

LAPORAN AKHIR PROFESI NERS
ASUHAN KEPERAWATAN PERIOPERATIF PADA NY. N
DENGAN DIAGNOSIS MEDIS NEOPLASMA OVARIUM KISTIK
SUSPEK GANAS TINDAKAN KONSERVATIF *SURGICAL STAGING*
(*SALPINGO-OOFAREKTOMI BILATERAL DAN OMENTEKTOMI*)
DI RUANGAN *CENTRAL OPERATING THEATRE* (COT)
RUMAH SAKIT PERGURUAN TINGGI NEGERI
UNIVERSITAS HASANUDDIN TAHUN 2021

*Diajukan sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Profesi Ners
di Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin*



Oleh :

NURUL AFRIANI KADAR

R014 19 2026

PRAKTEK PEMINATAN KLINIK
KEPERAWATAN PERIOPERATIF
PROGRAM STUDI PROFESI NERS
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR

2021

LEMBAR PENGESAHAN

**ASUHAN KEPERAWATAN PERIOPERATIF PADA NY. N
DENGAN DIAGNOSIS MEDIS NEOPLASMA OVARIUM KISTIK SUSPEK
GANAS TINDAKAN KONSERVATIF *SURGICAL STAGING*
(*SALPINGO-OOFAREKTOMI BILATERAL DAN OMENTEKTOMI*)
DI RUANGAN *CENTRAL OPERATING THEATRE (COT)*
RUMAH SAKIT PERGURUAN TINGGI NEGERI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
TAHUN 2021**

Telah dipertahankan di hadapan Sidang Tim Penguji Akhir

Pada:

Hari/ Tanggal : Jumat/08 Januari 2021

Pukul : 08.30-11.30 WITA

Tempat : Daring via zoom meeting

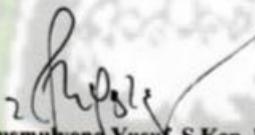
Disusun Oleh :

**NURUL AFRIANI KADAR, S. Kep
R014 19 2026**

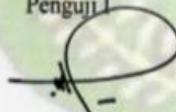
Dan yang bersangkutan dinyatakan

LULUS

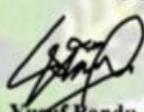
Pembimbing


**Musmuliono Yusuf, S.Kep.,Ns.,MHPA
NIP. 19860507 201012 1 006**

Penguji I


**Dr. Takdir Tahir, S.Kep.,Ns., M.Kes
NIP. 19770421 200912 1 003**

Penguji II


**Muh. Yusuf Bandu, S.Kep.,Ns
NIK. 19900629 201408 6 001**

Mengetahui.

Ketua Program Studi
Profesi Ners


**Dr. Takdir Tahir, S.Kep.,Ns.,M. Kes
NIP. 19770421 200912 1 003**

Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Hasanuddin


**Dr. Ariyanti Saleh, S. Kp., M. Si
NIP. 19680421 2001112 2 002**

PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Nurul Afriani Kadar

Nim : R014192026

Program studi : Ilmu Keperawatan

Jenjang : Profesi Ners

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa karya tulisan berjudul **“ASUHAN KEPERAWATAN PERIOPERATIF PADA NY. N DENGAN DIAGNOSIS MEDIS NEOPLASMA OVARIUM KISTIK SUSPEK GANAS TINDAKAN KONSERVATIF SURGICAL STAGING (SALPINGO-OOFAREKTOMI BILATERAL DAN OMENTEKTOMI) DI RUANGAN CENTRAL OPERATING THEATRE (COT) RUMAH SAKIT PERGURUAN TINGGI NEGERI UNIVERSITAS HASANUDDIN TAHUN 2021”** ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilan alihan tulisan atau pemikiran orang lain kecuali yang tertulis dalam naskah dan terlampir dalam pustaka. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian besar atau keseluruhan karya tulis ini merupakan hasil karya orang lain, maka saya bersedia mempertanggung jawabkan sekaligus bersedia menerima sanksi yang seberat-beratnya atas perbuatan tidak terpuji.

Demikian surat ini saya buat dalam keadaan sadar tanpa ada paksaan pihak manapun

Makassar, 21 Januari 2021

Yang Membuat Pernyataan,



METERAI
TEMPEL
272C7AHF785867394
6000
RUPIAH

(Nurul Afriani Kadar)

ABSTRAK

Nurul Afriani Kadar, S.Kep. R014192026. ASUHAN KEPERAWATAN PERIOPERATIF PADA NY. N DENGAN DIAGNOSIS MEDIS NEOPLASMA OVARIUM KISTIK SUSPEK GANAS TINDAKAN KONSERVATIF SURGICAL STAGING (SALPINGO-OOFAREKTOMI BILATERAL DAN OMENTEKTOMI) DI RUANGAN CENTRAL OPERATING THEATRE (COT) RUMAH SAKIT PERGURUAN TINGGI NEGERI UNIVERSITAS HASANUDDIN TAHUN 2021 dibimbing oleh Musmulyono Yusuf.

Latar Belakang: Neoplasma ovarium kistik atau disebut juga kista ovary merupakan suatu tumor, baik yang kecil maupun yang besar, kistik atau padat, jinak atau ganas. Kista ovarium merupakan salah satu tumor jinak ginekologi yang paling sering dijumpai pada wanita di masa reproduksinya. Berbagai jenis penatalaksanaan operatif untuk neoplasma ovarium kistik adalah Laparatomi, omentektomi, dan konservatif *surgical staging*. konservatif *surgical staging (salpingo-oofarektomi bilateral dan omentektomi)* adalah operasi pengangkatan sebagian jaringan omentum pasien yang dikhawatirkan sudah menjadi tempat metastase kanker yang menyerang serviks serta melibatkan pengangkatan tuba falopi dan ovarium bagian kanan.

Tujuan: Untuk mengetahui asuhan keperawatan pada pasien Neoplasma Ovarium Kistik dengan tindakan konservatif *surgical staging (salpingo-oofarektomi bilateral dan omentektomi)*.

Hasil: Pengkajian dilakukan untuk mengumpulkan data yang mendukung penegakan diagnosis keperawatan. Diagnosa yang muncul pada pre operasi yaitu ansietas, pada intra operasi muncul diagnosa berupa risiko hipotermia, risiko cedera, dan risiko infeksi. Sementara pada post operasi muncul diagnosa nyeri akut dan risiko jatuh.

Pembahasan: Dari keenam diagnosa yang ditegakkan mulai dari pre operasi, intra operasi, hingga post operasi merupakan diagnosa yang umumnya muncul pasien dengan tindakan konservatif *surgical staging*. konservatif *surgical staging (salpingo-oofarektomi bilateral dan omentektomi)*. Salah satu hal yang perlu diperhatikan pada fase intra operatif untuk pembedahan berongga seperti *surgical staging* adalah memastikan jumlah kasa dan instrumen lainnya yang digunakan sebelum menutup luka operasi.

Kesimpulan: *intervensi bedah pada pasien Neoplasma Ovarium Kistik bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup dari segi kesehatan. Tindakan pembedahan wajib memperhatikan keselamatan pasien, kesiapan pasien, dan prosedur yang akan dilakukan. Kesalahan yang biasa terjadi saat dikamar bedah yaitu salah lokasi operasi, salah prosedur operasi ataupun salah pasien. Komunikasi interprofesi yang efektif merupakan faktor yang sangat berpengaruh dalam meningkatkan keselamatan pasien dan dapat meminimalisir kesalahpahaman.*

Kata Kunci: *Neoplasma Ovarium Kistik, konservatif surgical staging, diagnosa keperawatan*

ABSTRACT

Nurul Afriani Kadar, S.Kep. R014192026. PERIOPERATIVE NURSING CARE IN NY. N WITH MEDICAL DIAGNOSIS OF NEOPLASMA OVARIUM FROM GANAS SUSPECT CONSERVATIVE MEASURES SURGICAL STAGING (BILATERAL AND OMENTEKTOMIC SALPINGO-OOPHARECTOMICS) IN CENTRAL OPERATING THEATING THEATER HASANUDDIN UNIVERSITY IN 2021 supervised by Musmulyono Yusuf.

Background: Cystic ovarian neoplasm or also known as ovary cyst is a tumor, either small or large, cystic or solid, benign or malignant. Ovarian cysts are one of the most common benign gynecologic tumors found in women during their reproductive years. The various types of operative management for cystic ovarian neoplasms are laparotomy, omentectomy, and conservative surgical staging. Conservative surgical staging (bilateral salpingo-oophorectomy and omentectomy) is the surgical removal of a portion of the patient's omentum tissue who is feared to have become a site of cancer metastasis that attacks the cervix and involves removing the fallopian tube and right ovary.

Purpose: To determine nursing care in patients with cystic ovarian neoplasms with conservative surgical staging measures (bilateral salpingo-oophorectomy and omentectomy).

Result: The assessment is carried out to collect data that supports the establishment of a nursing diagnosis. The diagnosis that appears in the preoperative stage is anxiety, while the intraoperative diagnosis is the risk of hypothermia, risk of injury, and risk of infection. Meanwhile, post surgery diagnosed acute pain and the risk of falling.

Discussion: Of the six diagnoses that are enforced from pre surgery, intra surgery, to post surgery, it is a diagnosis that generally appears in patients with action. conservative surgical staging. conservative surgical staging (bilateral salpingo-oophorectomy and omentectomy). One of the things that need to be considered in the intra-operative phase for hollow surgery such as surgical staging is to ensure the amount of gauze and other instruments used before closing the surgical wound.

Conclusion: *Surgical intervention in patients with Cystic Ovarian Neoplasms aims to improve the quality of life in terms of health.* Surgery must pay attention to patient safety, patient readiness, and the procedures to be performed. Mistakes that usually occur when in the operating room are wrong location of the operation, wrong surgical procedure or wrong patient. Effective interprofessional communication is a very influential factor in improving patient safety and can minimize misunderstandings.

Keywords: Cystic ovarian neoplasm, conservative surgical staging, nursing diagnosis

KATA PENGANTAR

Tiada kata yang pantas penulis lafaskan melainkan ucapan puji syukur kehadiran Allah *subhanah wa taala* atas limpahan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan laporan akhir Profesi Ners ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Perioperatif Ny. H Dengan Diagnosa Medis *Carcinoma Mamma Dextra* Tindakan Operasi *Modified Radical Mastectomy (Mrm)* Di *Central Operating Theatre (Cot)* Rumah Sakit Perguruan Tinggi Negeri Universitas Hasanuddin Tahun 2021”. Selama proses penyusunan laporan akhir Profesi Ners ini, penulis mengalami berbagai hambatan dan kesulitan. Akan tetapi, berkat bimbingan, arahan, masukan, bantuan dan kerjasama dari berbagai pihak akhirnya hambatan dan kesulitan yang dihadapi penulis dapat diatasi. Terlepas dari itu, perkenankanlah saya menyampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan setinggi-tingginya kepada yang terhormat.

1. Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Si selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin
2. Dr. Takdir Tahir, S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku Ketua Program Studi Profesi Ners Fakultas Keperawatan
3. Musmulyono Yusuf, S.Kep.,Ns.,MHPA selaku pembimbing yang senantiasa memberi masukan dan arahan-arahan dalam penyempurnaan penyusunan laporan akhir Profesi Ners ini.
4. Takdir Tahir, S.Kep.,Ns.,M.Kes dan Muh. Yusuf Bandu, S.Kep.,Ns selaku tim penguji yang memberi banyak masukan dan arahan demi penyempurnaan laporan akhir Profesi Ners ini.
5. Seluruh dosen dan staf akademik Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin.
6. Seluruh preseptor institusi dan preseptor klinik di RSUP Wahidin Sudirohusodo, RSUD Labuang Baji dan RSPTN Universitas Hasanuddin.
7. Ibu, Adik dan Keluarga saya yang selalu mendoakan dan memberi dukungan baik berupa dukungan moril maupun dukungan materi demi

menunjang kelancaran segala kebutuhan saya dalam menyelesaikan perkuliahan.

8. Terima kasih kepada Muhammad Irsal dan Saudara seperjuangan sekaligus sahabat saya yang tak lekang oleh waktu Intan Pratiwi, Suriyanti, Firda, Yayan, dan Emilia, serta Sahabat SMA saya (Indri, Cholis, Uni, dan Ayu) terima kasih atas kebersamaan, dukungan, motivasi, hiburan dan bantuannya setiap saat, terutama ketika saya sedang kurang semangat dalam melaksanakan profesi NERS ini.
9. Terima Kasih kepada Teman angkatan 2016 (TR16EMINUS) dan teman-teman SMA Negeri 3 Takalar, telah menemani dan menguatkan dari awal perjalanan sampai akhir.
10. Terima Kasih kepada Teman-teman Pengurus BK Lisan 2017/2018, dan Pengurus IKAB Periode 2018 terima kasih atas pengalaman, do'a dan dukungannya selama ini.
11. Terima Kasih kepada Kakak-kakak yang telah berbagi semangat, saran dan ilmu ketika saya dalam keadaan kebingungan.
12. Terima Kasih kepada Teman-teman seperjuangan Profesi Ners yang sudah banyak memotivasi dan menyalurkan energi positif.
13. Terima Kasih juga kepada Seluruh pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah berkontribusi banyak memberikan bantuan dan dukungan dalam penyusunan laporan akhir Profesi Ners ini.

Akhirnya, dengan segala kerendahan hati penulis menyadari bahwa penulis hanyalah manusia biasa yang tidak luput dari salah dan khilaf dalam penyusunan laporan akhir Profesi Ners ini, karena sesungguhnya kebenaran sempurna hanya milik Allah SWT semata. Oleh karena ini, penulis senantiasa mengharapkan masukan yang konstruktif sehingga penulis dapat berkarya lebih baik di masa yang akan datang. Akhir kata mohon maaf atas segala salah dan khilaf.

Makassar, 21 Januari 2021

Nurul Afriani Kadar

DAFTAR ISI

| | |
|---------------------------------|-------------------------------------|
| SAMPUL..... | i |
| LEMBAR PENGESAHAN..... | ii |
| PERNYATAAN KEASLIAN..... | Error! Bookmark not defined. |
| ABSTRAK | iv |
| KATA PENGANTAR | vi |
| DAFTAR ISI..... | viii |
| DAFTAR LAMPIRAN | ix |
| LAPORAN UJIAN KOMPREHENSIF..... | 1 |

DAFTAR LAMPIRAN

| | |
|---|-----|
| Lampiran 1 : Laporan kritisi jurnal dan jurnanya..... | 79 |
| Lampiran 2 : Askep perioperatif Apendektomi..... | 89 |
| Lampiran 3 : Askep perioperatif Craniotomi..... | 124 |

LAPORAN UJIAN KOMPREHENSIF
ASUHAN KEPERAWATAN PERIOPERATIF PADA NY. N
DENGAN DIAGNOSIS MEDIS NEOPLASMA OVARIUM KISTIK
SUSPEK GANAS TINDAKAN KONSERVATIF *SURGICAL STAGING*
(*SALPINGO-OOFAREKTOMI BILATERAL DAN OMENTEKTOMI*)
DI RUANGAN *CENTRAL OPERATING THEATRE (COT)*
RUMAH SAKIT PERGURUAN TINGGI NEGERI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
TAHUN 2021

Ujian komprehensif ini dibuat dan diajukan untuk memenuhi salah satu syarat untuk mendapatkan gelar Ners (Ns)



Oleh :

NURUL AFRIANI KADAR

R014 19 2026

PRAKTEK PEMINATAN KLINIK KEPERAWATAN
PERIOPERATIF
PROGRAM STUDI PROFESI NERS
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2021

BAB I
PENDAHULUAN
(KONSEP MEDIS)

A. NEOPLASMA OVARIUM KISTIK

1. Definisi

Neoplasma ovarium kistik atau disebut juga kista ovarium merupakan suatu tumor, baik yang kecil maupun yang besar, kistik atau padat, jinak atau ganas. Kista ovarium merupakan salah satu tumor jinak ginekologi yang paling sering dijumpai pada wanita di masa reproduksinya.

Kista ovarium adalah suatu pengumpulan cairan yang terjadi pada indung telur atau ovarium. Cairan yang terkumpul ini dibungkus oleh selaput yang terbentuk dari lapisan terluar ovarium. Dalam kehamilan, tumor ovarium yang dijumpai yang paling sering ialah kista dermoid, kista coklat atau kista lutein. Tumor ovarium yang cukup besar dapat menyebabkan kelainan letak janin dalam rahim atau dapat menghalang-halangi masuknya kepala ke dalam panggul.



Gambar 1 Gambaran ovarium normal dan kista ovarium

2. Epidemiologi

Berdasarkan data penelitian Jurnal Medscape di Amerika Serikat, umumnya kista ovarium ditemukan saat pasien melakukan pemeriksaan USG baik abdominal maupun transvaginal dan transrektal. Kista ovarium terdapat disekitar 18% yang sudah postmenopause. Sebagian besar kista yang ditemukan merupakan kista

jinak, dan 10% sisanya adalah kista yang mengarah ke keganasan. Kista ovarium fungsional umumnya terjadi pada usia produktif dan relatif jarang pada wanita postmenopause. Secara umum, tidak ada persebaran umur yang spesifik mengenai usia terjadinya kista ovarium.

3. Etiologi

Penyebab terjadinya kista ovarium yaitu terjadinya gangguan pembentukan hormon pada hipotalamus, hipofise, atau ovarium itu sendiri. Kista ovarium timbul dari folikel yang tidak berfungsi selama siklus menstruasi. Faktor resiko terjadinya kista ovarium.

- a) Riwayat kista ovarium sebelumnya
- b) Siklus menstruasi yang tidak teratur
- c) Meningkatnya distribusi lemak tubuh bagian atas
- d) Menstruasi dini
- e) Tingkat kesuburan
- f) Hipotiroid atau hormon yang tidak seimbang
- g) Terapi tamoxifen pada kanker mammae

Sedangkan pada tumor padat, etiologi pasti belum diketahui, diduga akibat abnormalitas pertumbuhan sel embrional, atau sifat genetik kanker yang tercetus oleh radikal bebas atau bahan-bahan karsinogenik.

Menurut etiologinya, kista ovarium dibagi menjadi dua, yaitu:

- 1) Kista non neoplasma, disebabkan karena ketidakseimbangan hormon estrogen dan progesteron, diantaranya adalah :
 - a. Kista non fungsional
Kista serosa inklusi, berasal dari permukaan epitelium yang berkurang di dalam kortek.
 - b. Kista fungsional
 - 1) Kista folikel, disebabkan karena folikel yang matang menjadi ruptur atau folikel yang tidak matang direabsorpsi cairan folikuler diantara siklus menstruasi. Banyak terjadi pada wanita yang menarche kurang dari 12 tahun.

- 2) Kista korpus luteum, terjadi karena bertambahnya sekresi progesteron setelah ovulasi.
- 3) Kista tuka lutein, disebabkan karena meningkatnya kadar HCG terdapat pada mola hidatidosa.
- 4) Kista stein laventhal, disebabkan karena peningkatan kadar LH yang menyebabkan hiperstimulasi ovarium.

c. Kista neoplasma

- a) Kistoma ovarium simpleks. Adalah suatu jenis kistadenoma serosum yang kehilangan epitel kelenjarnya karena tekanan cairan dalam kista.
- b) Kista denoma ovarium musinosum. Asal kista ini belum pasti, mungkin berasal dari suatu teratoma yang pertumbuhannya satu elemen mengalahkan elemen yang lain.
- c) Kistadenoma ovarium serosum. Berasal dari epitel permukaan ovarium (germinal ovarium).
- d) Kista endometroid. Belum diketahui penyebabnya dan tidak ada hubungannya dengan endometrioid.
- e) Kista dermoid Tumor berasal dari sel telur melalui proses patogenesis.

4. Manifestasi Klinis

Mayoritas penderita tumor ovarium tidak menunjukkan adanya gejala sampai periode waktu tertentu. Hal ini disebabkan perjalanan penyakit ovarium berlangsung secara tersembunyi sehingga diagnosis sering ditemukan pada waktu pasien dalam keadaan stadium lanjut. Sampai pada waktunya klien mengeluh adanya ketidakteraturan menstruasi, nyeri pada perut bawah, rasa sebah pada perut, dan timbul benjolan pada perut.

Pada umumnya kista jenis ini tak mempunyai ukuran yang amat besar dibandingkan dengan kistadenoma musinosum. Permukaan tumor biasanya licin, akan tetapi dapat pula berbagala karena kista ovariumpun dapat berbentuk multilokuler, meskipun lazimnya berongga satu. Warna kista putih keabu-abuan. Ciri khas kista ini adalah potensi pertumbuhan papiler ke dalam rongga kista sebesar 50 %; dan keluar pada permukaan kista sebesar 5 %. Isi kista cair kuning dan kadang-kadang coklat karena campuran darah. Tidak jarang kistanya sendiri kecil, tetapi permukaannya penuh dengan pertumbuhan papiler (solid papiloma).

5. Jenis-jenis Kista

a. Kista Fisiologis

Kista yang bersifat fisiologis lazim terjadi dan itu normal normal saja. Sesuai siklus menstruasi, di ovarium timbul folikel dan folikelnya berkembang, dan gambarannya seperti kista. Biasanya kista tersebut berukuran dibawah 5 cm, dapat dideteksi dengan menggunakan pemeriksaan USG, dan dalam 3 bulan akan hilang. Jadi, kista yang bersifat fisiologis tidak perlu operasi, karena tidak berbahaya dan tidak menyebabkan keganasan, tetapi perlu diamati apakah kista tersebut mengalami pembesaran atau tidak.

Kista yang bersifat fisiologis ini dialami oleh orang di usia reproduksi karena dia masih mengalami menstruasi. Biasanya kista fisiologis tidak menimbulkan nyeri pada saat haid.

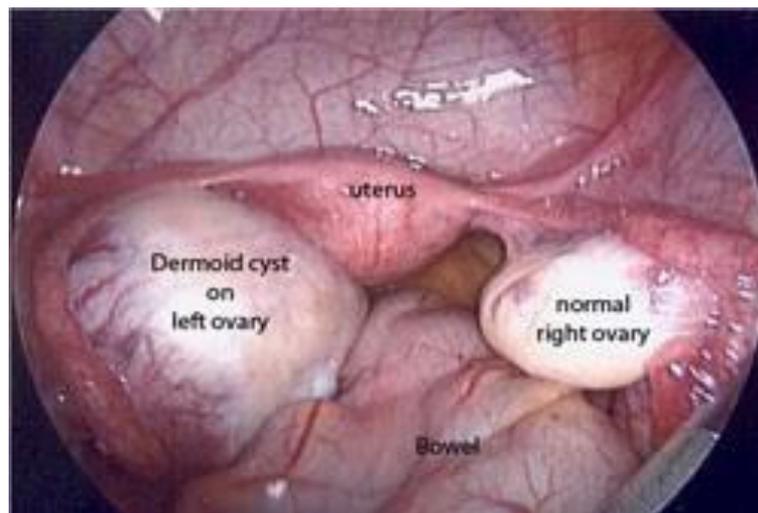
b. Kista Patologis (Kanker Ovarium)

Kista ovarium yang bersifat ganas disebut juga kanker ovarium. Kanker ovarium merupakan penyebab kematian terbanyak dari semua kanker ginekologi. Angka kematian yang tinggi karena penyakit ini pada awalnya bersifat tanpa gejala dan tanpa menimbulkan keluhan apabila sudah terjadi metastasis, sehingga 60-70% pasien datang pada stadium lanjut, penyakit ini disebut juga sebagai silent killer. Angka kematian penyakit ini di Indonesia belum diketahui dengan pasti.

Pada yang patologis, pembesaran bisa terjadi relative cepat, yang kadang tidak disadari si penderita. Karena, kista tersebut sering muncul tanpa gejala seperti penyakit umumnya. Itu sebabnya diagnosa awalnya agak sulit dilakukan. Gejala gejala seperti perut yang agak membesar serta bagian bawah perut yang terasa tidak enak biasanya baru dirasakan saat ukuranya sudah cukup besar. Jika sudah demikian biasanya perlu dilakukan tindakan pengangkatan melalui proses laparoskopi, sehingga tidak

perlu dilakukan pengirisan di bagian perut penderita. Setelah di angkat pemeriksaan rutin tetap perlu dilakukan untuk mengetahui apakah kista itu akan muncul kembali atau tidak.

Ada lagi jenis kista abnormal pada ovarium. Jenis ini ada yang bersifat jinak dan ganas. Bersifat jinak jika bisa berupa spot dan benjolan yang tidak menyebar. Meski jinak, kista ini dapat berubah menjadi ganas. Namun hingga saat ini, belum diketahui dengan pasti penyebab perubahan sifat tersebut. Kista ganas yang mengarah ke kanker biasanya bersekat-sekat dan dinding sel tebal dan tidak teratur. Tidak seperti kista fisiologis yang hanya berisi cairan, kista abnormal memperlihatkan campuran cairan dan jaringan solid dan dapat bersifat ganas.



Gambar 2 Ovarium normal dan ovarium dengan kista dermoid

6. Klasifikasi

Kista ovarium dilihat menurut klasifikasinya yaitu tumor ovarium nonneoplastik dan tumor ovarium neoplastik jinak maka pembagiannya adalah sebagai berikut:

a. Tumor Non-neoplastik^[1]

Tumor nonneoplastik jinak disebabkan karena ketidakseimbangan hormon progesteron dan estrogen.

1) Tumor akibat radang

Termasuk disini abses ovarial, abses tubo-ovarial dan kista tuboovarial.



Gambar 3 Kista ovarium

2) Tumor lain

a) Kista Folikel^[1]_{SEP}

Kista ini berasal dari folikel de graaf yang tidak sampai berovulasi, namun tumbuh terus menjadi kista folikel atau dari beberapa folikel primer yang setelah bertumbuh di bawah pengaruh estrogen tidak mengalami proses atresia yang lazim melainkan menjadi membesar menjadi kista. Kista ini berasal dari folikel yang menjadi besar semasa proses atresia folikuli. Setiap bulan sejumlah besar follikel menjadi mati, disertai kematian ovum, disusul dengan degenerasi dari epitel follikel. Pada masa ini tampaknya sebagai kista-kista kecil. Tidak jarang ruangan follikel diisi dengan cairan yang banyak, sehingga terbentuklah kista yang besar, yang dapat ditemukan pada pemeriksaan klinis. Biasanya besarnya tidak melebihi sebuah jeruk. Sering terjadi pada pubertas, climacterium, dan sesudah salpingektomi.

b) Kista Korpus Luteum^[1]_{SEP}

Kista ini terjadi akibat perdarahan yang sering terjadi didalam korpus luteum, berisi cairan yang berwarna merah coklat karena darah tua.

c) Kista Lutein^[1]_{SEP}

Kista ini biasanya bilateral dan menjadi membesar seukuran kepalan tangan. Tumbuhnya kista ini adalah akibat dari pengaruh hormon

koriogonadotropin yang berlebihan. Kista ini dapat terjadi pada kehamilan, lebih jarang di luar kehamilan. Kista lutein yang sesungguhnya, umumnya berasal dari corpus luteum hematoma. Perdarahan ke dalam ruang corpus selalu terjadi pada masa vaskularisasi. Bila perdarahan ini sangat banyak jumlahnya, terjadilah corpus luteum haematoma, yang ber dinding tipis dan berwarna kekuning-kuningan. Secara perlahan-lahan terjadi resorpsi dari unsur-unsur darah, sehingga akhirnya tersisa cairan yang jernih, atau sedikit bercampur darah. Pada saat yang sama dibentuklah jaringan fibroblast pada bagian dalam lapisan lutein sehingga pada kista korpus lutein yang tua, sel-sel lutein terbenam dalam jaringan-jaringan perut.

d) Kista Inklusi Germinal

Kista ini terjadi karena invaginasi dan isolasi bagian – bagian kecil dari epitel germinativum pada permukaan ovarium.

e) Kista Endometrium^[1]_[SEP]

Belum diketahui penyebabnya dan tidak ada hubungannya dengan endometroid.

f) Kista Stein-Laventhal^[1]_[SEP]

Kista ini dikenal sebagai sindrom Stein-Laventhal dan kiranya disebabkan oleh ketidakseimbangan hormonal. Biasanya kedua ovarium membesar dan bersifat polikistik, permukaan rata, berwarna keabu-abuan dan ber dinding tebal. Pada pemeriksaan mikroskopis akan tampak tunika yang tebal dan fibrotik. Dibawahnya tampak folikel dalam bermacam-macam stadium, tetapi tidak ditemukan corpus luteum. Secara klinis memberikan gejala yang disebut Stein-Leventhal Syndrom, yaitu yang terdiri dari hirsutisme, sterilitas, obesitas dan oligomenorrhoe. Kecenderungan virilisasi mungkin disebabkan hyperplasi dari tunica interna yang menghasilkan zat androgenik. Kelainan ini merupakan penyakit hereditas yang autosomal dominan.

b. Tumor Neoplastik Jinak

Tumor neoplastik jinak terdiri dari :

1) Tumor Kistik

a) Kistoma ovarium simpleks^[1]_[SEP]

Kistoma ovarium simpleks diduga kista ini adalah suatu jenis kistadenoma serosum yang kehilangan epitel kelenjarnya berhubung dengan tekanan cairan dalam kista. Kista ini mempunyai permukaan rata dan halus, biasanya bertangkai, seringkali bilateral, dan dapat menjadi besar. Dinding kista tipis dan cairan di dalam kista jernih, serus, dan berwarna kuning. Pada dinding kista tampak lapisan epitel kubik. Berhubung dengan adanya tangkai, dapat terjadi torsi (putaran tangkai) dengan gejala-gejala mendadak. Diduga bahwa kista ini suatu jenis kistadenoma serosum yang kehilangan epitel kelenjarnya berhubung dengan tekanan cairan dalam kista.

b) Kista denoma Ovarium Musinosum^[11]_[SEP]

Asal kista ini belum pasti, menurut Mayer, mungkin kista ini berasal dari suatu teratoma dimana dalam pertumbuhannya satu elemen mengalahkan elemen lainnya. Ada penulis yang berpendapat bahwa tumor berasal dari lapisan germinativum, sedang penulis lain menduga tumor ini mempunyai asal yang sama dengan tumor Brenner.

c) Kistadenoma Ovarium Serosum^[11]_[SEP]

Pada umumnya kista ini berasal dari epitel permukaan ovarium (germinal ephitelium). Kista jenis ini tak mencapai ukuran yang amat besar dibandingkan dengan kistadenoma musinosum. Permukaan tumor biasanya licin, akan tetapi dapat pula berbbagala karena kista serosum pun dapat berbentuk multilokuler, meskipun lazimnya berongga satu. Warna kista putih keabu-abuan. Ciri khas kista ini adalah potensi pertumbuhan papiler ke dalam rongga kista sebesar 50%, dan keluar pada permukaan kista sebesar 5%. Isi kista cair, kuning, dan kadang-kadang coklat karena campuran darah. Tidak jarang kistanya sendiri kecil, tetapi permukaannya penuh dengan pertumbuhan papiler (solid papilloma).

d) Kista endometrioid^[11]_[SEP]

Kista ini biasanya unilateral dengan permukaan licin; pada dinding dalam terdapat satu lapisan sel-sel, yang menyerupai lapisan epitel endometrium. Kista ini, yang ditemukan oleh Sartesson dalam

tahun 1969, tidak ada hubungannya dengan endometriosis ovarium.

e) Kista dermoid^[1]_{SEP}

Kista dermoid suatu teratoma kistik yang jinak dimana struktur-struktur ektodermal dengan diferensiasi sempurna, seperti epitel kulit, rambut, gigi dan produk glandula sebacea berwarna putih kuning menyerupai lemak nampak lebih menonjol daripada elemen-elemen endoderm dan mesoderm. Bahan yang terdapat dalam rongga kista ini ialah produk dari kelenjar sebacea berupa massa lembek seperti lemak bercampur dengan rambut.

7. Patofisiologi

Setiap hari, ovarium normal akan membentuk beberapa kista kecil yang disebut Folikel de Graff. Pada pertengahan siklus, folikel dominan dengan diameter lebih dari 2.8 cm akan melepaskan oosit mature. Folikel yang ruptur akan menjadi korpus luteum, yang pada saat matang memiliki struktur 1,5 – 2 cm dengan kista ditengah-tengah. Bila tidak terjadi fertilisasi pada oosit, korpus luteum akan mengalami fibrosis dan pengerutan secara progresif. Namun bila terjadi fertilisasi, korpus luteum mula-mula akan membesar kemudian secara gradual akan mengecil selama kehamilan.

Kista ovarium yang berasal dari proses ovulasi normal disebut kista fungsional dan selalu jinak. Kista dapat berupa folikular dan luteal yang kadang-kadang disebut kista theca-lutein. Kista tersebut dapat distimulasi oleh gonadotropin, termasuk FSH dan HCG.

Kista fungsional multiple dapat terbentuk karena stimulasi gonadotropin atau sensitivitas terhadap gonadotropin yang berlebih. Pada neoplasia tropoblastik gestasional (hydatidiform mole dan choriocarcinoma) dan kadang-kadang pada kehamilan multiple dengan diabetes, hcg menyebabkan kondisi yang disebut hiperreaktif lutein. Pasien dalam terapi infertilitas, induksi ovulasi dengan menggunakan gonadotropin (FSH dan LH) atau terkadang

clomiphene citrate, dapat menyebabkan sindrom hiperstimulasi ovarium, terutama bila disertai dengan pemberian HCG.

Kista neoplasia dapat tumbuh dari proliferasi sel yang berlebih dan tidak terkontrol dalam ovarium serta dapat bersifat ganas atau jinak. Neoplasia yang ganas dapat berasal dari semua jenis sel dan jaringan ovarium. Sejauh ini, keganasan paling sering berasal dari epitel permukaan (mesotelium) dan sebagian besar lesi kistik parsial. Jenis kista jinak yang serupa dengan keganasan ini adalah kistadenoma serosa dan mucinous. Tumor ovarium ganas yang lain dapat terdiri dari area kistik, termasuk jenis ini adalah tumor sel granulosa dari sex cord sel dan germ sel tumor dari germ sel primordial. Teratoma berasal dari tumor germ sel yang berisi elemen dari 3 lapisan germinal embrional; ektodermal, endodermal, dan mesodermal. Endometrioma adalah kista berisi darah dari endometrium ektopik. Pada sindroma ovarium polikistik, ovarium biasanya terdiri folikel-folikel dengan multipel kistik berdiameter 2-5 mm, seperti terlihat dalam sonogram.

8. Komplikasi

1) Torsi

Faktor yang menyebabkan torsi bermacam-macam, yaitu penting adalah faktor faktor dari tumor sendiri, gerakan yang sekonyang – konyang dan gerakan peristaltik dari usus.

2) Ruptur dari kista

Hal ini jarang terjadi tetapi dapat terjadi secara spontan atau oleh trauma. Pada kedua – duanya disertai gejala sakit, mual dan muntah.

3) Superasi dari kista

Kista Dermoid lebih sering dikenal radang, mungkin karena isinya yang merangsang atau mungkin pula berat tumornya yang dapat mengganggu peredaran darah, gejala – gejalanya seperti pada peradangan biasanya, yaitu : sakit, nyeri tekanan, perut tegang, demam dan leukositosis, kalau dibiarkan bisa terjadi peritonitis.

4) Perubahan Keganasan

Dari suatu tumor kistik benigna dapat terjadi keganasan lebih kecil dibandingkan dengan jenis serosum. Biasanya bila terjadi keganasan, berupa Ca. Epidermoid, kadang – kadang berbentuk sarcoma.

9. Pemeriksaan Penunjang

1) Laboratorium

Tidak ada tes laboratorium diagnostik untuk kista ovarium. Cancer antigen 125 (CA 125) adalah protein yang dihasilkan oleh membran sel ovarium normal dan karsinoma ovarium. Level serum kurang dari 35 U/ml adalah kadar CA 125 ditemukan meningkat pada 85% pasien dengan karsinoma epitel ovarium. Terkadang CA 125 ditemukan meningkat pada kasus jinak dan pada 6% pasien sehat.

2) Laparaskopi Diagnostik

Pemeriksaan ini sangat berguna untuk mengetahui apakah sebuah tumor berasal dari ovarium atau tidak, dan untuk menentukan sifat-sifat tumor itu.

3) Ultrasonografi

Dengan pemeriksaan ini dapat ditentukan letak dan batas tumor apakah tumor berasal dari uterus, ovarium, atau kandung kencing, apakah tumor kistik atau solid, dan dapatkah dibedakan pula antara cairan dalam rongga perut yang bebas dan yang tidak.

USG adalah alat diagnostik imaging yang utama untuk kista ovarium. Kista simpleks bentuknya unilokular, dindingnya tipis, satu cavitas yang didalamnya tidak terdapat internal echo. Biasanya jenis kista seperti ini tidak ganas, dan merupakan kista fungsional, kista luteal atau mungkin juga kistadenoma serosa atau kista inklusi.

Kista kompleks multilokular, dindingnya menebal terdapat papul ke dalam lumen. Kista seperti ini biasanya maligna atau mungkin juga kista neoplasma benigna. USG sulit membedakan kista ovarium dengan hidrosaling, paraovarian dan kista tuba. USG endovaginal dapat memberikan pemeriksaan morfologi yang jelas dari struktur pelvis. Pemeriksaan ini tidak memerlukan kandung kemih yang penuh. USG transabdominal lebih baik dari endovaginal untuk mengevaluasi massa yang besar dan organ intrabdomen lain, seperti ginjal, hati dan ascites. Ini memerlukan kandung kemih yang penuh.



Gambar 4 Gambaran USG kista ovarium

4) Foto Rontgen

Pemeriksaan ini berguna untuk menentukan adanya hidrotoraks. Selanjutnya, pada kista dermoid kadang-kadang dapat dilihat gigi dalam tumor. Penggunaan foto rontgen pada pictogram intravena dan pemasukan bubuk barium dalam colon disebut di atas.

5) Parasentesis

Telah disebut bahwa fungsi pada asites berguna menentukan sebab asites. Perlu diingatkan bahwa tindakan tersebut dapat mencemarkan cavum peritonei dengan kista bila dinding kista tertusuk.

10. Penatalaksanaan

Tindakan operasi pada tumor ovarium neoplastik yang tidak ganas ialah pengangkatan tumor dengan mengadakan reseksi pada bagian ovarium yang mengandung tumor. Akan tetapi jika tumornya besar atau ada komplikasi, perlu dilakukan pengangkatan ovarium, biasanya disertai dengan pengangkatan tuba.

Asuhan post operatif merupakan hal yang berat karena keadaan yang mencakup keputusan untuk melakukan operasi, seperti hemoragi atau infeksi. Pengkajian dilakukan untuk mengetahui tanda-tanda vital, asupan dan keluaran, rasa sakit dan insisi. Terapi intravena, antibiotik dan analgesik biasanya diresepkan. Intervensi mencakup tindakan pemberian rasa aman, perhatian terhadap eliminasi, penurunan rasa sakit dan pemenuhan kebutuhan emosional Ibu.

Efek anestesi umum. Mempengaruhi keadaan umum penderita, karena kesadaran menurun. Selain itu juga diperlukan monitor terhadap keseimbangan cairan dan elektrolit, suara nafas dan usaha pernafasan,

tanda-tanda infeksi saluran kemih, drainase urin dan perdarahan. Perawat juga harus mengajarkan bagaimana aktifitas pasien di rumah setelah pemulangan, berkendara mobil dianjurkan setelah satu minggu di rumah, tetapi tidak boleh mengendarai atau menyetir untuk 3-4 minggu, hindarkan mengangkat benda-benda yang berat karena aktifitas ini dapat menyebabkan kongesti darah di daerah pelvis, aktifitas seksual sebaiknya dalam 4-6 minggu setelah operasi, kontrol untuk evaluasi medis pasca bedah sesuai anjuran.

B. SURGICAL STAGING

1. Definisi

Surgical staging adalah suatu tindakan bedah laparotomi eksplorasi yang dilakukan untuk mengetahui sejauh mana perluasan suatu kanker ovarium dengan melakukan evaluasi daerah-daerah yang potensial akan dikenai perluasan atau penyebaran kanker ovarium. Temuan pada *surgical staging* akan menentukan stadium penyakit dan pengobatan adjuvant yang perlu diberikan. Bila pada eksplorasi secara visual dan palpasi tidak ditemukan penyebaran makroskopis dari kanker, penyebaran mikroskopis harus dicari dengan melakukan pemeriksaan mikroskopis cairan peritoneum, biopsy peritoneum, omentektomi, dan limfadenektomi kelenjar getah bening pelvis dan para aorta (Potter & Perry, 2006).

2. Tujuan Pembedahan

Prosedur ini dapat direkomendasikan pada pasien yang mengalami nyeri abdomen yang tidak diketahui penyebabnya atau pasien yang mengalami trauma abdomen. Laparotomy eksplorasi digunakan untuk mengetahui sumber nyeri atau akibat trauma dan perbaikan bila diindikasikan (Smeltzer, 2013)

3. Indikasi

Indikasi seseorang untuk dilakukan tindakan laparotomi antara lain: trauma abdomen (tumpul atau tajam) / Ruptur hepar, peritonitis, perdarahan saluran pencernaan (*Internal Bleeding*), sumbatan pada usus halus dan usus besar, massa pada abdomen. Selain itu, pada bagian obstetri

dan gynecology tindakan *Surgical Staging* seringkali juga dilakukan seperti pada operasi caesar (Sjamsuhidayat & Wim, 2010)

a) Apendisitis

Apendisitis adalah kondisi dimana infeksi terjadi di umbai cacing atau peradangan akibat infeksi pada usus buntu. Bila infeksi parah, usus buntu itu akan pecah. Usus buntu merupakan saluran usus yang ujungnya buntu dan menonjol pada bagian awal unsur atau sekum (Jitowiyono, 2010)

b) Sectio sesaria

Sectio sesaria adalah suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram. Jenis-jenis sectio sesaria yaitu sectio sesaria klasik dan sectio sesaria ismika. Sectio sesaria klasik yaitu dengan sayatan memanjang pada korpus uteri \pm 10-12 cm, sedangkan sectio sesaria ismika yaitu dengan sayatan melintang konkaf pada segmen bawah rahim \pm 10-12 cm. (Sjamsuhidayat & Wim, 2010)

c) Peritonitis

Peritonitis adalah peradangan peritonium, suatu lapisan endotelial tipis yang kaya akan vaskularisasi dan aliran limfa. Penyebab Peritonitis ialah infeksi mikroorganisme yang berasal dari gastrointestinal, appendisitis yang meradang typhoid, tukak pada tumor. Secara langsung dari luar misalnya operasi yang tidak steril, trauma pada kecelakaan seperti ruptur limfa dan ruptur hati.

d) Kanker kolon dan rektum

Kanker kolon dan rektum terutama (95%) adenokarsinoma (muncul dari lapisan epitel usus) dimulai sebagai polip jinak tetapi dapat menjadi ganas dan menyusup serta merusak jaringan normal serta meluas ke dalam struktur sekitarnya. Sel kanker dapat terlepas dari tumor primer dan menyebar ke dalam tubuh yang lain (paling sering ke hati). Gejala paling menonjol adalah perubahan kebiasaan defekasi. Pasase darah dalam feses adalah gejala paling umum kedua. Gejala dapat juga mencakup anemia yang tidak diketahui penyebabnya, anoreksia, penurunan berat badan dan keletihan. Pembedahan adalah tindakan

primer untuk kebanyakan kanker kolon dan rektal. Pembedahan dapat bersifat kuratif atau paliatif. Kanker yang terbatas pada satu sisi dapat diangkat dengan kolonoskop. Kolostomi laparoskopik dengan pohpektomi, suatu prosedur yang baru dikembangkan untuk meminimalkan luasnya pembedahan pada beberapa kasus. Laparoskop digunakan sebagai pedoman dalam membuat keputusan di kolon (Price, 2006).

e) Abses Hepar

Abses adalah kumpulan nanah setempat dalam rongga yang tidak akibat kerusakan jaringan, Hepar adalah hati. Abses hepar adalah rongga yang berisi nanah pada hati yang diakibatkan oleh infeksi. Penyebab abses hati yaitu oleh kuman gram negatif dan penyebab yang paling terbanyak yaitu E. Coli. Komplikasi yang paling sering adalah berupa ruptur abses sebesar 5 -15,6%, perforasi abses ke berbagai organ tubuh seperti ke pleura, paru, pericardium, usus, intraperitoneal atau kulit. Kadang-kadang dapat terjadi superinfeksi, terutama setelah aspirasi atau drainase.

f) Ileus Obstruktif

Obstruksi usus didefinisikan sebagai sumbatan bagi jalan distal isi usus. ada dasar mekanis, tempat sumbatan fisik terletak melewati usus atau ia bisa karena suatu ileus. Ileus juga didefinisikan sebagai jenis obstruksi apapun, artinya ketidakmampuan isi usus menuju ke distal sekunder terhadap kelainan sementara dalam motilitas. Ileus dapat disebabkan oleh gangguan peristaltic usus akibat pemakaian obat-obatan atau kelainan sistemik seperti gagal ginjal dengan uremia sehingga terjadi paralysis. Penyebab lain adalah adanya sumbatan/hambatan lumen usus akibat pelekatan atau massa tumor. Akan terjadi peningkatan peristaltic usus sebagai usaha untuk mengatasi hambatan.

4. Tahapan Operasi *Surgical Staging*

Pada penderita tumor ovarium yang dicurigai ganas insisi abdomen hendaklah insisi mediana atau paramedian yang cukup luas agar memudahkan melakukan eksplorasi rongga perut bagian atas. Prosedur standar yang harus dilakukan adalah:

- a) Insisi mediana melewati umbilicus sampai diperoleh kemudahan untuk melakukan eksplorasi rongga abdomen atas.
- b) Contoh asites atau cairan di cavum dauglas, fosa parakolika kanan dan kiri dan subdiafragma diambil sebanyak 20-50 cc untuk pemeriksaan sitologi. Dapat dilakukan dengan alat suntik 20 cc atau 50 cc yang ujungnya telah disambung dengan kateter.
- c) Bila tidak ada asites atau cairan di cavum dauglas, pembilasan peritoneum harus dilakukan dengan memasukkan 50-100 cc larutan faal. Dilakukan pada lokasi Cul de sac, palakolika kanan dan kiri, hemi difragma kanan dan kiri. Kemudian cairan itu diambil kembali dengan lat suntik tadi.
- d) Lakukan Eksplorasi sistemik
- e) Tumor ovarium diangkat sedapatnya in toto dan dikirim untuk pemeriksan potong beku (*frozen section*).
- f) Bila hasil potong beku ternyata ganas, dilanjutkan untuk pengangkatan seluruh genitalia interna dengan histerektomi total dan salpingoofarektomi bilateral.
- g) Untuk mengetahui adanya mikrometastasis dilakukan:
 - 1) Biopsi peritoneum: kavum Douglas, paravesika urinaria parakolika kanan dan subdiafragma
 - 2) Biopsi perlengketan organ peritoneal
 - 3) Limpadenektomi sistematik kelenjar getah bening pelvis dan para aorta
 - 4) omentektomi
 - 5) Apendektomi jika tumor jenis musinosum

BAB II

KONSEP KEPERAWATAN

A. Askep Teori

1. **Pengkajian** Yaitu suatu kegiatan mengumpulkan dan mengorganisasikan data yang dikumpulkan dari berbagai sumber dan merupakan dasar untuk tindakan dan keputusan yang diambil pada tahap-tahap selanjutnya. Adapun pengkajiannya meliputi :
 - a. Biodata : Meliputi identitas pasien, identitas penanggung jawab dan identitas masuk.
 - b. Riwayat Penyakit Sekarang: Masalah yang mungkin terjadi ketidaknyamanan yang berkaitan dengan perubahan pola menstruasi (perdarahan banyak), nyeri, adanya keputihan, keluhan lain yang disebabkan oleh penekanan tumor pada vesika urinaria, uretra, ureter, rectum, pembuluh darah dan limfe.
 - c. Riwayat Penyakit yang lalu: Menggali riwayat penyakit yang pernah dan sedang diderita oleh ibu khususnya penyakit ginekologi, diabetes dan hipertensi.
 - d. Riwayat penyakit keluarga: Menggali riwayat penyakit keluarga, karena kanker endometrium berisiko pada wanita yang memiliki riwayat genetik.
 - e. Riwayat Sosial Budaya:
 - 1) Status Emosional : Menggali kondisi emosional ibu yang berkaitan dengan penyakitnya.
 - 2) Tradisi :Menggali kebiasaan-kebiasaan terhadap penyakitnya
 - f. Riwayat Menstruasi :
 - 1) Menarche : Usia menarch dini (<12 tahun) berkaitan dengan meningkatnya risiko kanker endometrium walaupun tidak selalu konsisten.
 - 2) Siklus : dapat mengalami perdarahan diluar siklus haid dan lebih panjang (banyak atau bercak)

- 3) Jumlah : lebih banyak
- 4) Lamanya : dapat memanjang
- 5) Sifat Darah : encer atau bergumpal
- 6) Teratur / tidak : mengalami perubahan
- 7) Dismenorea : dapat terjadi
- 8) Fluor albus : berlebihan, berbau, purulen, bercampur darah
- 9) HPHT

2. **Diagnosa keperawatan**

a. Pre Operatif

Ansietas berhubungan dengan kurang pengetahuan

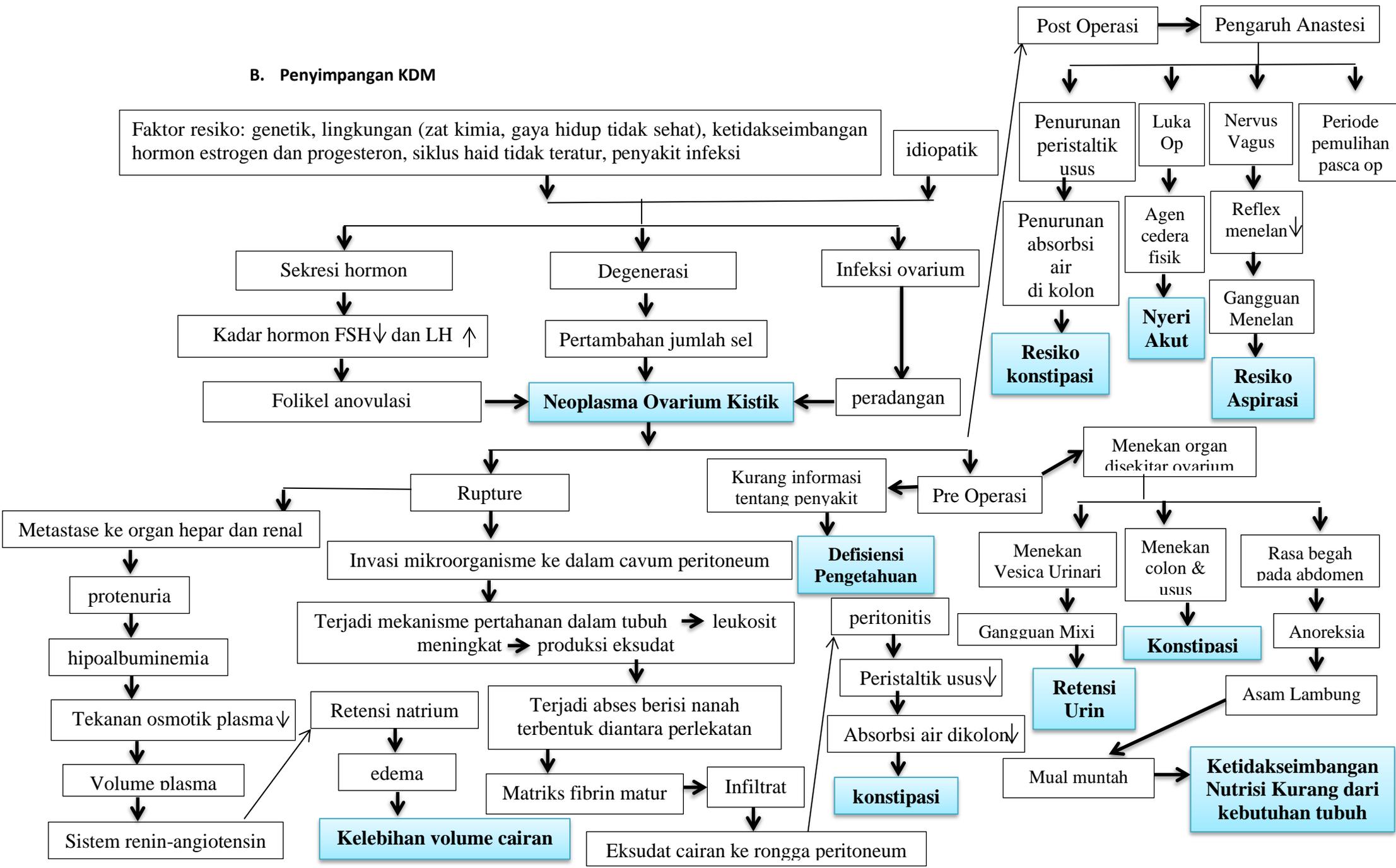
b. Intra Operatif

- 1) Hipotermi
- 2) Risiko Infeksi
- 3) Risiko cedera

c. Post Operatif

- 1) Nyeri akut
- 2) Risiko Jatuh

B. Penyimpangan KDM



RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN PERIOPERATIF (PNDS)

PRE OP

| No. | Domain | Nursing Diagnosis | Outcome | Interventions |
|-----|---|-----------------------------|---|---|
| 1. | Domain 3A Respon perilaku pasien dan keluarga: Pengetahuan | Ansietas X4-00146 | <p>O.500: Pasien atau keluarga menunjukkan pengetahuan tentang status psikososial yang diharapkan terhadap prosedur</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengungkapkan urutan kejadian yang diharapkan sebelum dan segera setelah operasi • Pasien menyatakan harapan yang realistis mengenai pemulihan dari prosedur • Pasien dan anggota keluarga mengidentifikasi tanda dan gejala untuk dilaporkan ke ahli bedah atau penyedia layanan kesehatan | <p>Mengidentifikasi status psikososial (A.510) Menilai mekanisme koping (A.510.6)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tinjau pola koping pasien dan keefektifannya • Minta pasien untuk menggambarkan metode saat ini untuk mengatasi stres • Mendorong pasien untuk mengungkapkan perasaan • Menentukan metode komunikasi dan dukungan yang paling efektif • Mengevaluasi ketersediaan dan efektivitas sistem pendukung <p>Mengidentifikasi kebutuhan pendidikan pasien dan keluarga (A.530) Menerapkan langkah-langkah untuk memberikan dukungan psikologis (Im.510)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menilai tanda dan gejala kecemasan atau ketakutan (misalnya , insomnia pra operasi, ketegangan otot, tremor , mudah tersinggung, gelisah, diaphoresis, takipnea, takikardia, tekanan darah tinggi, wajah pucat atau kemerahan, perilaku menarik diri) |

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Berikan informasi dan jawab pertanyaan dengan jujur • Memberikan suasana kepedulian dan perhatian (misalnya , pendekatan privasi yang tidak menghakimi, empati, rasa hormat) • Menawarkan metode alternatif untuk meminimalkan kecemasan (misalnya , musik, humor) • Jelaskan tujuan persiapan pra operasi sebelum implementasi <p>Mengevaluasi respon fisik dari rencana tindakan (E.520)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi efektivitas sistem pendukung • Memverifikasi kemampuan pasien untuk memahami informasi • Memberikan waktu yang diperlukan untuk memproses informasi • Tinjau rencana asuhan keperawatan dengan pasien dan anggota keluarga |
|--|--|--|--|---|

INTRA OP

| No. | Domain | Nursing Diagnosis | Outcome | Interventions |
|-----|---|--------------------------------|--|--|
| 1. | Domain 2 Respon fisiologis | Hipotermia X26-00006 | <p>O. 290: Suhu tubuh inti pasien berada dalam kisaran yang diharapkan atau terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suhu pasien adalah lebih dari 36 ° C (96,8 ° F) pada saat keluar dari ruang operasi atau selama prosedur • Suhu pasien sengaja dipertahankan pada 33 ° C (91, 4 ° F) untuk menurunkan metabolisme sel | <p>Menilai risiko hipotermia yang tidak disengaja (A.200.1)</p> <p>Mengidentifikasi pasien yang berisiko tinggi mengalami hipotermia yang tidak disengaja untuk dimasukkan tetapi tidak terbatas pada pasien :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dengan suhu dasar sebelum operasi kurang dari atau sama dengan 36 ° C (96,8 ° F) • Di lingkungan bedah yang dingin • Dengan tubuh tinggi permukaan / kg dan rendah subkutan lemak coklat untuk tingkat isolasi meningkat dari kehilangan panas (e g , bayi, neonatus, balita) • Dengan gangguan metabolisme <p>Menerapkan langkah-langkah termoregulasi (Im . 280)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pilih perangkat pemantauan dan pengaturan suhu berdasarkan kebutuhan pasien yang teridentifikasi • Mengoperasikan pemantauan suhu dan perangkat regulasi sesuai dengan instruksi |

| | | | | |
|----|----------------------------|--|---|--|
| | | | | <p>tertulis</p> <p>Monitor parameter fisiologis (Im . 370)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pantau tanda vital (mis. , tekanan darah, monitor jantung atau detak dan ritme EGC, laju pernapasan, suhu) • Pantau pasien untuk perubahan integritas kulit (misalnya , denyut nadi perifer, warna kulit , suhu, turgor, isi ulang kapiler, jika sesuai) • Gunakan selimut untuk menghangatkan pasien <p>Mengevaluasi respons terhadap ukuran termoregulasi (E.260)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menilai dan mendokumentasikan suhu tubuh pasien • Menafsirkan dan mengkomunikasikan data suhu pasien kepada anggota tim perawatan kesehatan yang sesuai untuk evaluasi lebih lanjut dan tindakan yang sesuai • Laporkan suhu pasien ke perawat PACU untuk menentukan metode perawatan pasca operasi yang sesuai. |
| 2. | Domai 1 Keselamatan | Risiko injuri/cedera X29-00035 | O. 10: Pasien terbebas dari tanda dan gejala cedera yang berhubungan dengan sumber panas | <p>Mengidentifikasi status fisiologis (A.210)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi membran bukal, sklera, dan |

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> • Kondisi kulit pasien, selain sayatan bedah, tidak berubah antara masuk dan keluar dari OR atau ruang prosedur • Pasien melaporkan kenyamanan termoregulasi • Status neuromuskuler pasien tidak berubah antara masuk dan keluar dari ruang operasi atau prosedur | <p>kulit (misalnya , kekeringan, sianosis, penyakit kuning)</p> <p>Laporkan penyimpangan dalam hasil studi diagnostik (A.340)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengkomunikasikan status kesehatan fisiologis (misalnya , laporan verbal, catatan pasien) kepada anggota tim yang sesuai • Bekerja sama dengan penyedia layanan kesehatan lain tentang hasil studi diagnostik atau temuan penilaian <p>Menilai kondisi kulit dasar (A.240)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi keberadaan denyut nadi perifer, meminta persepsi pasien tentang nyeri, dan mengidentifikasi gangguan mobilitas saat pasien terjaga • Monitor kondisi kulit pasien • Menilai risiko pasien untuk cedera kulit yang berhubungan dengan sumber panas • Menilai kulit untuk cedera dari perangkat invasif (mis. , Tabung, saluran pembuangan, kateter yang tinggal, kabel) • Mengidentifikasi diagnosis keperawatan yang menggambarkan tingkat risiko cedera kulit pasien terkait bahaya termal. |
|--|--|--|---|--|

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>Menerapkan perangkat keamanan (Im.80)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memeriksa lingkungan bedah untuk mengetahui peralatan atau kondisi yang menimbulkan risiko keselamatan dan mengambil tindakan pemulihan • Memilih perangkat keselamatan berdasarkan kebutuhan pasien dan prosedur operasi atau invasif yang direncanakan • Menerapkan perangkat keselamatan pada pasien sesuai dengan rencana perawatan, pedoman praktik yang berlaku , kebijakan fasilitas, dan petunjuk yang didokumentasikan • Memastikan bahwa perangkat keselamatan tersedia, bersih, bebas dari ujung yang tajam, dengan bantalan yang sesuai, dan berfungsi dengan baik sebelum digunakan <p>Memonitor parameter psikologis (Im . 370)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pantau tanda vital (mis. , tekanan darah, monitor jantung atau detak dan ritme EGC, laju pernapasan, suhu • Pantau pasien untuk perubahan integritas kulit (misalnya , denyut nadi perifer, warna kulit, suhu, turgor, isi ulang kapiler, jika |
|--|--|--|--|--|

| | | | | |
|----|----------------------------|------------------------------------|--|---|
| | | | | <p>sesuai)</p> <p>Mengevaluasi tanda dan gejala cedera fisik pada kulit dan jaringan (E.10)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menginspeksi dan mengevaluasi kulit pasien, tonjolan tulang, situs tekanan, area yang disiapkan, dan jaringan di sekitarnya untuk tandatanda irigasi atau cedera (misalnya , perubahan warna, ruam, lecet, lecet, area yang menonjol) • Melaporkan perbedaan yang tidak terduga kepada anggota tim perawatan kesehatan yang sesuai. |
| 3. | Domai 1 Keselamatan | Risiko infeksi X28-00004 | <p>O.280: Pasien terbebas dari tanda dan gejala infeksi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Luka pasien bebas dari tanda dan gejala infeksi dan nyeri, kemerahan, bengkak, drainase, atau penyembuhan tertunda pada saat keluar. • Pasien memiliki luka bedah yang bersih dan tertutup terutama dengan balutan kering dan steril saat keluar dari OR • Pasien tidak demam dan bebas dari tanda dan gejala infeksi • Antibiotik pra operasi dan pasca operasi diberikan sesuai pedoman yang | <p>Menilai kerentanan terhadap infeksi (A.350)</p> <p>Menerapkan teknik aseptik (Im.300)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menetapkan dan memelihara bidang steril • Menerapkan prinsip teknik aseptik • Melakukan persiapan kulit • Menjamin sanitasi lingkungan perioperative • Mematuhi kewaspadaan standar dan berbasis transmisi • Tutup luka saat prosedur selesai • Merawat tempat sayatan, tempat alat invasif (misalnya , pipa endotrakeal, pipa trakeostomi, pipa drainase, kateter perkutan, alat akses |

| | | | | |
|--|--|--|-------------------------|--|
| | | | <p>direkomendasikan</p> | <p>vaskular), sistem drainase urin, dan sistem drainase lainnya.</p> <p>Melindungi dari kontaminasi silang (Im.300.1)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Minimalkan kontaminasi silang dengan memahami dan menerapkan praktik pengendalian infeksi saat menyiapkan instrumen dan perlengkapan untuk digunakan • Mengikuti protokol yang ditetapkan untuk desinfeksi tingkat tinggi • Menerapkan teknik aseptik Pantau bidang steril • Pastikan pintu ke OR mengingatkan tertutup mengharapakan lalu lintas pasien dan personel yang diperlukan • Melakukan kebersihan tangan • Memakai pakaian bedah bersih, kering, baru dicuci yang dimaksudkan untuk digunakan di ruang bedah • Menutupi rambut kepala dan wajah, termasuk cambang, untuk meminimalkan penyebaran mikroba di lingkungan • Menjaga kuku tetap pendek, bersih, sehat, dan bebas dari kuku palsu atau akrilik • Melakukan antiseptik tangan bedah |
|--|--|--|-------------------------|--|

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | | <p>Memulai kontrol lalu lintas (Im.300.2)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Membatasi akses ke ruang bedah hanya untuk personel yang berwenang • Catat nama semua individu yang berpartisipasi dalam prosedur operasi atau invasif dan mereka yang hadir di ruang OR atau prosedur, baik secara langsung atau tidak langsung, berpartisipasi dalam prosedur operasi atau invasif (misalnya , siswa perwakilan industri) • Mempertahankan pola lalu lintas searah untuk barang yang akan diproses ulang untuk ruang operasi atau ruang prosedur; memindahkan item dari area dekontaminasi ke area pemrosesan, dan setelah pemrosesan, ke area penyimpanan. • Mencegah material kotor memasuki area terlarang • Pindahkan persediaan dari area terlarang, jika ada, melalui OR atau ruang prosedur ke koridor semiterbatas. <p>Memberikan terapi antibiotik yang diresepkan seperti yang diperintahkan (Im.220.2)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tentukan apakah perintah dokter untuk terapi |
|--|--|--|--|---|

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | | <p>antibiotik telah ditulis dan sesuai dengan praktik terbaik saat ini atau praktik berbasis bukti</p> <ul style="list-style-type: none"> • Konfirmasikan kepatuhan pasien dengan terapi profilaksis yang diresepkan dan diperintahkan untuk diberikan sendiri • Menilai pasien sebelum memberikan dan menunda atau menahan pengobatan jika perlu • Memastikan bahwa obat yang benar diberikan kepada pasien yang tepat, dalam dosis yang tepat, melalui rute yang benar, pada waktu yang tepat • Catat tanggal kedaluwarsa Mengenali dan mengidentifikasi efek samping, reaksi toksik, dan alergi obat • Mengevaluasi respons pasien terhadap pengobatan yang diberikan • Minta perintah dari dokter untuk dosis berulang antibiotik profilaksis jika prosedur pembedahan berlangsung lebih dari empat jam atau terjadi kehilangan banyak darah. <p>Mengevaluasi kemajuan penyembuhan luka (E.200)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi dan mengevaluasi faktor |
|--|--|--|--|---|

| | | | | |
|----|---|---|--|---|
| | | | | <p>risiko penyembuhan luka</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi status luka • Memantau suhu tubuh pasien • Laporkan tanda dan gejala infeksi |
| 4. | Domain 2 Respon Fisiologis | Risiko kekurangan volume cairan X18-00028 | <p>O.300: Keseimbangan cairan, elektrolit, dan asam-basa pasien dipertahankan pada atau ditingkatkan dari tingkat dasar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tanda-tanda vital pasien dan dalam kisaran yang diharapkan saat keluar dari OR, ruang prosedur, atau unit perawatan pasca anestesi (PACU) • Tekanan darah dan denyut nadi pasien berada dalam kisaran yang diharapkan dan tetap stabil dengan perubahan posisi pada saat dipindahkan ke PACU dan keluar dari PACU • Output urin pasien berada dalam kisaran yang diharapkan saat keluar dari OR, ruang prosedur, atau PACU. | <p>Mengidentifikasi faktor-faktor yang berhubungan dengan peningkatan risiko perdarahan atau ketidakseimbangan cairan dan elektrolit (A.310)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menetapkan dan memverifikasi keperawatan • Menilai tanda vital • Menilai kondisi pasien terkait cedera traumatis atau perdarahan abnormal • Disampaikan dengan dokter atau penyedia perawatan anestesi jika data penilaian yang tidak biasa atau tanda dan gejala ketidakseimbangan cairan, elektrolit, atau asam basa dicatat • Mengidentifikasi dan memverifikasi ketersediaan darah atau pengganti plasma <p>Mengidentifikasi status fisiologis (A.210)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi membran bukal, sklera dan kulit (misalnya , kekeringan , sianosis, icterus) <p>Menerapkan teknik hemostasis (Im.340)</p> |

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Menyediakan perlengkapan, instrumentasi, dan teknik bedah yang tepat sesuai kebutuhan untuk mengontrol perdarahan <p>Memantau parameter fisiologis (Im.370)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memantau parameter fisiologis termasuk asupan dan keluaran, gas darah arteri, kadar elektrolit, status hemodinamik, dan konsentrasi oksigen arteri (SaO₂) • Pantau tanda-tanda vital • Pantau tanda-tanda hipovolemia dan hipervolemia • Memantau kehilangan cairan (mis. , Perdarahan, diare, keringat, pengeluaran urin, muntah) • Memperkirakan kehilangan darah dan cairan <p>Menetapkan akses IV (Im.200.1)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menetapkan dan mempertahankan akses IV perifer untuk mengelola cairan IV, obat-obatan, dan produk darah sesuai perintah dokter <p>Kolaborasi dalam manajemen cairan dan elektrolit (Im.210.1)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memverifikasi prosedur dan mengantisipasi serta mengenali kehilangan cairan |
|--|--|--|--|---|

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Mengantisipasi persyaratan penggantian untuk volume besar, prosedur kehilangan cairan • Mengelola atau mempersiapkan pemberian terapi cairan • Pantau asupan dan keluaran • Mengevaluasi respons pasien terhadap manajemen cairan <p>Mengevaluasi respons terhadap pemberian cairan dan elektrolit (E.220)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memantau asupan dan keluaran, gas darah arteri, kadar elektrolit, status hemodinamik, dan SaO₂) • Memperkirakan kehilangan darah dan cairan • Memantau tanda dan gejala kelebihan atau kekurangan volume cairan • Pantau respons pasien terhadap terapi cairan dan elektrolit yang diresepkan |
|--|--|--|--|--|

POST OP

| No. | Domain | Nursing Diagnosis | Outcome | Interventions |
|-----|---------------------------------------|--------------------------------|--|--|
| 1. | Domain 2 Respon fisiologis | Nyeri akut X38-00132 | O330: Pasien menunjukkan dan / atau melaporkan kontrol nyeri yang memadai <ul style="list-style-type: none"> • Pasien bekerja sama dengan berbaring diam | Menilai pengendalian nyeri (A.360) <ul style="list-style-type: none"> • Tinjau penilaian pasien untuk jenis nyeri yang dirawat dan kondisi medis |

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | <p>selama prosedur intraoperatif menggunakan anestesi lokal blok.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tanda vital pasien saat keluar dari OR sama dengan atau meningkat dari nilai sebelum operasi. • Pasien secara verbal mengontrol rasa sakit. | <ul style="list-style-type: none"> • Tinjau protokol pengobatan saat ini • Meminta pasien mengungkapkan keefektifan pengobatan dengan alat penilaian yang diakui (misalnya, skala numerik, skala wajah) • Menawarkan informasi kepada pasien dan anggota keluarga tentang nyeri, tindakan pereda nyeri, skala penilaian, dan data penilaian lainnya untuk dilaporkan • Pantau pasien untuk kesesuaian isyarat verbal dan nonverbal. <p>Menerapkan pedoman nyeri (Im.310)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tinjau penilaian pasien untuk jenis nyeri yang dirawat, kondisi medis, dan status kesehatan • Tinjau pedoman nyeri fasilitas • Mendokumentasikan tingkat nyeri yang dinyatakan pasien saat ini • Posisi nyaman kecuali ada kontraindikasi • Menentukan apakah rejimen memenuhi kebutuhan pasien yang diidentifikasi • Memantau hubungan kemajuan pasien dengan pengendalian nyeri • Memantau efektivitas pedoman nyeri • Memberi obat sesuai resep |
|--|--|--|--|---|

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Analgesik yang diresepkan menurut protokol <p>Menerapkan metode alternatif pengendalian nyeri (Im . 310.1)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Minta pasien untuk mengungkapkan keefektifan rejimen pengobatan • Kaji pengobatan nyeri nonpengobatan (mis. , Terapi dingin, terapi panas, gangguan musik, terapi relaksasi, rehabilitasi fisik, visualisasi, mondar-mandir , stimulasi saraf listrik transkutan • Mengidentifikasi gaya coping pasien dan pengaruh budaya terkait manajemen nyeri • Libatkan anggota keluarga dan orang penting lainnya dalam • Pantau kemajuan dalam penatalaksanaan nyeri pasien • Mengevaluasi tanggapan pasien. <p>Berkolaborasi pemberian analgesik (Im.310.2)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tinjau penilaian untuk jenis nyeri yang dirawat dan kondisi medis pasien • Tinjau protokol pemberian pengobatan • Memantau proses administrasi • Memberikan pengajaran terkait analgesia yang dikendalikan pasien |
|--|--|--|--|---|

| | | | | |
|----|----------------------------|----------------------------------|--|--|
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi respons pasien terhadap pemberian obat. <p>Mengevaluasi tanggapan terhadap intervensi manajemen nyeri (E.250)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi dan mendokumentasikan bagaimana pasien mengekspresikan rasa sakit (misalnya , ekspresi wajah, mudah tersinggung, gelisah, verbalisasi) • Mengevaluasi sifat nyeri dan setiap perubahan tingkat nyeri setelah intervensi manajemen nyeri |
| 3. | Domai 1 Keselamatan | Risiko jatuh X69-00155 | <p>O. 120: Pasien terbebas dari tanda dan gejala cedera yang berhubungan dengan pemindahan / pengangkutan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien bebas tanda dan gejala jatuh yang berhubungan dengan pemindahan / pengangkutan pada saat keluar dari ruang OR atau saat prosedur | <p>Mengidentifikasi status musculoskeletal (A.20) Kaji status fungsional dari sistem otot dan rangka dengan memperhatikan rentang gerak, mobilitas, deformitas dan kekuatan otot</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kaji keterbatasan fungsional saat pasien terjaga dan responsif • Kaji gangguan mobilitas saat pasien terjaga dan responsive • Kaji rentang gerak saat pasien terjaga dan responsif <p>Transpost sesuai dengan kebutuhan individu (Im.30)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi pasien dengan benar |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>Menjelaskan apa yang dapat diharapkan pasien sebelum memulai transfer / transportasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menilai gangguan mobilitas • Beradaptasi rencana perawatan untuk mobilitas • Melakukan atau mengarahkan transfer pasien • Posisikan pasien untuk menjaga pernapasan dan sirkulasi • Menjaga kesejajaran tubuh selama transfer • Menerapkan perangkat pengamanan • Rencanakan untuk kebutuhan khusus selama pengangkutan dan transfer <p>Mengevaluasi statistik muskuloskeletal (E.290) Mengamati dan memantau status muskuloskeletal selama fase perawatan perioperatif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi batasan fungsional • Mengevaluasi gangguan mobilitas • Mengevaluasi rentang gerak |
|--|--|--|--|--|