

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Tinjauan Konsep Perioperatif

1. Definisi Keperawatan perioperative

Keperawatan perioperatif adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan keragaman fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan pasien (HIPKABI, 2014).

Keperawatan perioperatif merupakan proses keperawatan untuk mengembangkan rencana asuhan secara individual dan mengkoordinasikan serta memberikan asuhan pada pasien yang mengalami pembedahan atau prosedur invasif (AORN, 2013 dalam (Safitri, 2021)).

2. Tahapan dalam Keperawatan Perioperatif

a) Preoperatif

Dimulai ketika ada keputusan untuk dilakukan intervensi bedah dan diakhiri ketika pasien dikirim ke meja operasi. Lingkup aktivitas keperawatan selama waktu tersebut dapat mencakup penetapan pengkajian dasar pasien ditatanan klinik ataupun rumah, wawancara preoperatif dan menyiapkan pasien untuk anestesi yang diberikan dan pembedahan (HIPKABI, 2014).

b) Intra operatif

Fase intra operatif dimulai ketika pasien masuk kamar bedah dan berakhir saat pasien di pindahkan ke ruang pemulihan atau ruang perawatan intensif. Pada fase ini lingkup aktivitas keperawatan mencakup pemasangan infus, pemberian medikasi intravena, melakukan pemantauan kondisi fisiologis menyeluruh sepanjang prosedur pembedahan dan menjaga keselamatan pasien. Dalam hal ini sebagai contoh memberikan dukungan psikologis selama induksi anestesi, bertindak sebagai perawat *scrub* atau membantu mengatur posisi pasien diatas meja operasi dengan menggunakan prinsip-prinsip dasar kesimetrisan tubuh (HIPKABI, 2014).

c) Fase post operatif

Fase post operatif dimulai dengan masuknya pasien ke ruang pemulihan (*recovery room*) atau ruang intensif dan berakhir dengan evaluasi tindak lanjut pada tatanan klinik atau rumah. Lingkup aktivitas keperawatan mencakup rentang aktivitas yang luas selama periode ini. Pada fase ini fokus pengkajian meliputi efek agen anestesi dan memantau fungsi vital serta mencegah komplikasi. Aktivitas keperawatan kemudian berfokus pada peningkatan penyembuhan pasien dan melakukan penyuluhan, perawatan tindak lanjut dan rujukan yang penting untuk penyembuhan dan rehabilitasi serta pemulangan (HIPKABI, 2014).

3. Peran dan Tugas Team dalam Preoperatif

Menurut (Muttaqin & Sari, 2009), peran serta tugas team dalam perioperatif adalah sebagai berikut:

a. Ahli bedah

Ahli bedah adalah dokter yang melakukan prosedur pembedahan, dokter bedah bisa menjadi dokter utama pasien dengan cara dipilih oleh dokter sesuai masalah pasien atau pun pasien sendiri yang memilih tetapi harus kompeten dalam permasalahan pasien.

b. Asisten ahli bedah

Asisten bedah adalah asisten yang ahli bedah biasanya dokter yang berfungsi sebagai peran pembantu ahli bedah selama prosedur pembedahan.

c. Perawat instrumen (*scrub nurse*)

Perawat instrumen adalah seorang tenaga perawat profesional yang diberi wewenang dan ditugaskan dalam mengelola asket alat pembedahan selama tindakan pembedahan berlangsung.

d. Perawat sirkuler

Perawat sirkuler adalah tenaga perawat profesional yang diberi wewenang dan tanggungjawab membantu kelancaran pelaksanaan tindakan pembedahan

e. Ahli anestesi

Ahli anestesi adalah tenaga keperawatan profesional yang diberi wewenang dan tanggungjawab dalam membantu terselenggaranya pelaksanaan tindakan pembiusan di kamar operasi.

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

1. Pre Operatif

a. Pengkajian

Menurut (Majid, 2011) pengkajian pre operatif adalah sebagai berikut :

1) Identitas pasien

Identitas pasien terdiri dari nama, umur, jenis kelamin, status, agama, pekerjaan, pendidikan, alamat, penanggung jawab, juga terdiri dari nama, umur, penanggung jawab, hubungan keluarga dan pekerjaan.

2) Alasan masuk

Pada saat pasien mau dirawat dirumah sakit dengan keluhan sakit perut dikuadran kiri atas, biasanya disertai muntah dan BAB berwarna hitam.

3) Riwayat kesehatan

a) Riwayat kesehatan sekarang

Biasanya keluhan yang terasa pada pasien yaitu pada saat post operasi, merasakan nyeri pada insisi pembedahan, juga tidak bisa beraktivitas.

b) Riwayat kesehatan dahulu

Pasien memiliki kebiasaan memakan-makanan rendah serat, juga bisa makan yg pedas-pedas.

c) Riwayat kesehatan keluarga

Tidak ada pengaruh pada penyakit keturunan seperti hepatitis, hipertensi dan lain-lain.

4) Pemeriksaan fisik

Tanda-tanda vital tekanan darah tinggi, nadi cepat atau takikardi, pernafasan cepat, merasakan nyeri, kesadaran pasien yaitu *compos*

mentis dengan *glasgow coma scale* (GCS), *eye* (E): 4, *Verbal* (V): 5, motorik (M): 6 total 15 .

a) Kepala

Pada bagian kepala pasien biasanya tidak ada masalah jika penyakitnya tumor gaster, mungkin pada bagian mata tampak seperti kehitaman/atau mata panda dikarenakan tidak bisa tidur menahan sakit.

b) Leher

Pada leher kepala pasien biasanya tidak ada masalah jika pada pasien dengan tumor *Gaster*.

c) Thorax

Pada bagian paru-paru tidak ada masalah atau gangguan bunyi normal paru ketika diperkusi biasanya sonor kedua lapang paru dan apabila di auskultasi bunyinya vesikuler. Pada bagian jantung juga tidak ada masalah, bunyi jantung pasien reguler ketika diauskultasi (*lup dup*).

d) Abdomen

Pada bagian abdomen biasanya nyeri di bagian region kiri atas. Saat dilakukan inspeksi kembung sering terlihat pada pasien seperti benjolan perut pada massa atau abses, dalam hal ini dilakukan pemeriksaan inspeksi, auskultasi, palpasi, perkusi. Pada saat dipalpasi biasanya abdomen kiri atas akan didapatkan peningkatan respon nyeri, nyeri pada palpasi terbatas pada region kiri atas.

5) Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan diagnostik dilakukan guna memeriksa adanya kondisi yang tidak normal. Pemeriksaan diagnostik terdiri dari pemeriksaan darah lengkap, analisis elektrolit serum, koagulasi, kreatinin serum dan urinalisis. Apabila pasien berusia lebih dari 40 tahun atau mempunyai penyakit jantung maka dokter mungkin akan meminta pasien untuk menjalani pemeriksaan sinar-X dada atau EKG. Beberapa prosedur bedah tertentu seperti bedah saraf, jantung

dan urologi memerlukan pemeriksaan canggih untuk menegakkan diagnosis prabedah misalnya: MRI, CT-Scan, USG Doppler, *Echocardiography* dan lainnya sesuai dengan kebutuhan diagnosis prabedah.

6) Pemeriksaan Psikososiospiritual

Menurut (Muttaqin & Sari, 2013), dalam pemeriksaan psikososiospiritual terbagi menjadi beberapa pemeriksaan antara lain:

(a) Kecemasan Pre Operatif

Kecemasan pre operasi merupakan suatu respons antisipasi terhadap suatu pengalaman yang dapat dianggap pasien sebagai suatu ancaman terhadap perannya dalam hidup, integritas tubuh atau bahkan kehidupan itu sendiri. Prosedur pembedahan akan memberikan suatu reaksi emosional bagi pasien. Pikiran yang bermasalah secara langsung akan mempengaruhi fungsi tubuh. Oleh karena itu, penting untuk mengidentifikasi ansietas yang dialami pasien.

Pasien yang menghadapi pembedahan akan dilingkupi oleh ketakutan, termasuk ketakutan akan ketidaktahuan, kematian, anestesi dan kanker. Menurut (Potter & Perry, 2010), reaksi pasien terhadap pembedahan didasarkan pada banyak faktor, meliputi ketidaknyamanan dan perubahan-perubahan yang diantisipasi baik fisik, finansial, psikologis, spiritual, sosial atau hasil akhir pembedahan yang diharapkan. Bagian terpenting dari pengkajian kecemasan pre operasi adalah untuk menggali peran orang terdekat, baik dari keluarga atau sahabat pasien. Adanya sumber dukungan orang terdekat akan menurunkan kecemasan.

(b) Kepercayaan Spiritual

Kepercayaan spiritual memainkan peranan penting dalam menghadapi ketakutan dan ansietas. Tanpa memandang agama yang dianut pasien, kepercayaan spiritual dapat menjadi medikasi terapeutik. Keyakinan mempunyai kekuatan yang

sangat besar, oleh karena itu kepercayaan yang dimiliki oleh setiap pasien harus dihargai dan didukung. Menghormati nilai budaya dan kepercayaan pasien dapat mendukung terciptanya hubungan saling percaya.

b. Diagnosa

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian kritis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (SDKI, 2018). Menurut (Muttaqin, 2009), diagnosis keperawatan yang mungkin muncul pada fase pre operatif yaitu :

Pre operatif

- 1) Ansietas

Tabel 2.1 Diagnosa Keperawatan Ansietas

Ansietas (D.0080)	
Definisi Kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibatantisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.	
Penyebab <ol style="list-style-type: none"> 1) Krisis situasional. 2) Kebutuhan tidak terpenuhi. 3) Krisis maturasional. 4) Ancaman terhadap konsep diri. 5) Ancaman terhadap kematian. 6) Kekhawatiran mengalami kegagalan 7) Disfungsi sistem keluarga. 8) Hubungan orang tua-anak tidak memuaskan. 9) Faktor keturunan (tempramen mudah teragitasi sejak lahir) 10) Penyalahgunaan zat. 11) Terpapar bahaya lingkungan (mis. toksin, polutan dan lain-lain). 12) Kurang terpapar informasi 	
Gejala dan tanda mayor	
Subyektif	Obyektif
<ul style="list-style-type: none"> - Merasa bingung - Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi - Sulit berkonsentrasi 	<ul style="list-style-type: none"> - Tampak gelisah - Tampak tegang - Sulit tidur
Gejala dan tanda minor	
Subyektif	Obyektif
<ul style="list-style-type: none"> - Mengeluh pusing - Anoreksia - Palpitasi - Merasa tidak berdaya 	<ul style="list-style-type: none"> - Frekuensi napas meningkat - Frekuensi nadi meningkat - Tekanan darah meningkat - Diaforesis - Tremor - Muka tampak pucat

	<ul style="list-style-type: none"> - Suara bergetar - Kontak mata buruk - Sering berkemih - Berorientasi pada masa lalu
--	---

2) Nyeri akut

Tabel 2.2 Diagnosa Keperawatan Nyeri akut

Nyeri Akut (D.0077)	
Definisi 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.	
Penyebab 1) Agen Pencendera Fisiologis (.mis. inflamasi, iskemia, neoplasma) 2) Agen Pencendera Kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan) 3) Agen Pencendera Fisik (mis. abses, amputasi terbakar)	
Gejala dan tanda mayor	
Subyektif	Obyektif
- Mengeluh Nyeri	<ul style="list-style-type: none"> - Tampak meringis - Bersikap Protektif - Gelisah - Frekuensi nadi meningkat - Sulit tidur
Gejala dan tanda minor	
Subyektif	Obyektif
- (tidak tersedia)	<ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah meningkat - Pola napas berubah - Nafsu makan berubah - Proses berpikir terganggu - Menarik diri - Berfokus pada diri sendiri - Diaforesis

c. Rencana Keperawatan

Tabel 2.3 Rencana Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Rencana Keperawatan SIKI	Rencana Keperawatan Pendukung
1	Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (suasana menjelang pembedahan) (D.0080)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan ansietas pasien teradaptasi dengan kriteria hasil : Tingkat ansietas L.09093 - Verbalisasi kebingungan menurun. - Verbalisasi	Reduksi Ansietas I.09314 - Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stressor). - Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal). - Jelaskan prosedur pembedahan yang akan dilakukan.	Pemberian terapi dzikir (Harahap, 2019).

		<p>khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perilaku gelisah menurun. - Perilaku tegang menurun. - Frekuensi pernapasan membaik. - Frekuensi nadi membaik. - Tekanan darah membaik. 	<ul style="list-style-type: none"> - Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis. - Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu - Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan. - Latih teknik relaksasi. 	
2	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma). (D.0077)</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <p>Tingkat Nyeri L.08066</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluhan nyeri menurun. - Meringis menurun. - Gelisah menurun. - Frekuensi nadi membaik. - Tekanan darah membaik. 	<p>Manajemen Nyeri L.08238</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. - Identifikasi skala nyeri. - Identifikasi respon nyeri nonverbal. - Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis.TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat atau dingin, terapi bermain). - Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. teknik relaksasi napas dalam). - Kolaborasi pemberian analgetik. 	<p>Teknik napas dalam (Risnah, 2019).</p>

Sumber : SDKI (2018), (SIKI (2018) dan SLKI (2018).

d. Implementasi

Implementasi merupakan pelaksanaan perencanaan keperawatan oleh perawat. Hal-hal yang perlu diperhatikan ketika melakukan implementasi intervensi dilaksanakan sesuai rencana setelah dilakukan validasi, penguasaan kemampuan interpersonal, intelektual, dan teknikal, intervensi harus dilakukan dengan cermat dan efisien pada situasi yang tepat, keamanan fisik dan fisiologi dilindungi dan di dokumentasi keperawatan berupa pencatatan dan pelaporan (Muttaqin, 2009).

e. Evaluasi

Sesudah implementasi dilakukan selanjutnya perawat melakukan fase evaluasi. Fase akhir dari proses keperawatan adalah evaluasi terhadap asuhan keperawatan yang diberikan hal-hal yang dievaluasi adalah keakuratan, kelengkapan dan kualitas data, teratasi atau tidak masalah pasien, mencapai tujuan serta ketepatan intervensi keperawatan. (Muttaqin, 2009).

2. Intra Operatif

a. Pengkajian

Pengaturan pasien untuk memberikan keselamatan dan kenyamanan, memberikan dukungan fisik dan psikologis pada pasien untuk menenangkan pasien, mengkaji status emosional pasien (HIPKABI, 2014). Pada saat pembedahan perawat perlu melakukan monitoring atau pemantauan fisiologis pada pasien meliputi:

1) Pemantauan Keseimbangan cairan

Penghitungan *balance* cairan dilakukan untuk memenuhi kebutuhan cairan pasien. Pemenuhan *balance* cairan dilakukan dengan cara menghitung jumlah cairan yang masuk dan yang keluar pengecekan pada kantong kateter urin kemudian dilakukan koreksi terhadap *inbalance* cairan yang terjadi. Seperti dengan pemberian cairan infus.

2) Memantau Kondisi *Kardiopulmonal*

Pemantauan kondisi kardiopulmonal harus dilakukan secara kontinu untuk melihat apakah kondisi pasien normal atau tidak. Pemantauan yang dilakukan meliputi fungsi pernapasan nadi, tekanan darah, saturasi oksigen, perdarahan dan lain-lain

3) Memantau Perubahan Tanda-Tanda Vital

Pemantauan tanda-tanda vital penting dilakukan untuk memastikan kondisi pasien masih dalam batas normal jika terjadi gangguan harus dilakukan tindakan secepatnya. Biasanya pada fase intra operasi pasien akan mengalami hipotermi yang disebabkan oleh suhu ruangan rendah. Infus yang dingin, inhalasi gas-gas dingin, luka terbuka pada tubuh, usia lanjut atau obat-obatan yang digunakan.

4) Monitoring dan dukungan psikologis yang dilakukan sebelum induksi dan bila pasien sadar antara lain:

- a) Memberikan dukungan emosional pada pasien
- b) Berdiri di dekat pasien dan memberikan sentuhan selama prosedur induksi
- c) Mengkaji status emosional pasien mengkomunikasikan status emosional pasien kepada tim kesehatan jika ada perubahan.

b. Diagnosa

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian kritis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang di alaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (SDKI, 2018). Menurut (Muttaqin, 2009), diagnosis keperawatan yang mungkin muncul pada fase Intra operatif yaitu :

Intra Operatif

1) Risiko Perdarahan

Tabel 2.4 Diagnosa Keperawatan Risiko Perdarahan

Risiko Perdarahan (D.1102)
Definisi Berisiko mengalami kehilangan darah baik internal (terjadi di dalam tubuh) maupun eksternal (terjadi hingga keluar tubuh)

<p>Faktor Risiko</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Aneurisma. 2) Gangguan gastrointestinal (misal ulkus, polip, varises). 3) Gangguan fungsi hati (misal sirosis hepatitis). 4) Komplikasi kehamilan (misal ketuban pecah sebelum waktunya, plasenta previa/abruptio, kehamilan kembar). 5) Komplikasi pasca partum (misal atoni uterus, retensi plasenta). 6) Gangguan koagulasi (misal trombositopenia), 7) Efek agen farmakologis. 8) Tindakan pembedahan. 9) Trauma. 10) Kurang terpapar informasi tentang pencegahan perdarahan. 11) Proses keganasan.

2) Hipovolemia

Tabel 2.5 Diagnosa Keperawatan Hipovolemia

Hipovolemia (D.0023)	
Definisi Penurunan volume cairan intravaskuler, interstisial dan intraseluler	
Penyebab <ol style="list-style-type: none"> 1) Kehilangan cairan aktif 2) Kegagalan mekanisme regulasi 3) Peningkatan permeabilitas kapiler 4) Kekurangan intake cairan 5) Evaporasi 	
Gejala dan tanda mayor	
Subyektif	Obyektif
- (tidak tersedia)	<ul style="list-style-type: none"> - Frekuensi nadi meningkat - Nadi teraba lemah - Tekanan darah menurun - Tekanan nadi menyempit - Turgor kulit menurun - Membran mukosa kering - Volume urin menurun - Hematokrit meningkat
Gejala dan tanda minor	
Subyektif	Obyektif
<ul style="list-style-type: none"> - Merasa lelah - Mengeluh haus 	<ul style="list-style-type: none"> - Pengisian vena menurun - Status mental berubah - Suhu tubuh meningkat - Konsentrasi urin meningkat - Berat badan turun tiba-tiba

c. Rencana Keperawatan

Tabel 2.6 Rencana Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Rencana Keperawatan	Rencana Keperawatan Pendukung
1	Risiko Perdarahan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan	Pencegahan Perdarahan	-

	<p>dibuktikan dengan tindakan pembedahan (D.0012)</p>	<p>diharapkan tidak terjadi perdarahan dengan kriteria hasil: Tingkat Perdarahan (L.02017)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kelembapan membrane mukosa meningkat - Kelembapan kulit meningkat - Hemoptysis menurun - Hematemesis menurun - Hematuria menurun - Hemoglobin membaik 	<p>(I.02067)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pencegahan Perdarahan (I.02067) - Monitor tanda dan gejala perdarahan - Monitor nilai hematokrit/hemoglobin sebelum dan sesudah kehilangan darah - Monitor tanda-tanda vital ortostatik - Monitor koagulasi - Batasi tindakan invasif, jika perlu - Anjurkan menghindari aspirin antikoagulan - Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vit. K - Kolaborasi pemberian pengontrol perdarahan dan produk darah, jika perlu 	
2	<p>Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif. (D.0023)</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan: Status Cairan (L.03028)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan nadi meningkat. - Pengisian vena meningkat. - Frekuensi nadi membaik. - Tekanan darah membaik. - Tekanan nadi membaik. 	<p>Manajemen Syok Hipovolemik (I.02050)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, TD, MAP). - Monitor status oksigenasi (oksimetri nadi). - Monitor status cairan (masukan dan haluaran). - Pertahankan jalan napas paten. - Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi >94%. - Lakukan hemostatis untuk menghentikan perdarahan. - Kolaborasi 	-

			pemberian infus cairan kristaloid 1 – 2 L pada dewasa. - Kolaborasi pemberian transfuse darah, <i>jika perlu</i> .	
--	--	--	---	--

Sumber : SDKI (2018), (SIKI (2018) dan SLKI (2018).

d. Implementasi

Implementasi merupakan pelaksanaan perencanaan keperawatan oleh perawat. Hal-hal yang perlu diperhatikan ketika melakukan implementasi intervensi dilaksanakan sesuai rencana setelah dilakukan validasi, penguasaan kemampuan interpersonal, intelektual, dan teknikal, intervensi harus dilakukan dengan cermat dan efisien pada situasi yang tepat, keamanan fisik dan fisiologi dilindungi dan di dokumentasi keperawatan berupa pencatatan dan pelaporan (Muttaqin, 2009).

e. Evaluasi

Sesudah implementasi dilakukan selanjutnya perawat melakukan fase evaluasi. Fase akhir dari proses keperawatan adalah evaluasi terhadap asuhan keperawatan yang diberikan hal-hal yang dievaluasi adalah keakuratan, kelengkapan dan kualitas data, teratasi atau tidak masalah pasien, mencapai tujuan serta ketepatan intervensi keperawatan (Muttaqin, 2009).

3. Post Operatif

a. Pengkajian

Menurut (Potter & Perry, 2010), pengkajian keperawatan pasien post operasi, yaitu:

1) Sistem pernafasan

Kaji potensi jalan nafas, laju nafas, irama, kedalaman ventilasi, simetris gerakan dinding dada, suara nafas, dan warna mukosa.

2) Sirkulasi

Penderita beresiko mengalami komplikasi *kardiovaskuler* yang disebabkan oleh hilangnya darah dari tempat pembedahan, efek

samping dari anestesi. Pengkajian yang telah diteliti terhadap denyut dan irama jantung, bersama dengan tekanan darah, mengungkapkan status kardiovaskular penderita. Kaji sirkulasi kapiler dengan mencatat pengisian kembali kapiler, denyut serta warna kuku dan temperatur kulit. Masalah umum awal sirkulasi adalah perdarahan. Kehilangan darah dapat terjadi secara eksternal melalui saluran atau sayatan internal.

3) Sistem persarafan

Kaji refleks pupil dan muntah, cengkeraman tangan, gerakan kaki. Jika penderita telah menjalani operasi melibatkan sistem saraf, lakukan pengkajian neurologi secara lebih menyeluruh.

4) Sistem perkemihan

Anestesi epidural atau spinal sering mencegah penderita dari sensasi kandung kemih yang penuh. Raba perut bagian bawah tepat diatas simfisis pubis untuk mengkaji distensi kandung kemih. Jika penderita terpasang kateter urine, harus ada aliran urine terus-menerus sebanyak 30-50 ml/jam pada orang dewasa.

5) Sistem pencernaan

Inspeksi abdomen untuk memeriksa perut kembung akibat akumulasi gas. Perawat perlu memantau asupan oral awal penderita yang berisiko menyebabkan aspirasi atau adanya mual dan muntah. Kaji juga kembalinya peristaltik setiap 4 sampai 8 jam. Auskultasi perut secara rutin untuk mendeteksi suara usus kembali normal, 5-30 bunyi keras permenit pada masing-masing kuadran menunjukkan gerak peristaltik yang telah kembali. Distensi perut menunjukkan bahwa usus tidak berfungsi dengan baik. Tanyakan apakah penderita membuang gas (*flatus*), ini merupakan tanda penting yang menunjukkan fungsi usus normal.

b. Diagnosa

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian kritis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang di alaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (SDKI,

2018). Menurut (Muttaqin, 2009), diagnosis keperawatan yang mungkin muncul pada fase Post operatif yaitu :

Post Operatif

1) Bersihan jalan nafas tidak efektif

Tabel 2.7 Diagnosa Keperawatan Bersihan jalan nafas tidak efektif

Bersihan jalan nafas tidak efektif (D.0001)	
Definisi Keti	
Penyebab Fisiologis : 1) Spasme jalan napas. 2) Hipersekresi jalan napas. 3) Disfungsi neuromuskuler. 4) Benda asing dalam jalan napas. 5) Adanya jalan napas buatan. 6) Sekresi yang tertahan. 7) Hiperplasia dinding jalan napas. 8) Proses infeksi . 9) Respon alergi 10)Efek agen farmakologis (mis. anastesi). Situasional : 1) Merokok aktif. 2) Merokok pasif. 3) Terpajan polutan	
Gejala dan tanda mayor	
Subyektif	Obyektif
- (tidak tersedia)	- batuk tidak efektif - tidak mampu batuk. - sputum berlebih. - Mengi, wheezing dan / atau ronkhi kering. - Mekonium di jalan nafas pada Neonatus.
Gejala dan tanda minor	
Subyektif	Obyektif
- Dispnea. - Sulit bicara. - Ortopnea.	- Gelisah - Sianosis - Sputum berlebih - Mengi, <i>wheezing</i> dan ronkhi kering - Mekonium di jalan napas (pada neonatus)

2) Nyeri akut

Tabel 2.8 Diagnosa Keperawatan Nyeri akut

Nyeri Akut (D.0077)
Definisi Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlamgsung kurang dari 3 bulan.

Penyebab	
1) Agen Pencerdera Fisiologis (.mis. inflamasi, iskemia, neoplasma)	
2) Agen Pencerdera Kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan)	
3) Agen Pencerdera Fisik (mis. abses, amputasi terbakar)	
Gejala dan tanda mayor	
Subyektif	Obyektif
- Mengeluh Nyeri	- Tampak meringis - Bersikap Protektif - Gelisah - Frekuensi nadi meningkat - Sulit tidur
Gejala dan tanda minor	
Subyektif	Obyektif
- (tidak tersedia)	- Tekanan darah meningkat - Pola napas berubah - Nafsu makan berubah - Proses berpikir terganggu - Menarik diri - Berfokus pada diri sendiri - Diaforesis

c. Rencana Keperawatan

Tabel 2.9 Rencana Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Rencana Keperawatan SIKI	Rencana Keperawatan Pendukung
1	Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan efek agen farmakologis (mis. anestesi). (D.0001)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan bersihan jalan napas meningkat dengan kriteria hasil : Bersihan jalan napas (L.01001) - Batuk efektif meningkat - Produksi sputum menurun - Dipsnea menurun - Frekuensi napas membaik	Manajemen Jalan Napas (I.01011) - Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas). - Monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering). - Posisikan semi-fowler atau fowler. - Berikan oksigen, jika perlu - Ajarkan teknik batuk efektif	-
2	Nyeri akut berhubungan	Setelah dilakukan	Manajemen Nyeri (I.08238)	Teknik napas

	dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) (D.0077)	asuhan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : Tingkat nyeri (L.08066) - Keluhan nyeri menurun. - Meringis menurun. - Gelisah menurun. - Frekuensi nadi membaik. - Tekanan darah membaik.	- Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. - Identifikasi skala nyeri. - Identifikasi respon nyeri nonverbal. - Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat atau dingin, terapi bermain). - Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. teknik relaksasi napas dalam). - Kolaborasi pemberian analgetik.	dalam (Suwahyu, 2021).
--	--	---	---	------------------------

Sumber : SDKI (2018), (SIKI (2018) dan SLKI (2018)

d. Implementasi

Implementasi merupakan pelaksanaan perencanaan keperawatan oleh perawat. Hal-hal yang perlu diperhatikan ketika melakukan implementasi intervensi dilaksanakan sesuai rencana setelah dilakukan validasi, penguasaan kemampuan interpersonal, intelektual, dan teknikal, intervensi harus dilakukan dengan cermat dan efisien pada situasi yang tepat, keamanan fisik dan fisiologi dilindungi dan di dokumentasi keperawatan berupa pencatatan dan pelaporan (Muttaqin, 2009).

e. Evaluasi

Sesudah implementasi dilakukan selanjutnya perawat melakukan fase evaluasi. Fase akhir dari proses keperawatan adalah evaluasi terhadap asuhan keperawatan yang diberikan hal-hal yang dievaluasi adalah keakuratan, kelengkapan dan kualitas data, teratasi atau tidak masalah pasien, mencapai tujuan serta ketepatan intervensi keperawatan. (Muttaqin, 2009).

C. Tinjauan Konsep Penyakit

1. Definisi Tumor *Gaster*

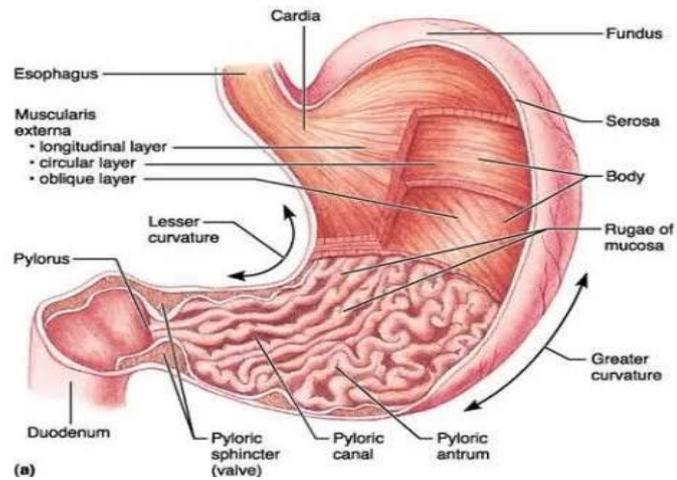
Tumor *Gaster* merupakan suatu massa abnormal yang terjadi di bagian lambung, yang dipicu oleh peradangan lambung yang dibiarkan tanpa mencari pengobatannya. Biasanya Tumor *Gaster* pada tahap awal tidak memiliki gejala apa pun. Pasien dengan Tumor *Gaster* akan seperti orang sehat pada umumnya. Namun setelah dilakukan pemeriksaan lebih lanjut Tumor *Gaster* telah meradang (Dewi kartika, 2018).

2. Anatomi Fisiologi *Gaster*

a) Anatomi *Gaster*

Lambung adalah organ pencernaan yang paling melebar, dan terletak di antara bagian akhir dari esofagus dan awal dari usus halus. Lambung merupakan ruang berbentuk kantung. mirip huruf J, berada di bawah diafragma, terletak pada regio epigastrik, umbilikal, dan hipokondria kiri pada regio abdomen (Schmit & Martin, 2015). Secara anatomik, lambung memiliki lima bagian utama, yaitu kardia, fundus, badan (body), antrum dan pilori.

- 1) Kardia adalah daerah kecil yang berada pada hubungan gastroesofageal (gastroesophageal junction) dan terletak sebagai pintu masuk ke lambung.
- 2) Fundus adalah daerah berbentuk kubah yang menonjol ke bagian kiri di atas kardia.
- 3) Badan (body) adalah suatu rongga longitudinal yang berdampingan dengan fundus dan merupakan bagian terbesar dari lambung.
- 4) Antrum adalah bagian lambung yang menghubungkan badan (body) ke pilorik dan terdiri dari otot yang kuat.
- 5) Pilorik adalah suatu struktur tubular yang menghubungkan lambung dengan duodenum dan mengandung spinkter pilorik



Gambar 2.1 Anatomi lambung
Syaifuddin (2012)

Dinding lambung tersusun dari empat lapisan dasar utama, sama halnya dengan lapisan saluran cerna secara umum dengan modifikasi tertentu yaitu lapisan mukosa, submukosa, muskularis eksterna, dan serosa.

- (a) Lapisan mukosa terdiri atas epitel permukaan, lamina propia, dan muskularis mukosa. Epitel permukaan yang berlekuk ke dalam lamina propia dengan kedalaman yang bervariasi, dan membentuk sumur-sumur lambung disebut foveola gastrika. Epitel yang menutupi permukaan dan melapisi lekukan-lekukan tersebut adalah epitel selapis silindris dan semua selnya menyekresi mukus alkalis. Lamina propia lambung terdiri atas jaringan ikat longgar yang disusupi sel otot polos dan sel limfoid. Muskularis mukosa yang memisahkan mukosa dari submukosa dan mengandung otot polos.
- (b) Lapisan sub mukosa mengandung jaringan ikat, pembuluh darah, sistem limfatik, limfosit, dan sel plasma. Sebagai tambahan yaitu terdapat pleksus submukosa (*Meissner*).
- (c) Lapisan muskularis propia terdiri dari tiga lapisan otot, yaitu
 - (1) *inner oblique*,
 - (2) *middle circular*,
 - (3) *outer longitudinal*. Pada muskularis propia terdapat pleksus myenterik (*auerbach*). Lapisan oblik terbatas pada bagian

badan (body) dari lambung.

(d) Lapisan serosa adalah lapisan yang tersusun atas epitel selapis skuamos (*mesotelium*) dan jaringan ikat areolar. Lapisan serosa adalah lapisan paling luar dan merupakan bagian dari viseral peritoneum.

3. Etiologi

Penyebab pasti dari Tumor *Gaster* belum diketahui, tetapi ada beberapa faktor yang bisa meningkatkan perkembangan Tumor *Gaster*. Menurut (Juni, 2020), etiologi Tumor *Gaster* antara lain :

a. Faktor predisposisi

1) Faktor genetik

Sekitar 10% pasien yang mengalami Tumor *Gaster* memiliki hubungan genetik. Walaupun masih belum sepenuhnya dipahami, tetapi adanya mutasi dari gen Ecadherin terdeteksi pada 50% tipe kanker lambung. Adanya riwayat keluarga anemia *pernisiosa* dan polip *adenomatus* juga dihubungkan dengan kondisi genetik pada Tumor *Gaster*.

2) Faktor umur

Pada kasus ini ditemukan lebih umum terjadi pada usia 50-70 tahun, tetapi sekitar 5 % pasien kanker lambung berusia kurang dari 35 tahun dan 1 % kurang dari 30 tahun.

b. Faktor presipitasi

1) Konsumsi makanan yang diasinkan, diasap, atau yang diawetkan. Beberapa studi menjelaskan intake diet dari makanan yang diasinkan menjadi faktor utama peningkatan Tumor *Gaster*. Sehingga memfasilitasi konversi golongan nitrat menjadi carcinogenic nitrosamines didalam lambung. Kondisi terlambatnya pengosongan asam lambung dan peningkatan komposisi nitrosamines didalam lambung memberikan kontribusi terbentuknya Tumor *Gaster*.

2) Infeksi H. Pylori

H. Pylori adalah bakteri penyebab lebih dari 90% ulkus doudenum dan 80% tukak lambung. Bakteri ini menempel

dipermukaan dalam tukak lambung melalui interaksi antara membran bakteri lektin dan oligosakarida spesifik dari glikoprotein membran sel-sel epitel lambung. Mekanisme utama bakteri ini dalam menginisiasi pembentukan luka adalah melalui produksi racun VacA. Racun VacA bekerja dalam menghancurkan keutuhan sel-sel tepi lambung melalui berbagai cara; diantaranya melalui perubahan fungsi endolisosom, peningkatan permeabilitas sel, pembentukan pori dalam membran plasma, atau apoptosis (pengaktifan bunuh diri sel).

Pada beberapa individu, *H. Pylori* juga menginfeksi bagian badan lambung. Bila kondisi ini sering terjadi, maka akan menghasilkan peradangan yang lebih luas yang tidak hanya memengaruhi ulkus didaerah badan lambung, tetapi juga meningkatkan risiko tumor *Gaster*. Peradangan dilendir lambung juga merupakan faktor risiko tipe khusus tumor limfa (lymphatic neoplasm) dilambung, atau disebut dengan limfoma MALT (Mucosa Lymphoid Tissue). Infeksi *H. Pylori* berperan penting dalam menjaga kelangsungan tumor dengan menyebabkan dinding atrofi dan perubahan metaplastik pada dinding lambung.

3) Mengonsumsi rokok dan alkohol

Pasien dengan konsumsi rokok lebih dari 30 batang sehari dan kombinasi dengan konsumsi alkohol kronik akan meningkatkan risiko tumor *Gaster*.

4) NSAIDs.

Inflamasi polip lambung bisa terjadi pada pasien yang mengonsumsi NSAIDs dalam jangka waktu yang lama dalam hal ini (polip lambung) dapat menjadi prekursor tumor *Gaster*. Kondisi polip lambung berulang akan meningkatkan risiko tumor *Gaster*.

4. Manifestasi Klinis

Gejala awal dari tumor *Gaster* sering tidak pasti karena kebanyakan tumor ini dimulai di kurvatura kecil, yang hanya sedikit menyebabkan

gangguan fungsi lambung, gejala mungkin tidak ada. Beberapa penelitian telah menunjukkan bahwa gejala awal yang hilang dengan antasida, dapat menyerupai gejala pada pasien dengan ulkus benigna. Menurut (Juni, 2020) gejala pada pasien yang mengalami Tumor *Gaster* antara lain :

Gejala yang dialami saat stadium awal :

- a. Perut kembung dan sering bersendawa
- b. Nyeri pada lambung
- c. Mual
- d. Asam lambung meningkat

Gejala tumor lambung stadium lanjut adalah :

- a. Nafsu makan berkurang
- b. Anemia
- c. Penurunan berat badan
- d. Pembengkakan pada perut karena penumpukan cairan
- e. Muntah darah
- f. BAB berwarna hitam/melena

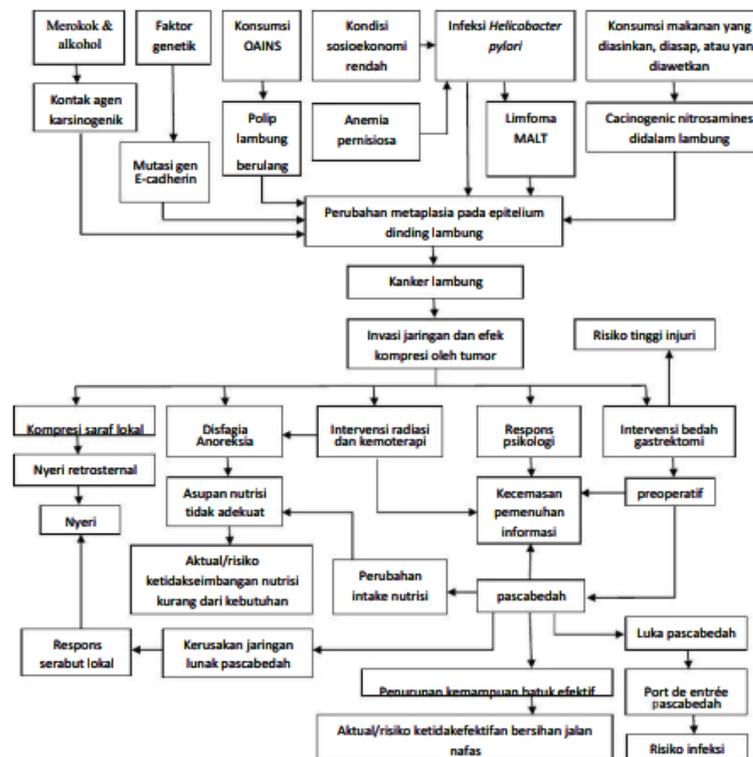
5. Patofisiologi

Tumor *Gaster* sering terjadi tanpa gejala karena lambung masih dapat berfungsi normal. Gejala biasanya timbul setelah massa tumor cukup membesar sehingga bisa menimbulkan gangguan anoreksia dan gangguan penyerapan nutrisi di usus sehingga berpengaruh pada penurunan berat badan yang akhirnya menyebabkan kelemahan dan gangguan nutrisi. Bila kerja usus dalam menyerap nutrisi makanan terganggu maka akan berpengaruh pada zat besi yang akan mengalami penurunan yang akhirnya menimbulkan anemia dan hal inilah yang menyebabkan gangguan pada perfusi jaringan penurunan pemenuhan kebutuhan oksigen di otak sehingga efek pusing sering terjadi. Pada stadium lanjut bila sudah metastase ke hepar bisa mengakibatkan hepatomegali. Tumor yang sudah membesar akan menghimpit atau menekan saraf sekitar *Gaster* sehingga impuls saraf akan terganggu, hal ini lah yang menyebabkan nyeri tekan epigastrik.

Adanya nyeri perut, hepatomegali, asites, teraba massa pada rektum, dan kelenjar limfe supraklavikuler kiri (Limfonodi Virchow) yang membesar menunjukkan penyakit yang lanjut dan sudah menyebar. Bila terdapat ikterus obstruktiva harus dicurigai adanya penyebaran di porta hepatic. Kasus stadium awal yang masih dapat dibedah untuk tujuan kuratif memberikan angka ketahanan hidup 5 tahun sampai 50 %. Bila telah ada metastasis ke kelenjar limfe angka tersebut menurun menjadi 10 %.

Pembedahan dilakukan dengan maksud kuratif dan paliatif. Untuk tujuan kuratif dilakukan operasi radikal yaitu *gastrektomi* (subtotal atau total) dengan mengangkat kelear limfe regional dan organ lain yang terkena. Sedangkan untuk tujuan paliatif hanya dilakukan pengangkatan tumor yang perforasi atau berdarah (Murtaza, 2017).

6. Pathway



Gambar 2.2 Pathway
(Sumber: (Nur Wahyudi 2013))

7. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan fisik

- 1) Inspeksi: akan tampak adanya pembengkakan (*swelling*) rongga perut dimana dinding perut tampak mengencang (*distensi*).
- 2) Palpasi: didaerah perut kanan bawah bila ditekan akan terasa nyeri dan bila tekanan dilepas juga akan terasa nyeri (*blumberg sign*) yang mana merupakan salah satu tanda dari diagnosa Tumor *Gaster*.

Pemeriksaan fisik dapat membantu diagnosis berupa berat badan menurun dan anemia. Di daerah *epigastrium* mungkin ditemukan suatu massa dan jika telah terjadi metastasis ke hati, teraba hati hati yang ireguler, dan kadang kadang kelenjar *limfe klavikula* teraba.

b. CT Scan

Pemeriksaan *CT Scan* ini dilakukan sebagai evaluasi praoperatif dan untuk melihat stadium dengan sistem TNM dan penyebaran ekstra lambung, yang penting untuk penentuan intervensi bedah radikal dan pemberian informasi prabedah pada pasien.

c. Endoskopi dan biopsi

Pada pemeriksaan endoskopi dan biopsi sangat penting untuk mendiagnosis karsinoma lambung, terutama untuk membedakan antara karsinoma epidermal dan adenokarsinoma. Paling tidak diperlukan beberapa tindakan biopsi, karena kemungkinan terjadi penyebaran ke submukosa dan adanya kecendrungan tertutupnya karsinoma epidermal oleh sel epitel skuamus yang normal

d. Pemeriksaan darah pada tinja

Pada tumor *Gaster* sering didapatkan perdarahan dalam tinja (*occult blood*), untuk itu perlu dilakukan pemeriksaan tes benzidin.

e. Sitologi

Pemeriksaan *papanicolao* dari cairan lambung dapat memasukkan tumor lambung dengan hasil 80-90%. Tentu pemeriksaan ini perlu dilengkapi dengan pemeriksaan gastroskopi dan biopsi.

8. Penatalaksanaan

a. Pembedahan

Tumor terdiagnosis sebelum ia menyebar dan saat tumor belum menyebar pasien akan menjalani pembedahan. Pada kasus tumor jinak, tumor dihilangkan dengan cara reseksi minimal yaitu dengan *gastrektomi* total atau parsial, serta penghilangan omentum (jaringan lemak di perut dan kelenjar getah bening didekatnya (Juni, 2020). *Gastrektomi* merupakan operasi pengangkatan seluruh atau sebagian lambung, dilakukan atas indikasi keganasan seperti kanker lambung. Penyebab utama prosedur *gastektomi* yaitu tumor/kanker *Gaster* dimana sel tumor menyerang satu bagian lambung atau lebih sehingga menyebabkan kerusakan jaringan lambung yang memerlukan tindakan jejunostomi feeding untuk pemenuhan nutrisi.

1) Indikasi *Gastrektomi*

Dilakukannya *gastrektomi* yaitu terdapatnya tumor jinak atau tumor nonkanker, pendarahan, peradangan, perforasi dinding perut, polip, kanker lambung, tukak lambung atau tukak duodenum parah, obesitas (membantu pasien agar dapat makan lebih sedikit sehingga penurunan berat badan lebih cepat), kanker esofagus.

2) Jenis *Gastrektomi*

Prosedur ini terbagi menjadi beberapa jenis yang berbeda, bergantung pada bagian mana yang diangkat dari lambung. Berikut adalah 4 jenis *gastrektomi*:

a) *Gastrektomi* Total

Dilakukannya dengan mengangkat seluruh bagian lambung. Setelah dilakukan pemotongan usus halus akan disambungkan langsung ke esofagus.

b) *Gastrektomi* Parsial

Dalam prosedur ini, bagian lambung yang diangkat sebagian, biasanya adalah bagian bawah atau getah bening. Dengan menutup duodenum (usus dua belas jari) yang merupakan bagian pertama dalam usus kecil yang menerima makanan hasil

pencernaan lambung. Sisa bagian lambung yang tidak diangkat akan akan dihubungkan dengan usus kecil.

c) Gastrektomi Lengan (*Sleeve Gastrectomy*)

Sleeve gastrectomy atau *gastrektomi* lengan adalah prosedur untuk mengangkat hingga tiga perempat lambung. Akan dilakukan pemotongan dengan mengubahnya lebih panjang serta ramping membentuk tabung.

d) *Esofagogastrektomi*

Prosedur yang satu ini umumnya dilakukan untuk mengatasi kanker esofagus. Bagian yang diangkat adalah bagian atas lambung dan bagian esofagus atau kerongkongan. Saluran yang *menghubungkan tenggorokan dan lambung akan diangkat.*

3) *Komplikasi Gastrektomi*

Perdarahan, kebocoran pada anastomosis, infeksi luka operasi, gangguan respirasi dan prolem yang berkaitan dengan balance cairan dan elektrolit.

b. Radioterapi eksternal

Tindakan ini bisa diberikan sebagai terapi kuratif tumor *Gaster* bagi pasien yang tidak bisa menjalani tindakan operasi karena sudah berusia lanjut atau memiliki penyakit.

c. Endoskopi

Polip lambung jinak diangkat dengan menggunakan endoskopi

d. Pengobatan (Kemoterapi)

Bila tumor telah menyebar ke luar dari lambung. Tujuan pengobatan adalah untuk mengurangi gejala dan memperpanjang harapan.

9. **Komplikasi**

Menurut (Juni, 2020), komplikasi dari Tumor *Gaster* adalah sebagai berikut:

- a. Perforasi
- b. Hematemesis

- c. Obstruksi pada bagian bawah lambung dekat pilorus
- d. Adhesi
- e. penyebaran pada berbagai organ seperti hati, pankreas dan kolon.

D. Jurnal Terkait

1. Penelitian berjudul “Pengaruh Terapi Distraksi dan Teknik Relaksasi Terhadap Penurunan Nyeri selama Perawatan Luka Operasi oleh Andi (2021)”. Tujuan penelitian ini adalah Untuk mengetahui pengaruh teknik distraksi dan teknik relaksasi terhadap nyeri selama di ruang perawatan bedah RSUD Kota Makassar. Penelitian ini merupakan jenis penelitian quasi eksperimen dalam penelitian ini teknik sampling yang digunakan oleh peneliti adalah menggunakan accidental sampling. Dimana semua jumlah populasi akan dijadikan sampel sebanyak 30 responden. Pengumpulan data dilakukan dengan observasi langsung kepada klien. Analisis data mencakup univariat untuk mencari distribusi frekuensi, dan analisis bivariat dengan uji wilcoxon signed ranks test alternatif Asymp. Sig. (2-tailed) dengan tingkat kemaknaan ($\alpha < 0,05$) untuk mengetahui hubungan antar variabel. Hasil analisis bivariat didapatkan pengaruh antara teknik distraksi terhadap nyeri ($\alpha = 0,000$) dan didapatkan pengaruh antara teknik relaksasi terhadap intensitas nyeri ($\alpha = 0,000$). Kesimpulan dalam penelitian ini adalah terdapat pengaruh antara teknik distraksi dan teknik relaksasi terhadap skala nyeri.
2. Penelitian berjudul “Asuhan Keperawatan Tn. A Dengan Soft Tissue Tumor Abdomen Di Ruang Husada RS. TK. III DR. Soetarto Yogyakarta “.Dalam penulisan ilmiah ini, penulis mendapatkan pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan dengan diagnosa Tumor Dinding Perut dengan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, perumusan diagnosa, perencanaan keperawatan, imlementasi, evaluasi dan dokumentasi. Metode dalam penulisan ini menggunakan metode deskriptif. Hasil pada penulisan ini yaitu dalam persiapan yang diberikan kepada Ny. A. selama 3 x 24 jam didapatkan 4 diagnosa Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik, Kurang pengetahuan tentang

penyakit berhubungan dengan kurang terpaparnya sumber informasi, Resiko infeksi dengan faktor prosedur invasif. Dari keempat diagnosis yang diselesaikan hanya diagnosis kurangnya pengetahuan saja. Untuk dokumentasi, peneliti menggunakan catatan pengembangan SOAP.

3. Mayasyanti dan Poppi tahun 2018 tentang Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas dalam terhadap intensitas nyeri pada pasien post operatif Appendectomy di Ruang Nyi Ageng Serang RSUD. Sekarwangi. penelitian ini menggunakan desain penelitian quasy eksperiment dengan pendekatan pre test dan post-test design tanpa control. jumlah sampel sebanyak 17 orang. Pengambilan sampel menggunakan accidental sampling. Analisa hipotesis menggunakan uji Wilcoxon. Hasil penelitian didapatkan bahwa 17 orang sebelum dilakukan relaksasi nafas dalam skala nyeri 5,00 dan sesudah diberikan relaksasi nafas dalam skala nyeri 3,00 berdasarkan hasil uji Wilcoxon bahwa ada pengaruh relaksasi nafas dalam terhadap intensitas nyeri pada pasien post operatif appendectomy. Kesimpulan dari penelitian ini adalah pengaruh relaksasi nafas dalam terhadap intensitas nyeri pada pasien post operatif appendectomy. Mengingat relaksasi nafas dalam dapat menurunkan nyeri post operatif appendectomy, perawat ruangan dapat diterapkan kepada pasien post operatif appendectomy sebagai terapi non farmakologi.