

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Proses Keperawatan

1. Pengkajian keperawatan

Tahap pengkajian dari proses keperawatan merupakan proses dinamis yang terorganisasi, dan meliputi empat aktivitas dasar atau elemen dari pengkajian yaitu pengumpulan data secara sistematis, memvalidasi data, memilah dan mengatur data serta mendokumentasikan dalam format (Tarwoto & wartonah, 2021).

a. Anamnesis

1) Identitas Pasien

Pengkajian identitas pasien berupa nama, tempat tanggal lahir, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, suku/bangsa, tanggal masuk RS, tanggal operasi, diagnosa medis dan alamat.

2) Keluhan utama

Keluhan utama merupakan gejala penyakit yang dirasakan pada saat masuk rumah sakit atau saat dilakukan pengkajian. Biasanya pada pasien post operasi keluhan utamanya adalah nyeri pada daerah luka operasi. Keluhan utama yang penulis dapatkan dari kedua pasien pada saat pengkajian adalah nyeri pada luka operasi di bagian punggung.

3) Riwayat Penyakit Sekarang

Pengkajian riwayat penyakit sekarang yang mendukung keluhan utama dengan melakukan serangkaian pertanyaan tentang kronologis keluhan utama. Pengkajian riwayat penyakit sekarang pada pasien post operasi dengan keluhan utama nyeri meliputi:

a) Faktor pencetus (P: *Provokatif*)

Faktor penyebab nyeri, apakah nyeri berkurang dengan beristirahat, apakah nyeri bertambah berat bila beraktifitas.

b) Kualitas (Q: *Quality*)

Bagaimana nyeri dirasakan, sejauh mana pasien merasakan nyeri, dan seberapa sering nyeri dirasakan pasien.

c) Lokasi (R: *Region*)

Dimana lokasi nyeri harus ditunjukkan dengan tepat oleh pasien, apakah rasa nyeri menjalar atau menyebar, dan dimana saja nyeri dirasakan timbul. Nyeri post operasi *soft tissue tumor* dirasakan di daerah luka operasi yaitu pada bagian punggung pasien.

d) Skala (S: *severity*)

Seberapa berat nyeri yang dirasakan dan apakah nyeri mengganggu aktivitas atau tidak. Klien dapat menjelaskan nyeri yang dirasakan menggunakan skala nyeri.

e) Waktu (T: *Time*)

Kapan nyeri timbul, seberapa sering nyeri tersebut timbul dan apakah nyeri dirasakan bertahap atau tiba-tiba.

4) Riwayat Penyakit Dahulu

Perlu dikaji adanya riwayat pembedahan sebelumnya, tanyakan apakah pasien pernah dirawat di rumah sakit.

5) Riwayat Kesehatan Keluarga

Riwayat kesehatan keluarga yang perlu dikaji adalah memastikan faktor resiko penyakit tertentu, usia, saudara kandung, orang tua, dan kakek-nenek serta status kesehatan mereka saat ini, atau jika mereka telah meninggal, penyebab kematian mereka juga perlu dikaji.

6) Riwayat Alergi

Riwayat alergi obat maupun makanan perlu dikaji, pasien yang memiliki riwayat alergi perlu mendapatkan gelang identifikasi alergi atau penulisan simbol alergi yang jelas pada status rekam medis.

b. Pemeriksaan fisik

- 1) Keadaan Umum: pasien tampak sakit sedang
- 2) Tanda-tanda vital: Pemeriksaan tanda-tanda vital meliputi pengukuran suhu, nadi, tekanan darah dan frekuensi pernafasan.
- 3) Sistem kardiovaskuler: terdapat peningkatan denyut nadi dan tekanan darah sebagai respon dari nyeri post operasi
- 4) Sistem respirasi: Pasien post operasi biasanya mengalami peningkatan frekuensi pernapasan (takipneu) dan cenderung dangkal. Hal ini bisa terjadi akibat nyeri.
- 5) Sistem pencernaan: Pasien post operasi beberapa mengalami mual setelah anastesi yang mungkin berakhir selama beberapa jam. Mual adalah efek samping yang umum pada anastesi dan pengobatan rasa sakit.
- 6) Sistem muskuloskeletal: adanya kesulitan dalam pergerakan terutama kesulitan melakukan aktivitas
- 7) Sistem hematologi: peningkatan leukosit bisa terjadi pada pasien post operasi sebagai tanda adanya infeksi dan pendarahan pada luka operasi
- 8) Sistem integumen: adanya luka post operasi sehingga perlu dikaji tanda-tanda peradangan pada daerah luka, kemerahan atau dekubitus pada daerah yang tertekan.

c. Pola aktivitas sehari-hari

Pengkajian pola aktivitas ini dilakukan pada saat pasien dirumah (sebelum sakit) dan selama di RS. Pengkajian pola aktivitas ini meliputi:

1) Pola Nutrisi

Pengkajian pola nutrisi meliputi frekuensi, jenis makanan, minum, porsi makan minum, dan keluhan saat makan atau setelah makan seperti mual dan muntah.

2) Pola Eliminasi

Pada pasien post operasi biasanya susah BAB atau susah flatus (buang gas) karena pengaruh dari anastesi yang menurunkan peristaltik usus.

3) Pola Istirahat Tidur

Pada pola istirahat tidur yang perlu dikaji adalah frekuensi periode istirahat dan jumlah jam tidur serta kualitas tidur, kaji adanya gangguan pemenuhan kebutuhan tidur, karena biasanya pada pasien post operasi nyeri yang dirasakan dapat menimbulkan gangguan pada pola istirahat tidur

4) Pola Personal Hygiene

Pada pengkajian pola personal hygiene yang perlu dikaji adalah kemampuan pasien melakukan perawatan diri seperti mandi, gosok gigi, keramas, dan lain-lain. Pada pasien post operasi biasanya tidak mampu melakukan aktivitas sendiri.

5) Pola Aktivitas

Pola aktivitas pasien post operasi tidak mampu melakukan tugas secara mandiri, karena adanya nyeri pada luka operasi, sehingga aktivitas pasien dibantu oleh keluarga ataupun perawat.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

Tabel 2.1 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis Keperawatan	Penyebab	Gejala dan Tanda		Kondisi Klinis Terkait
		Mayor	Minor	
<p>Nyeri Akut (D. 0077)</p> <p>Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Agen pencedera fisiologis (misalnya inflamasi, iskemia, neoplasma) 2. Agen pencedera kimiawi (misalnya terbakar, bahan kimia iritan) 3. Agen pencedera fisik (misalnya, abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan). 	<p>Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh nyeri <p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (misalnya waspada, posisi menghind ari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur 	<p>Subjektif:</p> <p>(tidak tersedia)</p> <p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah meningkat 2. Pola nafas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berfikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri 7. Diaforesis 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kondisi pembedahan 2. Cedera traumatis 3. Infeksi 4. Sindrom koroner akut 5. Glaukoma
<p>Gangguan Pola Tidur (D. 0055)</p> <p>Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hambatan lingkungan (mis. Kelembapan lingkungan sekitar, suhu lingkungan, pencahayaan, kebisingan, bau tidak sedap, jadwal pemantauan/pemeriksaan/tindakan) 2. Kurang kontrol tidur 3. Kurang privasi 4. Restrain fisik 5. Ketiadaan teman tidur 6. Tidak familiar dengan peralatan tidur 	<p>Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh sulit tidur 2. Mengeluh sering terjaga 3. Mengeluh tidak puas tidur 4. Mengeluh pola tidur berubah 5. Mengeluh istirahat tidak cukup <p>Objektif:</p> <p>(tidak tersedia)</p>	<p>Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun <p>Objektif :</p> <p>(tidak tersedia)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri/kolik 2. hipertiroid 3. kecemasan 4. penyakit paru obstruktif 5. kehamilan 6. periode pasca partum 7. kondisi pasca operasi

<p>Risiko Infeksi (D. 0142)</p> <p>Beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.</p>	<p>Faktor Resiko</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penyakit kronis (mis. Diabetes melitus) 2. Efek prosedur invasif 3. Malnutrisi 4. Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan 5. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: <ol style="list-style-type: none"> a. Gangguan peristaltik b. Kerusakan integritas kulit c. Perubahan sekresi pH d. Penurunan kerja siliaris e. Ketuban pecah lama f. Ketuban pecah sebelum waktunya g. Merokok h. Stasis cairan tubuh 6. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder: <ol style="list-style-type: none"> a. Penurunan hemoglobin b. Imunosupresi c. Leukopenia d. Supresi respon inflamasi e. Vaksinasi tidak adekuat 	<p>Kondisi Klinis Terkait:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. AIDS 2. Luka bakar 3. Penyakit paru obstruktif kronis 4. Diabetes melitus 5. Tindakan invasif 6. Kondisi penggunaan terapi steroid 7. Penyalahgunaan obat 8. Ketuban pecah sebelum waktunya (KPSW) 9. Kanker 10. Gagal ginjal 11. Imunosupresi 12. Lymphedema 13. Leukositopenia 14. Gangguan fungsi hati
---	--	---

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan segala bentuk terapi yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan, dan pemulihan kesehatan klien baik individu, keluarga, dan komunitas (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan

Diagnosis keperawatan	Intervensi Utama	Intervensi Pendukung
<p>Nyeri akut (D. 0077)</p> <p>Kriteria hasil:</p> <p>Tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat 2. Keluhan nyeri menurun 3. Meringis menurun 4. Sikap protektif menurun 5. Gelisah menurun 6. Kesulitan tidur menurun 7. Menarik diri menurun 	<p>Manajemen Nyeri</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Edukasi manajemen nyeri 2. Edukasi proses penyakit 3. Edukasi teknik nafas 4. Kompres dingin 5. Kompres hangat 6. Konsultasi 7. Latihan pernapasan 8. Manajemen efek samping obat 9. Manajemen kenyamanan lingkungan 10. Manajemen medikasi 11. Manajemen sedasi 12. Manajemen terapi radiasi 13. Pemantauan nyeri

<p>8. Berfokus pada diri sendiri menurun 9. Diaforesis menurun 10. Perasaan depresi menurun 11. Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun 12. Anoreksia menurun 13. Perineum terasa tertekan 14. Uterus teraba membulat menurun 15. Ketegangan otot menurun 16. Pupil dilatasi menurun 17. Muntah menurun 18. Mual menurun 19. Frekuensi nadi membaik 20. Pola napas membaik 21. Tekanan darah membaik 22. Proses berfikir membaik 23. Fokus membaik 24. Fungsi berkemih membaik 25. Perilaku membaik 26. Nafsu makan membaik 27. Pola tidur membaik</p>	<p>6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu 	<p>14. Pemberian obat 15. Pemberian obat intravena 16. Pemberian obat oral 17. Pemberian obat topikal 18. Pengaturan posisi 19. Perawatan amputasi 20. Perawatan kenyamanan 21. Teknik distraksi 22. Teknik imajinasi terbimbing 23. Teknik akupresur 24. Terapi humor 25. Terapi pemijatan 26. Terapi relaksasi 27. Terapi sentuhan 28. Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS)</p>
--	--	---

<p>Gangguan pola tidur (D.0055) Kriteria hasil: Pola tidur membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan tidak puas tidur menurun 4. Keluhan pola tidur berubah menurun 5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun 6. Kemampuan beraktivitas meningkat 	<p>Dukungan tidur: Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. Kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) 4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Modifikasi lingkungan (mis. pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) 2. Batasi waktu tidur siang 3. Fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur 4. Tetapkan jadwal tidur rutin 5. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) 6. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 3. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dukungan hipnosis diri 2. Edukasi aktivitas/istirahat 3. Edukasi efek samping obat 4. Edukasi keluarga: manajemen nyeri 5. Edukasi kesehatan 6. Edukasi manajemen stres 7. Edukasi manajemen nyeri 8. Edukasi penyakit 9. Edukasi teknik nafas 10. Manajemen kenyamanan lingkungan 11. Manajemen nyeri akut 12. Manajemen nyeri kronik 13. Pemantauan nyeri 14. Perawatan area insisi 15. Perawatan kenyamanan 16. Terapi pemijatan 17. Terapi relaksasi
--	--	---

	<p>4. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM</p> <p>5. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis. psikologis, gaya hidup, sering berubah shift kerja)</p> <p>6. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya</p>	
<p>Risiko Infeksi (D.0142) Kriteria hasil: Tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kebersihan tangan meningkat 2. Kebersihan badan meningkat 3. Nafsu makan meningkat 4. Demam menurun 5. Kemerahan menurun 6. Nyeri menurun 7. Bengkak menurun 8. Cairan berbau busuk menurun 9. Gangguan kognitif menurun 10. Kadar sel darah putih membaik 11. Kultur area luka membaik 12. Kadar sel darah putih membaik 	<p>Pencegahan Infeksi:</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Berikan perawatan pada area luka 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3. Ajarkan etika batuk 4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi 5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 6. Anjurkan meningkatkan asupan cairan <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian imunisasi (jika perlu) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dukungan perawatan diri: mandi 2. Edukasi pencegahan luka tekan 3. Manajemen jalan nafas 4. Manajemen imunisasi/vaksinasi 5. Manajemen lingkungan 6. Manajemen lingkungan 7. Manajemen nutrisi 8. Pemantauan tanda vital 9. Pemberian obat 10. Pencegahan luka tekan 11. Pengaturan posisi 12. Perawatan area insisi 13. Perawatan luka

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi atau tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019). Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana keperawatan. Tindakan keperawatan mencakup tindakan mandiri (independen) dan tindakan kolaborasi. Tindakan mandiri (independen) adalah aktivitas perawat yang didasarkan pada kesimpulan atau keputusan sendiri dan bukan merupakan petunjuk atau perintah dari petugas kesehatan. Tindakan kolaborasi adalah tindakan yang didasarkan hasil keputusan bersama, seperti dokter dan petugas kesehatan (Tarwoto & wartonah, 2021).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan untuk dapat menentukan keberhasilan dalam asuhan keperawatan. Evaluasi pada dasarnya adalah membandingkan status keadaan kesehatan pasien dengan tujuan atau kriteria hasil yang telah ditetapkan (Tarwoto & wartonah, 2021). Luaran (outcome) merupakan aspek-aspek yang dapat di observasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, atau persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respon terhadap intervensi keperawatan (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019) terdapat dua jenis evaluasi:

a. Evaluasi Formatif (proses)

Evaluasi formatif berfokus pada aktivitas proses keperawatan dan hasil tindakan. Evaluasi formatif ini dilakukan segera setelah perawat mengimplementasikan rencana keperawatan guna menilai keefektifan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Perumusan evaluasi formatif ini meliputi 4 komponen yang dikenal dengan istilah SOAP:

1) S (Subjektif): Data subjektif dari hasil keluhan pasien

- 2) O (Objektif): Data objektif dari hasil observasi yang dilakukan oleh perawat
 - 3) A (*Assesment*): Kesimpulan dari data subjektif dan data objektif (biasanya ditulis dalam bentuk masalah keperawatan)
 - 4) P (Perencanaan): Perencanaan kembali tentang pengembangan tindakan keperawatan, baik yang sekarang maupun yang akan datang dengan tujuan memperbaiki keadaan kesehatan pasien.
- b. Evaluasi sumatif (hasil)

Evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah semua aktivitas proses keperawatan selesai dilakukan. Evaluasi sumatif ini bertujuan menilai dan memonitor kualitas asuhan yang telah diberikan. Ada 3 kemungkinan evaluasi yang terkait dengan pencapaian tujuan keperawatan yaitu:

- 1) Tujuan tercapai atau masalah teratasi jika pasien menunjukkan perubahan sesuai dengan standar yang telah ditentukan.
- 2) Tujuan tercapai sebagian atau masalah teratasi sebagian atau pasien masih dalam proses pencapaian tujuan jika pasien menunjukkan perubahan pada sebagian atau pasien kriteria yang telah ditetapkan.
- 3) Tujuan tidak tercapai atau masih belum teratasi jika pasien hanya menunjukkan sedikit perubahan dan tidak ada kemajuan sama sekali.

B. Konsep Kebutuhan Dasar

Kebutuhan dasar manusia adalah unsur-unsur yang dibutuhkan manusia dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun psikologis, yang tentunya untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan. Terdapat lima teori hierarki kebutuhan dasar manusia yang dikemukakan oleh Abraham Maslow (Haswita & Sulistyowati, 2017) yaitu:

1. Kebutuhan Fisiologis

Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan paling dasar, yaitu kebutuhan fisiologis seperti oksigen, cairan (minuman), nutrisi (makanan), keseimbangan suhu tubuh, eliminasi, tempat tinggal, istirahat dan tidur, serta kebutuhan seksual.

2. Kebutuhan Rasa Aman dan Perlindungan

Kebutuhan rasa aman dan perlindungan dibagi menjadi perlindungan fisik dan dan perlindungan psikologis. Perlindungan fisik meliputi perlindungan atas ancaman tubuh atau hidup. Ancaman tersebut dapat berupa penyakit, kecelakaan, bahaya dari lingkungan dan sebagainya. Perlindungan psikologis yaitu perlindungan atas ancaman dari pengalaman yang baru dan asing.

3. Kebutuhan Rasa Cinta serta Rasa Memiliki dan Dimiliki

Kebutuhan rasa cinta serta rasa memiliki dan dimiliki, antara lain memberi dan menerima kasih sayang, mendapatkan kehangatan keluarga, memiliki sahabat, diterima oleh kelompok sosial dan sebagainya.

4. Kebutuhan Harga Diri maupun Perasaan dihargai oleh orang lain

Kebutuhan ini terkait dengan keinginan untuk mendapatkan kekuatan, meraih prestasi, rasa percaya diri, dan kemerdekaan diri.

5. 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 (Haswita & Sulistyowati, 2017).

1. Konsep Kebutuhan Rasa Nyaman

Kebutuhan rasa nyaman merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia yang harus dipenuhi. Rasa nyaman sebagai suatu kebutuhan dasar manusia meliputi kebutuhan akan ketentraman, kepuasan, kelegaan, ketenangan psikologis, serta terbebas dari adanya rasa sakit/nyeri.

Gangguan kebutuhan rasa nyaman karena adanya nyeri pada pasien memiliki dampak yang dapat terjadi tidak hanya pada kondisi fisik, melainkan dapat pula berpengaruh terhadap kesehatan mental dan kualitas hidup. Nyeri bersifat subjektif dan dipersepsikan individu berdasarkan pengalamannya (Risnah et al., 2022).

2. Kosep Dasar Nyeri

a. Definisi Nyeri

Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan tidak menyenangkan bersifat sangat subjektif karena perasaan nyeri berbeda pada setiap orang dalam hal skala atau tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya. Berikut pendapat beberapa ahli mengenai pengertian nyeri:

- 1) Mc. Coffery mendefinisikan nyeri sebagai suatu keadaan yang memengaruhi seseorang yang keberadaannya diketahui hanya jika orang tersebut pernah mengalaminya.
- 2) Wolf Weifsel Feurst mengatakan bahwa nyeri merupakan suatu perasaan menderita secara fisik dan mental atau perasaan yang bisa menimbulkan ketegangan.
- 3) Arthur 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.
- 4) Scrumum, mengartikan nyeri sebagai suatu keadaan yang tidak menyenangkan akibat terjadinya rangsangan fisik maupun dari serabut saraf dalam tubuh ke otak dan diikuti oleh reaksi fisik, fisiologis, dan emosional (Hidayat & Musrifatul, 2020).

b. Teori Nyeri

- 1) Teori Pemisahan (Specificity Theory).

Menurut teori ini, rangsangan sakit masuk ke medula spinalis (spinal cord) 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 tempat rangsangan nyeri tersebut diteruskan.

2) Teori Pola (Pattern Theory).

Rangsangan nyeri masuk melalui akar ganglion dorsal ke medula 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 respons 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 substansia 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 medula spinalis melalui serat eferen dan reaksinya memengaruhi aktivitas sel T. Rangsangan pada serat kecil akan menghambat aktivitas substansia gelatinosa dan membuka pintu mekanisme, sehingga merangsang aktivitas sel T yang selanjutnya akan menghantarkan rangsangan nyeri.

4) Teori Transmisi dan Inhibisi.

Adanya stimulus pada nociceptor memulai transmisi impuls-impuls saraf, sehingga transmisi impuls nyeri menjadi efektif oleh neurotransmitter yang spesifik. Kemudian, inhibisi impuls nyeri menjadi efektif oleh impuls-impuls pada serabut-serabut besar yang memblok impuls-impuls pada serabut lamban dan endogen opiate sistem supresif (Hidayat & Musrifatul, 2020).

c. Jenis-jenis Nyeri

Pembagian jenis nyeri dibagi berdasarkan waktu, lokasi, mode transmisi, dan berdasarkan penyebab yaitu:

1) Berdasarkan Waktu

a) Nyeri Akut

Umumnya muncul secara tiba-tiba dan cepat dan dalam bentuk yang bervariasi dengan intensitas dari ringan hingga berat. Nyeri akut bersifat protektif yakni memperingatkan individu terkait kerusakan jaringan atau penyakit organik. Biasanya setelah penyebab mendasar hilang, nyeri akut juga akan menghilang.

b) Nyeri Kronik

Nyeri kronik umumnya bersifat terbatas, intermiten atau persisten tetapi berlangsung melampaui batas periode penyembuhan yang normal. Nyeri kronis merupakan serangan tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung > 3 bulan. Pada nyeri kronis terkadang pasien akan kesulitan menggambarkan rasa nyeri yang dirasakan karena mungkin tidak terlokalisasi dengan baik.

2) Berdasarkan Lokasi Nyeri

a) Nyeri Kulit (nyeri superfisial)

1. Biasanya melibatkan kulit atau jaringan subkutan.
2. Biasanya terasa tajam, dan sensasi terbakar

b) Nyeri Somatik

Nyeri yang menyebar yang biasanya berasal dari tendon, ligament, tulang, pembuluh darah, dan saraf. Seperti tekanan yang kuat pada tulang atau kerusakan jaringan yang terjadi pada kasus keseleo yang menyebabkan nyeri somatik yang mendalam.

c) Nyeri Visceral

Nyeri ini kurang terlokalisasi dan berasal dari organ tubuh seperti thorax, cranium dan perut. Nyeri ini dapat terjadi karena organ yang meregang secara tidak normal menyebabkan pelebaran, iskemik dan peradangan.

3) Berdasarkan Mode Transmisi

Nyeri juga dapat diklasifikasikan berdasarkan mode transmisi. Seperti nyeri dapat berasal dari satu bagian tubuh tetapi dirasakan didaerah yang jauh dari titik asalnya. Biasanya disebut sebagai nyeri yang dirujuk.

4) Berdasarkan Penyebab

a) Nyeri Neuropatik

Nyeri yang terjadi akibat cedera atau fungsi abnormal pada sistem saraf pusat atau sistem saraf perifer. Nyeri neuropatik biasanya berlangsung singkat ataupun lama dan seringkali digambarkan seperti rasa terbakar dan tertusuk-tusuk.

b) Nyeri Phantom

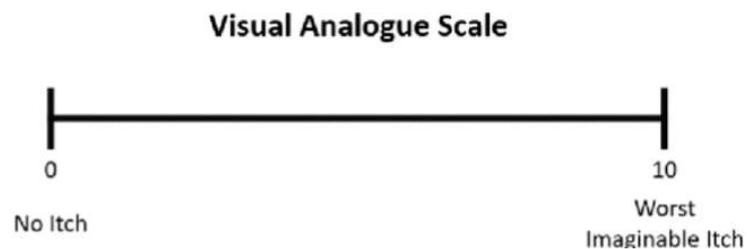
Nyeri yang biasa timbul pada pasien yang diamputasi dimana reseptor dan saraf yang sudah tidak ada namun masih dapat dirasakan oleh pasien. Nyeri ini juga biasa disebut sebagai Phantom Limb Pain dan tanpa menunjukkan substansi fisiologi maupun patologis. Suatu teori menyatakan jika penggambaran sensorik dari anggota tubuh yang hilang masih tetap tersimpan di dalam otak sehingga menyebabkan nyeri.

d. Pengukuran Skala Nyeri

Pengukuran skala nyeri dapat dilakukan secara mandiri baik melalui penilaian tunggal dengan menggunakan skala pengukuran nyeri maupun penilaian multi dimensi menggunakan kuisisioner pengukuran nyeri. Penilaian nyeri menggunakan skala tunggal meliputi *Visual Analog Scale (VAS)*, *Verbal Rating Scale (VRS)*, *Numeric Rating Scale (NRS)*, dan *Wong Baker Pain Rating Scale*.

1. *Visual Analog Scale (VAS)*

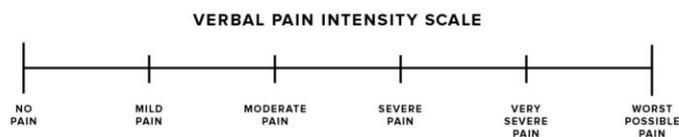
Visual Analog Scale merupakan skala penilaian nyeri yang mudah. Rentang nyeri dapat dibuat pada garis sepanjang 10 cm secara vertical atau horizontal dengan memberikan tanda tidak ada nyeri di ujung satu dan diujung lainnya merupakan rasa nyeri yang terparah. Penilaian ini dapat digunakan pada anak usia 8 tahun ke atas, namun kurang bermanfaat untuk pasien pasca bedah karena memerlukan kemampuan konsentrasi.



Gambar 2.1 *Visual Analogue Scale (VAS)*

2. *Verbal Rating Scale (VRS)*

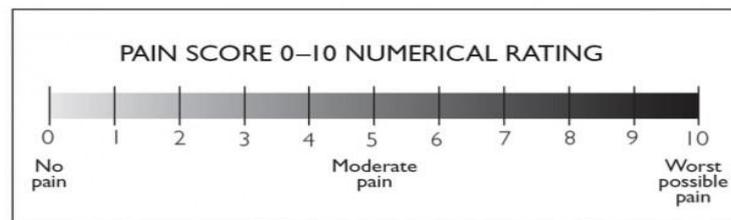
Verbal Rating Scale merupakan skala penilaian nyeri 0-10 yang dapat digunakan pada pasien pascabedah karena penilaian skala secara verbal sehingga tidak terlalu memerlukan koordinasi visual dan motorik. Skala yang digunakan dapat berupa tidak nyeri, nyeri sedang, dan nyeri berat, atau menggunakan skala penurunan nyeri dengan pernyataan nyeri tidak berkurang, sedikit berkurang, cukup berkurang atau nyeri hilang.



Gambar 2.2 *Verbal Rating Scale (VRS)*

3. *Numeric Rating Scale (NRS)*

Penilaian nyeri menggunakan NRS dapat dilakukan untuk menilai nyeri akut namun sedikitnya pilihan kata untuk menggambarkan perasaan nyeri menyulitkan penialain tingkat nyeri secara lebih teliti dan terdapat jarak yang sama antar kata yang menggambarkan efek obat anti nyeri.



Gambar 2.3 *Numeric Rating Scale (NRS)*

4. *Wong Baker Pain Rating Scale*

Wong Baker Pain Rating Scale adalah penilaian nyeri menggunakan analogi ekspresi wajah. Penilaian ini dapat digunakan pada anak usia lebih dari 3 tahun dan usia dewasa yang tidak dapat menggambarkan penilaian nyeri menggunakan angka.



Gambar 2.4 *Wong Baker Pain Rating Scale*

e. **Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri**

1) Budaya

Norma budaya menentukan sebagian besar perilaku, sikap, dan nilai-nilai kita sehari-hari. Oleh karena itu, wajar jika budaya mempengaruhi respon individu terhadap rasa sakit.

2) Tahap perkembangan

Usia dapat mempengaruhi reaksi seseorang terhadap nyeri. Usia dewasa lebih mampu mengekspresikan nyeri dibanding anak-anak, sementara prevalensi nyeri lebih tinggi ada usia lansia. Hal ini disebabkan karena adanya penyakit akut atau kronis yang diderita oleh lansia serta adanya proses degeneratif. Kurangnya kemampuan mengungkapkan nyeri pada anak menyebabkan penanganan nyeri dapat mengalami hambatan.

Nyeri pascaoperasi bisa dirasakan lebih hebat dan berlangsung lebih lama pada pasien lansia dari pada pasien lebih muda. Pada awal pascaoperasi, nyeri bisa membatasi pernafasan, meningkatkan tekanan darah, menstimulasi distritmia, dan memperberat disorientasi (Manurung, 2021).

3) Lingkungan dan dukungan orang terdekat

Lingkungan individu dan ada atau tidak adanya dukungan dari orang terdekat dapat memengaruhi pengalaman rasa sakit. Beberapa penelitian bahwa kondisi lingkungan perawatan terutama lampu, kebisingan, kurang tidur, dan aktivitas konstan dari unit perawatan kritis, dapat menambah pengalaman rasa sakit. Rasa ketidakberdayaan juga dapat menurunkan kemampuan individu untuk mengatasi rasa sakit. Bagi sebagian orang, kehadiran anggota keluarga atau teman yang dicintai sangat berpengaruh penting bagi kondisi psikologi individu.

4) Pengalaman nyeri

Pengalaman nyeri yang pernah dialami sebelumnya atau melihat penderitaan orang terdekat yang mengalami nyeri dapat mempengaruhi persepsi seseorang terhadap nyeri. Seseorang yang memiliki pengalaman nyeri dapat merasa lebih terancam dengan dengan kejadian nyeri yang akan dialami berikutnya dibandingkan dengan orang yang belum memiliki pengalaman nyeri

5) Kecemasan

Kecemasan yang dialami seseorang dapat memperberat persepsi nyeri yang dialami dan mengalami penurunan kemampuan untuk melakukan manajemen nyeri.

6) Makna nyeri

Setiap orang dapat memperspesikan nyeri secara berbeda tergantung dari kemampuan seseorang beradaptasi terhadap nyeri dan memaknai nyeri yang dialami.

7) Perhatian

Perhatian yang berlebih atau terus menerus terhadap area nyeri dapat meningkatkan persepsi seseorang terhadap nyeri, sebaliknya dengan melakukan distraksi dapat menurunkan persepsi nyeri.

8) Keletihan

Keletihan dapat meningkatkan persepsi nyeri dan menurunkan kemampuan pemilihan koping yang adaptif.

9) Mekanisme koping

Penggunaan mekanisme koping yang adaptif dapat menurunkan persepsi nyeri yang dialami seseorang.

10) Dukungan sosial dan keluarga

Dukungan dari orang-orang yang dicintai dapat meminimalkan kesedihan dan meningkatkan perasaan dicintai sehingga dapat meminimalkan ketakutan yang dialami.

f. Penanganan Nyeri

Pelaksanaan (Tindakan) Keperawatan:

1) Mengurangi faktor yang dapat menambah nyeri, misalnya ketidakpercayaan, kesalahpahaman, ketakutan, dan kelelahan

a) Ketidakpercayaan

Pengakuan perawat akan rasa nyeri yang diderita pasien dapat mengurangi nyeri. Hal ini dapat dilakukan melalui pernyataan verbal, mendengarkan dengan penuh perhatian mengenai keluhan nyeri pasien, dan mengatakan kepada pasien

bahwa perawat mengkaji rasa nyeri pasien agar dapat lebih memahami tentang nyerinya.

b) Kesalah pahaman

Mengurangi kesalahpahaman pasien tentang nyerinya akan mengurangi nyeri. Hal ini dilakukan dengan memberitahu pasien bahwa nyeri yang dialami sangat individual dan hanya pasien yang tahu secara pasti tentang nyerinya.

c) Ketakutan

Memberikan informasi yang tepat dapat mengurangi ketakutan pasien dengan menganjurkan pasien untuk mengekspresikan bagaimana mereka menangani nyeri.

d) Kelelahan

Kelelahan dapat memperberat nyeri. Untuk mengatasinya, kembangkan pola aktivitas yang dapat memberikan istirahat yang cukup.

e) Kebosanan

Kebosanan dapat meningkatkan rasa nyeri. Untuk mengurangi nyeri dapat digunakan pengalih perhatian yang bersifat terapeutik. Beberapa teknik pengalih perhatian adalah bernapas pelan dan berirama, memijat secara perlahan, menyanyi berirama, aktif mendengarkan musik, membayangkan hal-hal yang menyenangkan. dan sebagainya.

2. Memodifikasi stimulus nyeri dengan menggunakan teknik-teknik seperti, sebagai berikut:

a. Teknik latihan pengalihan.

Teknik pengalihan dapat dilakukan dengan menonton televisi, berbincang-bincang dengan orang lain, dan mendengarkan musik.

b. Teknik relaksasi.

Teknik relaksasi merupakan proses pengenduran dan penyegaran dimana organ-organ tubuh akan sesekali mengalami fase istirahat. Teknik relaksasi yang digunakan dalam mengatasi

nyeri yaitu dengan nafas dalam. Teknik relaksasi nafas dalam dipercaya dapat menurunkan intensitas nyeri, tubuh akan meningkatkan komponen saraf parasimpatik secara stimulan, sehingga menyebabkan terjadinya penurunan kadar hormon kortisol dan adrenalin dalam tubuh yang mempengaruhi tingkat stress seseorang sehingga dapat meningkatkan konsentrasi dan membuat klien merasa tenang untuk mengatur ritme pernafasan menjadi teratur (Ibrahim et al., 2020).

Menganjurkan pasien untuk menarik napas dalam dan mengisi paru-paru dengan udara, menghembuskannya secara perlahan, melemaskan otot-otot tangan, kaki, perut, dan punggung, serta mengulangi hal yang sama sambil terus berkonsentrasi hingga didapat rasa nyaman, tenang, dan rileks. Keuntungan dari teknik relaksasi nafas dalam antara lain dapat dilakukan setiap saat dimana saja dan kapan saja, caranya sangat mudah dan dapat dilakukan secara mandiri oleh pasien.

c. Stimulasi kulit.

- 1) Menggosok dengan halus pada daerah nyeri.
- 2) Menggosok punggung.
- 3) Menggunakan air hangat dan dingin.
- 4) Memijat dengan air mengalir.

3. Pemberian obat analgesik

Obat analgesik adalah istilah yang digunakan untuk mewakili sekelompok obat yang digunakan sebagai penahan sakit. Obat analgesik berfungsi untuk mengurangi rasa nyeri, terutama lewat daya kerjanya atas sistem saraf sentral dan mengubah respon seseorang terhadap rasa sakit (Sutanto & Fitiana, 2017).

Pemberian obat analgesik yang dilakukan untuk memblok transmisi stimulus agar terjadi perubahan persepsi dengan cara mengurangi kortikal terhadap nyeri (Hidayat & Musrifatul, 2014).

C. Konsep Penyakit

1. Definisi

Tumor jaringan lunak (soft tissue tumor) adalah kelainan yang terjadi pada jaringan nonepitel diantaranya, jaringan lemak, jaringan fibrosa, jaringan neurovaskular, dan jaringan otot yang bersifat neoplastik (Kurnia et al., 2022).

2. Etiologi

a. Kondisi Genetik

Ada bukti tertentu pembentukan gen dan mutasi gen adalah faktor predisposisi untuk beberapa tumor jaringan lunak, dalam daftar laporan gen yang abnormal, bahwa gen memiliki peran penting dalam diagnostik

b. Radiasi

Mekanisme patogenik adalah munculnya mutasi genetic akibat radiasi yang mendorong transformasi neoplastik

c. Infeksi

Infeksi virus Epstein-Barr pada inang yang mengalami gangguan sistem imun juga meningkatkan kemungkinan perkembangan tumor jaringan lunak

d. Trauma

Hubungan antara trauma dengan soft tissue tumor mungkin hanya kebetulan saja. Trauma mungkin menarik perhatian medis ke praluka yang ada.

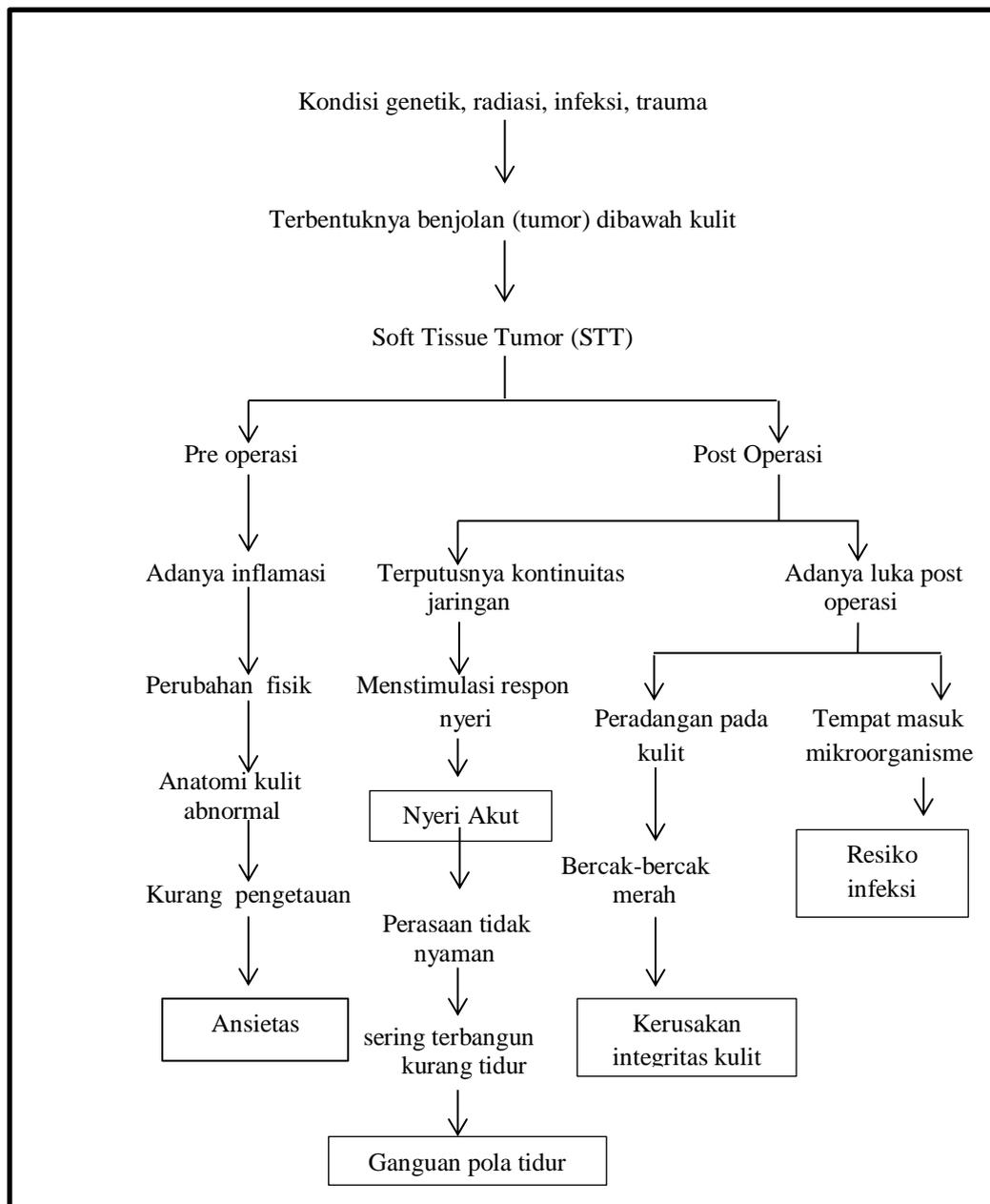
3. Patofisiologi

Umumnya soft tissue tumor adalah proliferasi mesenchymal yang terjadi di jaringan nonepitelial tubuh, tidak termasuk visera, selaput otak, dan sistem limforetikuler. Tumor jaringan lunak dapat timbul dilokasi manapun diantaranya adalah ekstremitas bawah terutama paha (40%), ekstremitas atas (20%), kepala dan leher (10%), dan ditubuh seperti peritoneum (30%). Parameter-parameter yang penting untuk menentukan penatalaksanaan klinisnya adalah:

a. Ukuran makin besar massa tumor, makin buruk hasil akhirnya

- b. Klasifikasi histologi dan penentuan stadium (grading) yang akurat (terutama didasarkan pada derajat diferensiasinya), dan perkiraan laju pertumbuhan yang didasarkan pada mitosis dan perluasan nekrosis
- c. Staging
- d. Lokasi tumor, superfisial maka prognosis baik (Rendy & TH, 2019)

Gambar 2.5 Pathway *Soft Tissue Tumor*



Sumber : Andri, 2015.

4. Manifestasi Klinik

Tanda dan gejala soft tissue tumor tidak spesifik. Tergantung dimana letak tumor atau benjolan tersebut berada. Awal mulanya gejala berupa adanya suatu benjolan dibawah kulit yang tidak terasa sakit. Hanya sedikit penderita yang merasakan sakit yang biasanya terjadi akibat perdarahan atau nekrosis dalam tumor, dan bisa juga karena adanya penekanan pada saraf-saraf tepi.

Tumor jinak jaringan lunak biasanya tumbuh lambat, tidak cepat membesar, bila diraba terasa lunak dan bila tumor digerakkan relatif masih mudah digerakkan dari jaringan sekitarnya dan tidak pernah menyebar ke tempat jauh. Pada tahap awal, soft tissue tumor biasanya tidak menimbulkan gejala karena jaringan lunak yang relatif elastis, tumor atau benjolan tersebut dapat bertambah besar, mendorong jaringan normal. Gejala pertama penderita merasa nyeri atau bengkak.

5. Penatalaksanaan

a. Penatalaksanaan Medik

1) Bedah

Bedah merupakan salah satu cara yang bertujuan untuk mengangkat tumor atau benjolan tersebut.

2) Kemoterapi

Metode ini melakukan keperawatan penyakit dengan menggunakan zat kimia untuk menghambat pertumbuhan kerja sel tumor. Sebagian besar penyakit yang berhubungan dengan tumor dan kanker dirawat dengan cara kemoterapi ini.

3) Terapi Radiasi

Terapi radiasi adalah terapi yang menggunakan radiasi yang bersumber dari radioaktif. Kadang radiasi yang diterima merupakan terapi tunggal. Tetapi terkadang dikombinasikan dengan kemoterapi, dan juga operasi bedah.

b. Penatalaksanaan Keperawatan

- 1) Perhatikan kebersihan luka pada pasien
- 2) Perawatan luka pada pasien
- 3) Pemberian obat
- 4) Amati ada atau tidaknya komplikasi atau potensial yang akan terjadi setelah dilakukan operasi.

D. Publikasi Terkait Asuhan Keperawatan

Tabel 2.3 Publikasi terkait asuhan keperawatan

No	Judul	Penulis	Tahun	Hasil
1.	Pengelolaan nyeri akut pada Ny. N dengan post operasi exicional atas indikasi tumor punggung di ruang cempaka RSUD UNGARAN	Kartika Galuh Rahmawati	2020	Berdasarkan implementasi yang telah dilakukan selama 2x24 jam penulis melakukan tindakan dan evaluasi hasil dari tindakan yang telah dilakukan nyeri akut teratasi.
2.	Asuhan keperawatan perioperatif pada pasien soft tissue tumor multiple punggung dengan tindakan multiple eksisi di rumah sakit bhayangkara polda lampung tahun 2022	Nada Nusaibah	2022	Hasil evaluasi didapatkan terjadi perubahan terhadap masalah nyeri akut yang ditandai dengan penurunan skala nyeri 5 menjadi 3 serta luka tidak terjadi komplikasi. Berdasarkan hasil evaluasi menunjukkan tujuan dari asuhan selama post operasi tercapai.
3.	Perbandingan Teknik Distraksi dan relaksasi terhadap intensitas nyeri perawatan luka operasi di ruang bedah	Angga Ibrahim	2020	Berdasarkan hasil penelitian didapatkan rata-rata intensitas nyeri setelah dilakukan teknik distraksi dan relaksasi mengalami penurunan skala nyeri.