

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Post Operatif

1. Definisi Keperawatan Perioperatif

Perkembangan ilmu dan pengetahuan tentang keperawatan perioperatif terus berkembang. Hal ini dikarenakan tindakan pembedahan merupakan peristiwa yang dapat mengakibatkan trauma fisik dan mental pada pasien yang menjalani proses pembedahan. Prosedur pembedahan perlu diperhatikan oleh perawat, baik sebelum, sedang, dan setelah dilakukan pembedahan. Oleh karena itu definisi dari keperawatan perioperatif adalah tindakan perawatan yang dilakukan perawat saat di ruang operasi dan berfokus pada proses pembedahan yang dimulai dari persiapan sebelum dilakukan pembedahan sampai dengan proses perawatan pasca pembedahan atau lebih diketahui sebagai tahap preoperatif, intraoperatif, dan pascaoperatif (Suryane Sulistiana, dkk, 2021).

2. Post Operatif

Tahap post operatif dimulai sejak pasien selesai menjalani pembedahan dan dipindahkan ke ruang *recovery room* atau *post anesthesia care unit*. Perawat bedah memiliki peranan dalam hal mengevaluasi efek dari anestesi yang diberikan terhadap pasien, memonitor fungsi organ vital pasien, dan mencegah komplikasi yang terjadi pasca pembedahan HIPKABI (2019) dalam (Suryane Sulistiana, dkk, 2021).

B. Konsep Asuhan Keperawatan Post Operatif

1. Definisi asuhan keperawatan perioperatif

Keperawatan perioperatif tidak lepas dari salah satu ilmu medis yaitu ilmu bedah. Keperawatan perioperatif terdiri dari beberapa fase, diantaranya pre, intra dan post operatif. Asuhan keperawatan perioperatif merupakan asuhan keperawatan yang dilakukan secara berkesinambungan, asuhan keperawatan dimulai dari praoperatif dibagian rawat inap, poliklinik, unit gawat darurat yang kemudian dilanjutkan di kamar operasi

oleh perawatperioperatif hingga pasien di operasi (intraoperatif) kemudian dilakukan pemulihan diruang pemulihan sampai dengan pemantauan kondisi pasien membaik yang dilakukan diruang rawat inap (pasca operasi) (Muttaqin, 2013).

2. Pengkajian Post operatif

- a. Setelah dilakukan pembedahan pasien akan masuk ke ruang pemulihan untuk memantau tanda-tanda vitalnya sampai ia pulih dari anestesi dan bersih secara medis untuk meninggalkan ruangan operasi. Dilakukan pemantauan spesifik termasuk ABC yaitu airway, breathing, circulation. Tindakan dilakukan untuk upaya pencegahan post operasi, ditakutkan ada tanda-tanda syok seperti hipotensi, takikardi, gelisah, susah bernapas, sianosis, SPO2 rendah.
- b. Suhu tubuh: normal fisiologis yaitu 36,5 °C-37,5 °C.
- c. Kenyamanan, meliputi: terdapat nyeri, mual dan muntah
- d. Balutan, meliputi: keadaan drain dan terdapat pipa yang harus di sambungdengansistem drainase
- e. Perawatan, meliputi: cairan infus, kecepatan, jumlah cairan, kelancaran cairan. Sistem drainase: bentuk kelancaran pipa, hubungan dengan alat penampung, sifat dan jumlah drainase.
- f. Nyeri, meliputi: waktu, tempat, frekuensi, kualitas dan faktor yang memper berat atau memperingan.

3. Diagnosa Keperawatan

Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) (Tim Pokja DPP PPNI, 2016), diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian kritis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual atau potensial. Diagnosa yang sering muncul pada post operasi adalah :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisik.

Definisi: Pengalaman sensori atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan, yang berlangsung lebih dari 3 bulan, penyebab :

- 1) Agen pencedera fisiologis, misal: inflamasi, iskemia, neoplasma
- 2) Agen pencedera kimiawi, misal: terbakar, bahan kimia iritan
- 3) Agen pencedera fisik, misal: abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan

Gejala dan tanda mayor :

- 1) Subjektif Mengeluh nyeri
- 2) Objektif
 - a) Tampak meringis
 - b) Bersikap protektif, misal: waspada posisi menghindari nyeri
 - c) Gelisah
 - d) Frekuensi nadi meningkat
 - e) Sulit tidur

Gejala dan tanda minor :

- 1) Subjektif (-)
- 2) Objektif
 - a) Bersikap protektif, misal: posisi menghindari nyeri
 - b) Waspada
 - c) Pola tidur berubah
 - d) Anoreksia
 - e) Fokus menyempit
 - f) Berfokus pada diri sendiri

Kondisi terkait :

- 1) Kondisi pembedahan
 - 2) Cedera traumalis
 - 3) Infeksi
 - 4) Sindrom koroner akut
 - 5) Glaukoma
- b. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.
Definisi : Ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu, penyebab :
- 1) Keterbatasan kognitif

- 2) Gangguan fungsi kognitif
- 3) Kekeliruan mengikuti anjuran
- 4) Kurang terpapar informasi
- 5) Kurang minat dalam belajar
- 6) Kurang mampu mengingat

Gejala dan tanda mayor :

- 1) Subjektif
Menanyakan masalah yang dihadapi
- 2) Objektif
 - a) Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran
 - b) Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah

Gejala dan tanda minor :

- 1) Subjektif (-)
- 2) Objektif
 - a) Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat
 - b) Menunjukkan perilaku berlebihan, missal : apatis, bermusuhan, agitasi, histeria

Kondisi klinis terkait :

- a) Kondisi klinis yang baru dihadapi oleh klien
- b) Penyakit akut dan penyakit kronis

4. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan untuk diagnosa yang muncul pada fase pre,intra dan post operatif berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018) meliputi:

Tabel 2.1
Intervensi Keperawatan pada Fase Post Operatif

NO	DIAGNOSA	TUJUAN	INTERVENSI
Post Operatif			
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen penciderafisik	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil: - Pasien mengatakan nyeriberkurag - Pasien tampak rileks - Tanda – tanda vital dalambatas normal	Intervensi Utama : Manajemen Nyeri Observasi : 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas,intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor efek samping penggunaan analgetik Teraupetik : 1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri misal : TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, biofeedback,terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin.) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri (misal : suhu ruangan,pencahayaan, kebisingan.) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihanstrategi meredakannyeri

		<p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5. Ajarkan eknik non farmakologis untuk mengurangi rasanyeri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik , <i>jika perlu</i> <p>Intervensi pendukung : Latihan Pernapasan</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi indikasi dilakukan latihan pernapasan 2. Monitor frekuensi, irama dan kedalaman napas sebelum dan sesudah latihan <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan tempat yang tenang 2. Posisikan pasien nyaman dan rileks 3. Tempatkan satu tangan didada dan satu tangan di perut 4. Pastikan tangan di dada mundur ke belakang dan telapaktangan di perut maju kedepan saat menarik napas. 5. Ambil napas dalam secara perlahan melalui hidung dantahan selama tujuh hitungan 6. Hitungan ke delapan hembuskan napas melalui mulutdengan perlahan <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur latihan pernapasan 2. Anjurkan mengulangi latihan 4-5 kali
--	--	---

5. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan pelaksanaan perencanaan keperawatan oleh perawat. Hal-hal yang perlu diperhatikan ketika melakukan implementasi intervensi dilaksanakan sesuai rencana setelah dilakukan validasi, penguasaan kemampuan interpersonal, intelektual dan teknis, intervensi harus dilakukan dengan cermat dan efisien pada situasi yang tepat, keadaan fisik dan fisiologi dilindungi dan didokumentasikan keperawatan berupa pencatatan dan pelaporan (Muttaqin, 2013)

6. Evaluasi Keperawatan

Fase akhir dari proses keperawatan adalah evaluasi terhadap asuhan keperawatan yang diberikan, hal-hal yang dievaluasi adalah keakuratan, kelengkapan, dan kualitas data, teratasi atau tidak masalah klien, mencapai tujuan serta ketepatan intervensi keperawatan (Muttaqin, 2013)

C. Konsep Mioma Uteri

1. Pengertian

Fibroid rahim atau fibroid adalah tumor jinak sering ditemui pada organ reproduksi wanita (Tinelli et al., 2021). Fibroid timbul dari otot polos jaringan fibrosa, sehingga fibroid dapat menjadi padat jika jaringannya dominan dan lunak jika miometriurnya dominan. Fibroid rahim dapat disebut fibroid, fibroid rahim, dan fibroid sederhana (Setiati, 2018).

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).

Mioma uteri merupakan tumor jinak monoklonal dari sel-sel otot polos yang ditemukan pada rahim manusia. Tumor ini berbatas tegas dan terdiri dari sel-sel jaringan otot polos, jaringan pengikat fibroid, dan kolagen. Mioma uteri berbentuk padat, relatif bulat, kenyal, berdinding licin, dan apabila dibelah bagian dalamnya akan menonjol keluar sehingga mengesankan bahwa permukaan luarnya adalah kapsul (Prawirohardjo, Sarwono. 2018).

2. Etiologi

Penyebab penyakit mioma uteri belum pasti, akan tetapi bisa dipengaruhi kadar estrogen. Mioma uteri bisa bertambah besar pada saat kehamilan dan akan mengecil setelah masa menopause. Selagi pasien masih mengalami menstruasi, ada kemungkinan besar mioma akan berkembang walaupun perkembangannya sangat lambat. Mioma bisa di temukan satu, tetapi juga bisa tumbuh lebih dari satu buah mioma (Putri, 2018)

Faktor-faktor yang bisa berpengaruh tumbuhnya mioma uteri:

a. Estrogen

Estrogen berperan dalam perkembangan fibroid, terbukti dari fakta bahwa fibroid tidak muncul sebelum menstruasi dan juga umum selama masa reproduksi. Fibroid tumbuh lebih cepat pada wanita hamil dan mengecil selama menopause. Teori tersebut mengemukakan bahwa ada dua komponen penting, yaitu: sel progenitor (merangsang sel-sel muda) dan estrogen (merangsang sel progenitor). Hormon estrogen dihasilkan dari alat kontrasepsi hormonal khususnya pil KB, suntik, dan implan. Pil KB hormonal mengandung estrogen, progesteron, dan kombinasi estrogen dan progesteron.

b. Progesteron

Progesteron mengganggu pertumbuhan tumor menggunakan 2 cara: mengaktifkan menggunakan hidrosidesidrogenase dan menggunakan mengurangi jumlah reseptor estrogen pada tumor.

c. Hormon Pertumbuhan

Meskipun hormon menurun selama kehamilan, hormon HPL diamati selama periode yang terjadi. Hal ini menunjukkan bahwa pertumbuhan tumor rahim yang cepat selama kehamilan mungkin merupakan hasil sinergi antara HPL dan Estrogen (Criswardhani, 2020).

3. Patofisiologi

Beberapa faktor yang dikaitkan dengan mioma uteri ialah: hormonal, proses inflamasi, dan *growth factor*

a. Hormonal

Produksi reseptor estrogen dari mutasi genetik akan menyebabkan miometrium yang bertambah signifikan. Akibat aktivitas aromatase yang tinggi kadar estrogen akan meningkat. Proses dari aromatisasi androgen menjadi estrogen di bantu oleh enzim ini. Estrogen meningkatkan proliferasi sel dengan menghambat jalur apoptosis dan merangsang produksi sitokin dan faktor pertumbuhan trombosit (PDGF) dan faktor pertumbuhan epidermal (EGF). Reseptor progesteron terbentuk karena adanya rangsangan dari estrogen terutama pada bagian luar miometrium.

b. Proses inflamasi

Proses inflamasi adalah masa menstruasi yang ditandai dengan pembuluh darah rusak lalu dikompensasi tubuh menjadi zat vasokonstriksi yang dilepaskan. Peradangan yang terjadi saat masa menstruasi memicu terjadinya matriks ekstraseluler menjadi cepat yang merangsang pembentukan proliferasi sel. Faktor kegemukan juga menjadi faktor risiko terkena mioma yang merupakan proses inflamasi kronis.

c. *Growth factor*

Beberapa faktor pertumbuhan yang mendasari tumor adalah Epidermal *Growth Factor* (EGF), Insulin-Like Growth Factor (IGF I-II), *Transforming Growth Factor-B*, Growth Factor platelet-derived, acid fibroblast growth factor (AFGF), basic fibroblast growth faktor (bFGF), faktor pertumbuhan epidermal pengikat heparin (HBGF) dan

pertumbuhan endotel vaskular (VEG-F). Caranya adalah untuk membentuk DNA baru, induksi mitosis sel berperan dalam angiogenesis tumor. Tempat penyimpanan growth factor juga terdapat di matriks ekstraseluler dan bisa menjadi pemicu terbentuknya mioma uteri sebab bisa mempengaruhi proliferasi sel (Lubis, 2020).

4. Manifestasi klinik

Hampir separuh dari kasus mioma uteri ditemukan secara kebetulan pada pemeriksaan pelvis rutin. Pada penderita memang tidak mempunyai keluhan apa-apa dan tidak sadar bahwa mereka sedang mengandung satu tumor dalam uterus. Faktor-faktor yang mempengaruhi timbulnya gejala klinik meliputi :

- a. Besarnya mioma uteri
- b. Lokalisasi mioma uteri
- c. Perubahan-perubahan pada mioma uteri.

Menurut (Nurafif & Hardi, 2013) tanda dan gejala mioma uteri yaitu :

- a. Perdarahan abnormal : Hipermenore, menoragia, metroragia.

Disebabkan oleh :

- 1) Pengaruh ovarium sehingga terjadi hiperplasi endometrium.
- 2) Permukaan endometrium yang lebih luas dari biasanya.
- 3) Atrofi endometrium yang lebih luas dari biasanya.
- 4) Miometrium tidak dapat berkontraksi optimal karena adanya sarang mioma diantara serabut miometrium sehingga tidak dapat menjepit pembuluh darah yang melaluinya dengan baik.

- b. Nyeri

Nyeri panggul karena tekanan, muncul karena sebagian besar miom menekan struktur di daerah panggul. Pada mioma submukosum yang dilahirkan dapat menyempitkan canalis servikalis sehingga menimbulkan dismenore.

- c. Gejala penekanan

Penekanan pada vesika urinaria menyebabkan poliuri, pada uretra menyebabkan retensio urine, pada ureter menyebabkan hidroureter dan hidronefrosis, pada rectum menyebabkan obstipasi dan

tenesmia, pada pembuluh darah dan limfe menyebabkan edema tungkai dan nyeri panggul.

d. Disfungsi reproduks

Hubungan antara mioma uteri sebagai penyebab infertilitas masih belum jelas, 27- 40% wanita dengan mioma uteri mengalami infertilitas.

5. Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Nurafif & Hardhi, 2013) pemeriksaan diagnostik mioma uteri meliputi :

a. Tes laboratorium

Hitung darah lengkap dan apusan darah : leukositosis dapat disebabkan oleh nekrosis akibat torsi atau degenerasi. Menurunnya kadar hemoglobin dan hematokrit menunjukkan adanya kehilangan darah yang 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 diindikasikan 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 (Nurarif & Kusuma, 2013).

Menurut (Marmi, 2010) deteksi mioma uteri dapat dilakukan dengan cara :

a. Pemeriksaan

darah lengkap : Hb turun, Albumin turun, Lekosit turun atau meningkat, Eritrosit turun.

b. USG : terlihat massa pada daerah uterus.

- c. Vaginal toucher (VT) : didapatkan perdrahan pervaginam, teraba massa, konsistensi dan ukurannya.
- d. Sitologi : menentukan tingkat keganasan dari sel-sel neoplasma tersebut.
- e. Rontgen : untuk mengetahui kelainan yang mungkin ada yang dapat menghambat tindakan operasi
- f. ECG : mendeteksi, kelainan yang mungkin terjadi yang dapat mempengaruhi tindakan operasi.

Menurut (Setyorini, 2014) pemeriksaan fisik mioma uteri meliputi :

- a. Pemeriksaan abdomen : teraba massa didaerah pubis atau abdomen bagian bawah dengan konsistensi kenyal, bulat, berbatas tegas, sering berbenjol atau bertangkai, mudah digerakan, tidak nyeri.
- b. Pemeriksaan bimanual : didapatkan tumor tersebut menyatu atau berhubungan dengan uterus, ikut bergerak pada pergerakan serviks.

6. Komplikasi

Komplikasi yang muncul sangat bergantung dari besar kecilnya ukuran mioma. Mioma yang berukuran kecil jarang memiliki gangguan. Keluhan biasanya akan muncul jika mioma membesar, apalagi jika mioma mendesak organ lain. Misalnya, mioma membesar menekan area kandung kemih maka kandung kemih merasakan sakit pada saat BAK, jika mioma tumbuh menekan pembuluh darah rongga panggul maka menimbulkan pembesaran pembuluh darah vena dan terjadi rasa nyeri di rongga panggul (Factors et al, 2018).

7. Penatalaksanaan medis

Penatalaksanaan pada mioma uteri pada otot rahim mencakup:

- a. Observasi
Observasi akan dilakukan pada pasien tanpa gejala, karena pada menopause ukuran tumor diperkirakan akan mengecil.
- b. Medikamentosa
Medikamentosa ini digunakan untuk mengurangi pendarahan, mengurangi ukuran tumor dan sebagai prosedur sebelum operasi.

c. Pembedahan

Ada dua jenis operasi yaitu histerektomi dan miomektomi. Pembedahan dilakukan sesuai dengan kondisi dan keinginan pasien.

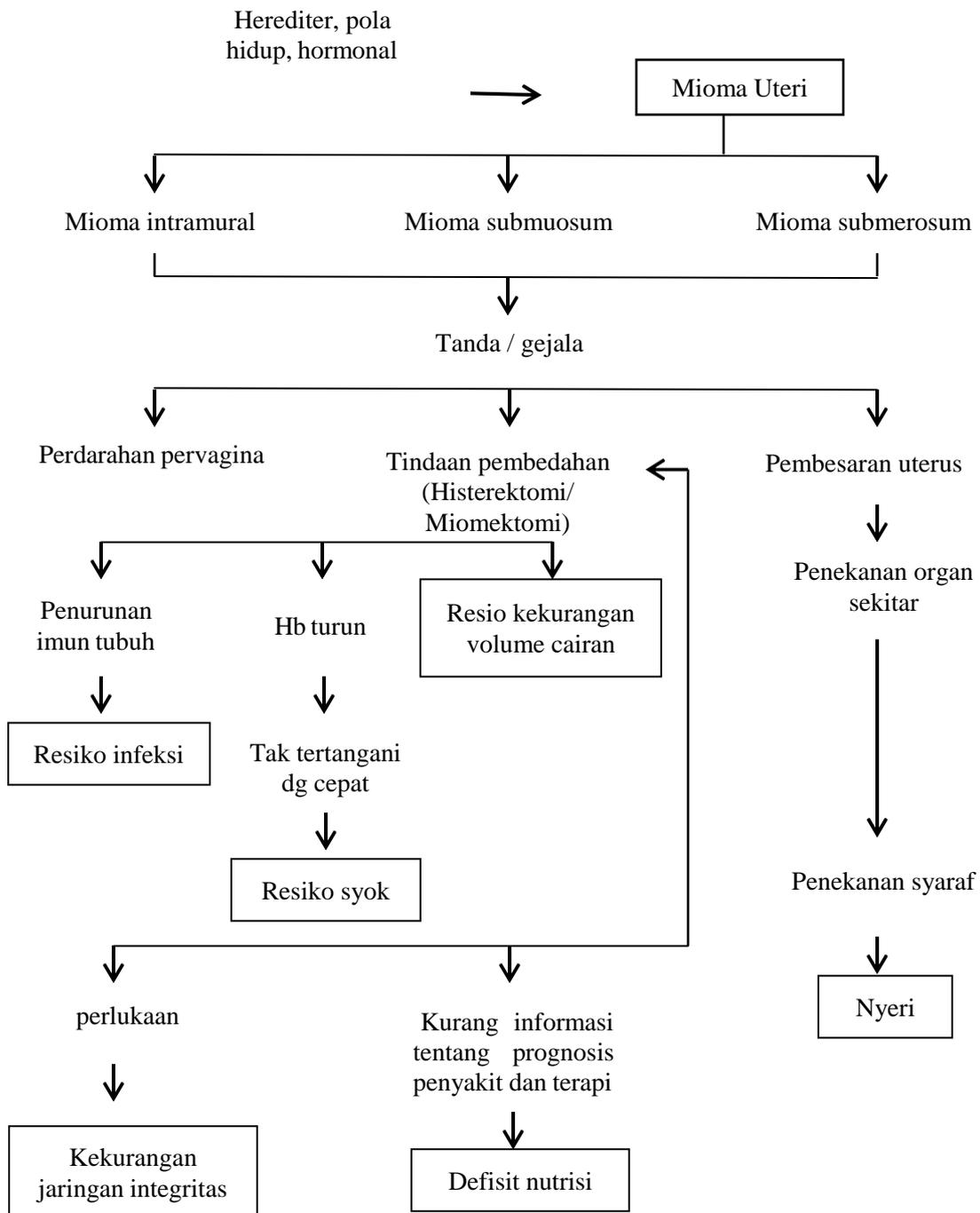
1) Histerektomi

Histerektomi disarankan pada pasien yang usiannya sudah lebih dari 40 tahun dan sudah berencana untuk tidak memiliki keturunan kembali. Pada metode laparotomi, mini laparotomi, dan laparoskopi dapat dilakukan menggunakan histerektomi. Histerektomi vagina lebih banyak dipilih karena komplikasi lebih sedikit dan durasi perawatan lebih singkat.

2) Miomektomi

Miomektomi direkomendasikan untuk pasien yang ingin memiliki lebih banyak anak. Pada teknik laparotomi, mini histerektomi, laparoskopi, dan histeroskopi semuanya dapat melakukan reseksi tumor. Prosedur yang paling umum adalah laparotomi dan minilaparotomi, tetapi operasi laparoskopi adalah prosedur yang paling sedikit dilakukan karena lebih sulit. Histeroskopi direkomendasikan untuk fibroid submukosa dan fibroid multipel dengan tumor berukuran kurang dari 3 cm dan 50% terletak di rongga rahim. Namun, komplikasi perdarahan dari teknik ini lebih besar daripada histerektomi (Lubis, 2020).

8. Pathway Mioma Uteri



(Donnez & Dolmans, 2016)

D. Konsep Nyeri Post Operasi Mioma Uteri

1. Definisi Nyeri

Nyeri adalah suatu pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan sebagai akibat dari kerusakan jaringan yang aktual dan fungsional, berlangsung secara mendadak atau lambat dengan intensitas ringan sampai berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (SDKI, 2017) Nyeri merupakan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan, persepsi nyeri seseorang sangat ditentukan oleh pengalaman dan status emosionalnya. Persepsi nyeri sangat bersifat pribadi dan subjektif. Oleh karena itu, suatu rangsang yang sama dapat dirasakan berbeda oleh dua orang yang berbeda bahkan suatu rangsang yang sama dapat dirasakan berbeda oleh satu orang karena keadaan emosionalnya yang berbeda (Zakiyah, 2015).

2. Klasifikasi

Nyeri menurut Potter & Perry (2015) dapat diklasifikasikan menjadi 2 yaitu:

a. Nyeri Akut

Nyeri yang terjadi setelah cedera akut dan memiliki awitan yang cepat dengan intensitas bervariasi atau sensasi yang tidak menyenangkan selama enam bulan atau kurang.

b. Nyeri Kronik

Nyeri konstan atau intermiten yang menetap sepanjang periode waktu dan berlangsung lebih dari enam bulan.

3. Faktor–Faktor yang Mempengaruhi Nyeri Post Operasi

Black and Hawks, (2014) dalam Mulyanto dkk (2014); Potter and Perry, (2010) ; Lusianah dkk, (2012), faktor yang mempengaruhi nyeri diantaranya :

a. Persepsi nyeri

Persepsi nyeri merupakan persepsi individu menerima dan menginterpretasikan nyeri berdasarkan pengalaman masing-masing. Nyeri yang dirasakan tiap individu berbeda-beda. Persepsi nyeri dipengaruhi oleh toleransi individu terhadap nyeri.

b. Faktor sosial budaya

Faktor sosial budaya merupakan faktor penting dalam respons individu terhadap nyeri. Respon terhadap nyeri cenderung merefleksikan moral dan budaya masing-masing.

c. Usia

Usia dapat mengubah persepsi dan pengalaman nyeri. Individu yang berumur lebih tua mempunyai metabolisme yang lebih lambat dan rasio lemak tubuh terhadap masa otot lebih besar dibanding individu berusia lebih muda, sehingga analgesik dosis kecil mungkin cukup untuk menghilangkan nyeri.

d. Jenis kelamin

Jenis kelamin dapat menjadikan faktor yang dapat mempengaruhi respon nyeri. Pada dasarnya pria lebih jarang melaporkan nyeri dibandingkan wanita.

e. Pengalaman masa lalu

Pengalaman sebelumnya mengenai nyeri mempengaruhi persepsi akan nyeri yang dialami saat ini. Individu yang memiliki pengalaman negatif dengan nyeri pada masa kanak-kanak dapat memiliki kesulitan untuk mengelola nyeri.

f. Ansietas (kecemasan)

Hubungan antara nyeri dengan kecemasan bersifat kompleks. Kecemasan terkadang meningkatkan persepsi terhadap nyeri, tetapi nyeri juga menyebabkan perasaan cemas. Dalam teorinya melaporkan bahwa stimulus nyeri yang mengaktivasi bagian dari sistem limbic dipercaya dapat mengontrol emosi, terutama kecemasan. Sistem limbik memproses reaksi emosional terhadap nyeri, apakah dirasa mengganggu atau berusaha untuk mengurangi nyeri.

g. Perhatian

Tingkat perhatian seseorang terhadap nyeri akan mempengaruhi persepsi nyeri yang dirasakan, sedangkan upaya pengalihan (distraksi) dihubungkan dengan respon nyeri. Konsep inilah yang mendasari berbagai terapi untuk menghilangkan nyeri,

seperti relaksasi, teknik imajinasi terbimbing (*guided imagery*), dan masase.

h. Kelemahan (*fatigue*)

Kelemahan akan meningkatkan persepsi seseorang terhadap nyeri dan dapat menurunkan kemampuan untuk mengatasi suatu masalah. Apabila kelemahan terjadi disepanjang waktu istirahat, persepsi terhadap nyeri akan lebih besar.

i. Teknik koping

Teknik koping mempengaruhi kemampuan seseorang untuk mengatasi nyeri. Seseorang yang memiliki koping yang baik mereka dapat mengontrol rasa nyeri yang dirasakan. Tetapi sebaliknya, jika seseorang yang memiliki koping yang buruk mereka akan merasa bahwa orang lainlah yang akan bertanggung jawab terhadap nyeri yang dialaminya. Konsep inilah yang dapat diaplikasikan dalam penggunaan analgesik yang dikontrol pasien (*patient-controlled analgesia/PCA*).

j. Keluarga dan dukungan sosial

Seseorang yang merasakan nyeri terkadang bergantung kepada anggota keluarga yang lain atau teman dekat untuk memberikan dukungan, bantuan, atau perlindungan. Walaupun rasa nyeri masih terasa, tetapi kehadiran keluarga ataupun teman terkadang dapat membuat pengalaman nyeri yang menyebabkan stress sedikit berkurang. Kehadiran orang tua sangat penting bagi anak-anak yang mengalami nyeri (Black & Hawks, 2014 dalam Mulyanto dkk, 2014; Potter & Perry, 2010 ; Lusianah dkk, 2012).

4. Fisiologi Nyeri Post Operasi

a. Transduksi

Merupakan suatu proses dimana akhiran saraf aferen menerjemahkan stimulus (contohnya tertusuk jarum) ke dalam impuls nosiseptif. Dalam proses ini ada tiga tipe serabut saraf yang terlibat, yaitu serabut A-beta, A-delta, dan C. Serabut yang berespon secara maksimal terhadap stimulasi non noksius dikelompokkan sebagai serabut penghantar nyeri, atau disebut nosiseptor. Serabut ini adalah A-

delta dan C. *Silent nociceptor*, juga terlibat dalam proses transduksi, serabut saraf aferen yang tidak berespon terhadap stimulasi eksternal tanpa adanya mediator inflamasi.

b. Transmisi

Proses dimana impuls disalurkan menuju kornu dorsalis medula spinalis, kemudian sepanjang traktus sensorik menuju otak. Neuron aferen primer merupakan pengirim dan penerima aktif dari sinyal elektrik dan kimiawi. Aksonnya berakhir di *kornu dorsalis medula spinalis* dan selanjutnya berhubungan dengan banyak neuron spinal.

c. Modulasi

Proses amplifikasi sinyal neural terkait nyeri (*pain related neural signals*). Proses ini terjadi di *kornu dorsalis medula spinalis*, dan mungkin juga terjadi di level lainnya. Sistem nosiseptif juga mempunyai jalur descending berasal dari korteksfrontalis, hipotalamus, dan area otak lainnya keotak tengah (*midbrain*) dan medula oblongata, selanjutnya menuju medula spinalis. Hasil dari proses inhibisi descendens ini adalah penguatan, atau bahkan penghambatan (blok) sinyal nosiseptif di kornudorsalis.

d. Persepsi

Persepsi merupakan hasil dari interaksi proses transduksi, transmisi, modulasi, aspek psikologis, dan karakteristik individu lainnya. Reseptor nyeri adalah organ tubuh yang berfungsi untuk menerima rangsang nyeri. Organ tubuh yang berperan sebagai reseptor nyeri adalah ujung syaraf bebas dalam kulit yang berespon hanya terhadap stimulus kuat yang secara potensial merusak. Reseptor nyeri disebut juga Nociseptor. Secara anatomis, reseptor nyeri (nociseptor) ada yang bermielin dan ada juga yang tidak bermielin dari syaraf aferen (Anas Tamsuri, 2006 dalam Bahrudin, 2017).

5. Penatalaksanaan Nyeri Post Operasi

a. Farmakologi

Pengobatan secara farmakologi dengan menggunakan analgetik atau pengurang rasa nyeri dalam jangka waktu yang lama dapat menyebabkan efek samping seperti perdarahan pada saluran cerna, obat AINS, Analgesik Ajuvan (Judha & Fauziah, 2012)

b. Non- Farmakologi

Penatalaksanaan non-farmakologi ada beberapa terapi yang dapat digunakan dalam menurunkan nyeri post operasi antara lain distraksi, relaksasi, imajinasi terbimbing, musik, biofeedback, stimulasi kutaneus yang terdiri dari masase, kompres dingin, dan kompres hangat, hypnosis, (Judha & Fauziah, 2012)

6. Pengukuran Nyeri Post Operasi

Menurut (Judha & Fauziah, 2012), beberapa cara untuk mengukur tingkat nyeri adalah sebagai berikut :

a. *Visual Analog Scale (VAS)*

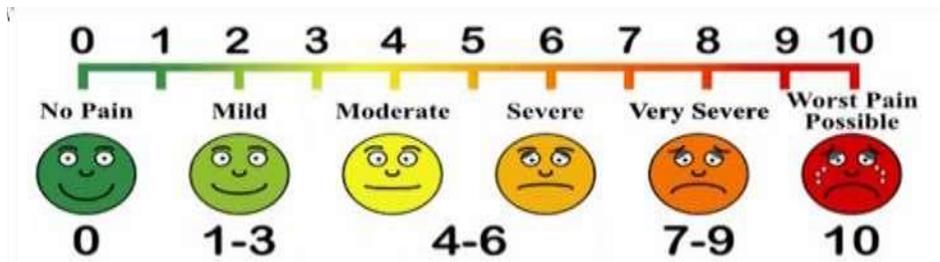
Visual Analog Scale adalah cara yang paling banyak di gunakan untuk menilai nyeri. Skala linier menggambarkan secara visual gradiasi tingkat nyeri yang mungkin di alami seorang pasien.



Gambar 2.1
Visual Analog Scale

b. *Wong baker Rating Scale*

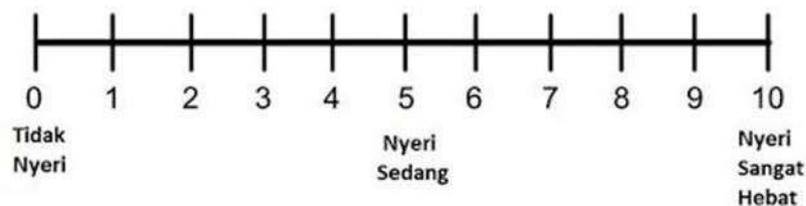
Wong baker Rating Scale adalah skala yang di gunakan pada pasien dewasa dan anak >3 tahun yang tidak dapat menggambarkan dengan angka .



Gambar 2.2
Wong baker rating scale

c. *Rating Scale* (NRS)

Skala ini sudah biasa dipergunakan dan telah divalidasi. Berat dan ringannya rasa sakit atau nyeri dibuat menjadi terukur dengan mengobyektifkan pendapat subyektif nyeri. Skala numeric dari 0 (nol) hingga 10 (sepuluh) (Potter & Perry, 2005 dalam Handayani, 2015).



Gambar 2.3
Numeric Rating Scale

Keterangan :

1. Skala 0: Tanpa nyeri
2. Skala 1-3 : Nyeri ringan
3. Skala 4-6 : Nyeri sedang
4. Skala 7-9 : Nyeri berat
5. Skala 10 : Nyeri sangat berat

Tabel 2.2
Keterangan Nyeri Numeric Rating Scale (NRS)

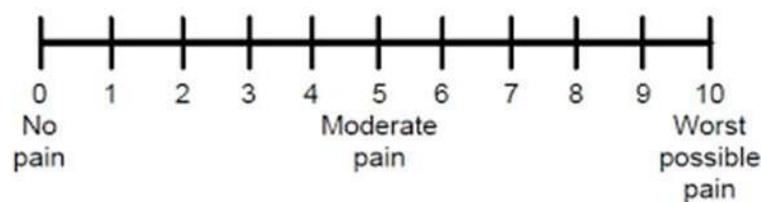
0	Tidak ada nyeri (merasa normal).
1	Nyeri hampir tidak terasa (nyeri sangat ringan). Sebagian besar tidak pernah

	berfikir tentang rasa sakit, seperti gigitan nyamuk.
2	Tidak menyenangkan. Nyeri ringan, seperti cubitan ringan pada kulit.
3	Bisa ditoleransi. Nyeri sangat terasa, seperti suntikan oleh dokter.
4	Menyedihkan. Kuat, nyeri yang dalam, seperti sakit gigi atau rasa sakit dari sengatan lebah.
5	Sangat menyedihkan. Kuat dalam, nyeri yang menusuk, seperti kaki terkilir.
6	Intens. Kuat dalam, nyeri yang menusuk begitu kuat sehinggalampak memengaruhi sebagian indra, menyebabkan tidak fokus, komunikasi terganggu.
7	Sakit intens. Sama seperti skala 6, rasa sakit benar-benar mendominasi indra, tidak mampu berkomunikasi dengan baik dan tidak mampu melakukan perawatan diri.
8	Benar – benar mengerikan. Nyeri sangat kuat dan sangat mengganggu sampai sering mengalami perubahan perilaku jika nyeri terjadi.
9	Menyiksa tak tertahankan. Nyeri sangat kuat, tidak bisa ditoleransi dengan terapi.
10	Nyeri tak terbayangkan dan tak dapat diungkapkan. Nyeri sangat berat sampai tidak sadarkan diri.

Sumber: (Wahyudi & Abd.Wahid, 2016)

d. Verbal Rating Scale (VRS)

Skala ini untuk menggambarkan rasa nyeri, efektif untuk menilai nyeri akut, dianggap sederhana dan mudah dimengerti, ranking nyerinya dimulai dari tidak nyeri sampai nyeri yang tidak tertahankan. (Khoirunnisa & Novitasari, 2015).



Gambar 2.4
Verbal Rating Scale (VRS)

E. Konsep Asuhan Keperawatan Post Operasi Mioma Uteri

Asuhan keperawatan yang terdiri dari 5 tahapan yaitu pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi. Masing-masing tahapan pendokumentasian asuhan keperawatan memiliki kriteria yang harus dipenuhi. Dokumen asuhan keperawatan merupakan tolok ukur kinerja dan kepatuhan perawat terhadap standar asuhan keperawatan dan prosedur tetap pengisian dokumen asuhan keperawatan yang telah ditetapkan di rumah sakit. Prosedur tetap dibuat untuk mendapatkan hasil kerja sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Dokumen asuhan keperawatan sangat penting karena menyangkut aspek legal tindakan keperawatan. Perawat bertanggung jawab dan bertanggung gugat dalam pencatatan asuhan keperawatan yang telah diberikan. Selain itu dokumen asuhan keperawatan juga untuk berkomunikasi dengan internal tim perawat sendiri dan tim kesehatan lainnya (Ulum dan Wulandari, 2013).

1. Pengkajian Post Operasi Mioma Uteri

Pengkajian yang dilakukan pada pasien dengan post operasi menurut Putri (2020), meliputi:

a. Identitas

Hal yang berkaitan dengan identitas klien untuk penderita myoma uteri yang perlu diperhatikan dalam mengkaji adalah umur klien, karena kasus myoma uteri banyak terjadi pada wanita dengan usia 35 - 45 tahun.

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama *Post* Operasi

Keadaan yang dirasakan oleh klien yang paling utama. Untuk masalah post operasi myoma uteri yang paling banyak adalah nyeri di sekitar luka .

2) Riwayat penyakit sekarang

Mulai kapan klien merasakan adanya keluhan, dan usaha apa saja yang telah dilakukan untuk mengatasi keadaan ini. Kaji dengan pendekatan PQRST. P adalah paliatif (faktor pencetus), Q adalah quality of pain (kualitas nyeri), R adalah region (lokasi), S adalah

skala of pain (skala nyeri), T adalah time (waktu).

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Menarche pada usia berapa, haid teratur atau tidak, siklus haid berapa hari, lama haid, warna darah haid, HPHT tidak teratur, terdapat sakit waktu haid atau tidak. Pada riwayat haid ini perlu dikaji karena pada kasus myoma uteri, perdarahan yang terjadi kebanyakan perdarahan diluar siklus haid. Maka dengan kita mengetahui siklus haid klien, maka kita dapat membedakan dengan jenis perdarahan yang lain sebagai akibat perjalanan myoma uteri.

Hamil dan persalinan berapa kali, anak hidup atau mati, usia, sehat atau tidak, penolong siapa, nifas normal atau tidak. Pada riwayat ini perlu dikaji karena myoma uteri lebih sering terjadi pada wanita nulipara.

Gali lebih lanjut untuk mengetahui jenis KB yang dipakai oleh klien apakah menggunakan KB hormonal. Jika memakai KB jenis hormonal khususnya estrogen mempengaruhi perkembangan myoma tersebut menjadi lebih berbahaya.

4) Riwayat Penyakit Keluarga

Pengkajian riwayat penyakit keluarga untuk kasus myoma uteri submukosum yang perlu dikaji adalah keluarga yang pernah atau sedang menderita penyakit yang sama (myoma), karena kasus myoma uteri submukosum dapat terjadi karena faktor keturunan.

c. Faktor Psikososial

- 1) Tanyakan tentang persepsi pasien mengenai penyakitnya, faktorfaktor budaya yang mempengaruhi, tingkat pengetahuan yang dimiliki pasien mioma uteri, dan tanyakan mengenai seksualitas dan perawatan yang pernah dilakukan oleh pasien mioma uteri.
- 2) Tanyakan tentang konsep diri : Body image, ideal diri, harga diri, peran diri, personal identity, keadaan emosi, perhatian dan hubungan terhadap orang lain atau tetangga, kegemaran atau jenis

kegiatan yang disukai pasien mioma uteri, mekanisme pertahanan diri, dan interaksi sosial pasien mioma uteri dengan orang lain.

d. Pola Kebiasaan sehari-hari

Pola nutrisi sebelum dan sesudah mengalami mioma uteri yang harus dikaji adalah frekuensi, jumlah, tanyakan perubahan nafsu makan yang terjadi.

e. Pola eliminasi

Tanyakan tentang frekuensi, poliuri, waktu, konsistensi, warna, BAB terakhir. Sedangkan pada BAK yang harus dikaji adalah frekuensi, warna, dan bau.

f. Pola Aktivitas, Latihan, dan bermain

Tanyakan jenis kegiatan dalam pekerjaannya, jenis olahraga dan frekwensinya, tanyakan kegiatan perawatan seperti mandi, berpakaian, eliminasi, makan minum, mobilisasi.

g. Pola Istirahat dan Tidur

Tanyakan waktu dan lamanya tidur pasien mioma uteri saat siang dan malam hari, masalah yang ada waktu tidur

h. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

Kaji tingkat kesadaran pasien mioma uteri

2) Tanda-tanda vital : Tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan.

3) Pemeriksaan Fisik Head to toe

a) Kepala: mengamati ekspresi muka, amati warna dan keadaan rambut mengenai kebersihan, amati apakah terdapat edema atau bekas luka di muka, ekspresi wajah meringis menahan nyeri, muka tampak pucat.

b) Mata : lihat konjungtiva anemis, pergerakan bola mata simetris

c) Hidung : lihat kesimetrisan dan kebersihan, lihat adanya pembengkakan konka nasal/tidak.

d) Telinga : lihat kebersihan telinga.

e) Mulut : lihat mukosa mulut kering atau lembab, lihat kebersihan rongga mulut, lidah dan gigi, lihat adanya

penbesaran tonsil.

- f) Leher dan tenggorokan : raba leher dan rasakan adanya pembengkakan kelenjar getah bening/tidak.
- g) Dada atau thorax : paru-paru/respirasi, jantung/kardiovaskuler dan sirkulasi, ketiak dan abdomen.
- h) Abdomen Post Operasi
 - Infeksi: bentuk dan ukuran, adanya lesi, bekas pembedahan (lokasi dan luas)
 - Palpasi: ada tidaknya nyeri, frekuensi, lokasi terjadinya nyeri
 - Perkusi: timpani, pekak
 - Auskultasi: bagaimana bising usus
- i) Ekstremitas/muskuloskeletal

Terjadi pembengkakan pada ekstremitas atas dan bawah pasien mioma uteri.
- j) Genetalia dan anus

Perhatikan kebersihan,adanya lesi, perdarahan frekuensi, konsistensi, aroma, volume, warna diluar siklus menstruas.

2. Diagnosa Keperawatan Post Operatif

Diagnosis keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respons pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialami baik aktual maupun potensial Diagnosis keperawatan yang mungkin muncul pada pasien post operasi mioma uteri adalah sebagai berikut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) D.0077
- b. Gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan luka insisi bedah (D.0129)
- c. Risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasi (D.0142)
- d. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan keengganan untuk bergerak

3. Intervensi Keperawatan

Perencanaan adalah fase proses keperawatan yang penuh dengan pertimbangan yang sistematis dan mencakup pembuatan keputusan dan penyelesaian masalah untuk membuat intervensi keperawatan (Koizer, 2011). Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan. Komponen intervensi keperawatan terdiri atas tiga komponen yaitu label merupakan nama dari intervensi yang menjadi kata kunci untuk memperoleh informasi terkait intervensi tersebut. Terdapat 18 deskriptor pada label intervensi keperawatan yaitu dukungan, edukasi, kolaborasi, konseling, konsultasi, latihan, manajemen, pemantauan, pemberian, pemeriksaan, pencegahan, pengontrolan, perawatan, promosi, rujukan, resusitasi, skринning dan terapi. Definisi merupakan komponen yang menjelaskan makna dari label intervensi keperawatan. Tindakan merupakan rangkaian aktivitas yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan. Tindakan pada intervensi keperawatan terdiri dari empat komponen meliputi tindakan observasi, tindakan terapeutik, tindakan edukasi dan tindakan kolaborasi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Intervensi keperawatan yang dapat disusun pada pasien dengan dermatitis yaitu:

Tabel 2.3
Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) D.0077	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama x 24 jam, diharapkan status kenyamanan meningkat dengan kriteria hasil : - Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat - Keluhan nyeri	Manajemen nyeri (I.08238) Observasi - Monitor lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respon nyeri non verbal - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingn

		<ul style="list-style-type: none"> menurun - Meringis menurun - Sikap protektif menurun - Gelisah menurun - Kesulitan tidur menurun - Menarik diri menurun - Berfokus pada diri sendiri menurun - Diaforesis menurun - Perasaan depresi (tertekan) menurun - Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun - Anoreksia menurun - Ketegangan otot menurun - Pupil dilatasi menurun - Muntah menurun - Mual menurun - Frekuensi nadi membaik - Pola napas membaik - Tekanan darah membaik - Proses berpikir membaik - Fokus membaik - Perilaku membaik - Nafsu makan membaik - Pola tidur membaik 	<ul style="list-style-type: none"> nyeri - Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri - Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri - Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup - Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan - Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Tarik Nafas Dalam) - Fasilitasi istirahat dan tidur - Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri - Jelaskan strategi meredakan nyeri - Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri - Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat - Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Tarik Nafas Dalam) <p>Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
2	Gangguan integritas kulit dan jaringanber hubungan dengan luka insisi bedah (D.0129)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1 x 24 jam, diharapkan gangguan integritas kulit menurun dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elastisitas meningkat - Hidrasi meningkat - Kerusakan jaringan menurun - Kerusakan lapisan kulit menurun - Nyeri menurun - Perdarahan menurun - Kemerahan menurun - Hematoma menurun - Pigmentasi abnormal menurun - Jaringan parut menurun - Nekrosis menurun 	<p>Perawatan luka</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau) - Monitor tanda- tanda infeksi - Lepaskan balutan dan plester secara perlahan <p>Teraupetik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik - Bersihkan jaringan nekrotik - Pasang balutan sesuai jenis luka - Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka - Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tanda dan gejala infeksi - Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein <p>Kolaborasi</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - Abrasi kornea menurun - Suhu kulit - Sensasi - Tekstur - Pertumbuhan rambut 	<ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasikan pemberian antibiotik, jika perlu intervensi pendukung.
3	Risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasi (D.0142)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x 24 jam maka tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kebersihan tangan meningkat - Kebersihan tangan meningkat - Nafsu makan meningkat - Demam menurun - Kemerahan menurun - Nyeri menurun - Bengkak menurun - Vesikel menurun - Cairan berbau busuk menurun - Sputum berwarna hijau menurun - Drainase puluren menurun - Piuna menurun - Periode malaise menurun - Periode menggigil menurun - Lelargi menurun - Gangguan kognitif menurun - Kadar sel darah putih membaik - Kultur darah membaik - Kultur urine membaik - Kultur sputum membaik - Kultur area luka membaik - Kultur feses membaik 	<p>Pencegahan Infeksi</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistematik <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan perawatan kulit pada area edema - Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tanda dan gejala infeksi - Ajarkan cara memeriksa kondisi Luka <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian analgetik
4	Gangguan mobilitas fisik fisik b.d keengganan untuk bergerak	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x 24 jam intoleransi aktivitas membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pergerakan ekstremitas meningkat 	<p>Dukungan Mobilisasi</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan - Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi - Monitor kondisi umum selama

		<ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot meningkat - Rentang gerak (ROM) meningkat - Nyeri menurun - Kecemasan menurun - Kaku sendi menurun - Gerakan tidak terkoordinasi menurun - Gerakan terbatas menurun - Kelemahan fisik menurun 	<p>melakukan mobilisasi</p> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur) - Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi - Anjurkan melakukan mobilisasi dini - Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)
--	--	--	---

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi yang dilakukan kepada pasien post mioma uteri tergantung sengan diagnosis yang muncul pada saat pengkajian dan dilakukan berdasarkan intervensi yang disusun. Implementasi keperawatan merupakan suatu fase dimana perawat melaksanakan rencana atau intervensi yang sudah dilaksanakan sebelumnya (Koizer, 2011). Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan. Tindakan-tindakan pada intervensi keperawatan terdiri atas observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi yang dilakukan pada pasien post mioma uteri berdasarkan tindakan yang telah dilakukan dan dievaluasi menggunakan luaran yang disusun pada saat penyusunan intervensi. Evaluasi keperawatan merupakan fase akhir dalam proses keperawatan (Koizer, 2011). Evaluasi dapat berupa evaluasi struktur, proses dan hasil. Evaluasi terdiri dari evaluasi formatif yaitu menghasilkan umpan balik selama program berlangsung. Evaluasi sumatif dilakukan setelah program selesai dan mendapatkan informasi efektivitas pengambilan keputusan (Deswani, 2011). Dalam perumusan evaluasi keperawatan menggunakan empat

komponen yang dikenal dengan istilah SOAP (subjektif, objektif, assesment, planing) (Achjar, 2012). Adapun komponen SOAP yaitu S (Subjektif) di mana perawat menemui keluhan yang dikatakan pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan, O (Objektif) adalah data yang berdasarkan hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung pada pasien dan yang dirasakan setelah tindakan keperawatan, A (*Assesment*) adalah interpretasi dari data subjektif dan objektif, P (*Planning*) adalah perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi, atau ditambah dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan saat melakukan intervensi keperawatan sebelumnya.

F. Konsep Teknik Relaksasi Nafas Dalam

1. Pengertian

Terapi relaksasi nafas dalam merupakan pernafasan pada abdomen dengan frekuensi lambat serta perlahan, berirama, dan nyaman dengan cara memejamkan mata saat menarik nafas. Efek dari terapi ini ialah distraksi atau pengalihan perhatian. (Hartanti, dkk, 2016). Mekanisme relaksasi nafas dalam pada sistem pernafasan berupa suatu keadaan inspirasi dan ekspirasi pernafasan dengan frekuensi pernafasan menjadi 6-10 kali permenit sehingga terjadi peningkatan regangan kardiopulmonari. Terapi relaksasi nafas dalam dapat dilakukan secara mandiri, relatif mudah dilakukan dari pada terapi nonfarmakologis lainnya, tidak membutuhkan waktu lama untuk terapi, dan dapat mengurangi dampak buruk dari terapi farmakologis bagi penderita hipertensi (Masnina & Setyawan, 2018).

Teknik relaksasi merupakan metode yang dapat dilakukan pada pasien yang mengalami nyeri, merupakan latihan pernapasan yang menurunkan konsumsi oksigen, frekuensi pernapasan, frekuensi jantung dan ketegangan otot. Teknik relaksasi perlu diajarkan beberapa kali agar mencapai hasil yang optimal dan perlunya instruksi menggunakan teknik relaksasi untuk menurunkan atau mencegah meningkatnya nyeri. Relaksasi nafas dalam merupakan teknik relaksasi yang dapat menurunkan nyeri dengan cara merangsang susunan saraf pusat yaitu otak dan sumsum tulang belakang untuk memproduksi endorphen yang berfungsi sebagai

penghambat nyeri. Selain dapat mengatasi nyeri, teknik relaksasi juga dapat membuat pasien dapat mengontrol diri ketika terjadi stress fisik dan emosi (Suwahyu, Romy., et al. 2021).

3. Tujuan

Bertujuan untuk mereleksasikan otot skeletal, dapat menurunkan nyeri dengan merileksasikan ketegangan otot yang menunjang nyeri. Setelah dilakukan teknik relaksasi nafas dalam terdapat hormone yang dihasilkan yaitu hormone adrenalin dan hormone kortison. Kadar PaCO₂ akan meningkat dan menurunkan PH sehingga akan meningkatkan kadar oksigen dalam darah (Sumahyu, Romi et., al. 2021).

Relaksasi napas dalam bertujuan untuk mengontrol pertukaran gas agar menjadi efisien, mengurangi kinerja bernapas, meningkatkan inflasi alveolar maksimal, meningkatkan relaksasi otot, menghilangkan ansietas, menyingkirkan pola aktivitas otot-otot pernapasan yang tidak berguna, melambatkan frekuensi pernapasan, mengurangi udara yang terperangkap serta mengurangi kerja bernapas (Bruner & Suddart, 2013).

4. Manfaat

Beberapa manfaat terapi relaksasi nafas dalam adalah sebagai berikut: (Wardani, 2015)

- a. Ketentraman hati
- b. Berkurangnya rasa cemas, khawatir dan gelisah
- c. Tekanan darah dan ketegangan jiwa menjadi rendah
- d. Detak jantung lebih rendah
- e. Mengurangi tekanan darah
- f. Meningkatkan keyakinan
- g. Kesehatan mental menjadi lebih baik

5. Indikasi

Beberapa kondisi yang mendukung dilakukannya terapi teknik relaksasi nafas dalam yaitu klien yang mengalami nyeri, perawat perlu melakukan pengkajian nyeri yang tepat dan pengukuran tingkat nyeri yang tepat dalam memberikan intervensi keperawatan pada klien (Morton & Fontaine. 2013).

6. Kontraindikasi

Beberapa faktor penghambat dalam pelaksanaan intervensi ini yaitu kondisi klien yang bisa mengalami perubahan kapanpun maka akan bisa

menghambat pelaksanaan terapi ini, alat yang digunakan seperti handphone dan headphone mengalami kehabisan baterai dan kerusakan juga akan menghambat pelaksanaan terapi ini (Sisnawati H, & Umami K., 2017).

7. Prosedur Teknik Relaksasi Nafas Dalam

Langkah-Langkah teknik terapi relaksasi nafas dalam menurut Wardani (2015) sebagai berikut :

- a. Ciptakan lingkungan yang tenang
- b. Usahakan tetap rileks dan tenang.
- c. Menarik nafas dalam dari hidung dan mengisi paru-paru dengan udara melalui hitungan.
- d. Perlahan-lahan udara dihembuskan melalui mulut sambil merasakan ekstremitas atas dan bawah rileks.
- e. Anjurkan bernafas dengan irama normal 3 kali.
- f. Menarik nafas lagi melalui hidung dan menghembuskan melalui mulut secara perlahan-lahan.
- g. Membiarkan telapak tangan dan kaki rileks.
- h. Usahakan agar tetap konsentrasi.
- i. Anjurkan untuk mengulangi prosedur hingga benar-benar rileks.
- j. Ulangi selama 15 menit, dan selingi istirahat singkat setiap 5 kali pernafasan.

8. Hubungan Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Nyeri Akut

Teknik relaksasi napas dalam dipercaya dapat menurunkan intensitas nyeri melalui tiga mekanisme yaitu :

- a. Dengan merelaksasikan otot skelet yang mengalami spasme yang disebabkan insisi (trauma) jaringan saat pembedahan
- b. Relaksasi otot skelet akan meningkatkan aliran darah ke daerah yang mengalami trauma sehingga mempercepat proses penyembuhan dan menurunkan (menghilangkan) sensasi nyeri
- c. Teknik relaksasi napas dalam dipercayai mampu merangsang tubuh untuk melepaskan opioid endogen yaitu endorfin dan enkefalin (Smeltzer & Bare, 2012).

Pernyataan lain mengatakan bahwa penurunan nyeri oleh teknik relaksasi napas dalam disebabkan ketika seseorang melakukan relaksasi napas dalam untuk mengendalikan nyeri yang dirasakan, maka tubuh akan meningkatkan komponen saraf parasimpatis secara stimulan, maka ini menyebabkan terjadinya kadar hormon kortisol dan adrenalin dalam tubuh yang mempengaruhi tingkat stres seseorang sehingga dapat meningkatkan konsentrasi dan membuat pasien merasa tenang untuk mengatur ritme pernapasan menjadi teratur. Hal ini akan mendorong terjadinya peningkatan kadar PCO₂ dan akan menurunkan kadar pH sehingga terjadi peningkatan kadar oksigen dalam darah (Handerson, 2012).

G. Tinjauan Ilmiah Artikel

Tabel 2.4
Tinjauan Ilmiah Artikel

No	Judul Artikel ; Penulis, Tahun	Metode (desain, sampel, variabel, instrumen, analisis)	Hasil penelitian
1	Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Histerektomi Salpingoovarektomi Dextra Dan Salpingektomi sinistra Atas Indikasi Mioma Uteri Multipel : Studi Kasus ; Gina Fitriana, Ida Maryati, 2023	D : Deskriptif S : 1 Responden V : (i) Terapi teknik nafas dalam dan dzikir i (d) nyeri dan resiko infeksi teratasi sebagian I : Pengkajian A : -	Pada diagnosa nyeri akut data subjektif yang muncul yaitu: keluhan nyeri berkurang menjadi skala 2/10, nyeri terasa seperti di iris-iris, bertambah berat jika di gerakan namun masih bisa di toleransi dan berkurang ketika sudah diberikan obat dan melakukan teknik yang di ajarkan.
2	Deep Breathing Exercise (Dbe) Dan Tingkat Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi Laparotomi ; Rudi Hamarno, Maria Diah C.T., M. Hisbulloh H, 2017	D : Quasi Eksperimen S : 34 responden V : Variabel bebas penelitian adalah deep breathing exercise dan variabel terikatnya adalah nyeri I : wawancara dan observasi skala nyeri A : -	Ada perbedaan intensitas nyeri pada pasien post operasi laparotomi antara kelompok kontrol dan kelompok perlakuan (p=0,000).
3	Asuhan Keperawatan Post Operasi Ginekologi Dengan Nyeri Pada Ibu. S Dan. J Di Rumah Sakit Wilayah Dki Jakarta ; Agustini Liviana Dwi Rahmawati, Ghea Jauhara Andini , Muhamad Ridlo, 2022	D : deskriptif analitik S : 2 subjek pasien V : tindakan relaksasi nafas dalam dan distraksi mural. I : wawancara A : -	Kedua pasien dilakukan tindakan selama 3x24 jam pasca operasi ginekologi yang mengalami nyeri dapat mengontrol nyeri pada hari ketiga dan pasien mampu melakukan tindakan relaksasi nafas dalam dan distraksi mural.

4	Penerapan Teknik Nafas Dalam Pada Pasien Infark Miokard Akut (IMA) Dengan Masalah Nyeri Akut Di Ruang Icu Rs Islam Jemursari Surabaya. Rosidah (2016)	D: deskriptif dengan pendekatan studi kasus S: Subyek penelitian adalah satu orang pasien Infark Miokard Akut (IMA) dengan masalah nyeri akut di Ruang ICU RSI Jemursari Surabaya V: Tehnik relaksasi nafas dalam dan nyeri akut I: Format asuhan keperawatan dengan cara wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan dokumentasi A:	Hasil dari penerapan teknik relaksasi napas dalam yang diintervensikan selama 3 (tiga) hari didapatkan penurunan tingkat nyeri yang bertahap yaitu pada hari pertama dari skala nyeri 6 (nyeri sedang) menjadi skala nyeri 2 (nyeri ringan)
5	Aplikasi Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Nyeri Pada Pasien Fraktur Ekstremitas Mochamad Ardhi Pratama (2020)	D: Deskriptif S: 2 responden V: Relaksasi nafas dalam dan nyeri pada pasien fraktur I: Wawancara secara langsung A:	Evaluasi keperawatan pada kedua pasien selama 7 hari, pada hari pertama penulis mendapatkan data skala nyeri pasien 1 adalah 5, pada pasien 2 adalah 6. Pada hari ke 7 penulis mendapatkan data skala nyeri dari kedua pasien sudah turun menjadi 2, diukur dengan metode Numeric Rating Scale, masalah nyeri akut pada pasien sudah teratas
6	Asuhan Keperawatan Dengan Pemberian Teknik Relaksasi Nafas Dalam Untuk Mengurangi Nyeri Akut Pada Pasien Fraktur Di RSUD Undat. Noval (2018)	D: Studi kasus S: Menggunakan dua subyek (fraktur) V: Pemberian tehnik relaksasi nafas dalam dan nyeri akut I: Pemberian tehnik relaksasi nafas dalam secara langsung A:	Hasil studi kasus menunjukkan bahwa tindakan keperawatan tehnik relaksasi nafas dalam dapat menurunkan skala, durasi, intensitas dan frekuensi nyeri pada kedua pasien setelah dilakukan implementasi selama empat hari dimana pada pasien 1 dari skala 9 menjadi skala 7 sedangkan pasien 2 dari skala 8 menjadi skala 6.
7	Asuhan Keperawatan Penerapan Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Post Operasi Caesarea di RSUD dr. Ibnu Sutowo Baturaja Hasan (2016)	D: Stusi ksus S: 2 klien dan 2 kasus setelah mengalami 6 jam post operasi sectio caesarea selama 3 hari, V: Penerapan relaksasi nafas dalam dan nyeri akut I: Penerapan relaksasi nafas dalam secara langsung A:	Pada hari peratama, setelah klien diberikan penerapan relaksasi nafas dalam skala nyeri klien berkurang dari 7 menjadi 5. hari kedua dari 6 menjadi 4. hari ketiga dari 4 menjadi 2. Pada kasus Ny. I setelah dilakukan penerapan relaksasi nafas dalam didapatkan hasil sebagai berikut, hari pertama, setelah klien diberikan penerapan relaksasi nafas dalam skala nyeri klien berkurang dari 6 menjadi 4. hari kedua dari 5 menjadi 3. hari ketiga dari 4 menjadi 2. Kesimpulan : Ny.A dan Ny.I mengatakan nyeri berkurang setelah dilakukan penerapan teknik relaksasi nafas dalam
8	Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Intensitas	D: <i>Quasi Eksperimen Pretest-Posttest Control Group Design</i>	Hasil uji statistik diperoleh nilai P value uji Wilcoxon dan Uji Mann-Whitney 0.000 maka $P < 0.05$ yang

	Nyeri Pasien Post Partum Sectio Caesarea Di Ruang Rawat Nifas Rsud Sekarwangi Sukabumi Susilawati (2023)	S: 36 responden V: Intensitas nyeri dan relaksasi nafas dalam I: Sebelum dan setelah A:	menunjukkan terdapat pengaruh dan perbedaan teknik relaksasi nafas dalam terhadap penurunan intensitas nyeri pasien <i>post partum sectio caesarea</i> . Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap penurunan intensitas nyeri pasien <i>post partum sectio caesarea</i>
9	Efektifitas Relaksasi Napas Dalam Dan Distraksi Dengan Latihan 5 Jari Terhadap Nyeri Post Laparotomi Sri Utami (2018)	D: Quasy Eksperimen S: 30 Responden V: Relaksasi Nafas Dalam, Latihan 5 Jari Dan Nyeri I: Langsung A:	Rata-Rata Intensitas Nyeri Sebelum Dilakukan Efektifitas Relaksasi Napas Dalam Dan Distraksi Dengan Latihan 5 Jari Terhadap Nyeri Post Laparotomi Pada Kelompok Eksperimen Adalah 3,91 Dan Kelompok Kontrol 5,11 Dengan P Value 0,254. Sedangkan Rata-Rata Intensitas Nyeri Setelah Dilakukan Pijat Endorphin Pada Kelompok Eksperimen 2,05 Dan Kelompok Kontrol Adalah 4,73 Dengan P Value 0,000. Hasil Menunjukkan Bahwa Efektifitas Relaksasi Napas Dalam Dan Distraksi Dengan Latihan 5 Jari Efektif Untuk Menurunkan Nyeri Post Laparotomi (P Value < 0,05)
10	Penerapan Teknik Relaksasi Nafas Dalam Pada Pasien Gastritis Dengan Masalah Nyeri Akut Di Rumah Sakit Bhayangkara M. Hasan Palembang Tahun 2022 Zalia dkk (2022)	D : Penelitian deskriptif dengan pendekatan studi kasus S : Ny "S" dan Ny "M" V : Tehnik relaksasi nafas dalam dan nyeri akut I : Wawancara secara langsung A :	Dari hasil Asuhan Keperawatan pada Ny "S" dan Ny "M" dengan Diagnosa Keperawatan pertama yaitu Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera biologis (inflamasi pada mukosa lambung), hasil evaluasi pada pasien pertama Ny "S" didapatkan pasien tidak merasa nyeri lagi, sebelum dilakukan teknik relaksasi nafas dalam skala nyeri 5 (Sedang), masalah nyeri teratasi dan intervensi dihentikan. Untuk evaluasi yang didapatkan pada pasien kedua Ny "M" didapatkan skala nyeri 2 (Sedang), sebelum dilakukan teknik relaksasi nafas dalam skala nyeri 7 (Berat)