

KARYA ILMIAH AKHIR

ASUHAN KEPERAWATAN KEGAWATDARURATAN PADA Nn. W DENGAN  
DIAGNOSA MEDIS *LEIOMYOMA OF UTERUS* DIRUANG  
OK CENTRAL RSPAL DR. RAMELAN SURABAYA



OLEH :

RIZKI PRATAMA HARIONO, S.Kep  
2130076

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH  
SURABAYA  
2022

KARYA ILMIAH AKHIR

ASUHAN KEPERAWATAN KEGAWATDARURATAN PADA Nn. W DENGAN  
DIANGNOSA MEDIS *LEIOMYOMA OF UTERUS* DIRUANG  
OK CENTRAL RSPAL DR. RAMELAN SURABAYA

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk  
memperoleh gelar Ners



Oleh :

RIZKI PRATAMA HARIONO, S.Kep  
2130076

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH  
SURABAYA  
2022

**SURAT PERNYATAAN KEASLIAN  
LAPORAN**

Saya bertanda tangan dibawah ini :

Nama : RIZKI PRATAMA HARIONO, S.Kep

Nim : 2130076

Tanggal Lahir : 02 Juni 1997

Menyatakan bahwa karya ilmiah akhir ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di STIKES Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk, saya nyatakan dengan benar. Bila ditemukan plagiasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKES Hang Tuah Surabaya

Surabaya, 07 Juli 2022

Penulis

RIZKI PRATAMA H, S.Kep  
NIM.2130076

## HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Rizki Pratama Hariono  
NIM : 2130076  
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners  
Judul : Asuhan Keperawatan Gawat Darurat pada Nn. W Dengan  
Diagnosa Medis *Leiomyoma Of Uterus* di Ruang OK  
Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui laporan karya ilmiah akhir ini guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar :

**NERS (Ns.)  
Surabaya, 07 Juli 2022**

**Pembimbing I**

**Pembimbing II**

**Ninik Ambar Sari, S.Kep., Ns., M.Kep  
NIP. 03039**

**Trisunu Prabolaksono, S.Kep.,Ns  
TK 1 GOL. III D NIP.197306171994031005**

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya  
Tanggal : 07 Juli 2022

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari :

Nama : Rizki Pratama Hariono, S.Kep

NIM : 2130076

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Gawat Darurat pada Nn. W Dengan  
Diagnosa Medis *Leiomyoma Of Uterus* di Ruang OK  
Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji karya ilmiah Akhir di STIKES  
Hang Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat  
untuk memperoleh gelar “NERS (Ns)” pada program studi Pendidikan Profesi  
Ners STIKES Hang Tuah Surabaya.

Penguji ketua : **Iis Fatimawati..S.Kep..Ns..M.Kes** \_\_\_\_\_  
NIP. 03067

Penguji 1 : **Ninik Ambar Sari..S.Kep..Ns..M.Kep** \_\_\_\_\_  
NIP. 03039

Penguji 2 : **Trisunu Prabolaksono..S.Kep..NS.** \_\_\_\_\_  
TK 1 GOL. III D NIP. 197306171994031005

Mengetahui,  
KAPRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
STIKES HANG TUAH SURABAYA

**Dr.Hidayatus Sya'diyah, S.Kep..Ns..M.Kep**  
NIP. 03009

## **Kata Pengantar**

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmad dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya Ilmiah Akhir ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Pendidikan Profesi Ners.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya Ilmiah ini bukan hanya karena kemampuan penulis saja, tetapi banyak bantuan dari berbagai pihak, yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulisan, oleh karena itu penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar besarnya kepada:

1. Bapak Laksamana Pertama TNI dr. Gigih Imanta J., Sp.PD.,Finasim.,M.M. selaku Kepala Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, yang telah memberikan izin dan lahan Pratik untuk penyusunan Karya Ilmiah Akhir.
2. Ibu Purna Laksamana Pertama Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes, selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami menyelesaikan pendidikan Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
3. Puket 1, Puket 2, Puket 3 STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan profesi ners di STIKES Hang Tuah Surabaya.
4. Ibu Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep.,Ns.,M.Kep. selaku Ketua Kaprodi Profesi Ners yang telah memberikan motivasi dengan wawasan dalam

upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia dalam menyelesaikan program studi Pendidikan Profesi Ners.

5. Ibu Iis Fatimawati, S.Kep.,Ns.,M.Kes., selaku Ketua Penguji yang telah membimbing, pengajaran, kritik, serta saran dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
6. Ibu Ninik Ambar Sari, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku Pembimbing, yang dengan tulus ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan motivasi, bimbingan dan arahan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
7. Bapak Trisunu Prabolaksono, S.Kep.,Ns.,selaku Kepala Ruangan dan Pembimbing Lahan, yang dengan tulus ikhlas bersedia meluangkan waktu,tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan motivasi, bimbingan, an arahan dalam menyusun Karya Ilmiah Akhir ini.
8. Bapak dan Ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materimateri kuliah yangpenuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan Karya Ilmiah Akhir ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya.
9. Terima kasih seluruh staf dan karyawan STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan bantuan dalam kelancaran proses belajar selama perkuliahan daring maupun laring.
10. Terima kasih sahabat - sahabat seperjuangan tersayang dalam naungan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semangat sehingga Karya Ilmiah Akhirini dapat terselesaikan, saya hanya dapat

mengucapkan semoga hubungan persahabatan tetap terjalin.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa Karya Ilmiah Akhir ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Semoga Karya Ilmiah Akhir ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi civitas Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 07 Juli 2022

Penulis

Rizki Pratama Hariono

## DAFTAR ISI

<b>KARYA ILMIAH AKHIR</b> .....	<b>i</b>
<b>KARYA ILMIAH AKHIR</b> .....	<b>ii</b>
<b>SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN</b> .....	<b>iii</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN</b> .....	<b>iv</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	<b>v</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>vi</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>ix</b>
<b>DAFTAR ISI TABEL</b> .....	<b>xi</b>
<b>DAFTAR SINGKATAN</b> .....	<b>xii</b>
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	4
1.3 Tujuan.....	4
1.3.1 Tujuan Umum .....	4
1.3.2 Tujuan khusus .....	4
1.4 Manfaat Penulisan .....	5
1.5 Metode.....	6
1.6 Sistematika Penulisan.....	6
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>8</b>
2.1 Konsep Dasar Mioma Uteri.....	8
2.1.1 Definisi .....	8
2.1.2 Etiologi.....	9
2.1.3 Klasifikasi.....	12
2.1.4 Manifestasi Klinis Mioma Uteri.....	13
2.1.5 Patofisiologi Mioma Uteri.....	15
2.1.6 Pemeriksaan Penunjang.....	16
2.1.7 Penatalaksanaan .....	18
2.1.8 Komplikasi Mioma Uteri .....	21
2.2 Konsep Dasar Perioperatif .....	22
2.2.1 Definisi.....	22
2.2.2 Fase-Fase Pelayanan Perioperatif .....	22
2.2.3 Tim Operasi.....	25
2.3 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan .....	26
2.3.1 Pengkajian .....	26
2.4 Diagnosa keperawatan.....	33
2.4.1 Pre Operasi .....	33
2.4.2 Intra Operasi .....	33
2.4.3 Post Operasi.....	33
2.5 Analisa Data .....	34
2.5.1 Intervensi Keperawatan.....	34
2.5.2 Implementasi Keperawatan .....	36

2.5.3	Evaluasi Keperawatan .....	37
2.6	Pathway Mioma Uteri .....	38
<b>BAB 3 TINJAUAN KASUS .....</b>		<b>39</b>
3.1	Pengkajian .....	39
3.1.1	Data Dasar .....	39
3.1.2	Pemeriksaan Fisik .....	40
3.2	Diagnosa Keperawatan.....	43
3.2.1	Analisa Data Pre Operatif.....	43
3.2.2	Analisa Data Intra Operatif .....	44
3.2.3	Analisa Data Post Operatif.....	46
<b>BAB 4 PEMBAHASAN .....</b>		<b>48</b>
4.1	Pengkajian Keperawatan .....	48
4.1.1	Identitas .....	48
4.1.2	Keluhan dan Riwayat Penyakit .....	49
4.2	Pemeriksaan Fisik.....	49
4.3	Diagnosa Keperawatan.....	50
4.3.1	Ansietas Berhubungan dengan Krisis Situasional.....	50
4.3.2	Nausea Berhubungan dengan Efek Agen Farmakologis.....	51
4.3.3	Hipotermia.....	52
4.4	Intervensi Keperawatan.....	52
4.5	Implementasi Keperawatan .....	55
4.6	Evaluasi .....	57
<b>BAB 5 PENUTUP.....</b>		<b>58</b>
5.1	Simpulan.....	58
5.2	Saran.....	60
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>		<b>61</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Intevensi Keperawatan .....	36
Tabel 3.1 Diagnosa Keperawatan Pre Operatif .....	44
Tabel 3.2 Intevensi Keperawatan Pre Operatif .....	44
Tabel 3.3 Implementasi Keperawatan Pre Operatif .....	45
Tabel 3.4 Diagnosa Keperawatan Intra Operatif .....	45
Tabel 3.5 Intevensi Keperawatan Intra Operatif .....	46
Tabel 3.6 Implementasi Keperawatan Intra Operatif .....	46
Tabel 3.7 Diagnosa Keperawatan Post Operatif .....	47
Tabel 3.8 Intevensi Keperawatan Post Operatif .....	47
Tabel 3.9 Implementasi Keperawatan Post Operatif .....	48

## DAFTAR SINGKATAN

USG	: <i>ULTRASONOGRAFI</i>
IV	: <i>INTRA VENA</i>
GCS	: <i>GLASSGOW COMA SCALE</i>
CRT	: <i>CAPILLARY REFILL TIME</i>
PPNI	: PERSATUAN PERAWAT NASIONAL INDONESIA
RR	: <i>RESPIRATORY RATE</i>
mmHg	: <i>MILIMETER HIDRAGYRUM</i>
WHO	: <i>WORLD HEALTH ORGANIZATION</i>
MRI	: <i>MAGNETIC RESONANCE IMAGING</i>
GnRH	: HORMON <i>GONADOTROPIN</i>
PRC	: <i>PACKED RED CELL</i>
Hb	: Hemoglobin
HIPKABI	: Himpunan Perawat Kamar Bedah Indonesia
ROM	: <i>RANGE OF MOTION</i>
IMT	: INDEKS MASSA TUBUH

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Kesehatan reproduksi merupakan kesejahteraan fisik, mental, sosial yang penting dalam segala hal yang berkaitan dengan sistem, fungsi, dan proses reproduksi. Salah satu penyakit sistem reproduksi wanita yang sering ditemukan adalah mioma uteri. Mioma uteri menimbulkan beberapa masalah besar untuk kesehatan. Mioma uteri jarang menimbulkan mortalitas, namun morbiditas yang ditimbulkan lebih besar karena dapat menyebabkan nyeri perut bahkan sampai perdarahan abnormal, dan menurunnya kesuburan (Manuaba, 2017). Pasien dengan Mioma uteri biasanya akan mengeluhkan nyeri pada perutnya dan saat menstruasi mengeluh saat haid > 14 hari (Nurarif dan Kusuma 2015). Menurut (Maslow, 2013) kebutuhan rasa aman dan nyaman diakibatkan oleh nyeri yg dirasakan pasien karena terpuntirnya mioma yang bertangkai, pelebaran leher rahim akibat desakan mioma, atau kematian sel dari mioma. jika tidak segera diatasi akan mengakibatkan perdarahan sampai anemia, nekrosis dan infeksi (Maslow, 2013).

Menurut WHO (*World Health Organization*) kasus mioma uteri diseluruh dunia setiap tahunnya lebih dari 585.000 orang meninggal. Di Indonesia ditemukan sekitar 2,39%-11,7% angka kejadian mioma uteri pada penderita penyakit ginekologi. Sedangkan angka kematian wanita subur karena kasus mioma uteri sekitar 20%-25%. Mioma uteri sering ditemukan dalam berbagai ukuran dan terjadi pada wanita yang berusia lebih dari 30 tahun. Pada wanita usia reproduksi terjadi 20%-25% kasus mioma uteri dan

jarang ditemukan pada wanita sebelum *menarche* dan menopause yaitu sekitar 10%. Dari data di Surabaya yang tersedia, kasus mioma uteri pada tahun 2013 sebanyak 582 kasus dengan 320 kasus rawat jalan dan 262 kasus rawat inap. Kasus mioma uteri meningkat pada tahun 2014 sebanyak 701 kasus dengan 529 kasus rawat jalan dan 172 kasus rawat inap (DEPKES RI, 2015). Studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti menurut data rekam medis di OK Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya selama bulan April - Juni 2022 dengan jumlah keseluruhan 1.315 pasien dengan jumlah kasus pasien mioma uteri adalah 7 kasus (Rekam Medis RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, 2022).

Mioma uteri adalah tumor jinak berbatas tegas dan tidak berkapsul yang berasal dari otot polos dan jaringan ikat fibrous. Tumor jinak ini banyak ditemukan pada traktus genitalia wanita, terutama pada wanita sesudah produktif (menopause). Menurut Aspiani (2017) ada beberapa faktor predisposisi lain yang dapat menyebabkan mioma uteri, diantaranya adalah umur, hormon endogen, riwayat keluarga, kehamilan, parietas dan ras. Beberapa faktor yang mempengaruhi pertumbuhan tumor pada mioma Estrogen, Progesteron. Mioma uteri mulai tumbuh sebagai bibit kecil di dalam miometrium dan mulai membesar. Akibat dari pertumbuhan itu miometrium mendesak menyusun semacam pseudokapsula atau sampai semua mengelilingi tumor di dalam uterus. Bila mioma tumbuh intramural dalam korpus uteri maka korpus ini tampak bundar dan konstipasi padat. Bila terletak pada dinding depan uterus mioma dapat menonjol kedepan sehingga menekan dan mendorong kandung kemih keatas sehingga sering menimbulkan keluhan

miksi. Berdasarkan Nurarif dan Kusuma (2015) separuh penderita mioma uteri tidak memperlihatkan gejala. Umumnya gejala yang ditemukan berdasarkan letak, ukuran dan perubahan pada mioma tersebut seperti Perdarahan abnormal, Nyeri, Gejala penekanan, Disfungsi reproduksi, Gangguan pertumbuhan dan perkembangan kehamilan. Komplikasi yang terjadi tergantung pada jumlah, ukuran, dan posisi mioma di dalam uterus (Kurniaty dan Sunarsih, 2018). Masalah keperawatan yang biasanya muncul pada mioma uteri seperti nyeri akut karena adanya gangguan sirkulasi yang disertai nekrosis setempat dan peradangan Mioma uteri jika tidak segera ditangani akan menyebabkan perdarahan sampai terjadi anemia seperti torsi (putaran tangkai mioma) terdiri dari Mioma uteri subserosa, mioma uteri submukosa.

Pengobatan untuk mioma uteri di Indonesia pada umumnya akan dilakukan tindakan pembedahan yaitu bedah histerektomi (pengangkatan rahim) dan miomektomy (pengangkatan mioma) pada wanita yang masih ingin memiliki keturunan (Lilyani, 2012). Pada bedah miomektomy biasanya pengangkatan mioma belum tuntas sehingga memungkinkan untuk tumbuh kembali. Mioma uteri dapat menimbulkan resiko syok karena adanya perdarahan berlebih, resiko infeksi karena penurunan imun tubuh, dan retensi urine karena penekanan massa tumor terhadap kandung kemih. Tindakan ini dibatasi pada mioma dengan tangkai dan jelas sehingga mudah dijepit dan diikat. Miomektomy sebaiknya tidak dilakukan apabila ada kemungkinan dapat terjadi karsinoma endometrium dan juga pada saat masa kehamilan (Saifuddin, 2012). Berdasarkan latar belakang tersebut, maka perlu melakukan penerapan asuhan keperawatan pada Nn. W dengan diagnosa medis *Leiomyoma Of Uterus*

di ruang OK Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Bagaimanakah pelaksanaan Asuhan Keperawatan kegawatdaruratan pada Pasien Nn. W Pre Operasi Mioma Uteri dengan tindakan pembedahan Miomaktomi di ruang OK Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya ?

## **1.3 Tujuan**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mengkaji individu secara mendalam yang dihubungkan dengan penyakitnya melalui proses asuhan keperawatan gawat darurat pada pasien Nn. W mioma uteri dengan tindakan miomektomy di ruang OK Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Melakukan pengkajian pada pasien Nn. W mioma uterus dengan tindakan miomektomy di ruang OK Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
2. Melakukan analisa data masalah, prioritas masalah dan menengakkan diagnosa keperawatan pada pasien Nn. W di ruang OK Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
3. Menyusun rencana asuhan keperawatan kegawatdaruratan pada masing-masing diagnosa keperawatan pasien Nn. W di ruang OK Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
4. Melaksanakan tindakan asuhan keperawatan kegawatdaruratan pada pasien Nn. W di ruang OK Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
5. Melakukan evaluasi asuhan keperawatan kegawatdaruratan pada pasien Nn. W di ruang OK Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

## **1.4 Manfaat Penulisan**

### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

Hasil studi literature ini diharapkan dapat bermanfaat dan di jadikan ilmu serta wawasan konsep praktek asuhan keperawatan terutama tentang intervensi asuhan keperawatan pada pasien pre operasi mioma uteri.

### **1.4.2 Manfaat Praktis**

#### **1. Bagi Perawat**

Hasil studi literatur ini dapat dijadikan sebagai kajian ilmu keperawatan yang dapat digunakan sebagai referensi bagi rekan pelayanan kesehatan dalam melakukan asuhan keperawatan yang efektif dan komprehensif pada pasien pre operasi mioma uteri dengan masalah keperawatan ansietas.

#### **2. Bagi Penelitian**

Hasil studi literatur ini bisa dijadikan sebagai bahan pertimbangan ataupun gambaran tentang bagaimana hubungan antara ansietas dengan mioma uteri dan sebagai penambah wawasan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien pre operasi mioma uteri.

#### **3. Bagi Institusi Pendidikan**

Hasil studi literatur ini diharapkan dapat menambah kepustakaan dan pengetahuan tentang praktik intervensi ilmu keperawatan yang dapat menambah pengetahuan tentang asuhan keperawatan pada pasien pre operasi mioma uteri.

Bahan penulisan ini bisa dipergunakan sebagai perbandingan atau gambaran tentang tindakan keperawatan pasien dengan mioma uteri sehingga penulis selanjutnya mampu mengembangkan ilmu pengetahuan.

## **1.5 Metode**

### **1.5.1 Metode**

Metode penulisan ini di gunakan pada karya ilmiah akhir ini adalah metode studi kasus.

### **1.5.2 Teknik Pengumpulan Data**

#### a. Wawancara

Data diambil atau diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien, keluarga maupun tim kesehatan lain.

#### b. Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan secara langsung terhadap keadaan, reaksi, sikap dan perilaku pasien yang dapat diamati.

#### c. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium serta pemeriksaan penunjang lainnya yang dapat menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

### **1.5.3 Sumber Data**

Sumber data yang digunakan yaitu: data primer, data sekunder, dan data studi kepustakaan.

## **1.6. Sistematika Penulisan**

Penyusunan karya ilmiah akhir secara keseluruhan dibagi menjadi 3 bagian, yaitu:

1. Bagian awal memuat halaman judul, halaman persetujuan, surat pernyataan, kata pengantar, daftar isi, daftar gambar, daftar lampiran, singkatan.

2. Bagian inti meliputi bab, masing- masing bab terdiri dari sub bab berikut ini:

BAB 1: Pendahuluan yang berisi tentang latar belakang masalah, perumusahn masalah, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan, dan sistematika penulisan.

BAB 2: Tinjauan pustaka yang berisi tentang teori megenai konsep penyakit *Mioma Uteri*, Konsep Perioperatif, konsep keperawatan Pre Operasi, konsep Asuhan Keperawatan, WOC *Mioma Uteri*

BAB 3: Tinjauan kasus berisi tentang data hasil pengkajian, diagnosa keperawatan, perencana keperawatan, pelaksanaan tindakan keperawatan, dan evaluasi dari pelaksanaan tindakan keperawatan pada pasien dengan *Mioma Uteri*.

BAB 4: Pembahasan yaitu berisi tentang analisis masalah yang ditinjau dari perpustakaan, hasil pelaksanaan tindakan keperawatan dan opini penulis.

BAB 5: Penutup yang berisi simpulan dan saran.

3. Bagian akhir yang terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Bab ini membahas mengenai konsep, landasan teori dan berbagai aspek, meliputi: 1) Konsep Mioma Uteri, 2) Konsep Asuha Perioperatif, 3) Konsep Asuhan Keperawatan Mioma Uteri.

#### **2.1 Konsep Mioma Uteri**

##### **2.1.1 Pengertian Mioma Uteri**

Mioma uteri adalah neoplasma jinak yang berasal dari otot polos pada dinding uterus. Beberapa istilah dari mioma uteri adalah *fibromioma*, *laiomioma*, *miofibroma*, *fibroleiomioma*, atau uterin *fibroid*. Mioma uteri merupakan tumor uterus yang banyak ditemukan pada 20-25% wanita diatas umur 35 tahun (Nurarif dan Kusuma, 2015).

Mioma uteri adalah tumor jinak berbatas tegas dan tidak berkapsul yang berasal dari otot polos dan jaringan ikat fibrous. Tumor jinak ini banyak ditemukan pada traktus genitalia wanita, terutama pada wanita sesudah produktif (menopause). Mioma uteri jarang ditemukan pada wanita usia subur atau produktif tetapi kerusakan reproduksi dapat berdampak karena mioma uteri pada usia produktif yaitu berupa infertilitas, abortus spontan, persalinan prematur dan malpresentasi (Aspiani, 2017).

### 2.1.2 Etiologi Mioma Uteri

Etiologi yang pasti dari terbentuknya mioma uteri sampai saat ini belum dapat dipastikan dengan jelas. Stimulasi estrogen diduga sangat berperan untuk terjadi mioma uteri. Dalam jaringan mioma uteri lebih banyak mengandung reseptor estrogen jika dibandingkan dengan miometrium normal. Pertumbuhan mioma uteri berbeda pada setiap individu, diantara nodul mioma pada uterus yang sama. Perbedaan ini berkaitan dengan jumlah reseptor estrogen dan reseptor progesteron (Prawirohardjo Sarwono, 2016).

Mioma uteri berasal dari benih-benih *multiple* yang sangat kecil dan tersebar pada miometrium. Benih ini akan tumbuh sangat lambat tetapi progresif (bertahun-tahun, bukan dalam hitungan bulan) yang berada di bawah pengaruh estrogen dan jika tidak terdeteksi dan tidak segera diobati dapat membentuk tumor dengan berat 10 kg atau lebih. Mulanya mioma berada dibagian intramural, tetapi ketika tumbuh dapat berkembang ke berbagai arah.

Menurut Nurarif dan Kusuma (2015) mioma uteri berasal dari sel otot polos miometrium dan dibagi menjadi 2 faktor inisiator dan promotor. Estrogen berpengaruh dalam pertumbuhan mioma. Mioma terdiri dari reseptor estrogen dengan konsentrasi yang lebih tinggi dibanding dengan miometrium sekitarnya namun konsentrasinya lebih rendah dibanding endometrium. Hormon progesteron meningkatkan aktifitas mitotik dari mioma pada wanita muda namun mekanisme dan faktor pertumbuhan yang terlibat tidak diketahui dengan pasti. Progesteron menyebabkan pembesaran tumor dengan cara *down-regulation* apoptosis dari tumor. Estrogen berperandalam pembesaran tumor dengan meningkatkan produksi matriks esktraseluler.

Beberapa faktor yang mempengaruhi pertumbuhan tumor pada mioma yaitu :

#### 1. Estrogen

Mioma uteri banyak ditemukan setelah *menarche*. Pertumbuhan mioma uteri akan mengecil pada saat menopause dan oleh pengangkatan ovarium. Mioma uteri banyak ditemukan bersamaan dengan ovulasi ovarium dan wanita dengan sterilitas. Enzim *hidroxydesidrogenase* mengubah estridol (sebuah estrogen kuat) menjadi estrogen (estrogen lemah). Aktivitas enzim berkurang pada jaringan miomatus, yang juga mempunyai jumlah reseptor estrogen yang lebih banyak dari pada miometrium normal.

#### 2. Progesteron

Progesteron adalah antagonis natural dari estrogen. Progesteron akan menghambat pertumbuhan tumor dengan dua cara, yaitu mengaktifkan hidroxydesidrogenase dan menurunkan jumlah reseptor dari estrogen yang berada ditumor.

Menurut Aspiani (2017) ada beberapa faktor predisposisi lain yang dapat menyebabkan mioma uteri, diantaranya adalah :

#### 1. Umur

Mioma uteri ditemukan sekitar 20% pada wanita usia produktif dan sekitar 40-50% pada usia diatas 40 tahun. Mioma uteri jarang ditemukan sebelum *menarche* (sebelum haid).

#### 2. Hormon endogen (endogenous hormonal)

Konsentrasi estrogen pada jaringan mioma uteri lebih tinggi dari pada jaringan miometrium normal.

### 3. Riwayat keluarga

Wanita dengan garis keturunan dengan tingkat pertama dengan penderita mioma uteri mempunyai 2,5 kali kemungkinan untuk menderita mioma uteri dibandingkan dengan wanita tanpa garis keturunan penderita mioma uteri.

### 4. Kehamilan

Kehamilan dapat mempengaruhi mioma uteri karena tingginya kadar estrogen dalam kehamilan dan bertambahnya vaskularisasi ke uterus. Hal ini akan mempercepat pembesaran mioma uteri. Efek estrogen pada pertumbuhan mioma mungkin berhubungan dengan respon dan faktor pertumbuhan lain. Peningkatan produksi reseptor progesteron dan faktor pertumbuhan epidermal.

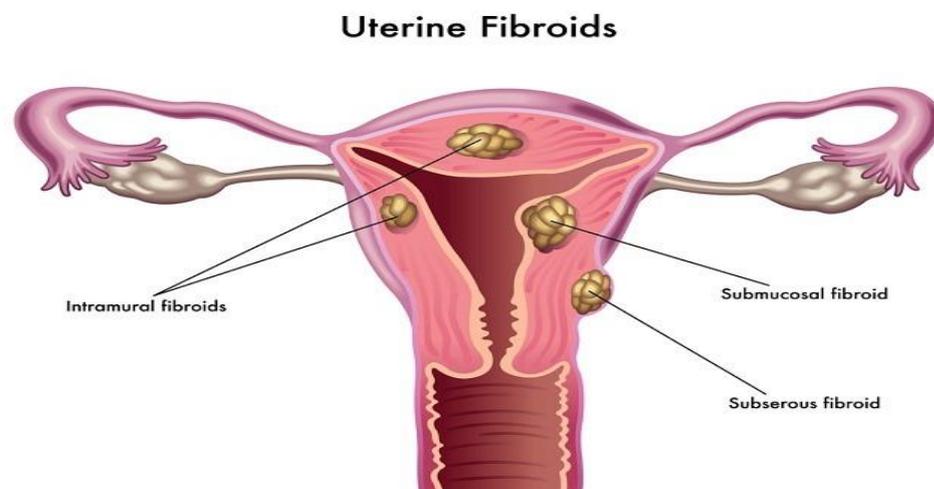
### 5. Paritas

Mioma uteri sering terjadi pada wanita multipara dibandingkan dengan wanita yang mempunyai riwayat melahirkan 1 (satu) kali atau 2 (dua) kali.

### 6. Ras

Pada wanita ras tertentu, khususnya wanita dengan kulit hitam lebih beresiko tinggi mengalami mioma uteri.

### 2.1.3 Klasifikasi Mioma Uteri



Gambar 2.1 Anatomi Mioma Uteri Menurut Nurarif dan Kusuma (2015)

berdasarkan letaknya mioma uteri dibagi menjadi :

#### 1. Mioma Submukosum

Mioma ini terletak di bawah endometrium atau lapisan mukosa uterus dan tumbuh menonjol ke kavum uteri. Hal ini menyebabkan terjadinya perubahan bentuk pada kavum uteri. Apabila tumor ini tumbuh dan bertangkai, maka tumor dapat keluar dan masuk ke dalam vagina yang disebut mioma geburt. Mioma submukosa walaupun kecil, tetapi dapat menimbulkan keluhan seperti perdarahan melalui vagina. Mioma uteri dapat tumbuh bertangkai menjadi polip, kemudian dilahirkan melalui serviks (mioma geburt).

#### 2. Mioma Intramural

Mioma ini terletak di dinding uterus diantara serabut miometrium. Disebut juga mioma intraepitalial, biasanya *multiple*. Apabila masih kecil tidak merubah bentuk uterus, tapi bila sudah membesar akan menyebabkan uterus berbenjol-benjol. Uterus akan bertambah besar dan berubah bentuk. Mioma ini sering tidak memberikan gejala klinis kecuali yang dirasakan oleh penderita yang

dapat berupa rasa tidak nyaman karena adanya massa tumor di daerah perut sebelah bawah.

### 3. Mioma Subserosum

Mioma ini tumbuh keluar dinding uterus sehingga menonjol pada permukaan uterus dan diliputi oleh serosa. Pertumbuhannya kearah lateral dapat berada di dalam ligamentum latum, dan disebut sebagai mioma intraligamen. Mioma yang ukurannya cukup besar akan mengisi rongga peritoneum sebagai suatu massa. Perlekatan dengan ementum menyebabkan sistem peredaran darah diambil alih dari tangkai ke omentum. Akibatnya tangkai semakin mengecil dan terputus, sehingga mioma terlepas dari uterus sebagai massa tumor yang bebas dalam rongga peritoneum. Mioma jenis ini dikenal sebagai mioma parasitik.

#### 2.1.4 Manifestasi Klinis Mioma Uteri

Berdasarkan Nurarif dan Kusuma (2015) separuh penderita mioma uteri tidak memperlihatkan gejala. Umumnya gejala yang ditemukan berdasarkan letak, ukuran dan perubahan pada mioma tersebut seperti :

##### 1. Perdarahan abnormal

Dipekirakan sebanyak 30% wanita dengan mioma uteri memiliki masalah dalam menstruasi. Diantaranya adalah *hipermenore* (perdarahan haid selama > 14 hari), *menoragia* (perdarahan berlebih yang tidak biasa pada menstruasi normal),

*metroragia* (perdarahan rahim dengan interval yang tidak teratur, terutama antara periode menstruasi rutin). Penyebabnya adalah :

- a. Pengaruh ovarium sehingga menyebabkan terjadinya hiperplasi (meningkatnya jumlah sel) endometrium

- b. Permukaan endometrium yang lebih luas dari biasanya
- c. Atrofi endometrium diatas mioma submukosum
- d. Miometrium tidak dapat berkontraksi optimal karena adanya sarang mioma diantara serabut miometrium sehingga tidak dapat menjepit pembuluh darah yang melaluinya dengan baik.

## 2. Nyeri

Timbul karena adanya gangguan sirkulasi yang disertai nekrosis setempat dan peradangan. Pada mioma submukosum yang dilahirkan dapat menjepit canalis servikalis sehingga dapat menimbulkan *dismenore*.

## 3. Gejala penekanan

Penekanan pada vesika urinaria menyebabkan poliuri. Pada uretra menyebabkan hidroureter dan hidronefrosis, pada rectum menyebabkan obstipasi dan tenesemia. Sedangkan pada pembuluh darah dan limfe menyebabkan terjadinya edema pada tungkai dan nyeri pada panggul.

## 4. Disfungsi reproduksi

Hubungan antara mioma uteri sebagai penyebab infertilitas masih belum jelas. Dilaporkan sebesar 27-40% wanita dengan mioma uteri mengalami infertilitas. Mioma terletak didaerah konru yang dapat mengakibatkan sumbatan dan gangguan transportasi gamet dan embrio akibat terjadinya oklusi tuba bilateral. Mioma uteri dapat menyebabkan gangguan kontraksi ritmik uterus yang diperlukan untuk motilitas sperma didalam uterus. Perubahan bentuk pada kavum uteri karena adanya mioma dapat menyebabkan disfungsi seksual. Gangguan implantasi embrio dapat terjadi pada keberadaan mioma akibat perubahan histologi endometrium dimana terjadi atrofi karena kompresimassa

tumor. Mekanisme gangguan fungsi reproduksi dengan mioma uteri, yaitu :

- a. Gangguan transportasi gamet dan embrio
  - b. Pengurangan kemampuan bagi pertumbuhan uterus
  - c. Perubahan aliran darah vaskuler
  - d. Perubahan histologi endometrium
5. Gangguan pertumbuhan dan perkembangan kehamilan

Kehamilan yang disertai dengan mioma uteri dapat menimbulkan proses saling mempengaruhi, yaitu :

- a. Kehamilan dapat mengalami keguguran (abortus)
- b. Persalinan premature
- c. Gangguan saat proses melahirkan
- d. Tertutupnya saluran indung telur yang menyebabkan infertilitas
- e. Kala III (tiga) terjadi gangguan pelepasan plasenta dan perdarahan

### **2.1.5 Patofisiologi Mioma Uteri**

Mioma uteri mulai tumbuh sebagai bibit kecil di dalam miometrium dan mulai membesar. Akibat dari pertumbuhan itu miometrium mendesak menyusun semacam pseudokapsula atau sampai semua mengelilingi tumordi dalam uterus. Bila mioma tumbuh intramural dalam korpus uteri maka korpus ini tampak bundar dan konstipasi padat. Bila terletak pada dinding depan uterus mioma dapat menonjol kedepan sehingga menekan dan mendorong kandung kemih keatas sehingga sering menimbulkan keluhan miksi. Apabila pemberian darah pada mioma uteri berkurang dapat menyebabkan tumor membesar, sehingga menimbulkan rasa nyeri dan mual. Jika terjadi perdarahan abnormal pada uterus akan menyebabkan terjadinya anemia. Anemia bisa menyebabkan kelemahan fisik

sehingga kebutuhan perawatan diri tidak terpenuhi, selain itu dapat menyebabkan kekurangan volume cairan (Aspiani, 2017).

Secara makroskopis, tumor ini biasanya berupa massa abu-abu putih, padat, bebas tegas. Permukaan potongan memperlihatkan adanya gambaran kumparan yang panjang dan dipisahkan menjadi berkas-berkas oleh jaringan ikat, karena seluruh suplai darah pada mioma berasal dari beberapa pembuluh darah yang masuk dari pseudokapsul. Berarti pertumbuhan tumor ini selalu melampaui suplai darah menyebabkan degenerasi terutama yang terletak pada bagian tengah mioma uteri. Tumor ini mungkin hanya satu tetapi sebenarnya jamak dan biasa menyebar di dalam uterus, dengan ukuran dari benih kecil hingga neoplasma masif yang jauh lebih besar daripada ukuran uterusnya (Llewellyn, 2012).

#### **2.1.6 Pemeriksaan Penunjang Mioma Uteri**

Menurut Nurarif dan Kusuma (2015) ada beberapa pemeriksaan penunjang yang dapat digunakan untuk mendeteksi mioma uteri, antara lain:

1. Tes laboratorium

Menghitung darah lengkap dan apusan darah, pada penderita mioma uteri sering ditemukan hemoglobin menurun, albumin menurun, leukosit dapat menurun atau meningkat, eritrosit menurun, dan hematokrit menunjukkan adanya kehilangan darah yang kronik.

2. USG (Ultrasonografi)

Pada penderita mioma uteri terlihat adanya massa pada daerah uterus. USG dapat menentukan jenis tumor, lokasi mioma, dan ketebalan endometrium.

3. Tes kehamilan terhadap chorioetic gonadotropin

Membantu dalam mengevaluasi adanya suatu pembesaran uterus yang

simetrik menyerupai kehamilan atau terdapat bersama dengan kehamilan.

4. Pap smear serviks

Pemeriksaan ini diindikasikan untuk menyingkap neoplasia serviks sebelum dilakukan histerektomi

5. Vaginal toucher

Pemeriksaan ini didapatkan adanya perdarahan pervaginam, teraba massa, ukuran, dan konsistensinya.

6. Laparoscopi

Untuk mengevaluasi massa pada pelvis

7. Histerosal pingogram

Pemeriksaan ini dianjurkan untuk klien yang masih ingin memiliki keturunan dan untuk mengevaluasi distorsi rongga uterus dan kelangsungan tuba falopi.

8. Histeroskopi

Pemeriksaan ini dapat mendeteksi mioma uteri submukosa dan infertilitas. Apabila tumor masih kecil dan bertangkai dapat segera diangkat.

9. MRI (*Magnetic Resonance Imaging*)

MRI sangat akurat dalam menggambarkan jumlah, ukuran, dan lokasi mioma, tetapi jarang diperlukan. Pada pemeriksaan MRI, mioma tampak sebagai massa gelap berbatas tegas dan dapat dibedakan dari miometrium yang normal.

### 2.1.7 Penatalaksanaan Mioma Uteri

Penanganan yang dapat dilakukan ada dua macam yaitu penanganan secara konservatif dan secara operatif (Manuaba, 2017).

1. Penatalaksanaan secara konservatif sebagai berikut :
  - a. Observasi dengan melakukan pemeriksaan pelvis secara periodic setiap 3-6 bulan
  - b. Bila anemia atau Hb < 8 g/dl dilakukan tranfusi PRC
  - c. Pemberian suplemen yang mengandung zat besi
  - d. Penggunaan agonis GnRH lenprotid asetat 3,75 mg 1M pada hari 1-3 menstruasi setiap minggu sebanyak 3 kali. Obat ini akan mengakibatkan pengerutan tumor dan menghilangkan gejala. Obat ini juga menekan sekresi gonadotropin dan menciptakan keadaan hipohistrogenik yang serupa yang ditekan pada periode post menopause efek maksimum dalam mengurangi ukuran tumor diobservasi dalam 12 minggu. GnRH dapat diberikan sebelum pembedahan.
2. Penatalaksanaan operatif apabila :
  - a. Apabila tumor lebih besar dari ukuran uterus
  - b. Pertumbuhan tumor cepat
  - c. Mioma subserosa bertangkai dan torsi
  - d. Apabila dapat menjadi penyulit pada kehamilan berikutnya
  - e. Hipermenorea pada mioma submukosa
  - f. Terjadi penekanan pada organ sekitarnya

Jenis penanganan operasi yang dapat dilakukan yaitu :

1. Penanganan secara kuretase

Prosedur kuretase adalah proses pelepasan jaringan yang melekat pada dinding kavum uteri dengan melakukan invasi dan manipulasi instrumen (sendok kuret) ke dalam kavum uteri. Sendok kuret akan melepaskan jaringan dengan teknik pengerokan secara sistematis (Saifuddin, 2012).

2. Miomektomy

Miomektomy adalah pengambilan mioma saja tanpa pengangkatan uterus. Tindakan ini dibatasi pada mioma dengan tangkai dan jelas sehingga mudah dijepit dan diikat. Miomektomy sebaiknya tidak dilakukan apabila ada kemungkinan dapat terjadi karsinoma endometrium dan juga pada saat masa kehamilan. Apabila seorang wanita telah dilakukan miomektomy kemungkinan dapat hamil sekitar 30-50% dan perlu disadari oleh penderita bahwa setelah dilakukan miomektomy harus dilanjutkan histerektomi.

3. Histerektomi

Histerektomi adalah suatu tindakan operatif dimana seluruh organ pada uterus harus diangkat atau dengan kata lain histerektomi adalah operasi pengangkatan rahim seorang wanita. Histerektomi dilakukan apabila pasien tidak menginginkan anak lagi, dan bagi penderita yang memiliki mioma yang simptomatik atau yang sudah bergejala. Histerektomi dibagi menjadi beberapa jenis, yaitu :

a. Histerektomi parsial (subtotal)

Pada histerektomi jenis ini, kandungan diangkat tetapi mulut rahim (serviks) tetap ditinggal.

b. Histerektomi total

Pengangkatan kandungan termasuk mulut rahim.

c. Histerektomi dan salpingo-ooferektomi bilateral Pengangkatan uterus, mulut rahim, kedua tuba fallopi, dan kedua ovarium. Pengangkatan ovarium akan mengakibatkan menopause.

d. Histerektomi radikal

Pengangkatan bagian atas vagina serta jaringan dan kelenjar limfe pada sekitar kandungan.

Kriteria untuk histerektomi adalah :

a. Terdapat 1 sampai 3 *leiomioma* asimtomatik atau yang dapat teraba dari luar dan dikeluhkan oleh pasien.

b. Perdarahan pada uterus yang berlebihan

Perdarahan yang terjadi secara berulang dan dan menggumpal selama lebih dari 8 hari dan bisa menyebabkan terjadinya anemia.

c. Rasa tidak nyaman di *pelvis*

Rasa tidak nyaman di *pelvis* merupakan dampak dari mioma meliputi: nyeri akut, rasa tertekan pada bagian punggung bawah atau perut bagian bawah yang kronis,

d. Penekanan buli-buli dan frekuensi saluran kemih yang berulang dan tidak disebabkan karena adanya infeksi saluran kemih

4. Radioterapi

a. Dilakukan hanya pada pasien yang tidak dapat dioperasi (*bad risk patient*)

b. Uterus harus lebih kecil dari usia kehamilan 12 minggu

- c. Bukan mioma jenis submukosa
- d. Tidak disertai dengan adanya radang pelvis atau penekanan pada rectum
- e. Tidak dilakukan pada wanita muda, karena dapat menyebabkan menopause
- f. Tujuan dari radioterapi adalah untuk menghentikan perdarahan

### **2.1.8 Komplikasi Mioma Uteri**

1. Perdarahan sampai terjadi anemia
2. Torsi (putaran tangkai mioma), mioma dengan tangkai dapat mengalami torsi, timbul gangguan sirkulasi akut sehingga mengalami nekrosis. Dengan demikian terjadi sindrom abdomen akut. Dimana sarang mioma dapat mengalami nekrosis dan infeksi yang disebabkan karena adanya gangguan sirkulasi darah, misalnya pada mioma uteri terjadi perdarahan berupa metroragia yang disertai leukore dan gangguan yang disebabkan oleh infeksi dari uterus itu sendiri ada 2 kriteria yaitu mioma uteri subserosa dan mioma uteri submukosa
3. Nekrosis dan infeksi
4. Pengaruh timbal balik mioma dan kehamilan yaitu timbulnya infeksi, abortus, persalinan premature dan kelainan letak, infeksi uretra, gangguan jalan persalinan, retensi *plasenta*

## **2.2 Konsep Keperawatan Perioperatif**

### **2.2.1 Definisi Keperawatan Perioperatif**

Keperawatan perioperatif merupakan istilah yang digunakan untuk menggambarkan keragaman fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan pasien. Istilah perioperatif adalah suatu istilah gabungan yang mencakup tiga fase pengalaman pembedahan yaitu *preoperative phase* (fase pra operasi), *intraoperative phase* (fase intraoperasi) dan *post operative phase* (fase pasca operasi). Masing-masing fase ini dimulai pada waktu tertentu dan berakhir pada waktu tertentu pula dengan urutan peristiwa yang membentuk pengalaman bedah dan masing-masing mencakup rentang perilaku dan aktivitas keperawatan yang luas yang dilakukan oleh perawat menggunakan proses keperawatan dan standar praktik keperawatan (Majid, A. & Judha. M., 2012).

### **2.2.2 Fase-Fase Pelayanan Keperawatan Perioperatif**

#### **1) Fase Pre Operatif**

Fase pre operatif dimulai ketika ada keputusan untuk dilakukan intervensi bedah dan diakhiri ketika pasien dikirim ke meja operasi. Lingkup aktivitas keperawatan selama waktu tersebut dapat mencakup penetapan pengkajian dasar pasien di tatanan klinik ataupun rumah, wawancara pre operatif dan menyiapkan pasien untuk anastesi yang diberikan serta pembedahan (HIPKABI, 2014).

Asuhan keperawatan pre operatif pada prakteknya akan dilakukan secara berkesinambungan, baik asuhan keperawatan pre operatif di bagian rawat inap, poliklinik, bagian bedah sehari (one day care), atau di unit gawat darurat yang kemudian dilanjutkan di kamar operasi oleh perawat kamar bedah (Arif

Muttaqin, 2015).

## 2) Fase Intra Operatif

Fase intra operatif dimulai ketika pasien masuk kamar bedah dan berakhir saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan atau ruang perawatan intensif (HIPKABI, 2014). Pada fase ini lingkup aktivitas keperawatan mencakup pemasangan infus, pemberian medikasi intravena, melakukan pemantauan kondisi fisiologis menyeluruh sepanjang prosedur pembedahan dan menjaga keselamatan pasien. Dalam hal ini sebagai contoh memberikan dukungan psikologis selama induksi anestesi, bertindak sebagai perawat scrub, atau membantu mengatur posisi pasien di atas meja operasi dengan menggunakan prinsip-prinsip kesimetrisan tubuh (Smeltzer, S.C, & Bare Brenda, 2013).

Pengkajian yang dilakukan perawat kamar bedah pada fase intra operatif lebih kompleks dan harus dilakukan secara cepat dan ringkas agar segera dilakukan tindakan keperawatan yang sesuai. Kemampuan dalam mengenali masalah pasien yang bersifat resiko maupun aktualakan didapatkan berdasarkan pengetahuan dan pengalaman keperawatan. Implementasi dilaksanakan berdasarkan pada tujuan yang diprioritaskan, koordinasi seluruh anggota tim operasi, serta melibatkan tindakan independen dan dependen (Arif Muttaqin, 2015).

Pada fase ini terdapat juga pengisian *checklist*. Yang bertanggung jawab untuk memeriksa *checklist*, yaitu perawat sirkuler tetapi dapat juga setiap dokter yang berpartisipasi dalam operasi. *Checklist* dalam operasi dibagi menjadi tiga fase, masing - masing sesuai dengan periode waktu tertentu dalam prosedur

normal : periode sebelum induksi anestesi (*sign in*), periode setelah induksi dan sebelum insisi (*time out*) dan periode selama atau segera setelah penutupan luka.

- a) Fase *sign in* yaitu sebelum induksi anestesia, koordinator pengisian checklist akan secara verbal mengkonfirmasi dengan pasien (jika mungkin) identitasnya, lokasi operasi, prosedur dan persetujuan operasi telah diperoleh. Koordinator akan selalu mengkonfirmasi bahwa lokasi operasi sudah ditandai (jika perlu) dan akan meninjau secara lisan dengan anestesi profesional mengenai resiko pasien kehilangan darah, penyulit pernapasan, alergi, dan juga apakah persiapan mesin anestesi serta obat- obatan telah lengkap.
- b) Fase *time out*, tim akan berhenti sesaat sebelum sayatan kulit untuk mengkonfirmasi dengan keras bahwa operasi yang sedang dilakukan pada pasien yang benar dan lokasi yang benar. Semua anggota tim kemudian akan meninjau secara verbal satu sama lain, pada gilirannya, unsur-unsur penting dari rencana mereka untuk operasi, menggunakan pertanyaan checklist pada panduan. Mereka juga akan mengkonfirmasi bahwa antibiotik profilaksis telah diberikan dalam 60 menit sebelumnya dan bahwa pencitraan penting ditampilkan sebagaimana mestinya.
- c) Fase *sign out* tim akan meninjau bersama operasi yang dilakukan, kelengkapan jumlah spons dan instrumen serta label dari setiap spesimen bedah yang diperoleh. Mereka juga akan meninjau setiap malfungsi peralatan atau masalah yang perlu ditangani. Pada akhirnya tim akan meninjau rencana utama dan kekhawatiran untuk manajemen pasca operasi serta pemulihan sebelum memindahkan pasien dari ruang operasi.

### 3) Fase *Post Operatif*

Fase post operatif dimulai dengan masuknya pasien ke ruang pemulihan (*recovery room*) atau ruang intensive dan berakhir dengan evaluasi tindak lanjut pada tatanan rawat inap, klinik, maupun di rumah. lingkup aktivitas keperawatan mencakup rentang aktivitas yang luas selama periode ini. Pada fase ini fokus pengkajian meliputi efek agen anestesi dan memantau fungsi vital serta mencegah komplikasi. Aktivitas keperawatan kemudian berfokus pada peningkatan penyembuhan pasien dan melakukan penyuluhan, perawatan tindak lanjut, serta rujukan untuk penyembuhan, rehabilitasi, dan pemulangan (HIPKABI, 2014).

#### 2.2.3 Tim Operasi

Anggota tim operasi secara umum dibagi dalam dua kelompok besar, yaitu anggota tim steril dan anggota tim non steril .

- 1) Steril : ahli bedah, asisten bedah dan perawat instrumentator (*scrub nurse*).
- 2) Nonsteril : ahli anestesi, perawat anestesi, perawat sirkuler dan teknisi (operator alat, ahli patologi dan lain-lain)

Perawat kamar bedah dibagi menjadi :

- 1) Perawat Instrumen (*scrub nurse*)

Perawat instrumen (*scrub nurse*) adalah seorang tenaga perawat profesional yang diberi wewenang dan ditugaskan dalam pengelolaan paket alat pembedahan selama tindakan pembedahan berlangsung. Secara administratif bertanggung jawab kepada kepala kamar operasi, dan secara operasional atau tindakan bertanggung jawab terhadap ahli bedah dan perawat kepala kamar operasi.

## 2) Perawat Sirkulasi (*circulating nurse*)

Perawat sirkulasi (*circulating nurse*) adalah seorang tenaga perawat profesional yang diberi wewenang dan tanggung jawab membantu kelancaran pelaksanaan pembedahan. Secara administrasi dan operasional bertanggung jawab kepada kepala kamar operasi, dan kepada ahli bedah.

## 3) Perawat Anestesi

Perawat anestesi adalah seorang tenaga perawat profesional yang diberi wewenang dan tanggung jawab dalam membantu terselenggaranya pelaksanaan tindakan pembiusan di kamar operasi. Secara administratif dalam kegiatan keperawatan bertanggung jawab kepada perawat kepala kamar operasi dan secara operasional bertanggung jawab kepada ahli anestesi / bedah.

## 2.3 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

### 2.3.1 Pengkajian

Dalam pengkajian gawat darurat terdapat dua pemeriksaan yang diperhatikan yaitu pengkajian *Primary Survey* yang meliputi *Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure* dan *Secondary Survey* yang meliputi pengkajian awal dan pemeriksaan fisik *head to toe*.

#### 1. *Primary Survey*

##### 1. *Airway*

Dengan kontrol servikal, yang pertama harus dinilai adalah kelancaran jalan nafas. Ini meliputi pemeriksaan adanya obstruksi jalan nafas oleh adanya benda asing atau fraktur di bagian wajah. Usaha untuk membebaskan jalan nafas harus memproteksi tulang *cervikal*, karena itu teknik *Jaw Thrust* dapat digunakan. Pasien dengan gangguan kesadaran

atau GCS kurang dari 8 biasanya memerlukan pemasangan *airway definitive* (Putu Sukma, 2015).

## 2. *Breathing*

Setelah mengamankan airway maka selanjutnya kita harus menjamin ventilasi yang baik. Ventilasi yang baik meliputi fungsi dari paru paru yang baik, dinding dada dan diafragma. Beberapa sumber mengatakan pasien dengan fraktur ektrimitas bawah yang signifikan sebaiknya diberi *high flow oxygen* 15 lpm lewat *non-rebreathing mask* dengan *reservoir bag* (Putu Sukma, 2015).

## 3. *Circulation*

Ketika mengevaluasi sirkulasi maka yang harus diperhatikan disini adalah volume darah, pendarahan, syok, anemia, CRT dan cardiac output. Pendarahan sering menjadi permasalahan utama pada kasus patah tulang, terutama patah tulang terbuka. Menghentikan pendarahan yang terbaik adalah menggunakan penekanan langsung dan meninggikan lokasi atau ektrimitas yang mengalami pendarahan di atas level tubuh. Pemasangan bidai yang baik dapat menurunkan pendarahan secara nyata dengan mengurangi gerakan dan meningkatkan pengaruh tamponade otot sekitar patahan. Pada patah tulang terbuka, penggunaan balut tekan steril umumnya dapat menghentikan pendarahan. Penggantian cairan yang agresif merupakan hal penting disamping usaha menghentikan pendarahan (Putu Sukma, 2015).

#### 4. *Disability*

Menjelang akhir *survey primer* maka dilakukan evaluasi singkat terhadap keadaan neurologis. yang dinilai disini adalah tingkat kesadaran, ukuran dan reaksi pupil, tanda-tanda lateralisasi dan tingkat cedera spinal. (Putu Sukma, 2015).

#### 5. *Exposure*

Pakaian pasien harus dibuka keseluruhan, seiring dengan cara menggunting guna memeriksa dan dievaluasi adanya jejas/luka lainnya, setelah pakaian dibuka, penting bahwa pasien diselimuti agar pasien tidak hipotermia (Putu Sukma, 2015).

### 2. *Secondary Survey*

Pengkajian Asuhan keperawatan pada klien fraktur menurut Muttaqin (2015) yaitu :

1. Identitas klien : nama, umur, jenis kelamin, agama, alamat, bangsa, pendidikan, pekerjaan tanggal MRS, diagnosa medis, nomor registrasi.
2. Keluhan utama : Nyeri akut atau kronik tergantung berapa lamanya serangan.
  - a. *Probing insiden* : apa ada peristiwa faktor nyeri.
  - b. *Quality of pain* : bagaimana rasanya nyeri saat dirasakan pasien (panas, berdenyut atau menusuk).
  - c. *Region Radiation of pain* : apakah sakit bisa reda dalam sekejap, apa terasa sakit menjalar, dan dimana posisi sakitnya.
  - d. *Severity / scale of pain* : seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan pasien berdasarkan skala nyeri.

- e. Time : berapakah waktu nyeri berlangsung, apa bertambah buruk pada waktu malam hari atau pagi hari.
3. Riwayat penyakit sekarang : Pada pasien patah tulang disebabkan karena trauma atau kecelakaan dapat secara degeneratif atau patologis yang disebabkan awalnya pendarahan, kerusakan jaringan di sekitar tulang yang mengakibatkan nyeri, bengkak, pucat atau perubahan warna kulit dan terasa kesemutan.
4. Riwayat penyakit dahulu : Apakah pasien mengalami patah tulang sebelumnya atau pasien pernah memiliki penyakit menurun sebelumnya. Memiliki penyakit osteoporosis/arthritis atau penyakit lain yang sifatnya menurun atau menular.
5. Riwayat kesehatan keluarga : Di dalam anggota keluarga apakah ada atau tidak yang pernah mengalami penyakit fraktur atau penyakit lainnya yang menurun.
6. Pemeriksaan fisik

Menurut Muttaqin (2015), ada dua macam pemeriksaan fisik yaitu pemeriksaan fisik secara umum (status general) untuk mendapatkan gambaran umum dan pemeriksaan setempat (local). Hal ini diperlukan untuk dapat melaksanakan perawatan total (total care).

a. Pemeriksaan fisik secara umum

- 1) Kesadaran klien : apatis, sopor, koma, gelisah, komposmentis yang bergantung pada klien
- 2) Kedaan penyakit : akut, kronis, ringan, sedang, berat.
- 3) Tanda-tanda vital tidak normal karena ada gangguan fungsi maupun bentuk.

b. Pemeriksaan fisik secara *Head to Toe*:

1) Kepala

- a) Inspeksi : Simetris, ada pergerakan
- b) Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

2) Leher

- a) Inspeksi : Simetris, tidak ada penonjolan
- b) Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, reflek menelan ada

3) Wajah

- a) Inspeksi : Simetris, terlihat menahan sakit
- b) Palpasi : Tidak ada perubahan fungsi maupun bentuk, tidak ada lesi, dan tidak ada oedema.

4) Mata

- a) Inspeksi : Simetris
- b) Palpasi : Tidak ada gangguan seperti kongjungtiva tidak anemis (karena tidak terjadi perdarahan)

5) Telinga

- a) Inspeksi : Normal, simetris,
- b) Palpasi : Tidak ada lesi, dan nyeri tekan

6) Hidung

- a) Inspeksi : Normal, simetris
- b) Palpasi : Tidak ada deformitas, tidak ada pernafasan cuping hidung

## 7) Mulut

- a) Inspeksi : Normal, simetris
- b) Palpasi : Tidak ada pembesaran tonsil, gusi tidak terjadi perdarahan, mukosa mulut tidak pucat.

## 8) Thoraks

- a) Inspeksi : Simetris, tidak ada lesi, tidak bengkak
- b) Palpasi : Iktus cordis teraba atau tidak teraba
- c) Perkus Auskultasi : Tidak ada ronchi, wheezing, dan bunyi jantung I, II reguler

## 9) Paru.

- a) Inspeksi : Pernafasan meningkat,regular atau tidak tergantung pada riwayat penyakit klien yang berhubungan dengan paru.
- b) Palpasi : Pergerakan simetris, fermitus teraba sama.
- c) Perkusi : Apakah bunyi sonor, hipersonor, pekak
- d) Auskultasi : Suara nafas normal, tidak ada wheezing atau suara tambahan.

## 10) Jantung

- a) Inspeksi : Apakah ada oedem, perdarahan, sianosis
- b) Palpasi : Apakah nadi meningkat, iktus teraba atau tidak teraba
- c) Auskultasi : Suara S1 dan S2 tunggal

## 11) Abdomen

- a) Inspeksi : Simetris, bentuk datar
- b) Palpasi : Turgor elastis atau tidak, tidak ada pembesaran hepar.
- c) Perkusi : Suara timpani, ada pantulan gelombang cairan

d) Auskultasi : peristaltic usus normal  $\pm$  20 x/menit

12) Inguinal, genetalia, anus

a) Tidak ada hernia, tidak ada pembesaran limfe, tidak ada kesulitan BAB.

13) Musculoskeletal

a) Inspeksi (*look*), perhatikan wajah klien, warna kulit, saraf, tendon, ligament, jaringan lemak, otot, kelenjar limfe, tulang dan sendi, apakah ada jaringan parut, warna kemerahan atau kebiruan atau hiperpigmentasi, apa ada benjolan dan pembengkakan atau adakah bagian yang tidak normal.

b) Palpasi (*feel*) pada pemeriksaan palpasi yaitu : apakah teraba denyut arterinya, raba apakah adanya pembengkakan, palpasi daerah jaringan lunak supaya mengetahui adanya spasme otot, artrofi otot, adakah penebalan jaringan senovia, adanya cairan di dalam/di luar sendi, perhatikan bentuk tulang ada/tidak adanya penonjolan atau abnormalitas.

c) Pergerakan (*move*) : perhatikan gerakan pada sendi baik secara aktif/pasif, apa pergerakan sendi diikuti adanya krepitasi, lakukan pemeriksaan stabilitas sandi, apa pergerakan menimbulkan rasa nyeri, pemeriksaan ROM dan pemeriksaan pada gerakan sendi aktif ataupun pasif.

## **2.4 Diagnosa Keperawatan**

### **2.4.1 Pre Operasi**

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (trauma)
2. Disfungsi seksual
3. Ansietas

### **2.4.2 Intra Operasi**

1. Hipotermia
2. Nausea berhubungan dengan efek agen farmakologis

### **2.4.3 Post Operasi**

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)
2. Nausea

## 2.5 Analisa data

### 2.5.1 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status kenyamanan post operasi mioma uteri meningkat dengan kriteria hasil: a. Tingkat nyeri 1. Tidak mengeluh nyeri 2. Tidak meringis 3. Tidak bersikap protektif 4. Tidak gelisah 5. Kesulitan tidur menurun 6. Frekuensi nadi membaik b. Kontrol nyeri 1. Melaporkan nyeri terkontrol 2. Kemampuan mengenali onset nyeri meningkat 3. Kemampuan mengenali penyebab nyeri meningkat 4. Kemampuan menggunakan teknik (SDKI,D0077,Hal 172)	Manajemen Nyeri a. Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri nonverbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik b. Terapeutik 1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (misalnya akupresure, terapi pijat, kompres hangat/dingin) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misalnya suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur
2.	Disfungsi seksual	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan fungsi seksual	Edukasi seksual a. Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan

		<p>membalik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kepuasan hubungan seksual</li> <li>2. Verbalisasi aktivitas seksual berubah</li> <li>3. Verbalisasi peran seksual berubah</li> <li>4. Verbalisasi fungsi seksual berubah</li> </ol> <p>(SDKI, D.0069, Hal 156)</p>	<p>kemampuan menerima informasi</p> <p>b. Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sediakan materi dan media pendidikan</li> <li>2. Jadwalkan pendidikan sesuai kesepakatan</li> <li>3. Berikan kesempatan untuk bertanya</li> </ol> <p>c. Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan anatomi dan fisiologi sistem reproduksi laki-laki dan perempuan</li> <li>2. Jelaskan perkembangan seksualitas sepanjang siklus kehidupan</li> </ol>
3.	Ansietas	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat ansietas menurun :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pola tidur</li> <li>2. Perilaku gelisah</li> </ol> <p>(SDKI, D.0080, Hal 180)</p>	<p>Ansietas</p> <p>a. Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah</li> <li>2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan</li> <li>3. Monitor tanda – tanda ansietas</li> </ol> <p>b. Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</li> <li>2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan jika memungkinkan</li> <li>3. Pahami situasi yang membuat ansietas</li> <li>4. Gunakan pendekatan yang tenang dan menenangkan</li> </ol> <p>c. Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan prosedur termasuk sensasi yang memungkinkan</li> <li>2. informasikan secara faktual mengenai diagnosa, pengobatan, dan prognosis</li> <li>3. anjurkan keluarga tetap bersama pasien</li> </ol>

### 2.5.2 Implementasi keperawatan

Implementasi adalah pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap implementasi dimulai setelah rencana intervensi disusun dan ditunjukkan pada nursing orders untuk membantu pasien mencapai tujuan yang diharapkan. Tujuan dari implementasi adalah membantu pasien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan memfasilitasi coping (Nursalam. 2013). Menurut Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder (2013), pada proses keperawatan, implementasi terdiri atas melakukan dan mendokumentasikan tindakan yang merupakan tindakan khusus yang diperlukan untuk melaksanakan intervensi (program keperawatan). Perawat melaksanakan tindakan keperawatan untuk intervensi yang disusun dalam tahap perencanaan lalu mengakhiri tahap implementasi dengan mencatat tindakan keperawatan dan respon pasien terhadap tindakan yang diberikan. Implementasi keperawatan yang digunakan untuk pasien dengan nyeri akut adalah sebagai berikut.

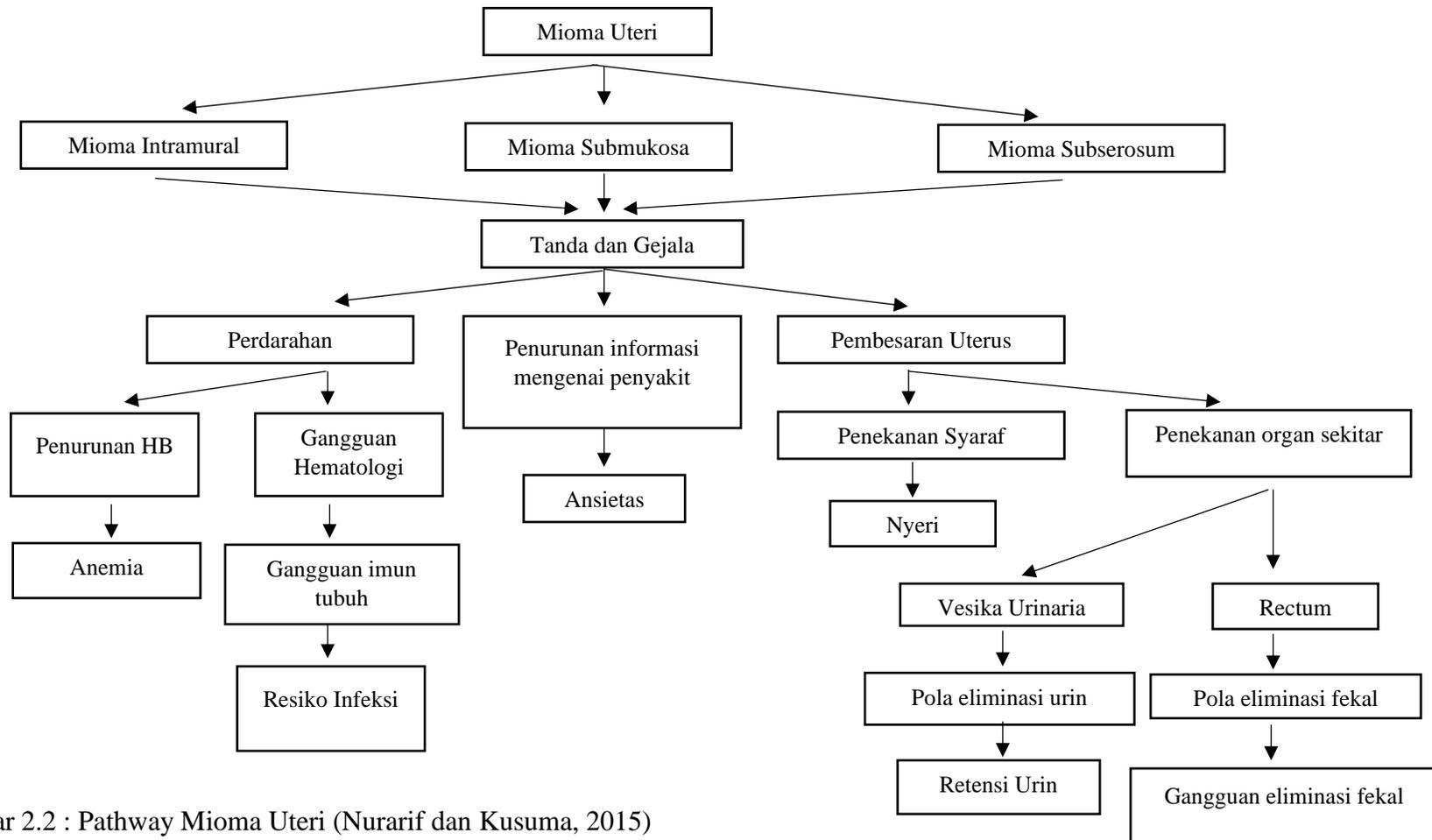
1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.
2. Mengidentifikasi skala nyeri.
3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.
4. Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan.  
Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (misalnya akupresure, terapi pijat, kompres hangat/dingin).
5. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri.

6. Mengkolaborasikan pemberian analgesik.

### 2.5.3 Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap terakhir dari proses keperawatan. Evaluasi keperawatan ialah evaluasi yang dicatat disesuaikan dengan setiap diagnosis keperawatan. Evaluasi keperawatan terdiri dari dua tingkat yaitu evaluasi sumatif dan evaluasi formatif. Evaluasi sumatif yaitu evaluasi respons (jangka panjang) terhadap tujuan, dengan kata lain, bagaimana penilaian terhadap perkembangan kemajuan ke arah tujuan atau hasil akhir yang diharapkan. Evaluasi formatif atau disebut juga dengan evaluasi proses, yaitu evaluasi terhadap respon yang segera timbul setelah intervensi keperawatan dilakukan. Format evaluasi yang digunakan adalah SOAP. S (*Subjective*) yaitu pernyataan atau keluhan dari pasien, O (*Objective*) yaitu data yang diobservasi oleh perawat atau keluarga, A (*Analysis*) yaitu kesimpulan dari objektif dan subjektif, P (*Planning*) yaitu rencana tindakan yang akan dilakukan berdasarkan analisis (Dinarti, Aryani, R., Nurhaeni, H., & Chairani 2013).

### 3.6 Pathway Mioma Uteri



Gambar 2.2 : Pathway Mioma Uteri (Nurarif dan Kusuma, 2015)

## **BAB 3**

### **TINJAUAN KASUS**

Bab ini membahas mengenai asuhan keperawatan pada Nn. W dengan diagnosis medis *Leiomyoma Of Uterus* meliputi : 1) Pengkajian, 2) Dianosa Keperawatan, 3) Intervensi Keperawatan, 4) Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

#### **3.1 Pengkajian**

##### **3.1.1 Data Dasar**

Pasien adalah seorang perempuan bernama Nn. W berusia 36 tahun, beragama Islam, bertempat tinggal di Surabaya, Jawa Timur. Dengan nomer registrasi 69-XX-XX Bahasa yang digunakan sehari – hari adalah bahasa jawa. Pasien dirawat dengan diagnosa medis *Leiomyoma Of Uterus* yang akan direncanakan akan melakukan prosedur tindakan pembedahan operasi laparotomy Miomektomy pada tanggal 21-06-2022, pasien masuk pada tanggal 16-06-2022 diruang F1.

Keluhan utama pada pasien saat masuk rumah sakit dikarenakan pasien mengatakan nyeri pada April lalu, pasien sudah beberapa kali kontrol dirumah sakit namun tak kunjung membaik lalu bulan Juni pasien memeriksakan kembali kondisinya dari Rumah Sakit Bhayangkara Surabaya untuk dirujuk ke RSPAL Dr. Ramelan Surabaya ke poli kandungan di USG dan didapat ada daging tumbuh di dalam rahim.

### 3.1.2 Pemeriksaan Fisik

#### 1. Pengkajian Pre operasi

Pada saat dikaji pada tanggal 21-06-2022 jam 10.15 Pasien selama di ruang tunggu OK Central tampak bingung dan cemas dengan tindakan operasi yang akan dilakukannya pasien juga mengatakan cemas karena baru pertama kali ini melakukan tindakan operasi ini sebelum belum pernah operasi apapun. Sebelum masuk diruang tindakan operasi pasien diberikan antibiotik Cefozollin 100 ml, keadaan umum pasien saat masuk ruang OK Central baik, status kesadaran composmentis, dengan berat badan 77 kg dan tinggi badan 165 cm lalu untuk IMT 28 cm, GCS 456 lalu untuk tanda tanda vital pasien sebelum operasi didapat tensi 100/61 mmHg, nadi 80 x/menit, suhu 36,7%, RR 19 x/menit untuk lokasi operasi abdomen. Pemeriksaan fisik Airway breathing Pasien sadar sepenuhnya, tidak ada sumbatan jalan nafas, pernapasan spontan, pergerakan dada simetris, tidak terdapat sesak, suara nafas vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan, RR : 19 x/menit, tidak terpasang alat bantu nafas. Circulation Tidak terdapat perdarahan eksternal, suara jantung S1-S2 tunggal, irama jantung reguler, terpasang infus RL 14 tpm, akral hangat kering merah, CRT < 2 detik, tidak ada sianosis, tidak ada nyeri dada, tidak ada oedem, kulit tidak pucat, kongjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik TD : 100/60 mmHg, N: 80x/menit, S: 36,7°C. Brain Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, GCS 456, N1 : penciuman baik, N2 : tidak ada gangguan penglihatan, N3,4,6 : pasien mampu menggerakkan bola mata ke segala arah, N5 : pasien dapat mengunyah, N7 : pasien dapat tersenyum simetris, dan dapat mengangkat alis, N8 : pasien

mampu mendengar dengan baik, N9,10 : pasien dapat menelan dengan baik, N11 : pasien Kekuatan otot dan kesimetrisan bahu baik serta memiliki daya dorong baik, N12 : pasien dapat menjulurkan lidah dan menggerakkan lidah. Bladder tidak ada distensi kandung kemih, terpasang folley kateter, urin bag kosong, Bowel Bentuk abdomen rounded, membran mukosa lembab, tidak terpasang NGT, tidak ada nyeri tekan, bising usus 15x/menit, makan terakhir jam 22.00 WIB. Pasien sudah puasa 6-8 jam sebelum operasi, nafsu makan baik, tidak ada mual dan muntah. Bone & Integumen Turgor kulit elastis, warna kulit sawo matang, kulit kepala tidak ada lesi, ROM aktif, tidak ada fraktur. Persiapan pasien masuk OK perhiasan tidak ada, folley kateter terpasang, konfirmasi pasien kembali identitas pasien, lokasi operasi, inform consent.

## 2. Pengkajian Intra Operasi

Pada saat pasien masuk diruang kamar operasi dan melanjutkan dengan pemeriksaan kelengkapan operasi, sesekali perawat mengajak berbicara pasien prosedur pembedahan dilakukan oleh Dokter bedah, Perawat sirkuler dengan bantuan perawat anestesi. Jenis anestesi adalah spinal dan obat anastisnya yaitu Regivell 80 mg, dengan suhu kamar 20° celcius dan kelembapan udara 60%. Estimasi lama operasi ini kurang lebih 2,5 jam dimulai pukul 10.45 – 13.05, posisi infus ditangan sebelah kiri terpasang RL 166 tpm, terpasang nasal kanul 4 lpm, posisi pembedahan supine. Disinfeksi kulit menggunakan Povidone Iodine yang dilakukan di area abdomen dengan jenis operasi bersih. Obat selama tindakan operasi Ephedrine 12,5 – 25 mg, Atripine Sulfate 1 -2 mg, Lidocaine 1 – 1,5 mg, Tranexamic Acid 1 – 1,5 mg.

Pasien merasakan mual saat tindakan operasi berlangsung lalu perawat anatesi memberikan Ondansetron 2x5 mg. Kassa saat operasi berjumlah kurang lebih 28, irigasi/pencucian menggunakan cairan Ns 500 cc, pemantauan tanda vital selama operasi pada jam pertama pukul 10.00 tensi 120/61 mmHg, Nadi 75x/menit, RR 19x/menit, SPO2 99%, suhu 36°C. Pada jam kedua tensi 110/61 mmHg, RR 20x/menit, Nadi 83 x/menit, suhu 36,5° SPO2 100%. Pada jam ketiga tensi 123/74 mmHg, RR 20 x/menit, Nadi 63x/menit, suhu 36,7°C, SPO2 99%. Evaluasi output cairan bleeding 200 cc, irigasi 800 cc, urine 200 cc.

### 3. Pengkajian Post operasi

Setelah pasien keluar dari kamar operasi pada pukul 13.05 dengan estimasi waktu lama operasi 2,5 jam. Pada pengkajian ini dilakukan pada saat pasien telah dipindah di *recovery room*, *airway* paten tidak ada secret terpasang O2 nasal kanul 4 lpm posisi supine. Tekanan darah 121/80 mmHg, SPO2 99%, RR 20 x/menit, Nadi 88 x/menit, Suhu 35,3°C, kesadaran composmentis. Pasien mengatakan merasakan menggigil dan masih merasakan mual setelah pindah ke *recovery room*.

### 3.2 Diagnosa keperawatan

#### 3.2.1 Analisa Data Pre operatif

**Tabel 3.1 Diagnosis Keperawatan Pre Operatif pada Nn. W dengan Diagnosa Medis Leiomyoma Of Uterus**

No	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
1.	DS:pasien mengatakan cemas karena baru pertama kali ini melakukan tindakan operasi sebelumnya tidak pernah operasi apapun DO: 1. Pasien tampak cemas 2. Pasien tampak gelisah 3. Pasien tampak tegang	Krisis Situasional	Ansietas  (SDKI/D.0080/180)

**Tabel 3.2 Intervensi Keperawatan Pre Operatif pada Nn. W dengan Diagnosa Medis Leiomyoma Of Uterus**

No	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	Anisetas berhubungan dengan Krisis Situasional  (SDKI/D.0080/180)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x30 menit diharapkan Tingkat Ansietas Menurun, dengan kriteria hasil: 1. Perilaku gelisah menurun 2. Perilaku tegang menurun  (SLKI/L.09093/132)	1. Monitor tanda – tanda ansietas 2. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 3. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan  (SIKI/1.09314/387)	1. Identifikasi masalah spesifik akan meningkatkan kemampuann individu untuk menghadapinya dengan realitis 2. Sebagai indikator awal dalam menentukan intervensi berikutnya

**Tabel 3.3 Implementasi Keperawatan Pre Operatif pada Nn. W dengan Diagnosa Medis Leiomyoma Of Uterus**

No	Tanggal	No. Dx	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	21/06/22 08.25 08.40 08.45	1	1. Memonitor tanda-tanda ansietas 2. Memberikan lingkungan yang aman dan nyaman untuk pasien 3. Berada didekat pasien untuk menenangkan	S: pasien mengatakan cemas karena baru pertama kali ini melakukan tindakan operasi sebelumnya tidak pernah operasi apapun O: 1. Pasien tampak gelisah 2. Pasien tampak cemas A: Masalah ansietas belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan	Rizki

Berdasarkan pada standart diagnosa keperawatan yang ada dan stase yang sedang dijalankan dalam keperawatan kegawatdaruratan maka kami hanya berfokus pada sistem terkait keperawatan kegawatdaruratan. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional didasarkan dengan perolehan data subjektif yang menunjukkan bahwa pasien mengatakan cemas karena baru pertama kali ini melakukan tindakan operasi sebelum ini belum pernah operasi apapun. Dan data objektif dengan keluhan pasien cemas dan gelisah.

### 3.2.2 Analisa Data Intra Operasi

**Tabel 3.4 Diagnosis Keperawatan Intra Operatif pada Nn. W dengan Diagnosa Medis Leiomyoma Of Uterus**

No	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
1	DS : Pasien mengeluh mual DO : 1. Pasien tampak menelan ludah 2. Saliva meningkat	Efek agen farmakologis	Nausea  (SDKI/D.0076/170)

**Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan Intra Operatif pada Nn. W dengan Diagnosa Medis Leiomyoma Of Uterus**

No	Diagnosa	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	Nausea berhubungan dengan efek agen farmakologis (SDKI/D.0076/170)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x2 jam diharapkan Tingkat nausea Menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan mual 2. Perasaan ingin muntah 3. Jumlah saliva (SLKI/L.08065/144)	Observasi 1. Identifikasi isyarat nonverbal ketidaknyamanan 2. Monitor mual 3. Identifikasi faktor penyebab mual 4. Kolaborasi 5. Pemberian antiemetik (SIKI/1.03117/197)	1. Mengidentifikasi keefektifan yang diberikan 2. Membantu mengurangi efek mual dan menengahkan muntah 3. Untuk menghindari terjadinya mual

**Tabel 3.6 Implementasi & Evaluasi Keperawatan Intra Operatif pada Nn. W dengan Diagnosa Medis Leiomyoma Of Uterus**

No	Tanggal	No Dx	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	21/06/2022 10.00  10.10  10.20  10.35	1	1. Mengidentifikasi isyarat nonverbal ketidaknyamanan Pasien tampak tidak nyaman 2. Memonitor mual Pasien tampak ingin muntah 3. Mengidentifikasi faktor penyebab mual Pemberian obat - obatan selama operasi 4. Memberian antiemetik Inj. Ondansetron 2x5 mg	S : pasien merasakan mual saat operasi O : 1. pasien tampak menelan ludah 2. saliva meningkat A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan	Rizki

Berdasarkan pada standart diagnosa keperawatan yang ada dan stase yang sedang dijalankan dalam keperawatan kegawatdaruratan maka kami hanya berfokus pada sistem terkait keperawatan kegawatdaruratan. Nausea berhubungan dengan efek agen farmakologis didasarkan dengan perolehan data subjektif yang

menunjukkan bahwa pasien merasakan mual saat operasi Dan data objektif dengan keluhan pasien tampak menelan ludah, saliva meningkat.

### 3.2.3 Analisa Data Post Operasi

**Tabel 3.7 Diagnosa Keperawatan Post Operatif pada Nn. W dengan Diagnosa Medis Leiomyoma Of Uterus**

No.	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
1	DS : pasien mengatakan kedinginan saat berada direcovery room DO : 1. Kulit teraba dingin 2. Akral dingin 3. Suhu 35,3°C	Efek agen farmakologis (anastesi) dan terpapar suhu lingkungan yang rendah.	Hipotermia  (SDKI/D.0131/286)

**Tabel 3.8 Intervensi Keperawatan & Kriteria Hasil Post Operatif pada Nn. W dengan Diagnosa Medis Leiomyoma Of Uterus**

No	Diagnosa	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	Hipotermia berhubungan dengan Efek Agen Farmakologis (anastesi) dan terpapar suhu lingkungan yang rendah  (SDKI/D.0131/286)	Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 1x3 jam diharapkan termogulasi membaik kriteria hasil: 1. menggigil menurun 2. suhu tubuh membaik 3. suhu kulit membaik (SLKI/L.14134/128)	Observasi 1. Monitor suhu tubuh 2. Identifikasi penyebab hipotermia 3. Monitor tanda gejala akibat hipotermia 4. Terapeutik 5. Sediakan lingkungan yang hangat 6. Lakukan penghangatan masif  (SIKI/1.14507/183)	1. Memonitor suhu pasien 2. Mengidentifikasi penyebab hipotermia 3. memonitor tanda dan gejala hipotermia 4. menyediakan lingkungan yang hangat

**Tabel 3.9 Implementasi Keperawatan & Evaluasi Keperawatan Post Operatif pada Nn. W dengan Diagnosa Medis Leiomyoma Of Uterus**

No	Tanggal	No Dx	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	21/06/22 12.00 12..10 12.20 12.30 12.35	1	Observasi 1. memonitor suhu tubuh 2. mengidentifikasi penyebab hipotermia 3. memonitor tanda gejala hipotermia akibat 4. menyediakan lingkungan yang hangat 5. melakukan penghangatan masif	S: pasien mengatakan kedinginan saat berada di <i>recovery room</i> O : 1. Kulit teraba dingin 2. Akral dingin Suhu 35,3°C A: Masalah teratasi P : Intervensi dilanjutkan	Rizki

Berdasarkan pada standart diagnosa keperawatan yang ada dan stase yang sedang dijalankan dalam keperawatan kegawatdaruratan maka kami hanya berfokus pada sistem terkait keperawatan kegawatdaruratan. Hipotermia berhubungan dengan Efek Agen Farmakologis (anastesi) didasarkan dengan perolehan data subjektif yang menunjukkan bahwa pasien mengatakan kedinginan saat berada di *recovery room* Dan data objektif dengan keluhan pasien pasien Kulit teraba dingin, Akral dingin.

## **BAB 4**

### **PEMBAHASAN**

Bab ini akan membahas asuhan keperawatan kegawatdaruratan pada pasien dengan diagnose *Leiomyoma Of Uterus* di OK Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang dilaksanakan 21 Juni 2022 sesuai dengan pelaksanaan asuhan keperawatan kegawatdaruratan dengan pendekatan proses keperawatan dari tahap pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

#### **4.1 Pengkajian Keperawatan**

Penulis melakukan pengkajian pada pasien dengan melakukan anamnesa kepada pasien, melakukan pemeriksaan fisik, dan mendapatkan data dari pemeriksaan penunjang medis.

##### **4.1.1 Identitas**

Data didapatkan dari pasien bernama Nn. W, berjenis kelamin perempuan berusia 36 tahun yang akan direncanakan tindakan pembedahan Miomektomi dengan besar mioma uteri 10 cm, Mioma uteri ditemukan sekitar 20% pada wanita usia produktif dan sekitar 40-50% pada usia diatas 40 tahun. Mioma uteri jarang ditemukan sebelum *menarche* (sebelum haid). Miomektomi sebaiknya tidak dilakukan apabila ada kemungkinan dapat terjadi karsinoma endometrium dan juga pada saat masa kehamilan (Prawirohardjo Sarwono, 2016). Menurut penulis mioma terjadi karena stimulasi esterogen yang berperan untuk terjadinya mioma uteri karena tingginya kadar esterogen pada wanita di usia produktif akan memiliki resiko lebh tinggi terkena mioma uteri karena mioma uteri banyak ditemukan setelah *menarche* dan mioma akan mengecil pada saat *menopause*

#### **4.1.2 Keluhan dan Riwayat Penyakit**

Keluhan utama pada pasien adalah pasien mengatakan cemas dan takut akan tindakan operasi, pasien juga terlihat tegang, akan tindakan operasi takut gagal Operasi adalah semua tindakan pengobatan yang menggunakan cara invasive dengan membuka atau menampilkan bagian tubuh. Pandangan setiap orang dalam menghadapi pre operasi berbeda seperti contoh ada yang ansitas (Reza maghfirotun nisa, 2018).

Pasien tidak memiliki riwayat penyakit lain dan pasien mengatakan baru pertama kali ini menjalani operasi.

#### **4.2 Pemeriksaan Fisik**

1. Pemeriksaan pre operatif pasien mengatakan bahwa pasien cemas akan prosedur operasi yang akan dilakukan saat ini dan hasil pemeriksaan menunjukkan muka pasien tampak tegang dan selalu bertanya tentang prosedur operasi yang akan dijalani dan tanda – tanda vital kesadaran umum baik, hasil pemeriksaan tanda – tanda vital kesadaran composmentis, GCS 456, dengan total 15, tekanan darah 100/61 mmHg, Nadi 80 x/menit, Suhu 36,7 %, RR 19 x/menit, berat badan 77 kg, tinggi badan 165 cm.
2. Pemeriksaan intra operatif didapatkan pemantauan saat pelaksanaan intra operasi terpasang infus dengan cairan RL 166 tpm dengan jenis operasi bersih terpasang O2 nasal kanul 4 lpm. Obat selama anastesi Ephedrine 12,5 – 25 mg, Atripine Sulfate 1 -2 mg, Lidocaine 1 – 1,5 mg, Tranexamic acid 1 – 1,5 mg, Ondansetron 2x5 mg. Jumlah kassa Kassa saat operasi berjumlah kurang lebih 28, pemantauan vital tekanan darah 120/61 mmHg, Nadi 80 x/menit, RR 19 x/menit, SpO2 99%, Resp Mode : terkontrol.

3. Pemeriksaan post operasi didapatkan hasil pengkajian bahwa pasien mengeluh kedinginan, tekanan darah 123/74 mmHg, Nadi 63 x/menit, Suhu 35,3°C SpO<sub>2</sub> 99%, irama jantung reguler dan tidak ada kelainan jantung keadaan pasien baik.

### **4.3 Diagnosis Keperawatan**

Diagnosa keperawatan pada pasien dengan mioma uteri disesuaikan dengan diagnosa keperawatan menurut (Tim Pokja SDKI PPNI, 2017)

#### **4.3.1 Ansietas berhubungan dengan Krisis Situasional**

Data diagnosa keperawatan diangkat berdasarkan pengkajian yang diperoleh pada data subjektif dimana dalam keadaan tersebut pasien mengatakan cemas karena baru pertama kali ini melakukan tindakan operasi sebelumnya tidak pernah operasi apapun, dan didukung dengan data objektif pasien terlihat gelisah (Tim Pokja SDKI PPNI, 2017).

Menurut asumsi penulis bahwa setiap pasien yang akan menjalani operasi akan memberikan respon yang berbeda – beda. Mayoritas pasien yang baru pertama kali akan melakukan tindakan operasi akan mengalami ansietas hal ini akan berpengaruh pada perubahan – perubahan fisik seperti frekuensi nadi dan pernafasan meningkat, gerakan tangan tidak terkontrol, telapak lembab, gelisah.

Setiap menghadapi pre operasi selalu menimbulkan ansietas. Ansietas menurut (Mayor, 2018) adalah pengalaman subjektif dari seseorang yang membuat tidak nyaman selalu berkaitan dengan perasaan yang tidak berdaya dapat memberikan dampak yang mempengaruhi fungsi fisiologis dan psikologis. Dampak fungsi fisiologis yang ditandai dengan adanya perubahan-perubahan fisik seperti meningkatkan frekuensi nadi dan pernafasan, gerakan-gerakan tangan yang tidak terkontrol, telapak tangan lembab, gelisah, menanyakan pertanyaan

yang sama berulang kali, sulit tidur, dan sering BAK (buang air kencing) (Smeltzer, S.C, & Bare Brenda 2013).

#### **4.3.2 Nausea Berhubungan dengan Efek Agen Farmokologis**

Saat pasien dilakukan prosedur operasi didapatkan pengkajian bahwa pasien terlihat ingin muntah. Berdasarkan hasil data subjektif pasien terlihat ingin muntah (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

Menurut penulis kejadian mual-muntah ini lebih sering menyebabkan ketidaknyamanan dibandingkan nyeri pasca bedah. Mual-muntah ini dapat terjadi pada 10-80% pasien yang menjalani pembedahan dan anestesi. Mual dan muntah ini jarang bersifat fatal, tetapi tidak menyenangkan dan membuat pasien merasa tidak nyaman dengan perawatan yang dijalaninya.

Pada kondisi ini ada solusi yang dapat diberikan untuk mengatasi mual-muntah dengan memberikan obat. Jenis obat yang didapatkan adalah Ondansetron. Sebuah penelitian menyatakan Ondansetron dalam menekan mual muntah efektif sebesar 86,7 %, sedangkan kelompok Deksametason dapat menekan mual muntah sebesar 46,7 %. Perbedaan ini mungkin disebabkan karena pengaruh faktor psikologi, perbedaan sensitivitas masing-masing pasien terhadap obat anestesi maupun karena manipulasi saat pembedahan (Arisdiani, Triana, Asyrofi, 2019).

### **4.3.3 Hipotermia Berhubungan dengan Efek Agen Farmakologis (Anastesi) Dan Terpapar Suhu Lingkungan Yang Rendah**

Pasca operasi pasien didapatkan data subjektif pasien mengeluh kedinginan dengan data objektif pasien Kulit teraba dingin, Akral dingin, Suhu 35,3°C (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

Menurut penulis berasumsi didapati tubuh pasien menggigil, dan akral dingin. Hal tersebut disebabkan karena suhu ruangan pada saat melakukan operasi rendah sebesar 20 derajat, kondisi itu memicu suhu tubuh pasien lebih rendah dari 36°C.

Pada kondisi seperti ini perawat berperan dalam melakukan intervensi manajemen hipotermia yang mana dilakukan pengecekan suhu tubuh setiap 15 menit sejak pasien dipindahkan ke ruangan pemulihan, kemudian memberikan selimut katun, apabila solusi tersebut masih belum berhasil dapat diberikan penghangatan aktif berupa penggunaan alat *forced air warming* (Pratiwi, Raya, and Puspita, 2021).

## **4.4 Intervensi Keperawatan**

Intervensi keperawatan dibuat berdasarkan dengan diagnosa keperawatan yang muncul setiap diagnosa keperawatan yang muncul memiliki tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan sebagai penilaian keberhasilan implementasi yang telah diberikan.

### **1. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional**

Tujuan yang ingin penulis capai dalam intervensi ansietas yaitu setelah dilakukan intervensi keperawatan 1 jam maka diharapkan ansietas menurun dengan kriteria hasil: perilaku gelisah menurun dan perilaku tegang menurun.

Intervensi yang diberikan yaitu: monitor tanda-tanda ansietas, ciptakan suasana terapeutik untuk menyembuhkan kepercayaan, temani pasien untuk kecemasan dan anjurkan keluarga memberikan motivasi kepada pasien . Menurut penelitian bahwa dukungan keluarga sangat dibutuhkan oleh penderita sakit, anggota keluarga sangat penting, sehingga anggota keluarga yang sakit merasa nyaman dan dicintai apabila dukungan keluarga tersebut tidak adekuat maka merasa ditinggalkan, sehingga mudah mengalami ansietas saat menjalani operasi (Reza maghfirotn nisa, 2018). Menurut opini penulis dukungan dari keluarga mampu memberikan semangat kepada anggota keluarga yang sedang menjalani operasi karena disaat akan melakukan operasi atau pembedahan pasien akan cemas takut akan gagal saat dilakukan operasi maka dukungan dari keluarga sangat mampu memberikan kekuatan kepada penderita.

## 2. Nausea berhubungan dengan dengan efek agen farmakologi

Tujuan yang ingin penulis capai dalam intervensi nausea yaitu setelah dilakukan intervensi keperawatan 1 jam maka diharapkan nausea membaik dengan kriteria hasil: keluhan mual menurun dan perasaan ingin muntah menurun. Intervensi yang diberikan yaitu: anjurkan pasien untuk melakukan mobilisasi secara dini, jelaskan obat yang diberikan, jelaskan cara obat secara umum, ajarkan cara mengatasi reaksi obat yang tidak diinginkan. Terapi sementara ini yang telah diberikan dari rumah sakit adalah pemberian terapi farmakologi dengan pemberian obat ondancetron. Namun dalam pemberian terapi untuk mempercepat penanganan mual muntah yang terjadi, dapat diberikan terapi selain terapi farmakologi. Penanganan mual muntah pasca operasi juga dapat diturunkan dengan terapi non farmakologi, salah satunya adalah mobilisasi dini (Taufan Arif,

2022). Menurut asumsi penulis saat setelah obat anastesi habis bukan hanya nyeri yang akan timbul tetapi juga bisa mual sampai muntah karena efek dari obat anastesinya, obat yang diberikan oleh dokter akan membantu pasien untuk mengurangi rasa mual dan muntahnya dan juga mobilisasi dini juga bisa mengurangi mual dan muntah pasien.

### 3. Hipotermi berhubungan dengan terpapar suhu lingkungan rendah

Tujuan yang ingin penulis capai dalam intervensi hipotermi yaitu setelah dilakukan intervensi keperawatan 1 jam maka diharapkan hipotermi menurun dengan kriteria hasil: suhu tubuh membaik, suhu kulit membaik, pucat menurun. Intervensi yang diberikan yaitu: monitor suhu tubuh, identifikasi terhadap hipotermia, lakukan penghangatan aktif internal seperti : berikan selimut dan berikan dressing dengan NaCl yang dihangatkan. Pembedahan abdomen merupakan salah satu dari pembedahan mayor, yang membutuhkan pemberian anastesi umum, memerlukan durasi operasi yang lebih lama di bandingkan dengan operasi minor, dan juga adanya paparan yang besar dari rongga tubuh yang terbuka selama operasi. Intervensi lain untuk mempertahankan normotermia selama pembedahan salah satunya yaitu pemberian cairan intravena dan cairan irigasi yang hangat (Ni Komang, 2021). Menurut asumsi penulis jika saat berada di ruang operasi akan wajar jika mengalami hipotermia karena terpapar suhu lingkungan yang rendah karena di ruang operasi diharuskan untuk mencegah adanya bakteri berkembang biak yang memungkinkan terjadinya infeksi terhadap pasien dan intervensi pemberian irigasi yang sudah dihangatkan sangat baik untuk pasien yang sedang menjalani operasi.

#### 4.5 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana (intervensi) keperawatan yang telah disusun mencakup tindakan mandiri, dan kolaborasi. Tindakan mandiri merupakan tindakan keperawatan berdasarkan analisis dan kesimpulan perawat, bukan atas petunjuk dari tenaga medis lainnya. Sedangkan tindakan kolaborasi adalah tindakan keperawatan yang didasarkan oleh hasil keputusan bersama dengan dokter atau petugas kesehatan lain. Implementasi dokumentasi dan evaluasi dilakukan setiap pergantian shift. Soap di dokumentasikan sesuai dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan dalam intervensi keperawatan.

##### 1. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional

Memonitor tanda-tanda ansietas untuk mendapatkan hasil perilaku gelisah menurun dan perilaku tegang menurun, memberikan lingkungan yang aman untuk pasien seperti memotivasi untuk memperbanyak berdoa selama dilakukan operasi, berada di dekat pasien untuk menenangkan. Menurut andi palla (2018), komunikasi terapeutik memberikan pengertian antara perawat dan pasien dengan tujuan membantu pasien memperjelas dan mengurangi bebas pikiran serta diharapkan dapat menghilangkan kecemasan. Untuk mengurangi kecemasan dan ketakutan pasien perlu ditekankan bahwa kesan lahiriah mampu berbicara banyak, baik mulai profil tubuh atau wajah terutama senyum yang tulus dari perawat, kerapian berbusana, sikap familiar dan paling penting adalah cara berbicara (andi palla,2018)

Menurut opini penulis komunikasi terapeutik dapat menurunkan kecemasan pasien, karena pasien merasa bahwa interaksinya dengan perawat merupakan

kesempatan untuk berbagi pengetahuan, perasaan dan informasi dalam rangka mencapai tujuan keperawatan yang optimal, sehingga proses pelaksanaan operasi dapat berjalan lancar tanpa adanya kendala.

## 2. Nausea berhubungan dengan efek agen farmakologi

Menjelaskan obat yang diberikan untuk mendapatkan hasil keluhan mual menurun, perasaan ingin muntah menurun, menjelaskan cara obat secara umum, dan mengajarkan cara mengatasi reaksi obat yang tidak diinginkan seperti mual dan muntah. Kolaborasi: Memberikan obat anti mual ondansetron 2x5 mg melalui IV. Ondansetron adalah obat – obatan yang sering digunakan untuk mencegah PONV. Ondansetron merupakan obat selekti terhadap antagonis reseptor 5-hidroksi-triptamin (5-HT-3) di otak, dan bekerja pada aferen nervus vagus 15. Bahaya insiden PONV harus dicegah karena dapat menimbulkan hal – hal yang tidak diinginkan. Ondansetron memiliki efek antimetik lebih kuat dibandingkan metoklopramid. Selain efektifitasnya, ondansetron diduga lebih efektif daripada metoklopramid mengingat kerjanya pada aferen nervus vagus (Sakti & K,2016). Menurut opini penulis pemberian obat ondansetron untuk pasien saat mengalami mual setelah operasi sangat tepat karena indikasi dari obatnya sendiri yaitu mencegah serta mengobati mual muntah yang bisa disebabkan oleh efek samping kemoterapi, radioterapi, dan operasi

## 3. Hipotermia berhubungan dengan terpapar suhu lingkungan rendah

Memonitor suhu tubuh pasien untuk mendapatkan hasil suhu tubuh yang membaik, suhu kulit membaik, pucat menurun, mengidentifikasi penyebab hipotermia seperti terpapar suhu lingkungan yang rendah, dan melakukan penghangatan aktif seperti penghangatan irigasi NaCl. Intervensi dan tindakan

pencegahan hipotermia diperlukan untuk diberikan pada pasien dengan pembedahan, sehingga dapat menghindari terjadinya komplikasi lebih lanjut pada pasien. Panduan pencegahan hipotermia yang dikeluarkan oleh Association Of Peri Operative Registered Nurses (AORN) (2016) dan NICE (2016), menyebutkan bahwa terdapat beberapa tindakan yang dilakukan yaitu melakukan penghangatan aktif seperti cairan irigasi yang dihangatkan efektif untuk penanganan pasien hipotermia selama operasi (pratiwi *et al*, 2021). Menurut asumsi penulis diberikan selimut atau irigasi dapat mengurangi hipotermia pada pasien karena pemahaman yang baik tentang manajemen hipotermia perioperatif pada perawat merupakan bagian yang paling penting untuk pencegahan komplikasi lebih lanjut pada pasien.

#### **4.6 Evaluasi Keperawatan**

1. Pada saat dilakukan evaluasi ansietas berhubungan dengan krisis situasional pasien mengatakan cemas berkurang dan pasien sudah tidak tegang. Setelah dilakukan tindakan keperawatan dengan cara mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam pasien sudah tidak mengeluh cemas dan berdoa menyerahkan semuanya pada Tuhan yang Maha Esa dan optimis tindakan operasinya akan berjalan dengan lancar.
2. Pada diagnosa nausea berhubungan dengan efek agen farmakologis, pasien mengatakan sudah berkurang rasa mualnya. Dengan mengatur posisi yang nyaman dan memberikan injeksi Ondansetron 2x5 mg.
3. Pada saat dilakukan evaluasi pada diagnosa keperawatan hipotermia didapatkan pasien sudah tidak mengeluh kedinginan suhu tubuh dalam batas normal dan akral teraba hangat.

## **BAB 5**

### **PENUTUP**

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnose medis *Leiomyoma Of Uterus* di Ruang OK Central Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis bisa menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan.

#### **5.1 Simpulan**

Dari hasil uraian yang telah didapat tentang asuhan keperawatan pada pasien Nn. W maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Hasil pengkajian pre operasi didapatkan pasien merasa cemas saat akan dilakukan tindakan operasi dikarenakan pasien takut dan baru pertama kali operasi yang dijalani tidak berhasil atau terjadi hal yang tidak diinginkan. Pengkajian Intra operasi didapatkan pasien nausea karena efek agen farmakologis yang mengakibatkan mual yang dirasakan pada pasien pada saat operasi dan saat dilakukan pengkajian post operasi didapatkan pasien hipotermia karena terpapar suhu lingkungan yang rendah
2. Dari diagnosa mioma uteri didapatkan diagnosa keperawatan pada pre operasi: Ansietas berhubungan dengan krisis situasional, intra operasi: nausea agen farmakologis dan post operasi: hipotermia berhubungan dengan terpapar suhu lingkungan rendah
3. Intervensi keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis mioma uteri dilakukan sesuaikan dengan diagnosa keperawatan ansietas: monitor tanda-tanda ansietas, ciptakan lingkungan terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan dan pasien diajarkan tarik nafas dalam dengan kriteria hasil:

Tingkat ansietas menurun, intervensi pada diagnosa nausea dilakukan: jelaskan obat yang diberikan, jelaskan cara obat secara umum, ajarkan cara mengatasi reaksi obat yang tidak diinginkan dengan kriteria hasil: tingkat nausea menurun. hipotermia: memonitor suhu tubuh pasien  $35,5^{\circ}\text{C}$ , mengidentifikasi penyebab hipotermia, dan melakukan penghangatan seperti memberikan dressing hangat dengan kriteria hasil: tingkat hipotermia menurun.

4. Implementasi keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis mioma uteri disesuaikan dengan diagnosa keperawatan yang ada: pasien dengan diagnosa ansietas dilakukan memberikan lingkungan yang aman bagi pasien dan berada didekat pasien untuk menenangkannya, diagnosa nausea pasien dilakukan menjelaskan obat yang diberikan, menjelaskan cara obat secara umum, mengajarkan cara mengatasi reaksi obat yang tidak diinginkan dan memberikan obat anti mual ondancetron secara IV 2x5 ml, diagnosa dengan hipotermia dilakukan memonitor suhu tubuh pasien, mengidentifikasi penyebab hipotermia, dan melakukan penghangatan aktif seperti memberikan dressing yang hangat bagi pasien.
5. Evaluasi keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis mioma uteri disesuaikan dengan diagnosa keperawatan yaitu: ansietas berhubungan dengan krisis situasional didapatkan hasil pasien sudah tidak tampak gelisah, tegang, pucat dan tanda-tanda vital saat dilakukan masih menunjukkan TD: 100/61 mmHg dan nadi: 80x/mnt, nausea berhubungan dengan efek agen farmakologi didapatkan pasien tampak pucat pasien tampak tegang dan nadi 109x/mnt, hipotermia berhubungan dengan terpapar suhu lingkungan rendah didapatkan suhu badan pasien yaitu  $35,5^{\circ}\text{C}$  karena suhu kamar operasi yang dingin

## 5.2 Saran

Sesuai dari simpulan diatas, penulis memberikan saran sebagai berikut :

1. Untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan, diperlukan hubungan yang baik dan keterlibatan pasien, keluarga dan tim kesehatan lainnya.
2. Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, keterampilan yang cukup serta dapat bekerjasama dengan tim
3. Bagi perawat OK Central hendaknya lebih bisa mengestimasi waktu penjadwalan yang telah disesuaikan dengan list pembedahan harian
4. Bagi penulis selanjutnya dapat menggunakan karya ilmiah akhir ini sebagai salah satu sumber data untuk penelitian selanjutnya

## DAFTAR PUSTAKA

- Arif Muttaqin. 2015. *Asuhan Keperawatan Gangguan Integumen*. Jakarta: Selemba Medika.
- Arisdiani, Triana, Asyrofi, Ahmad. 2019. "Gambaran Mual Muntah Dan Stres Pada Pasien Post Operasi." *Community of Publishing in Nursing* 7(3):8.
- Aspiani. 2017. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Maternitas*. Jakarta: Trans Info Media.
- Dinarti, Aryani, R., Nurhaeni, H., & Chairani, R. 2013. *Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta: TIM.
- HIPKABI. 2014. *Buku Keterampilan Dasar Bagi Perawat Kamar Bedah*. Jakarta: Hipkabi Press.
- Kurniaty dan Sunarsih. 2018. "Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Mioma Uteri Di RSUD Dr. H Abdul Moeloek Bandar Lampung Tahun 2016."
- Llewellyn. 2012. "Dasar-Dasar Obstetri Dan Ginekologi."
- Majid, A., Judha. M., Istianah. 2012. "Keperawatan Perioperatif."
- Manuaba. 2017. *Memahami Kesehatan Reproduksi Wanita (2ed)*. Pengantar Kuliah Obstetri. Jakarta.
- Maslow, Abraham H. 2013. *Motivasi Dan Kepribadian (Teori Motivasi Dengan Pendekatan Hierarki Kebutuhan Manusia)*. PT. PBP, Jakarta. Jakarta.
- Mayor, P. R. E. Operasi. 2018. "THE RELATIONSHIP KARAKATERISTIK AND FAMILY SUPPORT WITH ANXIETY LEVELS OF PATIENTS PRE MAJOR SURGERY." (2011):116–20.
- Nursalam. 2013. "Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan."
- Pratiwi, Ni Komang Dewi Trisia, Nyoman Agus Jagat Raya, and Luh Mira Puspita. 2021. "Manajemen Hipotermia Dalam Keperawatan Perioperatif Pada Pasien Yang Menjalani Pembedahan Abdomen: A Literature Review." *Coping: Community of Publishing in Nursing* 9(5):497. doi: 10.24843/coping.2021.v09.i05.p02.
- Prawirohardjo Sarwono. 2016. *Buku Ilmu Kebidanan Edisi 4*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Saifuddin. 2012. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal*. Jakarta. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Smeltzer, S.C, & Bare Brenda, B. .. 2013. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta : EGC.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2016. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia; Definisi Dan Indikator Diagnostik, Edisi 1*. Jakarta: PPNI.

**LAMPIRAN****LAMPIRAN 1****CURRICULUM VITAE**

Nama : Rizki Pratama Hariono  
NIM : 2130076  
Prodi : Profesi Ners Keperawatan  
Tempat, Tgl Lahir : Surabaya, 02 Juli 1997  
Alamat Rumah : Jl. Pagesangan blok 65 AA1 Surabaya  
Agama : Islam  
Email : rizkipratamahrn@gmail.com  
Riwayat Pendidikan :

1. **TK** : **Bahrul Ulum Surabaya**
2. **SD** : **Bahrul Ulum Surabaya**
3. **SMP** : **SMPN 22 Surabaya**
4. **SMA** : **SMA Dr. Soetomo surabaya**
5. **Kuliah** : **STIKES Hang Tuah Surabaya**

## LAMPIRAN 2

### MOTTO DAN PERSEMBAHAN

#### MOTTO

“Kabeh usaha iku panggah butuh Leren”

#### PERSEMBAHAN

Dengan mengucapkan puji syukur kepada Allah SWT, saya persembahkan karya kecil ini untuk:

1. Terimakasih kepada Allah SWT yang telah memberikan saya nikmat kesehatan, kemudahan, dan kelancaran selama penyusunan proposal penelitian ini.
2. Terimakasih kepada Ibunda, Ayahanda saya yang telah memberikan restu dan doa kepada saya sehingga saya dapat menyelesaikan pendidikan saya pada jenjang Profesi Ners ini dengan tepat waktu.
3. Terima kasih kepada Agung Prassetia Aji, S.Kep., Ns. Dan Indra Kuwandari, S.Ak., yang telah memberi support, semangat, dan waktunya untuk membantu saya dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini.
4. Terima kasih kepada Reza Meidita, S.Kep., Riski Firlana Aysha, S.Kep., Bening Juwita, S.Kep., yang telah membantu dalam mengerjakan Karya Ilmiah Akhir ini sehingga dapat terselesaikan dengan baik.
5. Terima kasih kepada teman – teman dekat saya yang selalu meluangkan waktunya dan memotivasi saya agar cepat lulus serta menemani saya dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini yang tidak dapat saya sebutkan satu per satu.

**LAMPIRAN 3**

**LEMBAR KONSUL/ BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR  
MAHASISWA PRODI NERS KEPERAWATAN STIKES HANG TUAH  
SURABAYA  
TA. 2022**

Nama : RIZKI PRATAMA HARIONO, S.Kep

NIM : 2130076

Judul KIA : ASUHAN KEPERAWATAN KEGAWATDARURATAN  
PADA NN. W DENGAN DIANGNOSA MEDIS  
*LEIOMYOMA OF UTERUS* DIRUANG OK CENTRAL  
RSPAL DR. RAMELAN SURABAYA

<b>NO</b>	<b>HARI/ TANGGAL</b>	<b>BAB/ SUBBAG</b>	<b>KONSUL BIMBINGAN</b>	<b>TANDA TANGAN</b>
1	Senin, 20 Juni 2022	Koordinasi pengambilan data di Ok Central	Bu Ninik Ambar Sari	
2	Selasa, 21 Juni 2022	Koordinasi pengambilan data di Ok Central	Pak Tri Sunu	
3	Jumat, 24 Juni 2022	Pembahasan BAB 3	Bu Ninik Ambar Sari	
4	Senin, 27 Juni 2022	Pembahasan BAB 3	Pak Tri Sunu	
5	Selasa, 28 Juni 2022	Pembahasan BAB 1,2,3,4	Bu Ninik Ambar Sari	
6	Jumat, 01 Juni 2022	Pembahasan Acc BAB 3	Pak Tri Sunu	
7	Jumat, 01 Juni 2022	Revisi BAB 1,2,3,4	Bu Ninik Ambar Sari	
8	Kamis, 18 Agustus 2022	Konsul Hasil Revisi	Bu Ninik Ambar Sari	
9	Kamis, 18 Agustus 2022	Konsul Hasil Revisi	Pak Tri Sunu	

## LAMPIRAN 4

 <p><b>STIKES HANG TUAH SURABAYA</b></p>	<p><b>SOP</b> <b>(STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR)</b> <b>LATIHAN RELAKSASI NAFAS DALAM</b></p>		
<p><b>PROSEDUR TETAP</b></p>	TGL.TERBIT	NO.DOC-HAL	
<p><b>PENGERTIAN</b></p>	<p>Suatu tindakan teknik relaksasi yang dilakukan untuk mengefektifkan saluran pernafasan.</p>		
<p><b>TUJUAN</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkatkan ventilasi alveoli dan meningkatkan kapasitas paru-paru</li> <li>2. Memelihara pertukaran gas</li> <li>3. Mencegah atelektasi paru</li> <li>4. Meningkatkan efesiensi batuk</li> <li>5. Mengurangi stress baik stress fisik maupun emosional yaitu menurunkan intensitas nyeri dan menurunkan kecemasan.</li> </ol>		
<p><b>KEBIJAKAN</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Permenkes Nomor 908 Tahun 2010 tentang Pelayanan Keperawatan Keluarga</li> <li>2. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1023/MENKES/SK/XI/2008 tentang penyakit asma</li> </ol>		
<p><b>REFERENSI</b></p>	<p>Smeltzer dan Bare. 2002. Keperawatan medikal bedah. Edisi 8 Vol.1. Alih Bahasa: Agung waluyo. Jakarta: EGC.</p>		
<p><b>PROSEDUR / LANGKAH - LANGKAH</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Persiapan             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Persiapan alat :                 <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Tidak ada persiapan alat secara khusus untuk pasien</li> <li>2) Bantal tambahan apabila diperlukan</li> </ol> </li> <li>b. Tahap prainteraksi                 <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Mencuci tangan</li> </ol> </li> </ol> </li> </ol>		

	<p>c. Tahap orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Memberikan salam terapeutik</li> <li>2) Validasi kondisi klien</li> <li>3) Menjaga perivacy klien</li> <li>4) Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan kepada pasien dan keluarga</li> </ol> <p>2. Pelaksanaan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Langkah 1 : Atur posisi yang nyaman bagi klien dengan posisi setengah duduk di tempat tidur atau duduk di kursi</li> <li>b. Langkah 2 : Ajarkan klien untuk melakukan tarik napas melalui hidung, kemudian mengerutkan bibir seperti bersiul dan mengeluarkan napas dengan lembut dan lambat sehingga membuat bunyi “berdesis” tanpa mengembungkan pipi.</li> <li>c. Langkah 3 :Minta klien untuk melakukan napas dalam melalui hidung dan hitung sampai 3 kali hitungan</li> <li>d. Langkah 4 : Minta klien untuk berkonsentrasi menegangkan otot-otot abdomen saat mengeluarkan napas secara perlahan melalui bibir yang dikerutkan sambil menghitung sampai 7 atau sampai tidak bisa mengeluarkan napas lagi.</li> <li>e. Langkah 5 : Minta klien untuk melakukan latihan ini pada sesak napas/dispne dan meningkatkan secara bertahap sebanyak 4 kali sehari</li> </ol> <p>3. Tahap terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Evaluasi hasil kegiatan</li> <li>b. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya</li> <li>c. Akhiri kegiatan dengan baik</li> <li>d. Cuci tangan</li> </ol> <p>4. Dokumentasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Catat waktu pelaksanaan tindakan</li> <li>b. Catat respons pasien</li> <li>c. Paraf dan nama perawat jaga</li> </ol>
--	--

