

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Teori Tumor Abdomen**

##### **1. Pengertian**

Neoplasma merupakan massa jaringan baru (kumpulan sel) yang tumbuh secara mandiri di struktur sekitarnya dan tidak memiliki tujuan fisiologis. Istilah neoplasma sering kali digunakan secara bergantian dengan tumor, berasal dari bahasa latin yang berarti “pembengkakan” (Lemone & Burke, 2015).

Tumor adalah pertumbuhan sel yang tidak normal sehingga terbentuk jaringan baru atau sering kali oleh masyarakat awam disebut daging baru. Tumor terbagi menjadi dua macam, yaitu tumor jinak dan ganas (Ardiyansyah, 2014).

Tumor abdomen merupakan massa yang padat dengan ketebalan yang berbeda-beda, yang disebabkan oleh sel tubuh yang mengalami transformasi dan tumbuh secara autonom lepas dari kendali pertumbuhan sel normal, sehingga sel tersebut berbeda dari sel normal dalam bentuk dan strukturnya (Oswari E. , 2014).

##### **2. Etiologi**

Penyebab terjadinya tumor menurut (Sjamsuhidajat & Jong, W.D , 2015), karena terjadi pembelahan sel yang abnormal. Perbedaan sifat sel tumor tergantung dari besarnya penyimpangan dalam bentuk dan fungsi autonominya dalam pertumbuhan, kemampuannya mengadakan infiltrasi dan menyebabkan metastasis. Penyebab tumor atau neoplasma bersifat multifaktor. Ada beberapa factor yang dianggap sebagai penyebab tumor, antara lain :

- a. Karsinogen
- b. Parasite
- c. Faktor genetic
- d. Faktor gaya hidup
- e. Faktor hormone
- f. Virus
- g. Polusi udara
- h. Radiasi yang berasal dari bahan kimia
- i. Hipersensitivitas terhadap obat-obatan

### 3. Manifestasi klinik

Manifestasi klinik menurut (Moore & Dalley, 2014) antara lain :

- a. Hyperplasia
- b. Konsistensi tumor umumnya padat atau keras
- c. Tumor epital biasanya mengandung sedikit jaringan ikat dan apabila berasal dari masenkim yang banyak mengandung jaringan ikat makan akan elastickenyal dan lunak.
- d. Kadang tampak hipervaskulari disekitar tumor
- e. Biasa terjadi pengerutan dan mengalami retraksi
- f. Edema disekitar tumor disebabkan infiltrasi ke pembuluh limfe
- g. Nyeri
- h. Anoreksia, mual, muntah
- i. Penurunan berat badan

### 4. Tanda dan Gejala

Menurut sjamsuhidajat, 2010, tanda dan gejala yang ditemukan pada pasien dengan tumor abdomen adalah hiperplasia, konsistensi tumor umumnya padat atau keras, kadang tampak hipervaskulari disekitar tumor, edema sekitar tumor disebabkan infiltrasi kepembuluh limfe, nyeri, anoreksia, mual dan muntah, penurunan berat badan, perut yang terasa penuh setelah makan sejumlah makanan, kelelahan,

ketidakseimbangan mengeluarkan BAB, ketidakmampuan untuk buang air kecil.

#### 5. Patofisiologi

Tumor adalah proses penyakit yang bermula ketika sel abnormal di ubah oleh mutasi genetik dari DNA seluler. Kerusakan DNA yang menimbulkan peningkatan aktivitas, onkogen, perubahan gen yang mengatur apoptosis, dan inaktivasi gen supresor tumor sehingga sel terpacu untuk terus berpoliferasi, kehilangan kendali terhadap poliferasi sel, kehilangan kemampuan menghentikan siklus sel, dan kemampuan apoptosis.

Sel-sel yang tadinya normal kemudian tidak berfungsi dan terus berkembang dan membelah diri (bereplikasi) membentuk jutaan sel baru, sehingga menimbulkan benjolan yang membentuk jaringan baru (tumor/neoplasma). Sel-sel neoplasma mendapat energi terutama dari anaerob karena kemampuan sel untuk oksidasi berkurang, meskipun mempunyai enzim yang lengkap untuk oksidasi. Sel-sel yang abnormal kemudian menjadi parasit dalam tubuh, yang terjadi adalah fagosit nutrisi oleh sel abnormal tersebut. Hal ini menyebabkan sel normal mengalami kekurangan nutrisi. Asupan nutrisi ke organ berkurang dan menyebabkan proses metabolisme dalam tubuh meningkat dan asupan nutrisi menurun. Yang terjadi adalah lemah, lesu dan keletihan. Massa jaringan fibrosis mengelilingi dan menentukan struktur yang di bungkusnya tetapi tidak menginvasinya dan menyebabkan pembengkakan yang menekan syaraf nyeri pada jaringan dan menyebabkan nyeri. Tumor yang semakin membesar menyebabkan penekanan pada organ sekitar abdomen (Sjamsuhidajat & Jong, W.D , 2015).

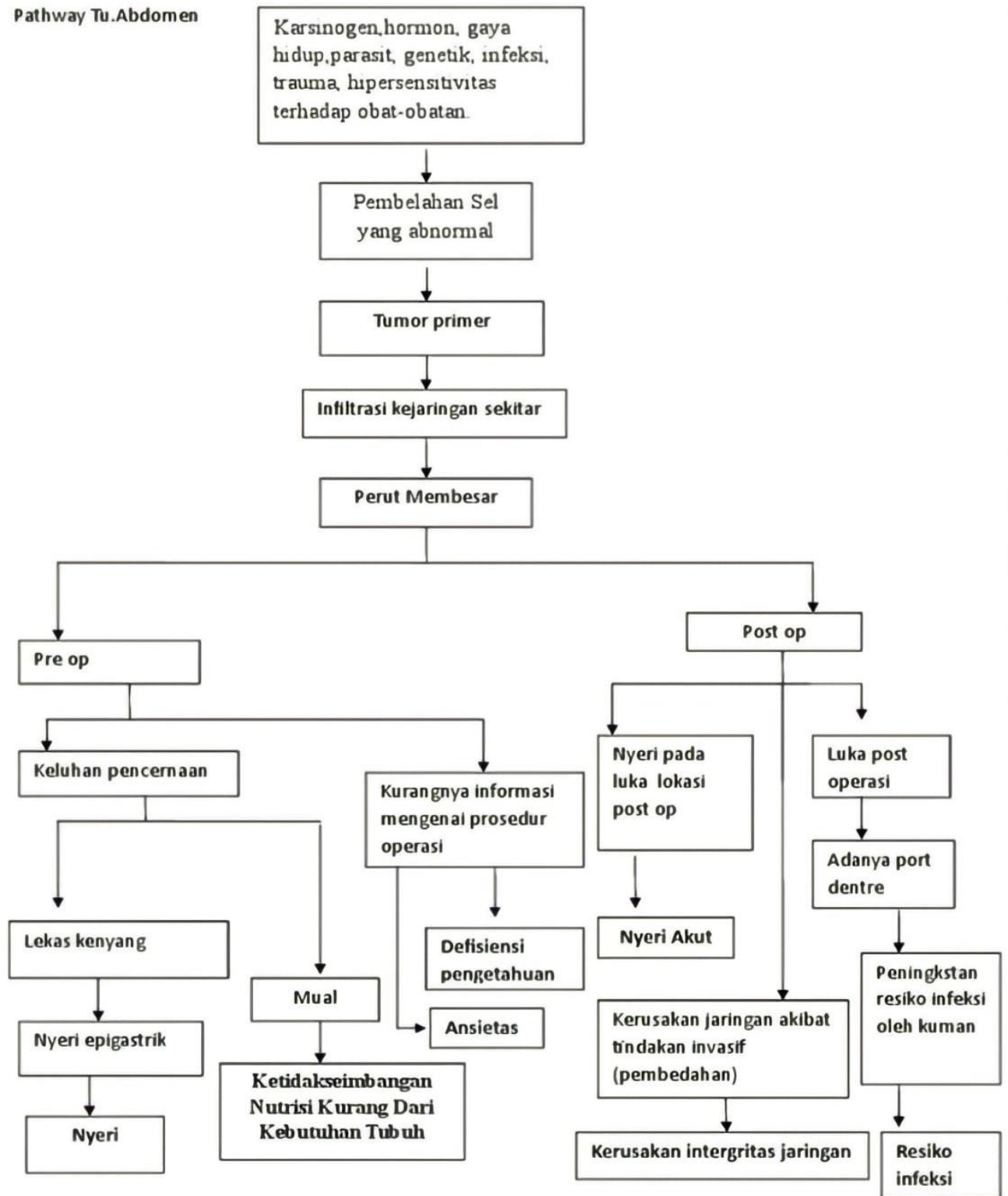
Fungsi fisiologis dapat mengalami gangguan akibat obstruksi atau penekanan. Tumor yang semakin membesar dapat menghentikan motilitas usus sehingga mengakibatkan obstruksi usus. Tumor ini

kemudian dapat menekan uretra dan menyebabkan obstruksi uretra yang menyebabkan retensi urin. Gejala lain yang dapat ditemukan antara lain : hematuria, dysuria, polakisuria, oliguria, dan anuria. Ketika tumor tumbuh di permukaan tubuh, tumor dapat mengikis melalui permukaan, memecah pertahanan alami kulit yang utuh dan membrane mukosa serta memberikan bagian untuk pintu masuk mikroorganisme. Sel neoplastik mengalihkan nutrisi untuk digunakan sendiri sehingga menyebabkan perubahan yang mengurangi nafsu makan pasien. Pada tahap awal penyakit ini, perubahan metabolisme glukosa menyebabkan peningkatan kadar glukosa serum, yang menghasilkan umpan balik negative dan mengakibatkan anoreksia (kehilangan nafsu makan). Selain itu, tumor menyekresikan zat yang menurunkan nafsu makan dengan mengubah rasa dan bau sehingga menimbulkan rasa penuh lebih dini. Pada banyak kasus penurunan berat badan yang cepat dan tidak dijelaskan merupakan manifestasi pertama.

Ketika massa jaringan fibrosis menginvasi jaringan lain, sel yang abnormal juga menginfiltrasi jaringan sekitar dan memperoleh akses ke limfe dan pembuluh-pembuluh darah, melalui pembuluh darah tersebut sel-sel dapat terbawa ke area lain dalam tubuh untuk membentuk metastase (penyebaran tumor) pada bagian tubuh yang lain. Metastasis yang ditularkan melalui darah atau limfe memungkinkan tumor baru untuk terbentuk dalam organ yang jauh. Kemampuan tumor untuk bermetastasis dengan cara intravasasi sel maligna melalui dinding di dalam darah atau limfe dan masuk kedalam sirkulasi darah. Salah satunya adalah bermetastase ke sumsum tulang belakan yang menyebabkan gangguan hematopoiesis (Lemone & Burke, K, 2015).

## 6. Pathway

## Pathway Tu.Abdomen



Sumber : (Lemone & Burke,K, 2015)

## 7. Pemeriksaan Diagnostik

Prosedur diagnostik yang biasa dilakukan dalam mengevaluasi malignansi meliputi :

### a. Marker tumor

Substansi yang ditemukan dalam darah atau cairan tubuh lain yang tumor atau oleh tubuh dalam berespon terhadap tumor.

### b. Pencitraan resonansi magnetic (MRI)

Penggunaan medan magnet dan sinyal frekuensi radio untuk menghasilkan gambaran berbagai struktur tubuh.

### c. CT-Scan

Menggunakan pancaran sinar sempit sinar-X yang untuk memindai susunan lapisan jaringan untuk memberikan pandangan potongan melintang.

### d. Flouroskopi

Menggunakan sinar-X yang memperlihatkan perbedaan ketebalan antar jaringan dapat mencakup penggunaan bahan kontras.

### e. Ultrasound

Echo dari gelombang bunyi berfrekuensi tinggi direkam pada layer penerima, digunakan untuk mengkaji jaringan yang dalam di dalam tubuh.

### f. Endoskopi

Memvisualkan langsung rongga tubuh atau saluran dengan memasukkan suatu ke dalam rongga tubuh atau ostium tubuh, memungkinkan dilakukannya biopsy jaringan, aspirasi dan eksisi tumor yang kecil.

## 8. Komplikasi Tumor

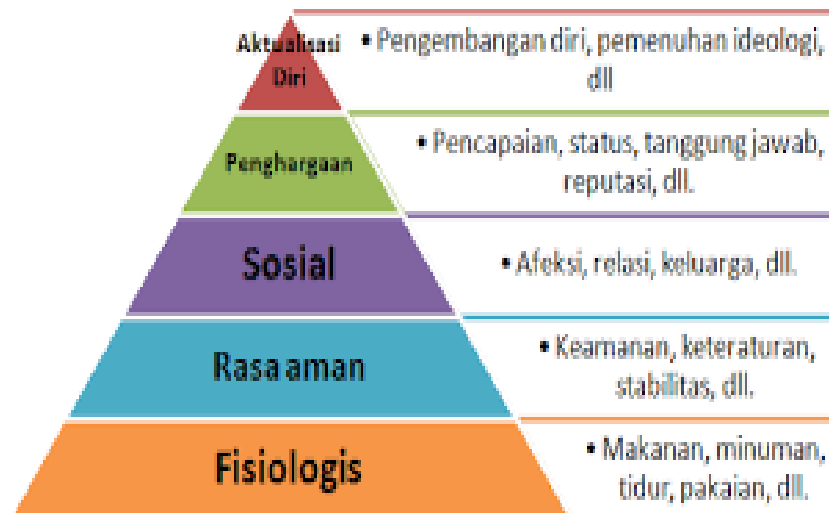
Komplikasi akibat tumor dapat disebabkan oleh tumor itu sendiri atau tindakan pengobatan, antara lain:

- a. Diare
- b. Mual
- c. Nyeri
- d. Lemas
- e. Sembelit
- f. Sesak Napas
- g. Gangguan Pada Otak Atau Sistem Saraf
- h. Kanker Yang Menyebar (Metastasis)
- i. Kanker Kambuh Kembali

## B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Gambar 2.2

Hirarki Kebutuhan Dasar Maslow



Sumber: Patrisia, Ineke, dkk. (2020)

Berdasarkan teori Abraham Maslow di atas, pada individu yang mengalami post op tumor abdomen mengalami gangguan kebutuhan rasa aman yaitu kebutuhan keamanan, keteraturan, stabilitas, dll.

Pada kasus post op tumor abdomen pasien akan mengalami gangguan rasa aman karena nyeri pada luka abdomen efek pembedahan. Hal ini disebabkan karena adanya luka setelah operasi menimbulkan nyeri dan biasanya dirasakan setelah sadar dari pengaruh anastesi, adanya luka tersebut menimbulkan nyeri saat melakukan pergerakan.

Dikenal dengan istilah Hirarki Kebutuhan Dasar Maslow. Hirarki tersebut meliputi lima kategori dasar, yakni :

1. Kebutuhan fisiologis (*physiologic needs*)  
Meliputi kebutuhan akan oksigenasi, cairan (minuman), nutrisi (makanan), keseimbangan suhu, eliminasi, aktivitas dan istirahat tidur.
2. Kebutuhan keselamatan dan rasa aman nyaman (*safety and security needs*), aman pada aspek fisiologis dan psikologis.
3. Kebutuhan rasa cinta, serta rasa memiliki dan dimiliki meliputi kebutuhan untuk memberi dan menerima kasih sayang.
4. Kebutuhan harga diri (*self-esteem needs*), meliputi perasaan tidak bergantung pada orang lain (mandiri), kompeten, penghargaan, terhadap diri sendiri dan orang lain.
5. Kebutuhan aktualisasi diri (*need for self actualization*), meliputi mengenal dan memahami diri serta potensi diri dengan baik, belajar memenuhi kebutuhan diri sendiri.

Kebutuhan dasar yang terganggu pada pasien post operasi tumor abdomen, yaitu : kebutuhan akan rasa aman nyaman, aman pada berbagai aspek, baik fisiologis maupun psikologis. Perlindungan fisiologis contohnya perlindungan diri dari udara dingin, panas, kecelakaan dan infeksi. Perlindungan psikologis contohnya bebas dari takut dan



kecemasan, serta bebas dari perasaan terancam karena pengalaman baru dan asing bebas dari nyeri atau rasa ketidaknyamanan.

Kebutuhan rasa aman nyaman (*safety and security needs*) kebutuhan rasa aman nyaman dimaksud adalah aman dari berbagai aspek, baik secara fisiologis, maupun psikologis. Kebutuhan ini meliputi :

a. Nyeri dan kenyamanan

Respon nyeri terjadi karena adanya inflamasi, inflamasi merupakan respon segera terhadap injury seluler. Jika ini terjadi, vasodilatasi cepat terjadi menyebabkan lebih banyak darah mendekati daerah injury, peningkatan aliran darah lokal menyebabkan warna kemerahan di daerah inflamasi. Rasa sakit di daerah inflamasi juga disebabkan oleh volume darah yang meningkat vasodilatasi lokal mengirimkan darah dan sel darah putih ke jaringan yang injuri. Protein serum memegang peranan utama dalam inflamasi. (Potter & Perry, 2010 )

b. Kebutuhan keamanan dan proteksi keselamatan merupakan suatu keadaan seseorang atau lebih yang terhindar dari ancaman bahaya atau kecelakaan. Kecelakaan merupakan kejadian yang tidak dapat diduga dan tidak diharapkan yang dapat menimbulkan kerugian, sedangkan keamanan adalah keadaan aman dan tentram. (Tarwoto & Wartonah , 2015)

### C. Proses keperawatan

Menurut (Diyono & Mulyati , 2013) asuhan keperawatan teoritis pada tumor abdomen yaitu :

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan merupakan dasar proses keperawatan diperlukan pengkajian yang cermat untuk mengenal masalah klien agar dapat memberikan arah kepada tindakan keperawatan.

a. Identitas umum

Identitas umum meliputi nama, umur, jenis kelamin, suku/bangsa, alamat, tanggal dan jam masuk rumah sakit, sumber informasi.

2. Riwayat perawatan

a. Keluhan utama

Keluhan utama yang biasa dirasakan klien post op tumor abdomen adalah nyeri pada luka operasi

b. Riwayat penyakit sekarang

kapan timbul masalah, riwayat trauma, penyebab, gejala timbul tiba-tiba/perlahan, lokasi, obat yang diminum.

c. Riwayat penyakit keluarga

meliputi penyakit yang pernah diderita keluarga baik kronis, keturunan, maupun menular.

3. Pemeriksaan fisik

a. Tanda-tanda vital

Suhu tubuh diukur setiap 4 sampai 8 jam selama beberapa hari post op tumor abdomen karena demam biasanya merupakan gejala awal infeksi. Bradikardi merupakan perubahan fisiologis normal selama 6 sampai 10 hari post operasi nadi yang cepat biasanya menunjukkan adanya nyeri, kecemasan, syok. Peningkatan tekanan darah menunjukkan adanya tanda syok atau emboli. Pada abdomen apakah terdapat nyeri tekan, terdapat bekas luka operasi, mengkaji luka jahitan post op tumor abdomen yang meliputi kondisi luka (melintang atau membujur, kering atau basah, adanya nanah atau tidak) dan mengkaji kondisi jahitan (jahitan menutup atau tidak, terdapat tanda-tanda infeksi serta warna kemerahan pada sekitar area jahitan luka post op tumor abdomen atau tidak).

#### 4. Diagnosa keperawatan

Penentuan diagnosa keperawatan harus berdasarkan analisa data dari hasil pengkajian, maka diagnosa keperawatan yang ditemukan di kelompokkan menjadi diagnosa aktual, potensial dan kemungkinan (Diyono & Mulyati , 2013).

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) ditandai dengan mengeluh nyeri, tampak meringis, gelisah, tekanan darah meningkat 142/101mmhg, frekuensi nadi 105x/menit, sulit tidur.
- b. Risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif (bekas operasi)
- c. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan (kebisingan) ditandai dengan mengeluh sulit tidur, mengeluh tidak puas tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh istirahat tidak cukup, mengeluh kemampuan beraktifitas menurun.

#### 5. Perencana keperawatan

Perencanaan keperawatan merupakan langkah ketiga dalam proses keperawatan yang terdiri dari dua langkah (Potter & Perry, 2010 ).

Langkah pertama adalah menetapkan tujuan dan hasil yang diharapkan bagi klien. Langkah kedua perencanaan keperawatan adalah merencanakan intervensi keperawatan yang akan di implementasikan ke pasien. Rencana keperawatan pada kasus post op tumor abdomen terdapat pada tabel dibawah ini :

6. Rencana keperawatan

Tabel 2.1

Rencana Keperawatan Terhadap Ny. S Dengan Gangguan Rasa Nyaman Pada Kasus Post Op Tumor Abdomen di RSUD Handayani Kotabumi Lampung Utara

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan	Rencana keperawatan
		SLKI	SIKI
1	2	3	4
1.	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) ditandai dengan</p> <p>DS:</p> <p>a. klien mengeluh nyeri pada bagian perut bawah kanan</p> <p>DO:</p> <p>a. klien tampak meringis</p> <p>b. klien tampak gelisah</p> <p>c. frekuensi nadi meningkat</p> <p>d. tekanan darah meningkat</p> <p>e. sulit tidur</p>	<p><b>Tingkat nyeri (L.08066)</b> menunjukkan kriteria hasil:</p> <p>a. keluhan nyeri menurun</p> <p>b. meringis menurun</p> <p>c. gelisah menurun</p> <p>d. kesulitan tidur menurun</p> <p>e. frekuensi nadi dan tekanan darah membaik</p> <p><b>Kontrol nyeri (L.08063)</b></p> <p>a. melaporkan nyeri terkontrol</p> <p>b. kemampuan mengenali penyebab nyeri</p> <p>c. kemampuan menggunakan teknik non-farmakologis</p>	<p><b>Manajemen nyeri (I.08238)</b></p> <p>a. identifikasi lokasi, karakteristik, intensitas nyeri</p> <p>b. identifikasi skala nyeri</p> <p>c. identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</p> <p>d. ajarkan teknik non-farmakologis latihan nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>e. kolaborasi pemberian analgetik</p> <p>f. identifikasi respon nyeri non verbal</p> <p>g. identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</p> <p>h. identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</p>

1	2	3	4
			<p>i. identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</p> <p>j. monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</p> <p>k. monitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p>l. kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</p> <p>m. fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>n. pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>o. jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p> <p>p. jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>q. anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p><b>Edukasi manajemen nyeri I(12391)</b></p> <p>a. jelaskan penyebab, strategi meredakan nyeri</p> <p>b. anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>c. anjurkan menggunakan analgetik secara cepat</p> <p>d. ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p>

1	2	3	4
2.	<p>Risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. terdapat luka jaitan operasi melintang</li> <li>b. tampak kemerahan</li> <li>c. tampak membengkak</li> </ul>	<p><b>Tingkat infeksi L(14137)</b> menunjukkan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. kemerahan menurun</li> <li>b. nyeri menurun</li> <li>c. bengkak menurun</li> </ul> <p><b>integritas kulit dan jaringan L.(14125)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. jaringan membaik</li> <li>b. lapisan kulit membaik</li> <li>c. nyeri menurun</li> <li>d. perdarahan berkurang</li> </ul>	<p><b>Manajemen imunisasi/vaksinasi I(14508)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. identifikasi riwayat kesehatan dan riwayat alergi</li> </ul> <p><b>Dukungan perawatan diri: mandi I(11352)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. identifikasi jenis bantuan yang diperlukan yaitu mengganti balutan luka operasi</li> <li>b. monitor integritas kulit</li> <li>c. monitor kebersihan tubuh sekitar area perut</li> <li>d. sediakan lingkungan yang aman dan nyaman</li> </ul>
3	<p>Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan (kebisingan) ditandai dengan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. mengeluh sulit tidur</li> <li>b. mengeluh tidak puas tidur</li> <li>c. mengeluh istirahat tidak cukup</li> <li>d. mengeluh kemampuan beraktivitas menurun</li> </ul>	<p><b>Pola tidur L.(05045)</b> menunjukkan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. tidur membaik</li> <li>b. pola tidur membaik</li> <li>c. istirahat cukup</li> <li>d. kemampuan beraktivitas membaik</li> </ul>	<p><b>Dukungan tidur I.(05174)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. identifikasi pola aktivitas dan tidur</li> <li>b. identifikasi faktor pengganggu tidur</li> <li>c. modifikasi lingkungan</li> <li>d. jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</li> <li>e. tetapkan jadwal tidur rutin</li> </ul>

#### 7. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tahap keempat proses keperawatan yang dimulai setelah perawat menyusun rencana keperawatan (Potter & Perry, 2010 ). Pada tahap ini perawat akan mengimplementasikan intervensi yang telah direncanakan berdasarkan hasil pengkajian dan penegakan diagnosis yang diharapkan dapat mencapai tujuan dan hasil sesuai yang diinginkan untuk mendukung dan meningkatkan status kesehatan klien.

#### 8. Evaluasi keperawatan

Implementasi merupakan tahap kelima dari proses keperawatan. Tahap ini sangat penting untuk menentukan adanya perbaikan kondisi atau kesejahteraan klien (Potter & Perry, 2010 ). Hal yang perlu diingat bahwa evaluasi merupakan proses kontinu yang terjadi saat perawat melakukan kontak dengan klien. Selama proses evaluasi perawat membuat keputusan-keputusan klinis dan secara terus-menerus mengarah kembali ke asuhan keperawatan. Tujuan asuhan keperawatan adalah membantu klien menyelesaikan masalah kesehatan aktual. Mencegah terjadinya masalah risiko. Dan mempertahankan status kesehatan sejahtera. Proses evaluasi menentukan keefektifan asuhan keperawatan yang diberikan