

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Proses Keperawatan

Asuhan keperawatan adalah praktik keperawatan baik secara langsung atau tidak langsung yang diberikan kepada klien, keluarga, dan masyarakat dengan menggunakan pendekatan ilmiah berdasarkan kode etik dan standar praktek keperawatan (Kebede et al., 2017)

Proses keperawatan adalah proses terstruktur berupa urutan langkah-langkah pemecahan masalah yang sistematis dalam memberikan asuhan keperawatan yang berorientasi pada tujuan dan humanistik yang efisien dan efektif (Adraro & Rukmi, 2020. Timby,2016).

Proses keperawatan merupakan inti praktek keperawatan dan sekaligus isi pokok dokumentasi keperawatan. Pengelompokan dokumentasi keperawatan mengikuti tahapan proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, tindakan dan evaluasi keperawatan yang disusun secara sistematis, valid dan dapat dipertanggung jawabkan secara hukum dan moral (Akhu-Zaheya et al., 2018; Bond et al,., 2018).

1. Konsep Asuhan Keperawatan

a. Pengkajian Nyeri

Sumber utama perlu atau tidak dilakukannya esesmen adalah dari hasil skrining. Pasien/ keluarga yang melaporkan adanya nyeri perlu mendapatkan esesmen yang sistematis. Esesmen yang sistematis akan menilai berbagai parameter berikut: lokasi nyeri, dampak nyeri pada aktivitas, intensitas nyeri saat istirahat/ aktivitas, obat yang dipakai, faktor- faktor yang memperberat/ memperingan, kualitas nyeri (terbakar atau kencang atau panas atau tersengat listrik), adanya penjalaran/ tidak, intensitas nyeri, dan waktu munculnya nyeri.

Isi dari asesmen awal nyeri adalah mencakup hal-hal dibawah ini:

- 1) Onset (O) Merupakan waktu kapan nyeri mulai dirasakan pasien.
- 2) Paliative/provocating (P) Merupakan informasi tentang penyebab nyeri dan apa yang menyebabkan nyeri semakin berat dirasakan pasien.
- 3) Quality (Q) Merupakan kualitas nyeri yang dirasakan pasien atau seperti apa (bagaimana) nyeri dirasakan oleh pasien, seperti seperti tertusuk, panas, terbakar, tertindih dan sebagainya.
- 4) Region/Radiation (R) Merupakan lokasi dimana nyeri dirasakan oleh pasien dan jika terasa menyebar maka ke arah mana penyebaran rasa nyeri itu dirasakan.
- 5) Severity (S) Merupakan intensitas nyeri yang dirasakan oleh pasien. Biasanya menggunakan skala dan derajat nyeri.
- 6) Treatment (T) Merupakan informasi tentang proses pengobatan yang pernah dilakukan sebelumnya termasuk hasil pengobatan, efek samping, efektifitas obat dan juga obat-obat analegetik yang saat ini sedang digunakan.
- 7) Understanding/Impact of you (U) Merupakan informasi tentang pemahaman pasien terhadap rasa nyeri yang dirasakan dan juga seberapa besar rasa nyeri tersebut mempengaruhi aktivitas dan kegiatan pasien.
- 8) Value (V) Merupakan informasi tentang penilaian pasien terhadap nyeri yang dirasakan, bagaimana harapan pasien tentang nyerinya, hasil yang diharapkan dan juga tentang pentingnya pengurangan rasa nyeri sampai hilang bagi pasien dan keluarganya. Esesmen dilakukan dengan alat ukur yang terstandar dan telah divalidasi sebelumnya, misalnya untuk mengukur intensitas nyeri dapat digunakan VAS (Visual Analogue Scale), NRS (Numeric Rating

Scale), Verbal Scale, Faces Scale, atau Skala Perilaku. Esesmen yang baik harus mengukur pula dampak nyeri dan kontribusi faktor psikososial. Esesmen yang baik akan mengukur pula harapan dan nilai-nilai yang ada pada pasien terkait nyeri yang dideritanya. Adanya faktor psikologik penyerta harus pula digali (misalnya : depresi, cemas, dan gangguan tidur). Kondisi fisik lain atau penyakit lain yang akan mempengaruhi keputusan terapi farmaka harus pula digali secara seksama. Pada sebagian besar kasus nyeri, esesmen yang baik akan menghasilkan tiga kesimpulan, yaitu (1) nyeri akut atau kronik, (2) nyeri nosiseptif atau nyeri neuropatik atau nyeri campuran, dan (3) nyeri intensitas ringan/ sedang/ berat

b. Diagnosis Nyeri

Diagnosa keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang di alaminya, baik berlangsung actual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2016).

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul antara lain :

1. Nyeri Akut

Definisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari tiga bulan.

Penyebab : Agen pencedera fisik (prosedur operasi)

Gejala dan tanda mayor :

Subjektif :

- Mengeluh nyeri

Objektif

- Tampak meringis
- Bersikap protektif (missal waspada posisi menghindari nyeri)
- Gelisah
- Frekuensi nadi meningkat
- Sulit tidur

Gejala dan tanda minor

Subjektif : tidak ada

Objektif

- Tekanan darah meningkat
- Pola napas berubah
- Nafsu makan berubah
- Proses berpikir terganggu
- Menarik diri
- Berfokus pada diri sendiri
- Diaphoresis

Kondisi klinis terkait

- Kondisi pembedahan
- Cedera traumatis
- Infeksi
- Sindrom coroner akut
- *Glaucoma*

2. Nyeri Kronis

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

Penyebab:

- Kondisi musculoskeletal kronis
- Kerusakan system saraf
- Penekanan saraf
- Gangguan imunitas

- Gangguan fungsi metabolik

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif: Mengeluh nyeri, merasa depresi

Objektif: Tampak meringis, gelisah, tidak mampu menuntaskan aktivitas

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif: Merasa takut mengalami cedera berulang

Objektif: Bersikap protektif, waspada, pola tidur berubah, anoreksia, focus menyempit, berfokus pada diri sendiri.

Kondisi klinis terkait

- Kondisi kronis
- Infeksi
- Cedera medulla spinalis
- Kondisi pasca trauma
- Tumor

c. Intervensi Nyeri

Intervensi keperawatan adalah segala tindakan yang dikerjakan oleh perawat didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran atau outcome yang diharapkan (PPNI, 2018).

Adapun intervensi yang sesuai dengan pasien post op adalah sebagai berikut:

Tabel 2.1 Diagnosis dan Intervensi Nyeri

| No. | Diagnosis Nyeri | Intervensi utama | Intervensi pendukung |
|-----|--|---|---|
| 1. | <p>1. Nyeri Akut 2. Nyeri Kronis</p> <p>Tujuan: setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tingkat nyeri</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat - Keluhan nyeri menurun - Meringis menuru - Sikap protektif menurun - Gelisah menurun - Menarik diri menurun - Berfokus pada diri sendiri menurun - Diaforesis menurun - Perasaan depresi (tertekan) menurun - Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun - Anoreksia menurun - Muntah dan mual menurun - Frekuensi nadi membaik | <p>Manajemen Nyeri</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, dan intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. Aromaterapi, dan nafas dalam) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, kebisingan) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (nafas dalam) 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgesic jika perlu | <ol style="list-style-type: none"> 1. Aromaterapi 2. Dukungan hypnosis diri 3. Dukungan pengungkapan kebutuhan 4. Edukasi efek samping obat 5. Edukasi manajemen nyeri 6. Edukasi proses penyakit 7. Edukasi teknik napas 8. Kompres dingin 9. Kompres hangat 10. Konsultasi 11. Latihan pernapasan 12. Manajemen efek samping obat 13. Manajemen kenyamanan lingkungan 14. Manajemen medikasi 15. Manajemen sedasi 16. Manajemen terapi radiasi 17. Pemantauan nyeri 18. Pemberian obat 19. Pemberian obat intravena 20. Pemberian obat oral 21. Pemberian obat intravena 22. Pemberian obat topical 23. Pengaturan posisi 24. Perawatan amputasi 25. Perawatan kenyamanan 26. Teknik distraksi 27. Teknik imajinasi terbimbing 28. Terapi akupressur 29. Terapi akupuntur 30. Terapi bantuan hewan 31. Terapi humor 32. Terapi murattal 33. Terapi music 34. Terapi pemijatan 35. Terapi relaksasi 36. Terapi sentuhan 37. <i>Transcutaneous</i> |

| | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Pola napas membaik - Tekanan darah membaik - Proses berpikir membaik - Fokus membaik - Perilaku membaik - Nafsu makan membaik - Pola tidur membaik | | <i>Elektrical Nerve Stimulation (TENS)</i> |
|--|--|--|

d. Implementasi

Tabel 2.2 Implementasi Nyeri

| No. | Diagnosis | Implementasi |
|-----|------------|--|
| 1. | Nyeri Akut | <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi faktor pencetus dan Pereda nyeri 2. Memonitor kualitas nyeri (mis. Terasa tajam, tumpul, di remas remas, ditimpa beban berat). 3. Memonitor lokasi dan penyebaran nyeri 4. Memonitor intensitas nyeri dengan menggunakan skala 5. Memonitor durasi dan frekuensi nyeri. 6. Memonitor TTV <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengatur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien 2. Mendokumentasikan hasil pemantauan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2. Menginformasikan hasil pemantauan jika perlu |

e. Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah tahap kelima atau proses keperawatan terakhir yang berupaya untuk membandingkan tindakan yang sudah dilakukan dengan kriteria hasil yang sudah ditentukan. Evaluasi keperawatan bertujuan menentukan apakah seluruh proses keperawatan

sudah berjalan dengan baik dan tindakan berhasil dengan baik (Debora, 2013).

B. Konsep Kebutuhan Dasar

1. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Kebutuhan dasar manusia merupakan unsur-unsur yang dibutuhkan seseorang untuk menjaga keseimbangan fisiologis dan psikologis, yang tentunya berfungsi untuk menunjang kehidupan dan kesehatan. Bergantung pada intensitas, jenis, bentuk, waktu, dan objek penggunaan, orang memiliki kebutuhan yang berbeda.

Dalam teori Hierarki kebutuhan dasar manusia, Abraham Maslow dalam Potter dan Perry (1997) kebutuhan dasar yang meliputi lima kategori kebutuhan dasar sebagai berikut :

a) Kebutuhan fisiologis

Kebutuhan fisiologis adalah kebutuhan yang mewakili prioritas dasar hierarki Maslow. Kebutuhan fisiologis meliputi kebutuhan oksigen, cairan (minum), nutrisi (makanan), keseimbangan suhu tubuh, ekskresi, perlindungan, istirahat dan tidur, dan kebutuhan seksual.

b) Kebutuhan akan keamanan dan perlindungan

1) Perlindungan fisik meliputi perlindungan terhadap ancaman fisik atau psikis. Ancaman ini adalah penyakit, kecelakaan, bahaya lingkungan, dll.

2) Perlindungan psikologis, yaitu perlindungan terhadap ancaman dari pengalaman baru dan tidak dikenal.

c) Kebutuhan akan cinta dan rasa memiliki, termasuk memberi dan menerima kasih sayang, menerima kehangatan keluarga, berteman, inklusi dalam kelompok sosial, dll.

d) Kebutuhan Harga Diri

Kebutuhan akan harga diri atau perasaan dihargai oleh orang lain. Kebutuhan ini berhubungan dengan keinginan akan kekuasaan, prestasi,

percaya diri dan kemandirian. Orang juga membutuhkan persetujuan dari orang lain.

e) **Kebutuhan Aktualisasi Diri**

Kebutuhan aktualisasi diri, merupakan kebutuhan tertinggi dalam hierarki Maslow, berupa kebutuhan untuk berkontribusi pada orang lain/lingkungan serta mencapai potensi diri sepenuhnya. (Hidayat & Uliyah, 2014).

2. Konsep Kebutuhan Rasa Aman Nyaman

Aman adalah keadaan bebas dari cedera fisik dan psikologis. Pemenuhan kebutuhan keamanan dilakukan untuk menjaga tubuh bebas dari kecelakaan baik pasien, perawat atau petugas lainnya yang bekerja untuk pemenuhan kebutuhan tersebut.

Macam-macam yang terjadi pada gangguan rasa aman dan nyaman

- a) Bebas dari nyeri atau cedera fisik, pasien yang mengalami gangguan rasa aman nyaman biasanya mengalami cedera fisik yang berhubungan dengan sensasi rangsangan nyeri.
- b) Bebas dari ancaman sosial, berhubungan dengan hubungan interpersonal, keluarga, dan sosial.
- c) Bebas dari resiko jatuh, jatuh merupakan 90% jenis kecelakaan yang dilaporkan dari seluruh kecelakaan di rumah sakit yang dapat memengaruhi terpenuhinya kebutuhan aman nyaman.
- d) Bebas dari ancaman lingkungan, berhubungan dengan latar belakang pengalaman eksternal manusia seperti cahaya, bunyi, temperature, warna dan unsur alamiah lainnya, yang dapat memengaruhi rasa aman nyaman.

3. Konsep Dasar Nyeri

a. Definisi

Nyeri adalah suatu kondisi berupa perasaan tidak menyenangkan, yang sifatnya sangat subyektif, karena persepsi setiap orang terhadap nyeri berbeda-beda baik dari segi ukuran maupun kekuatannya dan hanya dia yang dapat menjelaskan atau menilai nyeri yang dirasakannya. (Hidayat & Uliyah,2014).

1. Mc.Coffery mendefinisikan nyeri sebagai suatu keadaan yang memengaruhi seseorang yang keberadaannya diketahui hanya jika orang tersebut pernah mengalaminya.
2. Wolf Weifsel mengatakan bahwa nyeri merupakan suatu perasaan menderita secara fisik dan mental atau perasaan yang bisa menimbulkan ketegangan.
3. Arhur C. Curton mengatakan bahwa nyeri merupakan suatu mekanisme produksi bagi tubuh, timbul ketika jaringan sedang dirusak, dan menyebabkan individu tersebut bereaksi untuk menghilangkan rangsangan nyeri.

b. Fisiologi Nyeri

Adanya nyeri berhubungan erat dengan reseptor dan adanya rangsangan. Reseptor nyeri yang relevan adalah nosiseptor. Ini adalah ujung saraf yang sangat bebas dengan sedikit atau tanpa mielin dan tersebar di seluruh kulit dan selaput lendir, terutama di dinding organ dalam, persendian, arteri, hati, dan kandung empedu. Reseptor nyeri dapat merespon atau menanggapi suatu rangsangan. Rangsangan tersebut dapat berupa bahan kimia seperti histamin, bradikinin, prostaglandin dan berbagai jenis asam yang dilepaskan saat kerusakan jaringan disebabkan oleh kekurangan oksigen. Rangsangan lain mungkin bersifat termal, listrik atau mekanis. Selain itu, rangsangan yang diterima oleh reseptor ini ditransmisikan ke sumsum tulang belakang dalam bentuk impuls nyeri oleh dua jenis serat bermielin

tinggi atau serat A (delta) dan lambat (serat C). Implus – implus yang ditransmisikan oleh serabut delta A mempunyai sifat inhibitor yang ditransmisikan ke serabut C. Serabut – serabut aferen masuk ke spinal melalui akar dorsal (*dorsal root*) serta sinaps pada *dorsal horn*.

Dorsal horn terdiri atas beberapa lapisan atau lamina yang saling bertautan. Di antara lapisan dua dan tiga terbentuk *substantia gelatinosa* yang merupakan saluran utama implus. Kemudian, implus nyeri menyebrangi sumsum tulang belakang pada interneuron dan bersambung ke jalur spinal ascendens yang paling utama, yaitu jalur *spinothalamic tract* (STT) atau jalur spinotalamus dan *spinoreticular tract* (SRT) yang membawa informasi tentang sifat dan lokasi nyeri. Dari proses transmisi terdapat dua jalur mekanisme nyeri, yaitu jalur *opiate* dan *jalur nonopiate*. Jalur *opiate* ditandai oleh pertemuan reseptor pada otak yang terdiri atas jalur spinal descendens dari thalamus yang melalui otak tengah dan medulla ke tanduk dorsal dari sumsum tulang belakang yang berkonduksi dengan *nociceptor* implus supresif.

Serotonin merupakan neurotransmiter dalam implus supresif. System supresif lebih mengaktifkan stimulasi *nociceptor* yang ditransmisikan oleh serabut A. jalur *nonopiate* merupakan jalur descendens yang tidak memberikan respon terhadap *naloxone* yang kurang banyak diketahui mekanismenya (Hidayat & Uliyah, 2014).

c. Teori Rangsangan Nyeri

Terdapat beberapa teori tentang terjadinya nyeri diantaranya sebagai berikut (Hidayat & Uliyah, 2014).

1) Teori pemisahan (*specificity theory*).

Menurut teori ini, rangsangan sakit masuk ke medulla spinalis melalui kornu dorsalis yang bersinaps di daerah posterior, kemudian naik ke *tractus lissur* dan menyilang di garis median ke sisi lainnya, dan berakhir di korteks sensoris ke tempat rangsangan nyeri tersebut diteruskan.

2) Teori Pola (*pattern theory*).

Rangsangan nyeri masuk melalui akar ganglion dorsal ke medulla spinalis dan merangsang aktivitas sel T. hal ini mengakibatkan suatu respons yang merangsang ke bagian yang lebih tinggi, yaitu korteks serebri, serta kontraksi menimbulkan persepsi dan otot berkontraksi sehingga menimbulkan nyeri. Persepsi dipengaruhi oleh modalitas respon dari reaksi sel T.

3) Teori pengendalian Gerbang (*gate control theory*)

Menurut teori ini, nyeri tergantung dari kerja serat saraf besar dan kecil yang keduanya berada dalam akar ganglion dorsalis. Rangsangan pada serat saraf besar akan meningkatkan aktivitas substansi gelatinosa yang mengakibatkan tertutupnya pintu mekanisme sehingga aktivitas sel T terhambat dan menyebabkan hantaran rangsangan ikut terhambat. Rangsangan serat besar dapat langsung merangsang korteks serebri. Hasil persepsi ini akan dikembalikan ke dalam medulla spinalis melalui serat eferen dan reaksinya memengaruhi sel T. rangsangan pada serat kecil akan menghambat aktivitas substansi gelatinosa dan membuka pintu mekanisme, sehingga merangsang aktivitas sel T yang selanjutnya akan menghantarkan rangsangan nyeri.

d. Penyebab Nyeri

1. Trauma pada jaringan tubuh, misalnya karena bedah akibat kerusakan jaringan dan iritasi secara langsung pada reseptor.
2. Gangguan pada jaringan tubuh, misalnya karena edema akibat terjadinya penekanan pada reseptor nyeri
3. Tumor, dapat juga menekan pada reseptor nyeri
4. Iskemia pada jaringan, misalnya terjadi blockade pada arteri koronaria yang menstimulasi reseptor nyeri akibat tertumpuknya asam laktat
5. Spasme otot, dapat menstimulasi mekanik

(Hidayat & Uliyah, 2014).

e. Klasifikasi Nyeri

Klasifikasi nyeri biasanya dibagi menjadi dua, yaitu nyeri akut dan nyeri kronis. Nyeri akut adalah nyeri yang muncul tiba-tiba dan cepat hilang, berlangsung tidak lebih dari 6 bulan dan ditandai dengan peningkatan ketegangan otot. Nyeri kronis adalah nyeri yang datang perlahan dan biasanya berlangsung cukup lama, berlangsung lebih dari enam bulan. Hal-hal yang termasuk dalam kategori nyeri kronis adalah nyeri terminal, sindrom nyeri kronis, dan nyeri psikotik. Tergantung pada sifat kejadiannya, nyeri dapat diklasifikasikan menjadi beberapa kategori termasuk nyeri tembak dan nyeri terbakar. (Hidayat & Uliyah, 2014).

Tabel 2.3 Perbedaan Nyeri Akut dan Kronis

| Karakteristik | Nyeri Akut | Nyeri Kronis |
|------------------------|--|--|
| Pengalaman | Satu kejadian | Satu situasi, status eksistensi |
| Sumber | Sebab eksternal atau penyakit dari dalam | Tidak diketahui atau pengobatan yang terlalu lama |
| Serangan | Mendadak | Bisa mendadak, berkembang, terselubung |
| Waktu | Sampai enam bulan | Lebih dari enam bulan sampai bertahun – tahun |
| Pernyataan nyeri | Daerah nyeri tidak diketahui pastinya | Daerah nyeri sulit dibedakan intensitasnya, sehingga sulit dievaluasi (perubahan perasaan) |
| Gejala – gejala klinis | Pola respon yang khas dengan gejala yang lebih jelas | Pola respon yang bervariasi dengan sedikit gejala (adaptasi) |
| Pola | Terbatas | Berlangsung terus, dapat bervariasi |
| Perjalanan | Biasanya berkurang beberapa saat | Penderitaannya meningkat beberapa saat. |

(sumber Hidayat & Uliyah, 2014)

Selain klasifikasi nyeri di atas, ada jenis nyeri tertentu, antara lain nyeri somatik, nyeri viseral, nyeri alih (*referred pain*), nyeri psikogenik, nyeri phantom, nyeri neurologis dan lain-lain.

Nyeri somatik dan nyeri viseral biasanya berasal dari kulit dan jaringan di bawah kulit (superfisial) di otot dan tulang. Perbedaan kedua jenis nyeri ini dapat dilihat sebagai berikut.

Tabel 2.4 Perbedaan Nyeri Somatic Dan Visceral

| Karakteristik | Nyeri somatic | | Nyeri visceral |
|------------------------|---|--|---|
| | Superfisial | Dalam | |
| Kualitas | Tajam, menusuk, membakar. | Tajam, tumpul, nyeri terus. | Tajam, tumpul, nyeri terus, kejang |
| Menjalar | Tidak | Tidak | Ya |
| Stimulasi | Torehan, abrasi terlalu panas dan dingin. | Torehan, panas, iskemia pergeseran tempat. | Distensi, iskemia, spasmus, iritasi kimiawi (tidak ada torehan) |
| Reaksi otonom | Tidak | Ya | Ya |
| Refleks kontraksi otot | Tidak | Ya | Ya |

f. Faktor – Faktor Yang Memengaruhi Nyeri

1) Arti nyeri.

Arti nyeri bagi seseorang memiliki banyak perbedaan dan hampir sebagian nyeri merupakan arti yang negatif, seperti membahayakan, merusak, dan lainnya. Keadaan ini dipengaruhi oleh beberapa faktor, seperti usia, jenis kelamin, latar belakang, sosial budaya, lingkungan, dan pengalaman.

2) Persepsi nyeri.

Persepsi nyeri merupakan penilaian yang sangat subjektif tempatnya pada korteks (pada fungsi evaluative kognitif). Persepsi ini dipengaruhi oleh faktor yang dapat memicu stimulasi *nociceptor*.

3) Toleransi nyeri.

Toleransi ini erat hubungannya dengan intensitas nyeri yang dapat memengaruhi kemampuan seseorang menahan nyeri. Faktor yang dapat memengaruhi peningkatan toleransi nyeri antara lain alcohol, obat – obatan, hipnotis, gesekan atau garukan, pengalihan perhatian, kepercayaan yang kuat, dan sebagainya. Sementara itu faktor yang menurunkan toleransi antara lain kelelahan, rasa marah, bosan, cemas, nyeri tidak kunjung hilang, sakit, dan lain – lain.

4) Reaksi Terhadap Nyeri.

Reaksi terhadap nyeri merupakan bentuk respon seseorang terhadap nyeri, seperti ketakutan, gelisah, cemas, menangis, dan menjerit. Semua ini merupakan bentuk respon nyeri yang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, seperti anti nyeri, tingkat persepsi nyeri, pengalaman masa lalu, nilai budaya, harapan sosial, kesehatan fisik dan mental, rasa takut, cemas, usia, dan lain – lain (Hidayat & Uliyah, 2014).

Perbedaan usia dalam persepsi nyeri kurang konsisten. Beberapa penelitian menunjukkan orang dewasa yang lebih tua lebih sensitive terhadap rasa sakit eksperimental daripada orang dewasa muda, sedangkan yang lain menunjukkan penurunan sensitivitas seiring bertambahnya usia. Nyeri biasanya kurang diperhatikan pada orang dewasa yang lebih tua dibandingkan dengan orang dewasa yang lebih muda. Salah satu penyumbang masalah ini adalah bahwa penyedia layanan kesehatan sering tidak melakukan skrining nyeri secara rutin pada pasien lanjut usia yang diskriminasi untuk kondisi nyeri.

Meskipun literature yang ada telah mengidentifikasi jenis kelamin, ras/etnis, dan perbedaan usia dalam penilaian dan pengobatan nyeri, sedikit yang diketahui tentang mekanisme yang mendasari perbedaan ini. Salah satu faktor yang berpotensi berkontribusi adalah ekspektasi stereotip rasa sakit pada orang lain. Gender Role Expectation of Pain Questionnaire (GREP) adalah ukuran standar yang menguji atribusi stereotip baik pria maupun wanita dari sensitivitas nyeri, daya tahan nyeri, dan kemauan untuk melaporkan nyeri.

Ketahanan nyeri tidak termasuk dalam jenis kelamin, ras/etnis atau ekspektasi usia dari kuesioner nyeri karena temuan GREP sebelumnya menunjukkan bahwa ketahanan nyeri telah menemukan temuan yang signifikan secara statistik terbatas.

Namun, ketahanan nyeri dimasukkan dalam GREP yang dimodifikasi untuk menjaga kesenjajaran GREP yang lama dan dimodifikasi.

GREP telah dimodifikasi dari versi aslinya agar lebih mirip dengan kuesioner Ekspektasi Ras/Etnis dan kuesioner Ekspektasi Usia. Modifikasi ini juga menghasilkan pertanyaan yang lebih disederhanakan pada GREP (Robinson et al, 2001). GREP telah dimodifikasi dengan menghapus pernyataan perbandingan dalam kuesioner, misalnya "dibandingkan dengan wanita pada umumnya, kepekaan pria terhadap rasa sakit pada umumnya adalah." Sebaliknya, pertanyaannya sekarang bertanya, "apa kepekaan khas pria terhadap rasa sakit." GREP yang dimodifikasi memungkinkan peneliti untuk mengurutkan tanggapan peserta untuk menentukan siapa yang menurut peserta paling mampu menahan rasa sakit, paling peka terhadap rasa sakit, dan paling bersedia melaporkan rasa sakit, dan siapa yang paling sedikit. GREP yang dimodifikasi terdiri dari 9 VAS mulai dari 0 (sama sekali tidak sensitif, tidak ada daya tahan sama sekali, atau sama sekali tidak bersedia) hingga 100 (paling sensitif yang dapat dibayangkan, daya tahan yang paling dapat dibayangkan, atau yang paling dapat dibayangkan) yang menilai pandangan responden tentang tipikal pria dan wanita sehubungan dengan sensitivitas nyeri, daya tahan nyeri, dan kemauan untuk melaporkan nyeri. GREP juga menilai atribusi pribadi responden atas sensitivitas rasa sakitnya sendiri, daya tahan rasa sakit, dan kemauan untuk melaporkan rasa sakit relatif terhadap pria dan wanita pada umumnya. (Wandner LD, 2012).

g. Cara mengukur nyeri

Intensitas nyeri menggambarkan seberapa intens seseorang merasakan nyeri. Pengukuran intensitas nyeri sangat subyektif dan individual, dan kemungkinan nyeri dengan intensitas yang sama dirasakan sangat berbeda oleh dua orang yang berbeda. Pengukuran

nyeri dengan pendekatan subjektif mungkin adalah dengan menggunakan respon fisiologis tubuh terhadap nyeri itu sendiri. Namun, pengukuran ini tidak dapat memberikan gambaran yang dapat diandalkan tentang rasa sakit itu sendiri. (Mubarak, Indrawati, & Susanto, 2015).

1. Hayward (1975) mengembangkan sebuah alat ukur nyeri (*painometer*) dengan skala longitudinal yang pada salah satu ujungnya tercantum nilai 0 (untuk keadaan tanpa nyeri) dan ujung lainnya nilai 10 (untuk kombinasi nyeri paling hebat). Untuk mengukurnya penderita memilih salah satu bilangan yang menurutnya paling menggambarkan pengalaman nyeri yang terakhir kali ia rasakan, dan nilai ini dapat dicatat pada sebuah grafik yang dibuat menurut waktu. Intensitas ini dapat dijabarkan dalam sebuah skala nyeri dengan beberapa kategori

Tabel 2.5 skala nyeri menurut Hayward.

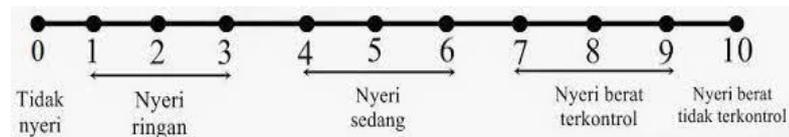
| Skala | Keterangan |
|-------------|--|
| Skala 0 | Tidak nyeri |
| Skala 1 – 3 | Nyeri ringan |
| Skala 4 – 6 | Nyeri sedang |
| Skala 7 – 9 | Sangat nyeri tapi masih dapat dikontrol oleh pasien dengan aktifitas yang bisa dilakukan |
| Skala 10 | Sangat nyeri dan tidak terkontrol. |

Sumber : (Mubarak, Indrawati, & Susanto, 2015)

2. Skala nyeri menurut McGill (*McGill scale*) mengukur nyeri dengan menggunakan lima angka, yaitu

- 0 = tidak nyeri
- 1 = nyeri ringan
- 2 = nyeri sedang
- 3 = nyeri berat
- 4 = nyeri sangat berat
- 5 = nyeri hebat

Gambar 2.1 Skala Nyeri *Numeric Rating Scale (NRS)*



Sumber: SC Smeltzer dan B. G. Bare (2000) (Mubarak, Indrawati & Susanto, 2015)

NRS merupakan alat ukur pengkajian nyeri pada anak usia 8 tahun ke atas dan dewasa. Alat ukur ini ditentukan oleh nomor yang menggambarkan nyeri.

3. Skala wajah atau wong – baker *Faces Rating Scale*

Pengukuran intensitas nyeri dengan skala wajah dilakukan dengan cara memerhatikan mimik wajah pasien saat nyeri tersebut menyerang. Skala wajah baker wong merupakan sebuah contoh skala gambar. Skala ini dikeomendasikan untuk anak-anak berusia 3 sampai 7 tahun. Tunjukkan setiap wajah dengan menggunakan kata-kata untuk mendeskripsikan nyeri. Minta anak memilih wajah yang paling mendeskripsikan nyerinya kemudian catat angka yang sesuai. (Rosdahl, 2014).

Gambar 2.2 Skala Nyeri *Wong – Baker Faces Rating Scale*



Sumber: (Mubarak, Indrawati, & Susanto, 2015)

4. Skala Nyeri Nonverbal FLACC

| Categories | 0 | 1 | 2 |
|--|--|---|--|
| Face | No particular expression or smile | Occasional grimace or frown; withdrawn, disinterested | Frequent to constant frown, clenched jaw, quivering chin |
| Legs | Normal position or relaxed | Uneasy, restless, tense | Kicking or legs drawn up |
| Activity | Lying quietly, normal position, moves easily | Squirming, shifting back and forth, tense | Arched, rigid, or jerking |
| Cry | No cry (awake or asleep) | Moans or whimpers, occasional complaint | Crying steadily, screams or sobs; frequent complaint |
| Consolability | Content, relaxed | Reassured by occasional touching, hugging, or being talked to; distractible | Difficult to console or comfort |
| <p>Each category is scored on the 0-2 scale, which results in a total score of 0-10. 0: Relaxed and comfortable 1-3: Mild discomfort 4-6: Moderate pain 7-10: Severe discomfort or pain or both</p> | | | |

Skala ini sesuai untuk pasien yang berusia kurang dari 3 tahun dan yang belum dapat mengungkapkan sesuatu secara verbal. Skala ini telah divalidasi pada usia 2 bulan sampai 7 tahun, tetapi biasanya tidak direkomendasikan untuk anak-anak yang dapat memberi sinyal atau menunjukkan tingkat nyeri mereka pada skala, seperti skala wajah Baker Wong. Skala ini dapat juga digunakan untuk pasien yang mengalami gangguan intelektual berat. Tidak boleh digunakan jika anak mendapatkan medikasi paralisis. (Rosdahl, 2014).

h. Penangan nyeri

1) Farmakologi

a) Analgesik Narkotik

Analgesik narkotik juga dikenal sebagai agonis narkotik, dan bekerja pada system saraf pusat untuk meredakan rasa nyeri sedang hingga berat. Analgesik narkotik juga digunakan untuk menekan batuk dengan bekerja pada pusat pernafasaan dan batuk di medulla batang otak.

Opioid adalah kategori analgesik narkotik. Semua pereda nyeri, kecuali meperidi (*Demerol*), memiliki efek antitusif (penakan batuk) dan anti diare.

b) Analgesik Non Narkotik

Analgesik non narkotik seperti *aspirin*, *asctaminefen*, *danibuprofen* sebagai tambahan anti efek juga memiliki efek astiinflamasi dan anti piretik. Obat ini menyebabkan

penurunan nyeri dengan menghambat produksi prostaglandin dari jaringan yang mengalami trauma atau inflamasi (Smeltzer & Bare, 2001). Efek samping yang paling umum adalah terjadi gangguan pencernaan seperti adanya ulkus gaster dan perdarahan gaster.

2) Non Farmakologi

a) Relaksasi Progresif

Relaksasi merupakan kebebasan mental dan fisik dari ketegangan stress. Teknik relaksasi memberikan individu kontrol diri ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri, stress fisik, dan emosi pada nyeri.

b) Stimulasi Kutaneus Placebo

Placebo merupakan zat tanpa kegiatan farmakologi dalam bentuk yang dikenal oleh klien sebagai obat seperti kapsul, cairan injeksi, dan sebagainya. *Placebo* umumnya terdiri atas larutan gula, larutan salin normal, atau air biasa.

c) Teknik distraksi

Distraksi merupakan metode untuk menghilangkan nyeri dengan cara mengalihkan perhatian klien pada hal – hal yang lain sehingga klien akan lupa terhadap nyeri yang dialami (Mubarak, Indrawati, & Susanto, 2015).

a) **Konsep Penyakit Gynecomastia granuloma**

1. Penyakit

Ginekomastia adalah pertumbuhan berlebih dari jaringan payudara pria yang biasanya terjadi pada pria dewasa muda (Suddarth, 2002). Ginekomastia adalah istilah yang berasal dari bahasa Yunani yaitu. *gyvee* artinya wanita dan *mast* artinya payudara, yang bisa diartikan sebagai buah dada wanita. Ginekomastia terkait dengan beberapa penyakit yang menyebabkan pembesaran abnormal jaringan payudara pada pria.

Ginekomastia adalah pembesaran jinak pada payudara pria yang disebabkan oleh peningkatan komponen kelenjar. Ginekomastia biasanya berupa benjolan di bawah area areola pada satu atau kedua sisi yang terasa nyeri saat ditekan, atau pembesaran payudara progresif yang tidak nyeri. Kondisi ini bisa terjadi pada salah satu atau kedua payudara. Fenomena ini sering terjadi pada masa pubertas. Separuh pria mengalami pembesaran salah satu atau kedua payudara pada saat ini.

2. Anatomi Fisiologi

Mammae adalah kelenjar aksesori di kulit yang menghasilkan susu. Mammae terjadi pada pria dan wanita. Bentuk payudara pada anak laki-laki dan perempuan yang belum dewasa sama. Papila payudara kecil dan dikelilingi oleh area kulit yang lebih gelap yang disebut areola. Jaringan payudara terdiri dari sejumlah kecil sistem duktus yang terdapat pada jaringan ikat yang bermuara ke area areola (Snell, 2006). Selama pubertas, kelenjar susu wanita berangsur-angsur membesar dan menjadi setengah lingkaran. Pembesaran ini diyakini karena aksi hormon ovarium. Salurannya memanjang, tetapi pembesaran kelenjar terutama disebabkan oleh penumpukan lemak. Pangkal kelenjar susu memanjang dari tulang rusuk kedua hingga keenam dan dari tepi lateral sternum ke garis *mid-axillary*. Sebagian besar kelenjar susu terletak di fasia superfisial. Bagian kecil yang disebut prosesus aksilaris memanjang ke atas dan ke samping dan menembus fasia dalam batas kaudal otot pectoralis mayor dan aksila (Snell, 2006).

Setiap payudara terdiri dari 15-20 lobus yang menyebar dan terfokus pada papilla toraks. Saluran utama dari setiap saluran bermuara di papila kelenjar susu dan memiliki ampula yang memanjang sebelum puncaknya. Pangkal papila payudara dikelilingi oleh areola. Tonjolan halus di areola disebabkan oleh kelenjar areola di bawahnya. Lobus kelenjar dipisahkan oleh septa berserat. Septa di bagian atas tulang rusuk berkembang dengan baik dan memanjang dari kulit jauh ke dalam fasia dan bertindak sebagai ligamen suspensori. Kelenjar susu dipisahkan dari jaringan ikat dalam

yang mengelilingi otot di bawahnya oleh ruang *retromammary*, yang diisi dengan jaringan ikat jarang (Snell, 2006).

3. Tanda dan gejala

- Nyeri tekan
- Timbul masa lunak dibawah aerola
- Retraksi putting
- Ulserasi kulit (bila sudah menjadi kanker)
- Benjolan tidak nyeri dibawah aerola (Johnson & Ruth, 2010)

4. Etiologi

Kondisi fisiologis terjadi pada bayi baru lahir dan orang dewasa selama masa pubertas. Pada bayi baru lahir, jaringan payudara yang membesar disebabkan oleh interaksi estrogen ibu melalui plasenta. Ginekomastia pada orang dewasa sering terjadi selama masa pubertas dan seringkali bilateral. Pada masa remaja, ginekomastia terjadi pada 3/3 orang muda dan itu selama beberapa bulan. Jika ginekomastia bertahan sampai pubertas, itu disebut ginekomastia esensial. Kondisi patologis diakibatkan oleh kurangnya testosteron, peningkatan produksi estrogen atau peningkatan konversi androgen menjadi estrogen.

Kondisi patologis juga ditemukan pada anoreksia kongenital, sindrom Klinefelter, karsinoma adrenal, penyakit hati, dan malnutrisi. Obat-obatan juga dapat menyebabkan ginekomastia. Obat-obatan yang menyebabkan ginekomastia dapat diklasifikasikan menurut mekanisme kerjanya. Jenis yang pertama mirip estrogen, seperti dietilstilbestrol, digitalis, dan juga kosmetik yang mengandung estrogen. Jenis lain adalah obat yang meningkatkan produksi estrogen endogen seperti gonadotropin. Jenis ketiga adalah obat yang menghambat sintesis dan aksi testosteron, seperti ketokonazol, metronidazol, dan simetidin. Jenis terakhir adalah obat-obatan yang belum diketahui mekanismenya, seperti kaptopril, antidepresan trisiklik, diazepam dan heroin (Swardhof, 2011).

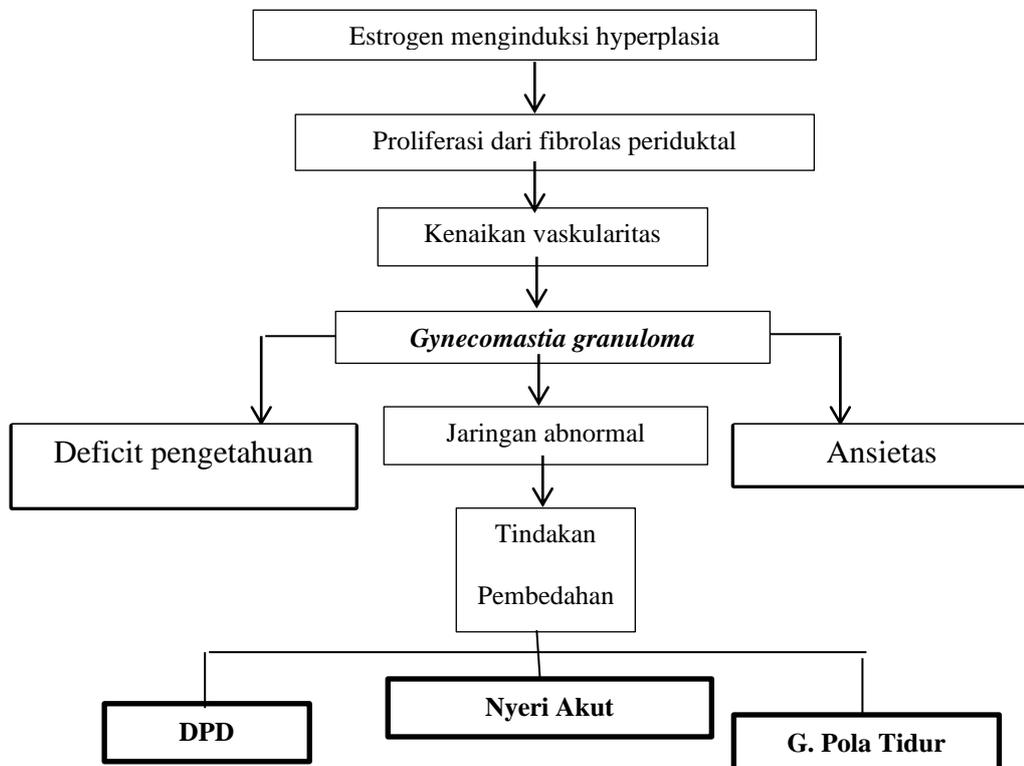
5. Klasifikasi

Klasifikasi yang digunakan untuk membedakan tingkat keparahan dari *Gynecomastia* adalah sebagai berikut:

- a. Grade I : Membesar dalam diameter dan sedikit menonjol, terbatas pada derah areola.
- b. Grade II : *Moderate Hypertrophy* pada seluruh struktur komponen payudara, dengan *Nipple Area Complex* (NAC) berada diatas lekukan *inframammary*
- c. Grade III : Hipertrofi payudara yang lebih besar, glandular ptosis dan NAC berada sama tinggi atau hingga 1 cm dibawah *inframammary*.
- d. Grade IV : Hipertrofi payudara yang lebih besar, dengan kelebihan jaringan kulit, ptosis berat dan NAC berada lebih dari 1 cm dibawah lipatan *inframammary* (Johnson & Ruth, 2010).

6. Pathway

Gambar 2.3 Pathway



7. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan Penanganan *Gynecomastia* dilakukan berdasarkan penyebabnya. Secara umum tidak ada pengobatan lagi bagi *Gynecomastia* fisiologis. Tujuan utama pengobatan adalah untuk mengurangi kesakitan dan menghindari komplikasi. Penanganan *Gynecomastia* meliputi tiga hal yaitu observasi, medikamentosa dan operatif (Swerdloff, 2011)

a. Observasi

Pengamatan dilakukan pada pasien yang menerima perawatan medis yang dapat menyebabkan ginekomastia. Obat ini dihentikan dan pasien diperiksa setelah 1 bulan. Jika ginekomastia disebabkan oleh obat-obatan, menghentikan obat-obatan tersebut akan meredakan nyeri payudara. Penggunaan obat penyebab ginekomastia dengan obat lain dapat dilakukan. Misalnya, saat memberikan penghambat saluran kalsium kepada orang tua, penggunaan nifedipin memiliki potensi ginekomastia yang lebih besar.

b. Medikamentosa

Identifikasi kelainan penyebab *Gynecomastia* dapat membantu meringankan pembesaran payudara. Obat-obat yang dapat digunakan sebagai berikut:

- 1) Clomiphene (anti estrogen) dapat diberikan dengan dosis 50-100 mg setiap hari selama 6 bulan. Efek samping obat ini dapat mengakibatkan gangguan penglihatan, muntah, dan bintik merah.
- 2) Tamoxifen (antagonis estrogen) dapat diberikan dengan dosis 10-20 mg dua kali sehari selama 3 bulan. Efek samping obat ini dapat mengganggu epigastrium dan mual.
- 3) Danazol, obat testosterone sintetik, uanh menghambat sekresi LH dan FSH dan menurunkan sitesi estrogen di testis. Diberikan dengan dosis 200 mg dua kali sehari. Efek samping obat ini adalah penambahan berat badan, retensi cairan, mual, dan hasil fungsi hati yaitu abnormal.

4) Testolactone (inhibitor aromatisasi), diberikan 450 mg sehari selama 6 bulan. Efek samping obat ini adalah mual dan muntah.

c. Operatif

Perawatan bedah bertujuan untuk mengembalikan bentuk normal payudara dan memperbaiki kelainan pada payudara, puting dan areola. Perawatan bedah dilakukan ketika respons terhadap pengobatan tidak mencukupi. Bedah kreatif bisa dilakukan pada tumor yang menyerang estrogen atau hCG. Jenis operasi untuk ginekomastia adalah mastektomi.

8. Pemeriksaan penunjang

- a. Anamnesis
- b. Pemeriksaan fisik
 - Inspeksi
 - Palpasi
- c. Fine Needle Aspiration Biopsy (FNAB)
- d. Pemeriksaan Histopatologi
- e. Mammografi dan Ultrasonografi

Konsep Penyakit Granuloma

1. Penyakit

Granuloma adalah satu bentuk inflamasi nodular terlokalisasi yang ditemukan pada jaringan. Pada pemeriksaan ditemukan massa seperti tumor atau nodus jaringan granulasi dengan pertumbuhan fibroblas yang aktif dan kapiler mengandung makrofag yang menyerupai sel-sel epitel dikelilingi oleh sel mononuklear, limfosit, dan di bagian tengah granuloma kadang-kadang terdapat sel datia *multinuclear* (DR. Ago Harlim, 2018).

2. Anatomi fisiologi

Ada 2 jenis tipe granuloma, yaitu granuloma benda asing (*foreign body granuloma*) yang dipicu oleh benda asing dan granuloma imun (*immune granuloma*). Bentuk khas granuloma benda asing dikelilingi oleh bahan antara lain bedak, benang jahitan atau serat-serat lainnya yang cukup banyak, akan difagosit oleh makrofag dan tidak memicu respons

inflamasi spesifik ataupun imun. Sel-sel epitel dan sel-sel datia berada berlawanan dengan benda asing, dapat diidentifikasi pada bagian tengah granuloma. Granuloma imun disebabkan oleh berbagai macam agen penyebab yang memicu *respons cell-mediated immunity*.

Respons granuloma imun biasanya terjadi ketika agen penyebab terdegradasi secara kurang baik atau terpartikelisasi. Pada respons granuloma imun makrofag akan menelan antigen, protein asing, memprosesnya dan menyiapkan peptida-peptida untuk antigen spesifik limfosit T. Sel T berespons menghasilkan sitokin antara lain IL-2, IFN- γ yang akan mengaktifkan makrofag untuk mengubahnya menjadi sel epitel dan sel datia multinuklear. (dr, Ago Harlim, 2018).

3. Tanda dan gejala

- Nyeri di dalam liang telinga
- Keluar cairan
- Dalam beberapa kasus, 50% hilang pendengaran

4. Etiologi

- Hipersensitivitas
- Infeksi bakteri
- Peradangan
- Iritasi

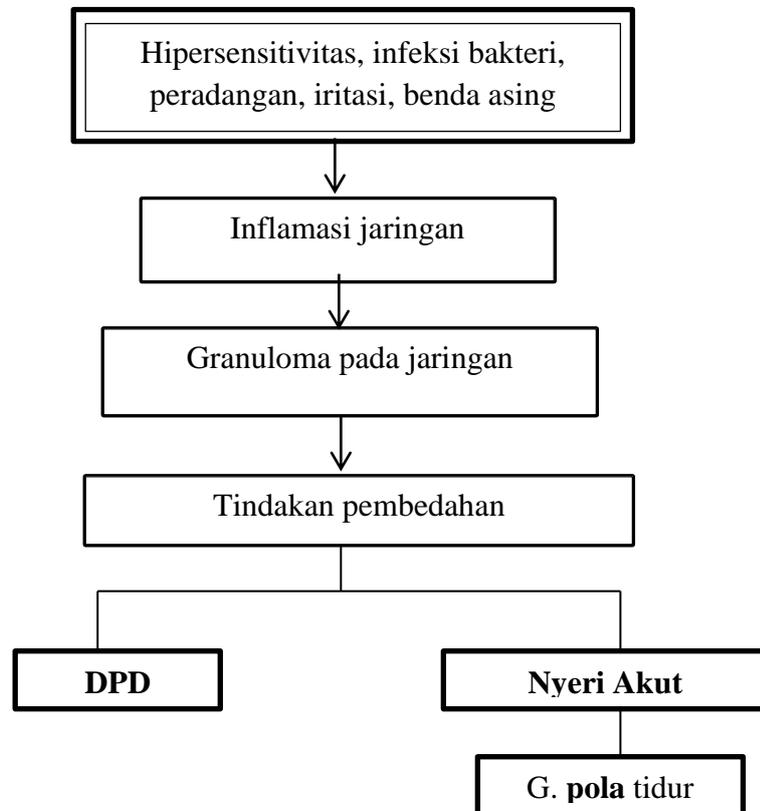
5. Klasifikasi

Klasifikasi granuloma benda asing, secara histologi dibagi menjadi 4 derajat, yaitu:

- Derajat I : Sedikit reaksi dengan sedikit sel-sel inflamasi.
- Derajat II: Jelas terlihat reaksi inflamasi dengan satu atau dua sel datia.
- Derajat III : Jaringan fibrosis dengan sel-sel inflamasi, limfosit dan sel-sel datia.
- Derajat IV: Granuloma terbungkus implan dan terlihat jelas reaksi benda asing.

6. Pathway

Gambar 2.4 Pathway



7. Penatalaksanaan

- Pemeriksaan fisik
- Pemeriksaan garpu tala
- Pemberian antibiotik
- Pembedahan

8. Pemeriksaan Penunjang

- Audiometri
- *CT scan*
- *MRI*.

b) Publikasi Terkait Asuhan Keperawatan

Tabel 2.6 Publikasi Terkait Asuhan Keperawatan

| No | Author | Tahun | Judul | Hasil |
|----|--------------------------|-------|--|---|
| 1. | OKTARIYANTI, SYAFHIRA | 2022 | <i>ASUHAN KEPERAWATAN PERIOPERATIF PADA PASIEN GYNECOMASTIA DENGAN TINDAKAN MASTECTOMY DI RS BHAYANGKARA POLDA LAMPUNG TAHUN 2022. Diploma thesis, Poltekkes Tanjungkarang.</i> | Pelaksanaan asuhan keperawatan perioperatif pada pasien Gynecomastia dengan tindakan mastektomi di Rumah Sakit Bhayangkara Polda Lampung. Metode yang digunakan penerapan asuhan keperawatan perioperatif, dan yang menjadi subjek pasien Gynecomastia dengan tindakan mastektomi pada tanggal 02-04 Juni 2022. Hasil dari pengkajian didapatkan data, pasien mengatakan nyeri skala 7 dan cemas, RR 22x/m N 86x/m kulit teraba dingin, di ruang rawat pasien mengatakan nyeri pada luka post op dan tidak mengetahui cara merawat luka. pada post operatif risiko hipotermia, nyeri akut dan defisit pengetahuan. Intervensi keperawatan meliputi manajemen nyeri, reduksi ansietas, manajemen sedasi, manajemen hipotermia, dan edukasi prosedur tindakan. Setelah dilakukan tindakan keperawatan pada pre operatif nyeri akut berkurang dan cemas menurun, pada intra operatif aspirasi tidak terjadi dan kulit teraba hangat, pada post operatif hipotermia teratasi, nyeri akut berkurang dan keluarga mengetahui cara merawat luka post op. |
| 2. | Rosida, M. | 2013 | <i>ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. S. DENGAN DIAGNOSA MEDIS POST OPERASI GRANULOMA KANAL(OMSK) DI RUANG TERATAI RSUD. Dr. SOETOMO SURABAYA (Doctoral dissertation, Universitas Muhammadiyah Surabaya).</i> | Asuhan keperawatan pada klien dengan post operasi Granuloma Kanal di ruang teratai RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Penelitian ini menggunakan metode penulisan deskriptif dalam bentuk studi kasus asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Teknik pengumpulan data dilakukan dengan interview, observasi, |

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | | <p>dokumenter, dan kepustakaan. Studi kasus pada Ny. S dengan post operasi granuloma di ruang teratai RSUD Dr. Soetomo Surabaya pada tanggal 22 sampai 24 Juni 2013. Hasil studi kasus Ny. S dengan post operasi didapatkan 3 diagnosa yaitu gangguan rasa nyaman (Nyeri akut)skala nyeri 5,N 100x/m, RR 23x/m, gangguan pola tidur, gangguan komunikasi dan resiko infeksi. Setelah dilakukan tindakan keperawatan klien menunjukkan perubahan kondisi yang lebih baik yaitu klien dapat beradaptasi dengan nyeri pada luka post operasi, tidak terjadi infeksi, dan gangguan komunikasi teratasi sebagian. Kesimpulan dari studi kasus pada Ny. S dengan granuloma adalah masalah teratasi sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan, sedangkan pada post operasi masalah teratasi sebagian karena ketentuan dari pihak RS yang memperbolehkan klien untuk keluar RS sebelum masalah teratasi.</p> |
|--|--|--|--|---|