

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teori

1. Pengertian

Mioma uteri adalah suatu tumor jinak berbatas tegas tidak berkapsul yang berasal dari otot polos dan jaringan ikat fibrous. Biasa juga disebut fibromioma uteri, leiomioma uteri atau uterine fibroid. Tumor jinak ini merupakan neoplasma jinak yang sering ditemukan pada traktus genitalia wanita, terutama wanita sesudah produktif (menopause). Mioma uteri jarang ditemukan pada wanita usia produktif tetapi kerusakan reproduksi dapat berdampak karena mioma uteri pada usia produktif berupa infertilitas, abortus spontan, persalinan prematur dan malpresentasi (Aspiani, 2017).

2. Etiologi

Menurut (Aspiani, 2017) ada beberapa faktor yang diduga kuat merupakan faktor predisposisi terjadinya mioma uteri

- a. Umur mioma uteri ditemukan sekitar 20% pada wanita usia produktif dan sekitar 40%-50% pada wanita usia diatas 40 tahun. Mioma uteri jarang ditemukan sebelum menarche (sebelum mendapatkan haid).
- b. Hormon endogen (endogenous hormonal) konsentrasi estrogen pada jaringan mioma uteri lebih tinggi dari pada jaringan miometrium normal.
- c. Riwayat keluarga wanita dengan garis keturunan dengan tingkat pertama dengan penderita mioma uteri mempunyai 2,5 kali kemungkinan untuk menderita mioma dibandingkan dengan wanita tanpa garis keturunan penderita mioma uteri.
- d. Makanan dilaporkan bahwa daging sapi, daging setengah matang (red meat), dan daging babi meningkatkan insiden mioma uteri, namun sayuran hijau menurunkan insiden mioma uteri.

- e. Kehamilan dapat mempengaruhi mioma uteri karena tingginya kadar estrogen dalam kehamilan dan bertambahnya vaskularisasi ke uterus. Hal ini mempercepat pembesaran mioma uteri. Efek estrogen pada pertumbuhan mioma mungkin berhubungan dengan respon dan faktor pertumbuhan lain. Terdapat bukti peningkatan produksi reseptor progesteron dan faktor pertumbuhan epidermal.
- f. Paritas mioma uteri lebih sering terjadi pada wanita multipara dibandingkan dengan wanita yang mempunyai riwayat melahirkan satu kali atau dua kali.

Berikut faktor-faktor yang mempengaruhi pertumbuhan tumor pada mioma, di samping faktor predisposisi genetik.

a. Estrogen

Mioma uteri dijumpai setelah menarche. Sering kali, pertumbuhan tumor yang cepat selama kehamilan terjadi dan dilakukan terapi estrogen. Mioma uteri mengecil pada saat menopause dan oleh pengangkatan ovarium. Mioma uteri banyak ditemukan bersamaan dengan anovulasi ovarium dan wanita dengan sterilitas. Enzim hidroxydesidrogenase mengubah stradiol (sebuah estrogen kuat) menjadi estron (estrogen lemah). Aktivitas enzim ini berkurang pada jaringan miomatus, yang juga mempunyai jumlah reseptor estrogen yang lebih banyak dari pada miometrium normal.

b. Progesteron

Progesteron merupakan antagonis natural dari estrogen. Progesteron menghambat pertumbuhan tumor dengan dua cara, yaitu mengaktifkan hidroxydesidrogenase dan menurunkan jumlah reseptor estrogen pada tumor.

c. Hormon pertumbuhan (growth hormone)

Level hormon pertumbuhan menurun selama kehamilan, tetapi hormon yang mempunyai struktur dan aktivitas biologik serupa, yaitu HPL (*Human Placenta Lactogen*), terlihat pada periode ini dan memberi kesan bahwa pertumbuhan yang cepat dari *levmioma* selama

kehamilan mungkin merupakan hasil dari aksi sinergistik antar HPL dan Estrogen.

Menurut (Setiati, 2018) ada beberapa faktor yang berpengaruh sebagai faktor resiko terjadinya mioma uteri, yaitu :

a. Umur

Resiko mioma uteri meningkat seiring dengan peningkatan umur. Kasus mioma uteri terbanyak terjadi pada kelompok umur 40-49 tahun. Mioma uteri jarang ditemukan pada wanita dibawah umur 20 tahun dan belum pernah dilaporkan terjadi kasus sebelum menarche, dan setelah menopause hanya 10% kejadian mioma uteri yang masih dapat bertumbuh lebih lanjut. Mioma uteri biasanya akan menunjukkan gejala klinis pada umur 40 tahun ke atas.

b. Paritas

Mioma uteri lebih sering ditemukan pada wanita *nulliparia* atau wanita yang kurang subur. Mioma uteri berkurang pada wanita yang mempunyai anak lebih dari satu dibandingkan dengan wanita yang belum pernah melahirkan, hal ini juga berkaitan dengan keadaan hormonal.

c. Ras dan Genetik

Pada wanita ras tertentu. Khususnya wanita berkulit hitam, angka kejadian mioma uteri tinggi. Terlepas dari faktor ras, kejadian tumor ini tinggi pada wanita dengan riwayat keluarga penderita mioma uteri.

3. Klasifikasi

Menurut (Aspiani, 2017) mioma umumnya digolongkan berdasarkan lokasi dan kearah mana mioma tumbuh. Lapisan uterus mioma uteri terdapat pada daerah korpus. Sesuai dengan lokasinya mioma ini dibagi menjadi tiga jenis yaitu :

a. Mioma uteri intramural

Mioma uteri merupakan yang paling banyak ditemukan. Sebagian besar tumbuh diantara lapisan uterus yang paling tebal dan paling tengah (miometrium). Pertumbuhan tumor dapat menekan otot disekitarnya dan terbentuk sampai mengelilingi tumor sehingga akan membentuk tonjolan dengan konsistensi padat. Mioma yang terletak

pada dinding depan uterus dalam pertumbuhannya akan menekan dan mendorong kandung kemih ke atas, sehingga dapat menimbulkan keluhan miksi.

b. Mioma uteri subserosa

Mioma uteri ini tumbuh keluar dari lapisan uterus yang paling luar yaitu serosa dan tumbuh ke arah peritonium. Jenis mioma ini bertangkai atau memiliki dasar lebar. Apa bila mioma tumbuh keluar dinding uterus sehingga menonjol kepermukaan uterus diliputi oleh serosa. Mioma serosa dapat tumbuh diantara kedua lapisan ligamentum menjadi mioma intraligamenter. Mioma subserosa yang tumbuh menempel pada jaringan lain, misalnya ke ligamentum atau omentum kemudian membebaskan diri dari uterus sehingga disebut wandering parasitis fibroid.

c. Mioma uteri submukosa

Mioma ini terletak di dinding uterus yang paling dalam sehingga menonjol ke dalam uterus. Jenis ini juga dapat bertangkai atau berdasarkan lebar. Dapat tumbuh bertangkai menjadi polip, kemudian dikeluarkan melalui saluran serviks yang disebut mioma geburt. Mioma jenis lain meskipun besar mungkin belum memberikan keluhan perdarahan, tetapi mioma submukosa walaupun kecil sering memberikan keluhan gangguan perdarahan. Tumor jenis ini sering mengalami infeksi, terutama pada mioma submukosa yang mempunyai tangkai. Tumor ini dapat keluar dari rongga rahim ke vagina, dikenal dengan nama mioma geburt atau mioma yang dilahirkan (Aspiani, 2017).

4. Patofisiologi

Mioma uteri mulai tumbuh sebagai bibit yang kecil di dalam miometrium dan lambat laun membesar karena pertumbuhan itu miometrium mendesak menyusun semacam pseudokapsula atau sampai semua mengelilingi tumor di dalam uterus mungkin terdapat satu mioma akan tetapi biasanya banyak. Bila ada satu mioma dapat menonjol kedepan

sehingga menekan dan mendorong kandung kemih ke atas sehingga menimbulkan miksi (Aspiani, 2017).

Secara makroskopis, tumor ini biasanya berupa massa abu-abu putih, padat, terbatas tegas dengan permukaan potongan memperlihatkan gambaran kumpan yang khas. Tumor mungkin hanya satu, tetapi umumnya jamakan dan tersebar di dalam uterus, dengan ukuran berkisar dari benih kecil hingga neoplasma masif yang jauh lebih besar dari pada ukuran uterusnya. Sebagian terbenam di dalam miometrium, sementara yang lain terletak tepat di bawah endometrium (submukosa) atau tepat di bawah serosa (subserosa). Terakhir membentuk tangkai, bahkan kemudian melekat ke organ disekitarnya, dari mana tumor tersebut mendapat pasokan darah dan kemudian membebaskan diri dari uterus untuk menjadi leiomioma "parasitik". Neoplasma yang berukuran besar memperlihatkan fokus nekrosis iskemik disertai daerah perdarahan dan perlunakan kistik, dan setelah menopause tumor menjadi padat kolagenosa, bahkan mengalami klasifikasi (Armantius, 2017).

Pada *post* operasi mioma uteri akan terjadi terputusnya integritas jaringan kulit dan robekan pada jaringan saraf perifer sehingga terjadi nyeri akut. Terputusnya integritas jaringan kulit mempengaruhi proses epitalisasi dan pembatasan aktivitas, maka terjadi perubahan pola aktivitas. Kerusakan jaringan mengakibatkan terpaparnya agen infeksius yang mempengaruhi resiko tinggi infeksi. Pada pasien *post* operasi akan terpengaruh obat anestesi yang mengakibatkan depresi pusat pernapasan dan penurunan kesadaran sehingga pola napas tidak efektif (Sarwono, 2010).

Operasi bedah menimbulkan luka insisi yang akan timbul perdarahan dan jaringan kulit terputus. Hal ini karena adanya robekan pada jaringan syaraf perifer yang bisa menstimulus serabut saraf pada area perlukaan yang akan merangsang mediator nyeri (Nurarif H & Kusuma, 2013).

5. Manifestasi Klinis

Menurut hampir separuh dari kasus mioma uteri ditemukan secara kebetulan pada pemeriksaan pelvik rutin. Penderita memang tidak mempunyai keluhan apa-apa dan tidak sadar bahwa mereka sedang mengalami penyakit mioma uteri dalam rahim.

- a. Faktor-faktor yang mempengaruhi timbulnya gejala klinik meliputi hal-hal berikut : besarnya mioma uteri, lokalisasi mioma uteri, perubahan-perubahan pada mioma uteri, gejala klinik terjadi hanya sekitar 35%-50% dari pasien yang terkena.
- b. Gejala klinis lain yang dapat timbul pada mioma uteri adalah sebagai berikut
 - 1) Perdarahan abnormal merupakan gejala klinik yang sering ditemukan (30%). Bentuk perdarahan yang ditemukan berupa menoragia, metroragia, dan hipermenorhe. Perdarahan dapat menyebabkan anemia defisiensi Fe. Perdarahan abnormal ini dapat dijelaskan oleh karena bertambahnya area permukaan dari endometrium yang menyebabkan gangguan kontraksi otot rahim, distorsi, dan kongesti dari pembuluh darah disekitarnya dan ulserasi dari alpaisan endometrium.
 - 2) Penekanan rahim yang membesar
 - 3) Terasa berat di abdomen bagian bawah
 - 4) Terjadi gejala traktus urinarius: urine frequency, retensi urine, obstruksi ureter, dan hidronefrosis
 - 5) Terjadi gejala intestinal: kontipasi dan obstruksi intestinal
- c. Sedangkan rasa nyeri pada kasus mioma dapat disebabkan oleh beberapa hal berikut : penekanan saraf, torsi bertangkai, submukosa mioma terlahir, infeksi pada mioma
- d. Perdarahan kontinu pada pasien dengan mioma submukosa dapat berakibat pada hal-hal berikut : menghalangi implantasi terdapat peningkatan insiden aborsi dan kelahiran prematur pada pasien dengan mioma intramural dan submukosa. Kongesti vena terjadi karena kompresi tumor yang menyebabkan edema ekstremitas bawah,

hemorroid, nyeri, dan dyspareunia. Selain itu terjadi gangguan pertumbuhan dan perkembangan kelahiran, kehamilan dengan disertai mioma uteri menimbulkan proses saling mempengaruhi, keguguran dapat terjadi, persalinan prematuritas, gangguan proses persalinan, tertutupnya saluran indung telur menimbulkan infertilitas, gangguan pelepasan plasenta dan perdarahan, biasanya mioma akan mengalami involusi yang nyata setelah kelahiran

6. Komplikasi

a. Degenerasi ganas

Mioma uteri yang menjadi leiomiomasarkoma ditemukan hanya 0,32-0,6% dari seluruh mioma, serta merupakan 50-75% dari semua sarkoma uterus. Keganasan umumnya baru ditemukan pada pemeriksaan histologi uterus yang telah diangkat. Kecurigaan akan keganasan uterus apabila mioma uteri cepat membesar dan apabila terjadi pembesaran sarang mioma dalam menopause.

b. Torsi (putaran tangkai)

Sarang mioma yang bertangkai dapat mengalami, timbul gangguan sirkulasi akut sehingga mengalami nekrosis. Dengan demikian terjadilah sindrom abdomen akut. Jika torsi terjadi perlahan-lahan, gangguan akut tidak terjadi.

c. Nekrosis dan infeksi

Pada mioma submukosa yang menjadi polip, ujung tumor kadang-kadang dapat melalui kanalis servikalis dan dilahirkan di vagina. Dalam hal ini ada kemungkinan gangguan sirkulasi dengan akibat nekrosis dan infeksi sekunder (Rismawati, 2010).

7. Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Nurarif H & Kusuma, 2013) pemeriksaan diagnostik mioma uteri meliputi :

a. Tes laboratorium

Hitung darah lengkap dan apusan darah : leukositosis dapat disebabkan oleh nekrosis akibat torsio atau degenerasi. Menurunnya kadar hemoglobin dan hematokrit menunjukkan adanya kehilangan darah kronik.

b. Tes kehamilan terhadap *chorioetic gonadotropin*

Sering membantu dalam evaluasi suatu pembesaran uterus yang simetrik menyerupai kehamilan atau terdapat bersamaan dengan kehamilan.

c. Ultrasonografi

Apabila keberadaan massa pelvis meragukan, sonografi dapat membantu.

d. Pielogram intravena

1) Pap smear serviks

Selalu dindikasikan untuk menyingkap neoplasia serviks sebelum histerektomi.

2) Histerosal pingogram

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

8. Penatakasanaan

Penanganan mioma uteri menurut (Setiati, 2018) dilakukan tergantung pada umur, paritas, lokasi, dan ukuran tumor. Penanganan mioma uteri terbagi atas beberapa kelompok, yaitu :

a. Penanganan konservatif

Dilakukan jika mioma yang muncul pada pra dan post menopause tanpa gejala. Cara penanganan konservatif adalah sebagai berikut :

- 1) Observasi dengan pemeriksaan pelvis secara periodik setiap 3-6 bulan
- 2) Jika terjadi anemia, maka Hb kurang
- 3) Pemberian zat besi

4) Penggunaan agonis GnRH leuprolid asetat 3,75 mgIM pada hari pertama sampai ketiga menstruasi setiap minggu, sebanyak tiga kali. Obat ini mengakibatkan pengerutan tumor dan menghilangkan gejala. Obat ini menekan sekresi gonadotropin dan menciptakan keadaan hipoestrogenik yang serupa yang ditemukan pada periode postmenopause. Efek maksimum dalam mengurangi ukuran tumor dobservasi dalam 12 minggu. Terapi egonis GnRH ini dapat pula diberikan sebelum pembedahan karena memberikan beberapa keuntungan, antara lain mengurangi hilangnya darah selama pembedahan dan mengurangi kebutuhan akan transfusi darah.

b. Penanganan operatif

Dilakukan jika ukuran tumor lebih besar dari ukuran uterus 12-14 minggu, pertumbuhan tumor cepat, mioma subserosa bertangkai dari torsi, dapat mempersulit kehamilan berikutnya, hipermenorea pada mioma submukosa, penekanan pada organ sekitarnya.

Jenis operasi yang dilakukan untuk mengatasinya dapat berupa langkah-langkah berikut :

1) Enukleasi mioma

Enukleasi mioma dilakukan pada penderita yang infertil, masih menginginkan anak, atau mempertahankan uterus demi kelangsungan fertilisasi. Se jauh ini, tampaknya langkah ini aman, efektif dan masih menjadi pilihan terbaik. Enukleasi sebaiknya tidak dilakukan jika ada kemungkinan terjadinya karsinoma endometrium atau sarkoma uterus dan dihindari pada masa kehamilan. Tindakan ini seharusnya diatasi pada tumor dengan tangkai dan tumor yang dengan mudah dapat dijepit dan diikat. Bila miomektomi menyebabkan cacat yang menembus atau sangat berdekatan dengan endometrium, maka kehamilan berikutnya harus dilahirkan dengan sectio caesarea.

Menurut *American Collega of Obstetricians Gynecoligists* (ACOG), kriteria preoperasi yaitu kegagalan untuk hamil atau keguguran berulang, terdapat leiomioma dalam ukuran yang kecil dan berbatas tegas, alasan yang jelas dari penyebab kegagalan kehamilan dan keguguran yang berulang tidak ditemukan.

2) Histerektomi

Histerektomi dilakukan jika pasien tidak menginginkan anak lagi dan pada pasien yang memiliki leiomioma yang simtomatik atau yang sudah bergejala. Kriteria *American Collega of Obstetricians Gynecoligists* (ACOG) untuk histerektomi adalah sebagai berikut :

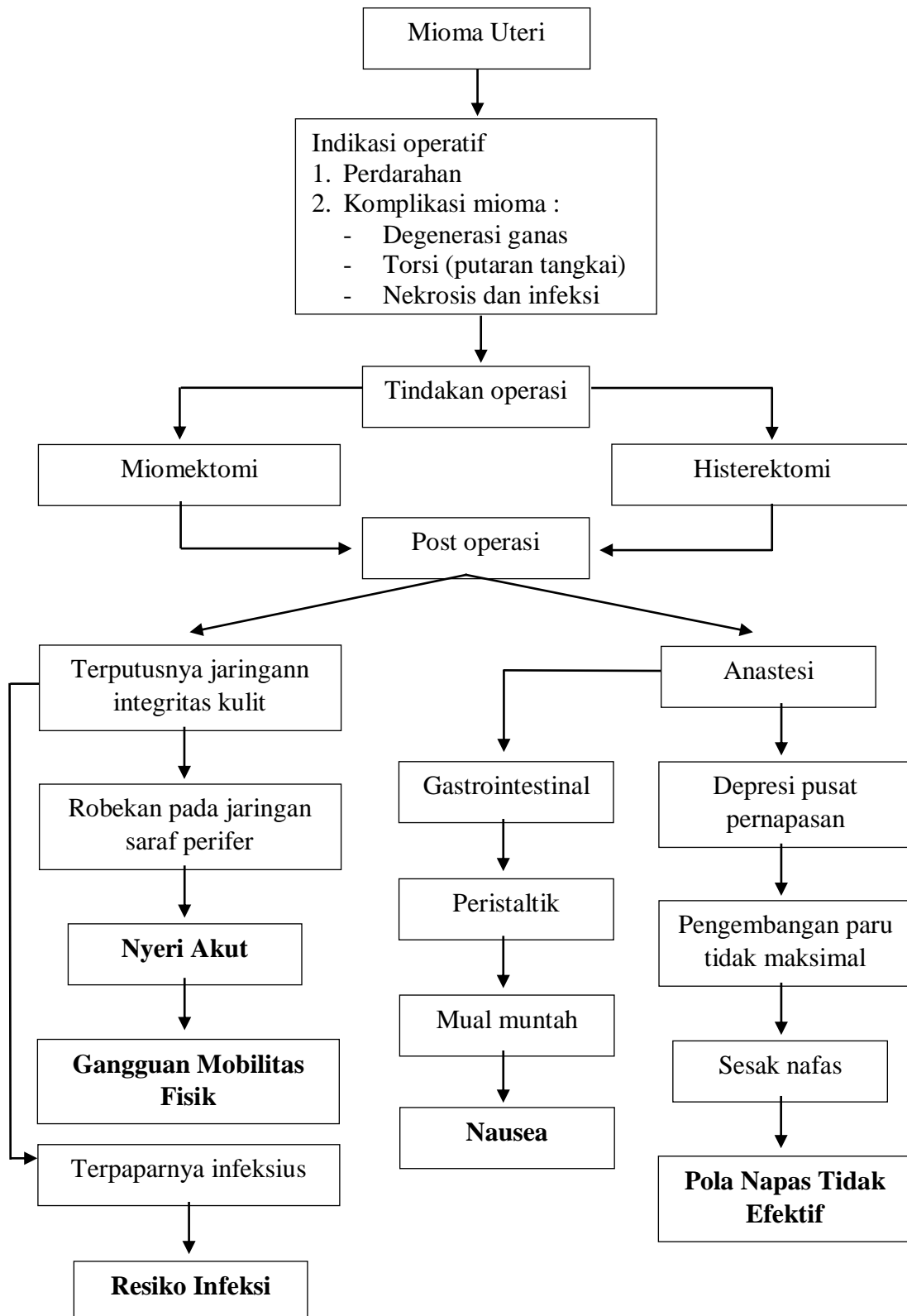
- a) Terdapat satu sampai tiga leiomioma asimtomatik atau yang dapat teraba dari luar dan dikeluhkan oleh pasien.
- b) Perdarahan uterus berlebihan.
- c) Perdarahan yang banyak, bergumpal-gumpal, atau berulang-ulang selama lebih dari delapan hari
- d) Anemia akut atau kronis akibat kehilangan darah.

Rasa tidak nyaman pada bagian pelvis akibat mioma uteri meliputi hal-hal berikut : nyeri hebat dan akut, rasa tertekan yang kronis dibagian punggung bawah atau perut bagian bawah, penekanan buli-buli dan frekuensi urine yang berulang-ulang dan tidak disebabkan infeksi saluran kemih.

3) Penanganan radioterapi

Tujuan dari radioterapi adalah untuk menghentikan perdarahan. Langkah ini dilakukan sebagai penanganan dengan kondisi sebagai berikut : hanya dilakukan pada pasien yang tidak dapat dioperasi (*bad risk patient*), terus harus lebih kecil dari usia kehamilan 12 minggu, bukan jenis submukosa, tidak disertai radang pelvis atau penekanan pada rektum, tidak dilakukan pada wanita muda karena dapat menyebabkan menopause.

Gambar 1.1 Pathway Post Mioma Uteri



(Sarwono, 2010)

B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Kebutuhan dasar manusia merupakan suatu yang dibutuhkan oleh manusia untuk mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun psikologis. Menurut King (1971) kebutuhan dasar manusia adalah perubahan energi di dalam maupun di luar organisme yang ditunjukkan melalui respon perilaku terhadap situasi, kejadian dan orang. Sedangkan menurut Roy (1980) kebutuhan dasar manusia merupakan kebutuhan individu yang menstimulasi respon untuk mempertahankan integritas (keutuhan) tubuh.

Abraham Maslow membagi kebutuhan dasar manusia menjadi 5 tingkatan diantaranya kebutuhan fisiologis, kebutuhan rasa aman dan perlindungan, kebutuhan rasa cinta, memiliki dan dimiliki, kebutuhan harga diri, dan kebutuhan aktualisasi diri. Tingkatan kebutuhan tersebut dapat digambarkan sebagai piramida, seperti gambar dibawah ini



Gambar 1.2 kebutuhan dasar manusia menurut Maslow

Berdasarkan konsep diatas, jika diselaraskan dengan kasus *post* operasi mioma uteri maka pasien mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan dasar pada tingkat kedua meliputi kebutuhan rasa aman dan perlindungan, baik fisik (misal perlindungan dari cedera tubuh) dan psikologis (misal kegelisahan, keamanan dan stabilitas) serta kebutuhan akan tempat tinggal dan bebas dari bahaya.

1. Definisi Kenyamanan

Kenyamanan adalah konsep sentral tentang kiat keperawatan. Konsep kenyamanan memiliki subjektifitas yang sama dengan nyeri. Setiap individu memiliki karakteristik fisiologis, sosial, spiritual, psikologis, dan kebudayaan yang mempengaruhi cara mereka menginterpretasikan dan merasakan nyeri (Kasiati & Rosmalawati, 2016). Meningkatkan kebutuhan rasa nyaman diartikan perawat telah memberikan kekuatan, harapan, hiburan, dukungan, dorongan, dan bantuan. Secara umum dalam aplikasinya pemenuhan kebutuhan rasa nyaman bebas dari nyeri, dan hipo/hipertermia. Hal ini disebabkan karena kondisi nyeri dan hipotermia/hipertermia merupakan kondisi yang mempengaruhi perasaan tidak nyaman pasien yang ditunjukkan dengan timbulnya gejala dan tanda pada pasien. Meredakan nyeri dan memberikan kenyamanan melalui pemberian obat dan berbagai intervensi adalah tanggungjawab keperawatan yang penting.

a. Pengertian Nyeri

Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan tidak menyenangkan bersifat sangat subjektif karena perasaan nyeri berbeda pada setiap orang dalam hal skala atau tingkatannya dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya.

b. Penyebab Nyeri

Menentukan penyebab nyeri adalah kunci utama, sehingga terapi yang efektif dapat dimulai dengan segera. Penyebab nyeri beragam, dan kadang kala penyebab pasti nyeri mungkin sulit atau tidak mungkin ditentukan. Tanpa memperhatikan penyebab, asuhan keperawatan diarahkan pada upaya meredakan nyeri.

Beberapa faktor dapat memulai respons nyeri. Penyebab fisik mencakup stres mekanis dari trauma, insisi bedah, atau pertumbuhan tumor. Tubuh berespons dengan nyeri dan ketidaknyamanan terhadap kelebihan tekanan, panas dan dingin dan zat kimia tertentu (mis.,

histamin, bradikinin, dan asetikolin) yang dilepaskan ketika jaringan mengalami kerusakan atau kehancuran. Kekurangan oksigen pada jaringan juga menyebabkan nyeri karena jaringan mengalami kekurangan/deprivasi oksigen. Spasme otot dan akibatnya yang berupa penurunan suplai darah ke otot dapat juga menyebabkan nyeri dan ketidaknyamanan. Saat ketidaknyamanan meningkat respons alami tubuh adalah mengencangkan otot lebih lanjut, yang menekankan adanya masalah. Kelelahan, ketakutan, terhadap, sesuatu yang tidak diketahui, dan kurangnya pengetahuan tentang penatalaksanaan nyeri dapat menyebabkan pengencangan otot lebih lanjut. Tanpa intervensi, siklus nyeri yang tak berujung dapat terjadi.

c. **Klasifikasi Nyeri**

Secara umum dibagi menjadi dua, yakni nyeri akut dan kronis. Nyeri akut merupakan nyeri yang timbul secara mendadak dan cepat menghilang, yang tidak melebihi enam bulan dan ditandai adanya peningkatan tegangan otot. Nyeri kronis merupakan nyeri yang timbul secara perlahan-lahan, biasanya berlangsung dalam waktu cukup lama, yaitu lebih dari enam bulan. Hal yang termasuk dalam kategori nyeri kronis adalah nyeri terminal, sindrom nyeri kronis, dan nyeri psikosomatis.

Nyeri dapat memperpanjang masa penyembuhan karena akan mengganggu kembalinya aktifitas klien dan menjadi salah satu alasan klien untuk tidak ingin bergerak atau melakukan mobilisasi sesegera mungkin untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan dan menurunkan insiden komplikasi pasca operasi (Afriwardi, 2016).

C. Asuhan Keperawatan Pada Post Operasi Mioma Uteri

Proses keperawatan adalah pendekatan sistematis dan terorganisir melalui enam langkah dalam mengenali masalah-masalah klien, namun merupakan suatu metode pemecahan masalah baik secara episodik, maupun linier

kemudian dapat dirumuskan diagnosa keperawatannya, dan cara pemecahan masalah. Proses keperawatan merupakan 5 tahapan penyelesaian masalah yang dilaksanakan berurutan dan berkesinambungan, terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi (Suarni & Apriyani, 2017).

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi status kesehatan klien. Pengkajian terdiri dari (wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan diagnostik). Dan berfokus pada pemenuhan kebutuhan dasar (Suarni & Apriyani, 2017).

Menurut (Padila, 2015) pengkajian pada pasien dengan mioma uteri meliputi :

a. Pengumpulan data

Data yang dapat dikumpulkan pada klien sesudah pembedahan adalah mioma biasanya terjadi pada usia reproduksi, paling sering ditemukan pada usia 35 tahun keatas, makin tua usia maka toleransi terhadap nyeri berkurang

b. Keluhan utama

Keluhan utama yang timbul pada perempuan dengan mioma uteri adalah perdarahan abnormal seperti dismenore, menoragi dan metroragi. Selain perdarahan abnormal rasa nyeri juga timbul karena gangguan sirkulasi darah pada sarang mioma yang disertai nekrosis dan peradangan, nyeri timbul pada hampir tiap jenis operasi, hal ini dikarenakan terjadi toherent tarikan, manipulasi jaringan organ. Rasa nyeri setelah pembedahan biasanya berlangsung 24-28 jam.

c. Riwayat reproduksi

1) Haid

Dikaji tentang riwayat menarche haid terakhir, sebba mioma uteri tidak pernah ditemukan sebelum menarche dan mengalami atrofi

pada masa menopause. Selain riwayat menarche, volume dan siklus haid juga perlu dikaji.

2) Riwayat perdarahan

Dikaji apakah pasien pernah mengalami perdarahan sebelumnya.

3) Hamil dan persalinan

Kehamilan mempengaruhi pertumbuhan mioma, dimana mioma uteri tumbuh cepat pada masa hamil ini dihubungkan dengan hormon estrogen pada masa ini dihasilkan dalam jumlah besar. Jumlah kehamilan dan anak yang hidup mempengaruhi psikolog klien dan keluarga terhadap hilangnya organ kewanitaan.

d. Data psikologi

Pengangkatan organ reproduksi dapat sangat berpengaruh terhadap emosional klien dan diperlukan waktu untuk memulai perubahan yang terjadi.

e. Status respiratori

Respirasi bisa meningkat atau menurun. Pernapasan yang ribut dapat terdengar tanpa stetoskop.

f. Tingkat kesadaran

Tingkat kesadaran dapat dibuktikan melalui pertanyaan sederhana yang harus dijawab oleh klien atau disuruh untuk melakukan perintah.

g. Status urinari

Retensi urin paling umum terjadi setelah pembedahan ginekologi, klien yang hidrasiya baik biasanya kencing setelah 6 sampai 8 jam setelah pembedahan. Jumlah output urine yang sedikit akibat kehilangan cairan tubuh saat operasi, muntah akibat anastesi

h. Status gastrointestinal

Fungsi gastrointestinal biasanya pulih pada 24-27 jam setelah pembedahan, tergantung pada kekuatan efek narkose pada penekanan intestinal.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2016).

Setelah data terkumpul dan kemudian dianalisis, kemungkinan diagnosis keperawatan pada pasien pada kasus *post* operasi mioma uteri berdasarkan gejala dan tanda pada Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2016) adalah sebagai berikut :

- a. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan depresi pusat pernapasan
- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka *post* operasi)
- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri luka *post* operasi
- d. Nausea berhubungan dengan efek agen farmakologis (anastesi)
- e. Risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif

3. Rencana Keperawatan

Perencanaan disusun untuk menyelesaikan masalah yang dialami klien, masalah yang dirumuskan dalam diagnosa keperawatan. Dalam penyelesaian masalah ini juga harus menggunakan standar. Perencanaan yang disusun terdiri dari : perencanaan tujuan (*outcome*) dan perencanaan tindakan (*intervention*) (Suarni & Apriyani, 2017).

Tabel 2.1
Rencana Keperawatan Pada Pasien *Post* Operasi Mioma Uteri

Diagnosa	SLKI	SIKI
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
Pola napas tidak efektif berhubungan dengan depresi pusat pernapasan	<p>Pola napas (L.01004) Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dispnea menurun 2. Penggunaan otot bantu napas menurun 3. Ortopnea menurun 4. Frekuensi napas membaik 5. Kedalaman napas membaik 6. Tekanan ekspirasi membaik 7. Tekanan inspirasi membaik 	<p>Pemantauan Respirasi (I.01011) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor pola napas (frekuensi) 2. Monitor kemampuan batuk efektif 3. Monitor adanya produksi sputum 4. Auskultasi bunyi napas <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dokumentasikan hasil pemantauan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2. Informasikan hasil pemantauan
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka post operasi)	<p>Tingkat Nyeri (L.08066) Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat 2. Keluhan nyeri menurun 3. Meringis menurun 4. Sikap protektif menurun 5. Gelisah menurun 6. Kesulitan tidur menurun 7. Perineum terasa tertekan menurun 8. Uterus teraba membulat 9. Ketegangan otot menurun 10. Frekuensi nadi membaik 11. Tekanan darah membaik 	<p>Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (terapi musik, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin)

<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
		2. Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi 1. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan monitor nyeri secara mandiri Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian analgetik
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri luka <i>post</i> operasi	Mobilitas fisik (L.05042) Kriteria hasil : 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat 4. Nyeri menurun 5. Kecemasan menurun 6. Kaku sendi menurun 7. Gerakan tidak terkoordinasi menurun 8. Gerakan terbatas menurun 9. Kelemahan fisik menurun	Dukungan mobilisasi (I.05173) Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 4. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur) 5. Fasilitasi melakukan pergerakan Terapeutik 1. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 1. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 2. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk ditempat tidur, duduk di sisi tempat tidur)

<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
Nausea berhubungan dengan efek agen farmakologis (anastesi)	<p>Tingkat Nausea (L.08065) Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perasaan ingin muntah menurun 2. Perasaan asam dimulut menurun 3. Sensasi panas menurun 4. Sensasi dingin menurun 5. Pucat menurun 6. Nafsu makan membaik 7. Frekuensi menelan membaik 	<p>Manajemen Mual (I.03117) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mis. nafsu makan, aktivitas dan tidur) 2. Identifikasi faktor penyebab mual (mis. pengobatan dan prosedur) 3. Monitor mual (mis. frekuensi, durasi, tingkat keparahan) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual (mis. bau tak sedap) 2. Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup <p>Manajemen Muntah (I.03118) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi faktor penyebab muntah (mis. pengobatan dan prosedur) 2. Monitor keseimbangan cairan dan elektrolit <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kontrol lingkungan penyebab muntah (mis. bau tak sedap, suara) 2. Atur posisi untuk mencegah aspirasi 3. Pertahankan kepatenan jalan napas Berikan dukungan fisik saat muntah

1	2	3
		(mis. membantu membungkuk atau menundukan kepala) Edukasi 1. Anjurkan memperbanyak istirahat
Risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif	Tingkat infeksi (L.141137) Kriteria hasil : 1. Kebersihan tangan meningkat 2. Kebersihan badan meningkat 3. Demam menurun 4. Kemerahan menurun 5. Nyeri menurun 6. Bengkak menurun 7. Cairan berbau busuk menurun 8. Drainase purulen menurun 9. Periode malaise menurun 10. Periode menggigil menurun 11. Letargi menurun 12. Kadar sel darah putih membaik 13. Kultur darah membaik 14. Kultur urine membaik 15. Kultur sputum membaik 16. Kultur area luka membaik 17. Kultur feses membaik 18. Nafsu makan membaik	Pencegahan infeksi (I.14137) Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Berikan perawatan kulit pada area edema 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Edukasi 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3. Ajarkan etika batuk 4. Anjurkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 6. Anjurkan meningkatkan asupan cairan

4. Implementasi

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan, tahap implementasi adalah pelaksanaan sesuai rencana yang sudah disusun pada tahap sebelumnya (Suarni & Apriyani, 2017).

5. Evaluasi

Evaluasi didefinisikan sebagai keputusan dari efektifitas asuhan keperawatan klien yang telah ditetapkan dengan respon perilaku klien yang tampak. Evaluasi dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan. Tahap evaluasi merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya (Suarni & Apriyani, 2017).