuk mengganti ekskresi harian, pada keadaan asupan oral terbatas. Rumatan untuk kasus pasca operasi (>24-48 jam), mensuplai kalium sebesar 20 mEq/L untuk KA-EN 3B.

Menyalurkan atau memelihara keseimbangan air dan elektrolit pada keadaan dimana asupan makanan per-oral tidak mencukupi atau tidak mungkin (Setiawan, Aris dkk 2009).

## **KESEIMBANGAN CAIRAN, ELEKTROLIT, ASAM DAN BASA**

1. Manusia sebagai organisme multiseluler dikelilingi oleh lingkungan luar (*milieu exterior*) dan sel-selnya pun hidup dalam lingkungan luar yang berupa darah dan cairan tubuh lainnya. Cairan dalam tubuh, termasuk darah, meliputi lebih kurang 60% dari total berat badan laki-laki dewasa. Dalam cairan tubuh terlarut zat-zat makanan dan ion-ion yang diperlukan sel untuk hidup, berkembang dan menjalankan fungsinya.



Gambar 2.3 diambil sendiri tanggal 27 Agustus 2015

Untuk dapat menjalankan fungsinya dengan baik sangat dipengaruhi oleh lingkungan disekitarnya. Semua pengaturan fisiologis untuk mempertahankan keadaan normal disebut *homeostasis*. *Homeostasis* ini bergantung pada kemampuan tubuh mempertahankan keseimbangan antara substansi-substansi yang ada di *milieu intererior*. (Setiawan, Aris 2009)

Pengaturan keseimbangan cairan perlu memperhatikan 2 (2) parameter penting yaitu volume cairan eksternal dan osmolaritas cairan ekstrasel. Ginjal mengontrol volume cairan ekstrasel dengan mempertahankan keseimbangan cairan. Ginjal mempertahankan keseimbangan dengan mengatur keluaran garam dan air dalam urin sesuai kebutuhan untuk mengkompensasi asupan dan kehilangan abnormal dari air dan garam tersebut (Setiawan, Aris 2009).

2. Lebih kurang 60% berat badan orang dewasa pada umumnya terdiri dari cairan (air dan elektrolit). Faktor-faktor yang mempengaruhi jumlah cairan tubuh adalah umur, jenis kelamin, dan kandungan lemak tubuh. Secara umum diketahui, orang yang lebih muda mempunyai presentase cairan tubuh yang lebih tinggi

dibandingkan dengan orang yang lebih tua, dan pria secara proporsional mempunyai lebih banyak cairan tubuh dibandingkan dengan wanita. Orang yang gemuk mempunyai jumlah cairan yang lebih sedikit dibandingkan dengan orang yang lebih kurus, karena sel lemak mengandung sedikit air. (*Brunner and Sudarth 2008*).

3. Cairan tubuh terdapat dalam dua kompartemen cairan ruang intraseluler (cairan dalam sel) dan ruang ekstraseluler (cairan diluar sel). Kurang lebih dua pertiga dari cairan tubuh berada dalam kompartemen cairan intraselular, dan kebanyakan terdapat masa otot skeletal. Pada pria dengan berat badan 70 kg (154 pound), cairan intraselular berjumlah sekitar 25 Liter. Kurang lebih sepertiga cairan tubuh merupakan cairan ekstraseluler dan berjumlah sampai 15 L pada pria dengan berat badan 70 kg (154 pound)
4. Kompartemen cairan ekstraseluler lebih jauh dibagi menjadi ruang cairan intravaskuler, interstisiel, dan transeluler. Ruang intravaskuler (cairan dalam pembuluh darah) mengandung plasma. Kurang lebih 3 liter dari rata-rata 6 liter dari cairan darah terdiri dari plasma. Tiga liter sisanya terdiri dari eritrosit, leukosit dan trombosit. Ruang interstisial mengandung cairan yang mengelilingi sel dan berjumlah sekitar 8 liter pada orang dewasa. Limfe merupakan suatu contoh dari cairan interstisiel.
5. Ruang transeluler merupakan bagian terkecil dari cairan ekstraseluler dan mengandung kurang lebih 1 liter cairan setiap waktu. Contoh-contoh dari cairan transeluler adalah serebrospinal, pericardial, sinoval intraocular, dan pleural, keringat dan sekresi pencernaan.

Cairan tubuh normalnya berpindah antara kedua kompartemen atau ruang utama dalam upaya untuk mempertahankan keseimbangan antara kedua ruang itu. Kehilangan cairan dari tubuh dapat mengganggu keseimbangan ini. Kadang cairan tidak hilang dari tubuh, tetapi tidak tersedia untuk dipergunakan baik oleh ruang cairan intraseluler ataupun ruang cairan ekstraseluler (CES) kedalam ruang yang tidak mempengaruhi keseimbangan antara cairan intraseluler (CIS) dan CES disebut sebagai perpindahan cairan ruang ketiga.

Elektrolit dalam cairan tubuh merupakan kimia aktif. (kation, yang mengandung muatan positif, dan anion yang mengandung muatan negatif). Kation-kation utama dalam cairan tubuh adalah natrium, kalium, kalsium, dan kalsium dan magnesium. Anion-anion utama adalah klorida, bikarbonat, fosfat, sulfat proteinat. Zat kimia ini bergabung dalam berbagai kombinasi. Karenanya, konsentrasi elektrolit dalam tubuh diungkapkan dalam istilah miliekuivalen (mEq) per liter, suatu ukuran aktifitas kimiawi, dan bukan dalam istilah milligram (mg) yaitu satuan berat. Lebih spesifik miliekuivalen didefinisikan sebagai ekuivalen dari aktifitas elektrokimia dari 1 mg hydrogen. Dalam suatu larutan, kation dan anion jumlahnya sebanding dalam mEq/Liter (*Brunner and Sudarth 2008*).

6. Elektrolit adalah zat kimia yang menghasilkan partikel-partikel bermuatan listrik yang disebut ion jika berada dalam larutan. Elektrolit terdapat pada seluruh cairan tubuh. Cairan tubuh mengandung oksigen, nutrient, dan sisa metabolisme (seperti karbondio), yang semuanya disebut ion. Beberapa jenis garam akan dipecah menjadi  $\text{Na}^+$ ,  $\text{Cl}^-$ . Pecahan elektrolit tersebut merupakan ion yang dapat menghantarkan arus listrik. Ion-ion positif disebut kation. Contoh kation antara

lain natrium, kalium, kalsium dan magnesium.

Ion-ion negative disebut anion. Contoh anion antara lain klorida, bikarbonat dan fosfat.

7. Keseimbangan elektrolit sangat penting, karena total konsentrasi elektrolit akan mempengaruhi keseimbangan cairan dan konsentrasi elektrolit berpengaruh pada fungsi sel. Elektrolit berperan dalam mempertahankan keseimbangan cairan, regulasi asam basa, memfasilitasi reaksi enzim dan transmisi reaksi neuromuscular. Ada 2 elektrolit yang sangat berpengaruh terhadap konsentrasi cairan intrasel dan ekstrasel yaitu natrium dan kalium.

- a. Keseimbangan Natrium/sodium ( $\text{Na}^+$ )

Natrium merupakan kation paling banyak pada cairan ekstrasel serta sangat berperan dalam keseimbangan air, hantaran impuls saraf dan kontraksi otot.

Ion natrium didapat dari saluran pencernaan, makanan atau minuman kemudian masuk ke dalam cairan ekstrasel melalui proses difusi. Pengeluaran ion natrium dilakukan oleh ginjal, jika konsentrasi natrium serum menurun maka ginjal akan mengeluarkan cairan sehingga konsentrasi natrium akan meningkat. Sebaliknya jika terjadi peningkatan konsentrasi natrium serum maka akan merangsang pelepasan ADH sehingga ginjal akan menahan air.

Jumlah normal 135-148 mEq/Liter.

- b. Keseimbangan kalium/potassium ( $\text{K}^+$ )

Kalium adalah kation yang paling banyak pada intraseluler. Ion kalium 98% berada pada cairan intrasel, hanya 2% berada pada ekstrasel. Kalium dapat

diperoleh melalui makanan seperti daging, buah-buahan dan sayuran. Jumlah normal 3,5-5,5 mEq/Liter.

c. Keseimbangan kalsium ( $\text{Ca}^{2+}$ )

Kalsium merupakan ion yang paling banyak dalam tubuh, terutama berikatan dengan fosfor membentuk mineral untuk pembentukan tulang dan gigi. Diperoleh dari reabsorpsi usus dan reabsorpsi tulang. Dikeluarkan melalui ginjal, sedikit melalui keringat dan disimpan dalam tulang. Pengaturan konsentrasi kalsium dilakukan hormone kalsitonin yang dihasilkan oleh kelenjar tiroid dan hormone paratiroid. Jika kadar kalsium rendah maka hormone paratiroid dilepaskan sehingga terjadi peningkatan reabsorpsi kalsium pada tulang dan jika terjadi peningkatan kadar kalsium maka hormone kalsitonin dilepaskan untuk menghambat reabsorpsi tulang. Jumlah normal 4-5 mEq/Liter

d. Keseimbangan Magnesium( $\text{Mg}^{2+}$ )

Magnesium biasanya ditemukan pada cairan intasel dan tulang, berperan dalam metabolisme sel, sintesis DNA, regulasi neuromuscular dan fungsi jantung. Sumbernya didapat dari makanan seperti sayuran hijau, daging dan ikan.

e. Keseimbangan fosfor ( $\text{PO}_4^-$ )

Fosfor merupakan anion utama cairan intasel, ditemukan juga didalam cairan ekstrasel, tulang, otot rangka dan jaringan saraf. Fosfor sangat berperan dalam berbagai fungsi otot, sel darah merah, metabolisme protein, lemak dan karbohidrat, pembentukan tulang dan gigi, regulasi asam basa, regulasi kadar

kalsium. Jika kadar kalsium meningkat akan menurunkan kadar fosfat demikian sebaliknya. Jumlah normal sebaliknya. Jumlah normal sekitar 2,5-4,5 mEq/Liter.

f. Keseimbangan Klorida ( $\text{Cl}^-$ )

Klorida merupakan anion utama pada cairan ekstrasel. Klorida berperan dalam pengaturan osmolaritas serum dan volume darah bersama natrium, regulasi asam basa, berperan dalam buffer pertukaran oksigen dan karbondioksida dalam sel darah merah. Kadar klorida yang normal dalam darah orang dewasa adalah 95-108 mEq/Liter.

g. Keseimbangan bikarbonat

Bikarbonat berada didalam cairan intrasel maupun didalam ekstrasel dengan fungsi utama yaitu regulasi keseimbangan asam basa. Nilai normal sekitar 25-29 mEq/Liter.

### **Perbandingan Pemberian KA-EN 3B dan Ringer Laktat**

1. **Cairan *Ringer Laktat*** merupakan cairan yang paling fisiologis yang dapat diberikan pada kebutuhan volume dalam jumlah besar. *Ringer Laktat* banyak digunakan sebagai replacement therapy, antara lain untuk syok hipovolemik, diare, trauma dan luka bakar. Laktat yang terdapat didalam larutan RL akan dimetabolisme oleh hati menjadi bikarbonat yang berguna untuk memperbaiki keadaan seperti asidosis metabolik. Kalium yang terdapat didalam RL akan dimetabolisme oleh hati menjadi bikarbonat yang berguna untuk memperbaiki keadaan seperti asidosis metabolik. Kalium yang terdapat didalam RL tidak cukup untuk pemeliharaan sehari-hari, apalagi untuk kasus defisit kalium.

2. KA-EN 3B Larutan rumatan nasional untuk memenuhi kebutuhan harian air dan elektrolit dengan kandungan kalium cukup untuk mengganti ekskresi harian, pada keadaan asupan oral terbatas. Rumatan untuk kasus pasca operasi (>24-48 jam), mensuplai kalium sebesar 20 mEq/L untuk KA-EN 3B.

3. **Menghitung Balance Cairan**

1) Rumus Balance Cairan

Intake/Cairan masuk = Output/cairan keluar + IWL (*Invisible Water Loss*)

**Intake/Cairan masuk:** mulai dari cairan infuse, minum, kandungan cairan dalam makanan pasien, volume obat-obatan, termasuk obat suntik, obat yang didrip, albumin dll.

**Output / Cairan keluar :** urine dalam 24 jam, jika pasien dipasang kateter maka hitung dalam ukuran di *urinebag*, jika tidak terpasang maka pasien harus menampung urinenya sendiri, biasanya ditampung dibotol air mineral dengan ukuran 1,5 liter, kemudian feses.

**IWL (*Invisible Water Loss*):** Jumlah cairan keluaranya tidak disadari dan sulit dihitung, yaitu jumlah keringat, uap dan hawa nafas.

**IWL (*Invisible Water Loss*)** (15x60/24 jam)=37,5 cc/jam

Menghitung balance cairan seseorang harus diperhatikan berbagai faktor diantaranya berat badan dan umur karena perhitungannya antara usia anak dengan dewasa berbeda.



Menghitung balance cairan harus diperhatikan mana yang termasuk kelompok intake cairan dan output cairan. (Kuntarti, 2005)

### **BAB III LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA**

A. Pengkajian Kasus .....	31
B. Masalah Keperawatan.....	44
C. Intervensi Keperawatan .....	45
D. Intervensi Inovasi .....	49
E. Implementasi .....	52
F. Evaluasi .....	54

### **BAB IV**

A. Profil Lahan Praktik .....	59
B. Analisis Masalah Keperawatan dengan Konsep Terkait dan Konsep Kasus Terkait .....	60
C. Analisis Salah Satu Intervensi dengan Konsep dan Penelitian Terkait .....	65
D. Alternatif Pemecahan yang dapat dilakukan .....	65

**SILAHKAN KUNJUNGI PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH KALIMANTAN**

**TIMUR**

## BAB V

### PENUTUP

#### A. Kesimpulan

1. Asuhan keperawatan yang dilakukan oleh penulis dilaksanakan pada 24 Agustus-26 Agustus 2015. Berdasarkan hasil analisa dan pembahasan pada bab sebelumnya disimpulkan bahwa

2. Pengkajian pada kasus Ny.W berusia 25 tahun dengan *Post Supervaginal Hysterectomy* dan eksplorasi vaskuler atas indikasi Mola hidatidosa berhubungan dengan balance cairan. Berdasarkan hasil pengkajian Ny.W masuk ke *Intensive Care Unit* karena mengalami perdarahan dan penurunan kesadaran *post supervaginal hysterectomy*.

Diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus Ny.W adalah Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan perifer, Defisit volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume cairan secara aktif, Nyeri berhubungan dengan agen cedera biologis, Intoleransi aktifitas berhubungan dengan tirah baring atau imobilisasi, Resiko infeksi b/d prosedur invasif, Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanik (misalnya gaya gunting.)

3. Perencanaan intervensi keperawatan kelima menetapkan tujuan dengan beberapa indikator pencapaian pada masalah keperawatan yang sering muncul pada klien *post supervaginal hysterectomy* perdarahan dan kekurangan volume cairan aktif. Adapun indikator tersebut adalah intake dan output cairan sehingga mendapatkan hasil yang balance

4. Implementasi intervensi keperawatan yang telah dilaksanakan dengan diagnosa defisit volume cairan yaitu dengan memonitor hasil intake dan output cairan per tiga jam.
5. Evaluasi yang didapatkan pada kasus Ny.W setelah dimonitor intake dan output cairan pada hari pertama pengkajian dengan klien terpasang IVFD *Ringer Laktat* dan KA-EN 3B didapatkan hasil balance cairan yang tidak terlalu signifikan. Dibandingkan dengan klien yang hanya terpasang IVFD KA-EN 3B yang mendapatkan hasil yang terlihat di balance cairan klien.

## **B. Saran**

1. Institusi akademis

Institusi akademis sebaiknya lebih banyak mengadakan diskusi mengenai penerapan memonitor balance cairan pada pasien perdarahan pasca operasi sehingga mahasiswa mampu meningkatkan cara berpikir kritis dalam menerapkan intervensi mandiri keperawatan sesuai dengan jurnal penelitian terbaru.

2. Perawat

Perawat lebih banyak memberikan pelayanan secara maksimal sehingga mampu meningkatkan kualitas hidup klien untuk terhindar dari kehilangan volume cairan dan darah secara aktif.

3. Mahasiswa seharusnya lebih banyak menerapkan perhitungan balance cairan yang meliputi input dan output cairan. Mahasiswa selain terhadap pasien yang dikelolanya kepada pasien lain dapat diterapkan, sehingga mahasiswa lebih mahir dalam pelaksanaannya dan juga mahasiswa harus

lebih banyak belajar dan mencari referensi lebih banyak baik dari buku maupun jurnal penelitian terbaru mengenai monitoring balance cairan pada pasien.

4. Dalam meningkatkan pelayanan rumah sakit dalam intervensi keperawatan berupa pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman pada pasien perdarahan harus lebih diperhatikan pada perhitungan balance cairan pada pasien

## DAFTAR PUSTAKA

Abargouel, A. S, et al. (2013). *Underweight, Overweight and Obesity Among Zaboli Adolescents. A Comparison Between International and Iranian National Criteria. International Journal Of Preventive Medicine.* <http://upm.mui.ac.ir/index.php/upm/article/view/.../105>. Diakses 20 September 2015.

Mutaqqin, Arief. 2009. *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Reproduksi.* Jakarta : Salemba Medika.

Anu Savice J. Kenneth. (2004). *Buku Ajar Ilmu Bahan Kedokteran Gigi ed. 10,* Jakarta: EGC

Aru W. Sudoyo, Bambang Setyohadi, Idrus Alwi, Marcellus Simadibrata, Siti Setiati. (2009). *Infla Matory Bowel disease Alur Diagnosis dan Pengobatannya di Indonesia, Dalam : Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam, jilid 1. Ed IV,* Jakarta: Pusat Penerbitan Departemen Ilmu penyakit dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia

Black & Hawks. (2009). *Medical Surgical Nursing Clinical Management for Positive Outcomes.* Elsever Saunders

Brunner & Suddart. (2005). *Keperawatan Medikal Bedah (edisi 8),* Jakarta: EGC

Damayanti, Yumita. L. (2010). *Evaluasi Penerimaan Pajak Restoran di Kabupaten Penajam Paser Utara,* Tesis, Ekonomi: Universitas Indonesia, Indonesi

Dwi, Asih. (2013). *Analisis Praktik Klinik Keperawatan Kesehatan Masyarakat Perkotaan pada Pasien Diabetes Melitus dengan Ulkus kaki Diabetik di Ruang rawat IPD Lantai 7 Zona A RS Cipto Mengunkusumo Tahun 2013,* KIA-N, dipublikasikan, Depok, Universitas Indonesia, Indonesia

Irawan, Indra. (2010). *"Pesawat Kerja".* <http://iwany.staff.uns.ac.id/Files/2009/09/bab-1-ayunan-edited.pdf>. diunduh tanggal 20 september 2015

Mangunkusumo, Endang & Soetjipto. (2001). *Sinusitis. In: Soepadi EA, Iskandar. Buku Ajar Ilmu Kesehatan Telinga, Hidung, dan Tenggorokan Kepala Leher, 5 th ed,* Jakarta: Gaya Baru

Mubarak, Wahit Iqbal, dkk.(2007). *Promosi Kesehatan Sebuah Pengantar Proses Belajar Mengajar dalam Pendidikan,* Yogyakarta: Graha Ilmu

Nurachmah, E, Sudarsono, R. S. (2000). *Buku Saku Keperawatan Medikal Bedah*, Jakarta: EGC

Nurrahmani, U. (2012). *Stop! Mola hidatidosa*, Yogyakarta: Andi Yogyakarta

PERKENI. (2011). *Konsensus Mola hidatidosa 2 di Indonesia 2011*, Semarang: PB PERKENI.

Peter, Staikel. (2008). *Upaya Pencapaian MDG's di Indonesia*, Jakarta: Badan Pusat Statistik.

Price S. A & Wilson, Lorraine M. C. (2006). *Patofisiologi Clinical Concepts of Disease Process, edisi 6, vol 2, alih bahasa Brahma*, Jakarta: EGC

Rab, Tabrani. (2007). *Agenda Gawat Darurat jilid 1*, Bandung: P. T. Alumni Bandung

Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS). (2007). *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan*, Jakarta: Departemen Kesehatan, Republik Indonesia

Soemarno, Slamet & Dwi (2005). *Pengaruh Terapi Inhalasi Fisioterapi (Postural Drainage, Taping Clapping) dalam Meningkatkan Volume Pengeluaran Sputum*, dipublikasikan, Jakarta: Universitas Indonesia, Indonesia

Somantri, Irawan. (2008). *Keperawatan Medikal Bedah: Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Reproduksi*, Jakarta: Salemba Medika

Susilo, Y. (2011). *Cara Jitu Mengatasi Mola Hidatidosa*, Yogyakarta: Andi Yogyakarta

Tandra, H. (2007). *Segala Sesuatu yang Harus Anda Ketahui tentang Diabetes: Panduan Lengkap Mengenai dan Mengatasi Mola hidatidosa dengan Cepat dan Mudah*, Jakarta: Gramedia Pustaka Utama

Timby, B. K. (2009). *Fundamental Nursing Skills and Concepts*, Philadelphia: Lippincott William & Wilkins

Wartohah, Tarwoto. (2006). *Kebutuhan dasar Manusia dan Proses Keperawatan edisi 3*, Jakarta: Salemba Medika