

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Proses Keperawatan

Proses keperawatan merupakan pendekatan pemecahan masalah yang digunakan untuk memenuhi perawatan kesehatan dan kebutuhan keperawatan pasien, proses keperawatan melibatkan 5 tahapan yaitu pengkajian (pengumpulan data), diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Proses keperawatan bersifat berkelanjutan, dinamis, dan suklik (Nabila, 2015).

Adapun tahapan dari proses keperawatan yang digunakan saat ini adalah :

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah pertama dari proses keperawatan dengan kegiatan mengumpulkan data atau mendapatkan data yang akurat dan klien sehingga akan ketahui berbagai permasalahan yang ada. Tahap pengkajian di lakukan dengan berbagai langkah diantaranya pengumpulan data, validasi data dan identifikasi pola (A. A. Hidayat, 2021).

a. Pengumpulan Data

1) Identitas klien

meliputi (umur, jenis, kelamin, pendidikan) meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, suku bangsa, diagnosis medis, nomer rekam medis(no.mr), dan alamat pasien (Leniwita & Anggraini, 2019).

2) Keluhan utama

Keluhan utama ini yang ditanyakan adalah keluhan atau gejala apa yang menyebabkan pasien berobat, keluhan atau gejala saat awal dilakukan pengkajian pertama kali yang utama

3) Riwayat kesehatan sekarang

Pengumpulan data riwayat kesehatan atau keperawatan sekarang yang perlu ditanyakan adalah faktor apa yang melatarbelakangi atau hal-hal yang mempengaruhi atau mendahului keluhan, bagaimana sifat terjadinya, bagaimana gejalanya (mendadak,

perlahan-lahan, terus menerus atau berupa serangan, hilang timbul atau berhubungan dengan waktu), bagaimana lokasi gejalanya, bagaimana sifat nya

4) Riwayat kesehatan masa lalu

Pengumpulan data riwayat kesehatan atau keperawatan masa lalu dapat di Tanya antara lain

a) Riwayat pemakain obat

b) Riwayat atau pengalaman masa lalu tentang kesehatan atau penyakit yang pernah di alami, atau riwayat masuk rumah sakit atau riwayat kecelakaan

5) Riwayat kesehatan keluarga

Pengumpulan data tentang riwayat keluarga yang perlu di tanyakan adalah bagaimana riwayat kesehatan atau keperawatan yang ada di miliki pada salah satu anggota keluarga, seperti yang di alami klien, atau mempunyai penyakit degeneratif atau lainnya

6) Riwayat psikososial

Riwayat psikososial ini di tanyakan tentang masalah-masalah psikologis yang di alami klaien yang ada hubungan dengan keadaan sosial masyarakat, keluarga atau lainnya

b. Pola Pungsi Kesehatan

1) Pola persepsi-pemeliharaan kesehatan

Pengumpulan data tentang persepsi dan pemeliharaan kesehatan yang perlu di tanyakan pada pasien antara lain persepsi terhadap penyakit atau sakit, persepsi terhadap arti kesehatan, persepsi terhadap penatalaksanaan kesehatan, seperti penggunaan atau pemakaian tembakau yang lakukan berapa kali dalam sehari

2) pola aktivits

Pengumpulan data yang perlu ditanyakan adalah kemampuan dalam menata diri, apabila tingkat kemampuan 0 berarti mandiri, 1 dengan menggunakan alat bantu 2 dengan bantuan orang lain, 3 dengan di abntu orang lain dan prantara, 4 ketergantungan/tidak mampu

3) pola nutrisi dan metabolik

Pola nutrisi dan metabolik yang di tanyakan adalah apa diet khusus/suplemen, instruksi diet sebelumnya, bagaimana nafsu makan, berapa jumlah minum dan makan serta cairan yang masuk

4) pola eliminasi

Pola yang perlu ditanyakan adalah kebiasaan defesi, berapa kali/hari, ada tidanya konstipasi, diare, inkontinensia, apakah mengalami ostonomi apa tipe nya, kebiasaan buang air besar

5) pola tidur- istirahat

Pengkajian pola tidur istirahat yang di tanyakan adalah kebiasaan jumlah jam tidur malam, tidur pagi, tidur siang, perasaan setelah tidur, masalah selama tidur, adanya insomnia atau mimpi buruk, dll

6) pola kognitif-persepsi

Pola ini yang di tanyakan adalah keadaan mental, apakah sadar, berorientasi, kacau mental, menyerang respon, berbicara normal, atau berbicara tidak jelas, berbicara berputar-putar atau juga afasia

7) persepsi diri/konsep diri

Persepsi ini adalah yang di tanyakan tentang diri pasien dari masalah yang ada, seperti perasaan kecemasan, ketakutan atau penilaian terhadap diri mulai dari peran, ideal diri, konsep diri, gambaran diri dan identitas tentang dirinya

8) pola seksual-reproduktif

Pengumpulan data tentang pola seksual dan reproduksi ini dapat di tanyakan tentang preode menstruasi terakhir (PTM), masalah menstruasi/hormonal dan masalah pap smear

9) pola hubungan dan peran

Pola ini yang perlu ditanyakan adalah pekerjaan, status pekerjaan, ketidak mampuan bekerja, hubungan dengan klien atau keluarga, dan peran yang dilakukan

10) pola nilai dan keyakinan

Yang perlu ditanyakan adalah pantangan dalam agama sakit serta kebutuhan adanya rohaniawan dan lain-lain.

c. Pemeriksaan Fisik

- 1) Keadaan umum
- 2) Pemeriksaan tanda vital
- 3) Pemeriksaan fisik meliputi 4 cara yaitu:
 - a) Inspeksi Proses observasi yang dilakukan secara melihat, inspeksi digunakan untuk mendeteksi tanda-tanda fisik yang berhubungan dengan aktivitas fisik fokus inspeksi pada setiap bagian tubuh yang meliputi ukuran tubuh warna bentuk posisi simetris luka perubahan yang terjadi pada kulit kelainan anatomi roses observasi yang dilakukan secara melihat
 - b) Palpasi untuk pemeriksaan dengan cara perabaan tangan dan jari-jari adalah instrumen yang sensitif untuk merasakan adanya suatu perubahan yang terjadi pada tubuh palpasi digunakan untuk mengumpulkan data tentang temperatur turbor bentuk dan ukuran massa kelembaban titrasi dan tekstur
 - c) Perkusi itu ada pemeriksaan dengan cara menepuk tujuannya untuk menentukan batas-batas organ atau bagian tubuh dengan cara merasakan vibrasi yang ditimbulkan akibat adanya gerakan yang diberikan ke bawah jaringan
 - d) Auskultasi metode pemeriksaan dengan cara mendengarkan dengan stetoskop bertujuan untuk mendengarkan bunyi jantung suara nafas bunyi usus denyut jantung janin mengukur tekanan darah

d. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan yang meliputi laboratorium, radiologi, ultrasonografi medis (USG), computerized tomograohy scan (CTscan), magnetic resonance imaging (MRI), dan bila di perlukan di buat dalam bentuk daftar atau tabel hasil pemeriksaan

2. **Diagnosis keperawatan**

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosis

keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon lien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2016)

Tabel 2.1
Diagnosa Keperawatan

No.	Diagnosa	Etiologi	Tanda dan Gejala mayor	Tanda dan gejala minor	Kondisi klinis
1.	Nyeri Akut	1. Agen pcedera fisiologis(mis.inflamasi, iskemia, neoplasma) 2. Agen pcedera kimiawi (mis. Terbakar, bahan kimia iritan) 3. Agen pcedera fisik (mis. Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik Berlebihan	Gejala dan tanda mayor Subjektif: - Objektif 1. Tampak Meringis 2. Bersikap Protektif 3. Gelisah 4. Frekuensi Nadi Meningkat 5. Sulit tidur	Gejala dan tanda minor Subjektif - Objektif 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	Pengkajian nyeri Dapat Menggunakan instrumen skala nyeri seperti : - FLACC Behavioral pain scale untuk usia kurang dari 3 Tahun - Baker – Wong - FACES scale untuk usia 3-7 Tahun - visual analogue scale atau numeric rating scale untuk usia diatas 7 tahun

2	Gangguan pola Tidur	<p>1. Hambatan lingkungan (mis. Kelembapan lingkungan sekitar suhu, lingkungan, pencahayaan, kebisingan, bau tidak sedap, jadwal pemantauan/ pemeriksaan/ tindakan)</p> <p>2. Kurang kontrol tidur</p> <p>3. Kurang privasi</p> <p>4. Restoran fisik</p> <p>5. Ketiadaan teman tidur</p> <p>Tidak familiar dengan peralatan tidur</p>	<p>Gejala dan tanda mayor</p> <p>Subjektif</p> <p>1. Mengeluh sulit tidur</p> <p>2. Mengeluh sering terjaga</p> <p>3. Mengeluh tidak puas tidur</p> <p>4. Mengeluh pola tidur berubah</p> <p>5. Mengeluh istirahat tidak cukup</p> <p>Objektif</p> <p>-</p>	<p>Gejala dan tanda minor</p> <p>Subjektif</p> <p>1. Mengeluh Kemampuan Beraktivitas</p> <p>Menurun</p> <p>Objektif</p> <p>-</p>	<p>1. Nyeri / kolik</p> <p>2. Hipertiroidisme</p> <p>3. Kecemasan</p> <p>4. Penyakit paru obstruktif kronis</p> <p>5. Kehamilan</p> <p>6. Periode pasca partum</p> <p>7. Kondisi pascaoperasi</p>
3.	Defisit perawatan diri	<p>1. Gangguan muskuloskeletal</p> <p>2. Gangguan neuro muskuler</p> <p>3. Kelemahan</p> <p>4. Gangguan psikologis dan psikotik</p> <p>Penurunan motivasi/ minat</p>	<p>Gejala dan tanda mayor</p> <p>Subjektif:</p> <p>1. Menolak melakukan perawatan diri</p> <p>Objektif:</p> <p>1. Tidak mampu mandi/ menganakan pakaian/ ketoilet/ berhias secara mandiri</p> <p>2. Minat melakukan perawatan diri kurang</p>	<p>Gejala dan tanda minor</p> <p>Subjektif:</p> <p>-</p> <p>Objektif:</p> <p>-</p>	<p>1. Stroke</p> <p>2. Cedera medula spinalis</p> <p>3. Depresi</p> <p>4. Arthritis reumatois</p> <p>5. Delirium</p> <p>6. Retardasi mental</p> <p>7. demensia</p> <p>8. gangguan amnesik</p> <p>9. skizofrenia dan gangguan psikotik</p> <p>10. fungsi penilaian terganggu</p>
4.	Gangguan citra tubuh	<p>1. Perubahan struktur / bentuk tubuh (mis, amputasi, trauma, luka bakar, obesitas, jerawat)</p> <p>2. Perubahan fungsi tubuh (mis, proses penyakit, kehamilan,</p>	<p>Subjektif:</p> <p>1. Mengungkapkan kecacatan / kehilangan bagian tubuh</p> <p>Objektif:</p> <p>1. Kehilangan bagian tubuh</p> <p>2. Fungsi / struktur tubuh berubah / hilang</p>	<p>Subjektif:</p> <p>1. Tidak mau mengungkapkan kecacatan / kehilangan bagian tubuh</p> <p>2. Mengungkapkan perasaan negatif tentang perubahan tubuh</p> <p>3. Mengungkapkan kekhawatiran pada penolakan /</p>	<p>1. Mastektomi</p> <p>2. Amputasi</p> <p>3. Jerawat</p> <p>4. Parut atau luka bakar yang terlihat</p> <p>5. Obesitas</p> <p>6. Hiperpigmentasi</p> <p>7. Gangguan psikiatrik</p> <p>8. Program terapi neoplasma</p> <p>9. Alopecia chemically induced</p>

		<ul style="list-style-type: none"> kelumpuhan) 3. Perubahan fungsi kognitif 4. Ketidaksesuaian budaya, keyakinan, atau sistem nilai 5. Transisi perkembangan 6. Gangguan psikososial 7. Efek tindakan / pengobatan (mis. Pembedahan, kemoterapi, terapi radiasi) 		<p>reaksi orang lain</p> <ul style="list-style-type: none"> 4. Mengungkapkan perubahan gaya hidup <p>Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Menyembunyikan / menunjukkan bagian tubuh secara berlebihan 2. Menghindari melihat dan / atau menyentuh bagian tubuh 3. Fokus berlebihan pada perubahan tubuh 4. Respon nonverbal pada perubahan dan persepsi tubuh 5. Hubungan sosial berubah 	
5.	Ansietas	<ul style="list-style-type: none"> 1. Krisis situasional 2. Kebutuhan tidak terpenuhi 3. Ancaman terhadap konsep diri 4. Kekhawatiran mengalami kegagalan 5. Disfungsi sistem keluarga 6. Faktor keturunan (temperamen mudah teragitasi sejak lahir) 7. Penyalahgunaan zat 8. Terpapar bahaya lingkungan (mis toksin, polutan, dan lain lain) 9. Kurang terpapar informasi 	<p>Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Merasa bingung 2. Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi 3. Sulit berkonsentrasi <p>Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Tampak gelisah 2. Tampak tegang 3. Sulit tidur 	<p>Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh pusing 2. Anoreksia 3. Palpitasi 4. Merasa tidak berdaya <p>Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi nafas meningkat 2. Tekanan darah meningkat 3. Diaforesis 4. tremor 	<ul style="list-style-type: none"> 1. penyakit kronis progresif 2. penyakit akut 3. hospitalisasi 4. rencana operasi

3. Perencanaan

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

Tabel 2..2
Rencana keperawatan

No	Diagnosa	Tujuan	Intervensi utama	Intervensi pendukung
1.	Nyeri akut	<p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan rasa nyeri berkurang dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Secara subjektif melaporkan nyeri berkurang dengan skala nyeri 2-3 dan menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang 2. Melaporkan nyeri berkurang dengan menggunakan teknik manajemen nyeri 3. Meringis Menurun 4. Gelisah Menurun TTV dalam batas normal 	<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 respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah di berikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgesic <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 2. Kontrol lingkungan yang memper berat rasa nyeri 3. Fasilitasi istirahat tidur <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, 	<p>Edukasi Teknik Nafas</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesehatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan manfaat teknik nafas 2. Jelaskan prosedur teknik nafas 3. Anjurkan memposisikan tubuh senyaman mungkin 4. Anjurkan menutup mata dan berkonsentrasi penuh 5. Anjurkan melakukan inspirasi dengan menghirup udara melalui hidung secara perlahan 6. Ajarkan melakukan ekspirasi dengan menghembuskan udara mulut mencucu secara perlahan 7. Demonstrasikan menarik nafas dalam selama 4 detik, menahan nafas selama 2 detik dan menghembuskan nafas selama 8 detik

			<p>priode, dan pemicu nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan monitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan Menggunakan analgesic secara tepat 5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgesic. 	
2	Gangguan pola tidur	<p>Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Pola tidur membaik berkurang dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan tidak puas tidur menurun 3. Keluhan pola tidur berubah menurun 4. Keluhan sering terjaga menurun <p>Keluhan istirahat tidak cukup menurun</p>	<p>Dukungan Tidur</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur 4. Identifikasi obat tidur yang di konsumsi <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 nakupresur) 6. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan 	<p>Manajemen lingkungan</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi keamanan dan kenyamanan lingkungan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atur posisi furniture dengan rapih dan terjangkau 2. Atur suhu lingkungan yang sesuai 3. Sediakan ruang berjalan yang cukup dan aman 4. Sediakan tempat tidur dan lingkungan yang bersih dan nyaman 5. Sediakan pewangi ruangan jika perlu 6. Hindari pandangan langsung ke kamar mandi, toilet, atau peralatan untuk eliminasi 7. Ganti pakaian secara berkala 8. Hindari paparan langsung dengan cahaya matahari atau cahaya yang tidak perlu 9. Izikan membawa benda-benda yang disukai dari rumah

			<p>tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup saat sakit 2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 3. Anjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur 4. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM 5. Anjurkan factor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis. Psikologi gaya hidup, sering berubah shift bekerja) 7. Ajaran relakasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya 	<ol style="list-style-type: none"> 10. Izinkan keluarga untuk tinggal mendampingi pasien 11. Fasilitasi penggunaan barang-barang pribadi (mis. Piyama, jubah, perlengkapan mandi) 12. Pertahankan konsistensi kunjungan tenaga kesehatan 13. Berikan bel atau alat komunikasi untuk memanggil perawat <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan cara membuat lingkungan rumah yang aman 2. Jelaskan cara menghadapi bahaya kebakaran 3. Ajarkan pasien dan keluarga/ pengunjung tentang upaya pencegahan infeksi
3.	Defisit perawatan diri	<p>Setelah dilakukan asuhankeperawatan selama 3x24jam diharapkan defisit perawatan diri meningkat berkurang dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan mandiri meningkat 2. Melakukan perawatan diri meningkat 3. Minat melakukan perawatan diri meningkat 	<p>Dukungan perawatan diri: mandi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan diri 2. Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan 3. Monitoring kebersihan tubuh (mis. Rambut,kuku, mulut, kulit,kuku) 4. Monitoring integritas kulit <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan peralatan mandi (mis.Sabun, sikat gigi,shampoo, pelembap kulit) 2. Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman 3. Fasilitasi menggosok gigi sesuai kebutuhan 4. Pertahankan kebiasaan 	<p>Perawatan kuku Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kebersihan dan kesehatan kuku 2. Monitor perubahan yang terjadi pada kuku <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rendam kuku dengan air hangat 2. Fasilitasi pemotongan dan pembersihan kuku, sesuai kebutuhan 3. Bersihkan kuku dengan bahan alami (mis, air putih, lemon, belimbing wuluh) 4. Bersihkan bagian bawah kuku dengan alat bantu pembersih kuku 5. Oleskan minyak zaitun hangat pada kuku 6. Lembabkan daerah sekitar kuku untuk mencegah kekeringan <p>Edukasi</p>

			<p>kebersihan diri</p> <p>5. Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan Ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien, jika perlu</p>	<p>1. Anjurkan memotong dan membersihkan kuku secara rutin</p> <p>2. Anjurka mengkonsumsi makanan kaya biotin (mis, susu, telur, kacang kacangan)</p>
4.	Gangguan Citra Tubuh	<p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan rcitra tubuh meningkat dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyembunyi kan bagian tubuh menurun 2. Fokus pada bagian tubuh menurun 	<p>Promosi citra tubuh</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan 2. Identifikasi budaya, agama, jenis kelamin, dan umur terkait citra tubuh 3. Identifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi sosial 4. Monitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri 5. Monitor apakah pasien bisa melihat bagian tubuh yang berubah <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan perubahan tubuh dan fungsinya 2. Diskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri 3. Diskusikan perubahan akibat pubertas kehamilan dan penuaan 4. Diskusikan kondisi stres yang mempengaruhi citra tubuh (mis, luka, penyakit, pembedahan) 5. Diskusikan cara mengembangkan harapan citra tubuh secara realistis 6. Diskusikan persepsi pasien dan keluarga tentang perubahan citra tubuh 	<p>Dukungan Penampilan Peran</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi berbagai peran dan periode transisi sesuai tigtat perkembangan 2. Identifikasi peran yang ada dalam keluarga 3. Identifikasi adanya peran yang tidak terpenuhi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi adaptasi peran keluarga terhadap perubahan peran yang tidak di inginkan 2. Fasilitasi bermain peran dalam mengantisipasi reaksi orang lain terhadap perilaku 3. Fasilitasi diskusi perubahan peran anak terhadap bayi baru lahir, jika perlu 4. Fasilitasi dislusi tentang peran orangtua jika perlu 5. Fasilitasi tentang diskusi tentang adaptasi peran saat anak meninggalkan rumah jika perlu <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan perilaku yang dibutuhkan untuk pengembagan peran 2. Diskusikan perubahan peran yang diperlukan akibat penyakit atau ketidakmampuan

			<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan kepada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh 2. Anjurkan mengungkapkan gambaran diri terhadap citra tubuh 3. Anjurkan menggunakan alat bantu (mis, pakaian, wig, kosmetik) 4. Anjurkan mengikuti kelompok pendukung (mis, kelompok sebaya) 5. Latih fungsi tubuh yang dimiliki 6. Latih peningkatan penampilan diri 7. Latih pengungkapan kemampuan diri kepada orang lain maupun kelompok 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Diskusikan perubahan peran dalam menerima ketergantungan orang tua 4. Diskusikan strategi positif untuk mengelola perubahan peran 5. Ajarkan perilaku baru yang dibutuhkan oleh pasien / orang tua untuk memenuhi peran <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rujuk dalam kelompok untuk mempelajari peran baru
5.	Ansietas	<p>Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Tingkat Ansietas menurun berkurang dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Verbalisasi kebingungan menurun 3. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 4. Perilaku gelisah menurun 5. Perilaku tegang menurun 6. Konsentrasi membaik 7. Pola tidur membaik 	<p>Reduksi Ansietas</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis, kondisi, waktu, stresor) 2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan 3. Monitor tanda tanda ansietas (verbal dan nonverbal) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan jika memungkinkan 3. Pahami situasi yang membuat ansietas 4. Dengarkan dengan penuh perhatian 5. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 	<p>Teknik Distraksi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi teknik distraksi yang diinginkan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gunakan teknik distraksi (mis, membaca buku, menonton televisi, bermain, aktivitas terapi, membaca cerita, bernyanyi) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan manfaat dan jenis distraksi bagi panca indera (mis, musik, penghitungan, televisi, baca, video / permainan genggam) 2. Anjurkan menggunakan teknik sesuai dengan energi, kemampuan, usia, tingkat perkembangan 3. Anjurkan membuat daftar aktivitas yang menyenangkan 4. Anjurkan berlatih

			<ol style="list-style-type: none"> 6. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan 7. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan 8. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami 2. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, prognosis 3. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien jika perlu 4. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan 5. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 6. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan 7. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat 8. Latih teknik relaksasi <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian obat anti ansietas jika perlu 	teknik distraksi
--	--	--	---	------------------

4. Implementasi

Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (PPNI, 2018).

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir yang bertujuan untuk menilai

apakah tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau tidak untuk mengatasi suatu masalah (Tallulembang et al., 2021). Pada tahap evaluasi, perawat dapat mengetahui seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaan telah tercapai.

B. Konsep Dasar Kebutuhan Manusia

1. Definisi Kenyamanan

Kenyamanan/ rasa nyaman adalah suatu keadaan suatu keadaan telah terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan akan ketentraman (suatu kepuasan) yang meningkatkan penampilan sehari-hari kelegaan (kebutuhan telah terpenuhi), dan transenden (keadaan tentang sesuatu yang melebihi masalah atau nyeri) kenyamanan mesti dipandang secara holistik yang mencakup empat aspek yaitu:

- a. Fisik, berhubungan dengan hubungan interpersonal, keluarga, dan sosial
- b. Sosial, berhubungan dengan hubungan dengan kewaspadaan internal dalam diri sendiri yang meliputi harga diri, seksualitas, dan makna kehidupan.
- c. Psikospiritual, berhubungan dengan kewaspadaan internal dalam diri sendiri yang meliputi harga diri, seksualitas, dan makna kehidupan)
- d. Lingkungan, berhubungan dengan latar belakang pengalaman ekstrnal manusia seperti cahaya, bunyi, temperatur, warna, dan unsur alamiah lainnya (Kasiati & Rosmalawati, 2016)

2. Pengertian Nyeri

Nyeri merupakan suatu kondisi yang lebih dari sekedar sensasi tunggal yang di sebabkan oleh stimulus tertentu. Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan tidak menyenangkan bersifat sangat subyektif karena perasaan nyeri berbeda pada setiap orang dalam hal skala atau tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang di alaminya (Kasiati & Rosmalawati, 2016).

3. Fisiologi nyeri

Terjadinya nyeri berkaitan erat dengan reseptor dan adanya rangsangan reseptor nyeri yang di maksud dengan nociceptor, merupakan

ujung ujung saraf sangat bebas yang memiliki sedikit atau bahkan tidak memiliki myelin, yang tersebar pada kulit dan mukosa, khususnya pada viscera, persendian, dinding arteri, hati dan kandung empedu. Reseptor nyeri dapat memberikan respon akibat adanya stimulasi dan rangsangan. Stimulasi tersebut dapat berupa zat kimiawi seperti bradikinin, histamin, prostaglandin, dan macam macam asam yang di lepas apabila terdapat kerusakan pada jaringan akibat kekurangan oksigenasi stimulasi yang lain dapat berupa termal, listrik atau mekanis (Kasiati & Rosmalawati, 2016).

4. Klasifikasi nyeri

Secara umum di bedakan menjadi 2 yakni: nyeri akut dan nyeri kronis. Nyeri akut merupakan nyeri yang timbul secara mendadak dan cepat menghilang, yang tidak melebihi 6 bulan dan ditandai adanya peningkatan tegangan otot. Nyeri kronis adalah nyeri yang timbul secara perlahan –lahan, biasanya berlangsung dalam waktu yang cukup lama, yaitu lebih dari 6 bulan. Yang termasuk dalam nyeri kronis ini adalah nyeri terminal sindrom nyeri kronis, dan nyeri psikomotif (Kasiati & Rosmalawati, 2016)

Tabel 2.3
Karakteristik nyeri akut dan nyeri kronis

Karakteristik	Nyeri akut	Nyeri kronis
Pengalaman	Satu kejadian	Satu situasi, status Eksistensii
Sumber	Sebab eksternal/ penyakit dari dalam	Tidak diketahui atau pengobatan yang terlalu Lama
Serangan	Mendadak	Bisa mendadak, berkembang dan berselubung
Waktu	Sampai 6 bulan	Lebih dari 6 bulan sampai bertahun tahun
Pernyataan nyeri	Daerah nyeri tidak diketahui dengan pasti	Daerah nyeri sulit di bedakan intensitasnya, sehingga sulit di evaluasi
Gejala gejala klinis	Pola respons yang khas dengan gejala yang lebih Jelas	Pola respons yang bervariasi dengan sedikit gejala (adaptasi)
Pola	Terbatas	Berlangsung terus, dapat bervariasi

Perjalanan	Perjalanan	Penderitaan meningkat setelah beberapa saat
------------	------------	---

5. Teori Nyeri

Terdapat beberapa teori tentang terjadinya nyeri menurut (Kasiati & Rosmalawati, 2016), diantaranya

a. Teori pemisahan (*Spaciality*)

Menurut teori ini, rangsangan sakit masuk ke medula 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 tempat rangsangan nyeri tersebut diteruskan

b. Teori pola (*Pattern Theory*)

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

c. gerbang (*Gate Control Theory*)

Menurut teori ini nyeri bergantung 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.

d. Teori Transmisi dan Inhibisi

Adanya stimulus pada nociceptor mulai 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.

6. Faktor faktor yang mempengaruhi nyeri

a. Arti nyeri

Arti nyeri bagi seseorang memiliki banyak perbedaan dan hampir sebagian arti nyeri merupakan arti yang negatif, seperti membahayakan, merusak, dan lain lain ini di pengaruhi oleh berbagai oleh berbagai faktor, seperti usia, jenis kelamin latar belakang sosial budaya, dan pengalaman.

b. Persepsi nyeri

Persepsi nyeri merupakan penilaian yang sangat subyektif tepatnya pada kortkes (pada fungsi evaluatif kognitif) persepsi ini di pengaruhi oleh faktor yang memicu stimuli nociceptor.

c. Toleransi nyeri

Toleransi ini erat hubungannya dengan intensitas nyeri yang dapat mempengaruhi kemampuan seseorang menahan nyeri. Faktor yang

dapat mempengaruhi peningkatan toleransi nyeri antara lain: obat obatan, hipnotis, dan lain lain. Sedangkan faktor yang dapat menurunkan toleransi nyeri antara lain: kelelahan, rasa marah, bosan, cemas, nyeri yang tidak kunjung hilang, sakit, dan lain lain.

d. Reaksi terhadap nyeri

Reaksi terhadap nyeri merupakan bentuk respons seorang terhadap nyeri, seperti ketakutan, gelisah, cemas, menangis, dan menjerit. Semua ini merupakan bentuk respon nyeri yang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti nyeri tingkat persepsi nyeri, pengalaman masa lalu, nilai budaya, harapan sosial, kesehatan fisik dan mental, rasa takut, cemas, usia dan lain lain.

C. Tinjauan Konsep Penyakit

1. Konsep Penyakit

a. Definisi

Neoplasma memiliki pengertian yaitu sekumpulan jaringan baru (kumpulan sel) yang tumbuh secara mandiri di struktur sekitarnya dan tidak memiliki tujuan fisiologis. Istilah neoplasma biasa disebut juga dengan tumor, yang berasal dari bahasa latin yang memiliki arti “pembengkakan” (LeMone Priscilla, 2016)

Tumor merupakan pertumbuhan sel yang tidak normal sehingga terbentuk jaringan baru, sering kali masyarakat awam menyebutnya daging baru. Tumor terdiri dari dua macam diantaranya tumor jinak dan tumor ganas (Soebagjo D, 2017).

Soft Tissue Tumor (STT) merupakan massa atau sekumpulan heterogen jinak atau ganas yang berkembang dari berbagai elemen nonepitel, ekstrakeletal, termasuk jaringan adiposa, otot polos, dan rangka, tendon, tulang rawan, jaringan vibrosa, pembuluh darah, dan struktur limfatik (Pangestika & Lalu, 2021). Tumor jaringan lunak dapat timbul di lokasi manapun diantaranya adalah ekstremitas bawah terutama paha (40%), ekstremitas atas (20%) kepala dan leher (10%), dan di tubuh serta peritoneum (30%) (Abbas et al., 2015).

b. Etiologi

1) Kondisi genetic

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

2) Radiasi

Mekanisme patogenik merupakan munculnya mutasi gen radiasi induksi yang mendorong transformasi neoplastik.

3) Lingkungan karsinogen

Sebuah hubungan antara eksposur ke berbagai karsinogen dan setelah itu dilaporkan meningkatnya insiden tumor jaringan lunak

4) Infeksi

Infeksi virus Epstein-barr dalam orang yang kekebalannya lemah akan meningkatkan kemungkinan tumor jaringan lunak.

5) Trauma

Hubungan antara trauma dan *soft tissue tumor* pada dasarnya tidak cukup signifikan trauma mungkin menarik perhatian medis ke praluka yang ada (Sudarsa, 2019).

c. Faktor Resiko

1) Kelainan genetic seperti sindrom gardner atau sindrom Li-Fraumeni

2) Keturunan

3) Riwayat penyakit tulang

4) Terpapar radiasi sering Terkena paparan zat kimia seperti arsenic, dioksin

d. Tanda dan Gejala

Gejala dan tanda jaringan lunak tidak spesifik, tergantung pada lokasi dimana tumor berada, umumnya gejalanya berupa adanya suatu benjolan di bawah kulit yang tidak terasa sakit. Hanya sedikit penderita yang mengeluh sakit, yang biasanya terjadi akibat pendarahan atau nekrosis dalam tumor, dan bisa juga karena adanya penekanan pada saraf-saraf tepi.

Tumor jinak jaringan biasanya tumbuh lambat, tidak cepat membesar, bila diraba terasa lunak dan bila tumor digerakkan relatif masih mudah digerakkan dari jaringan disekitarnya dan tidak pernah menyebar ke tempat jauh. Umumnya pertumbuhan tumor jaringan lunak relatif cepat membesar, berkembang menjadi benjolan yang keras, dan bila digerakkan agak sukar dan dapat menyebar ke tempat jauh ke paru-paru, liver maupun tulang. Walau ukuran tumor sudah begitu besar, dapat menyebabkan borok dan pendarahan pada kulit di atasnya.

Keluhan sangat tergantung dari dimana tumor tersebut tumbuh. Keluhan utama pasien sarcoma jaringan lunak (SJL) daerah

ekstremitas tersering adalah benjolan yang umumnya tidak nyeri dan tidak mempengaruhi kesehatan secara umum kecuali pembesaran tumornya. Hal ini yang mengakibatkan seringnya misinterpretasi antara sarcoma jaringan lunak dan tumor jinak jaringan lunak. Untuk SJL lokasi di visceral/retroperitoneal umumnya dirasakan ada benjolan abdominal yang tidak nyeri, hanya sedikit kasus yang disertai nyeri, kadang-kadang terdapat pula pendarahan gastrointestinal, obstruksi usus atau berupa gangguan neurovascular. Perlu ditanyakan bila terjadi dan bagaimana sifat pertumbuhannya. Keluhan yang berhubungan dengan infiltrasi dan penekanan terhadap jaringan sekitar. Keluhan yang berhubungan dengan metastasis jauh.

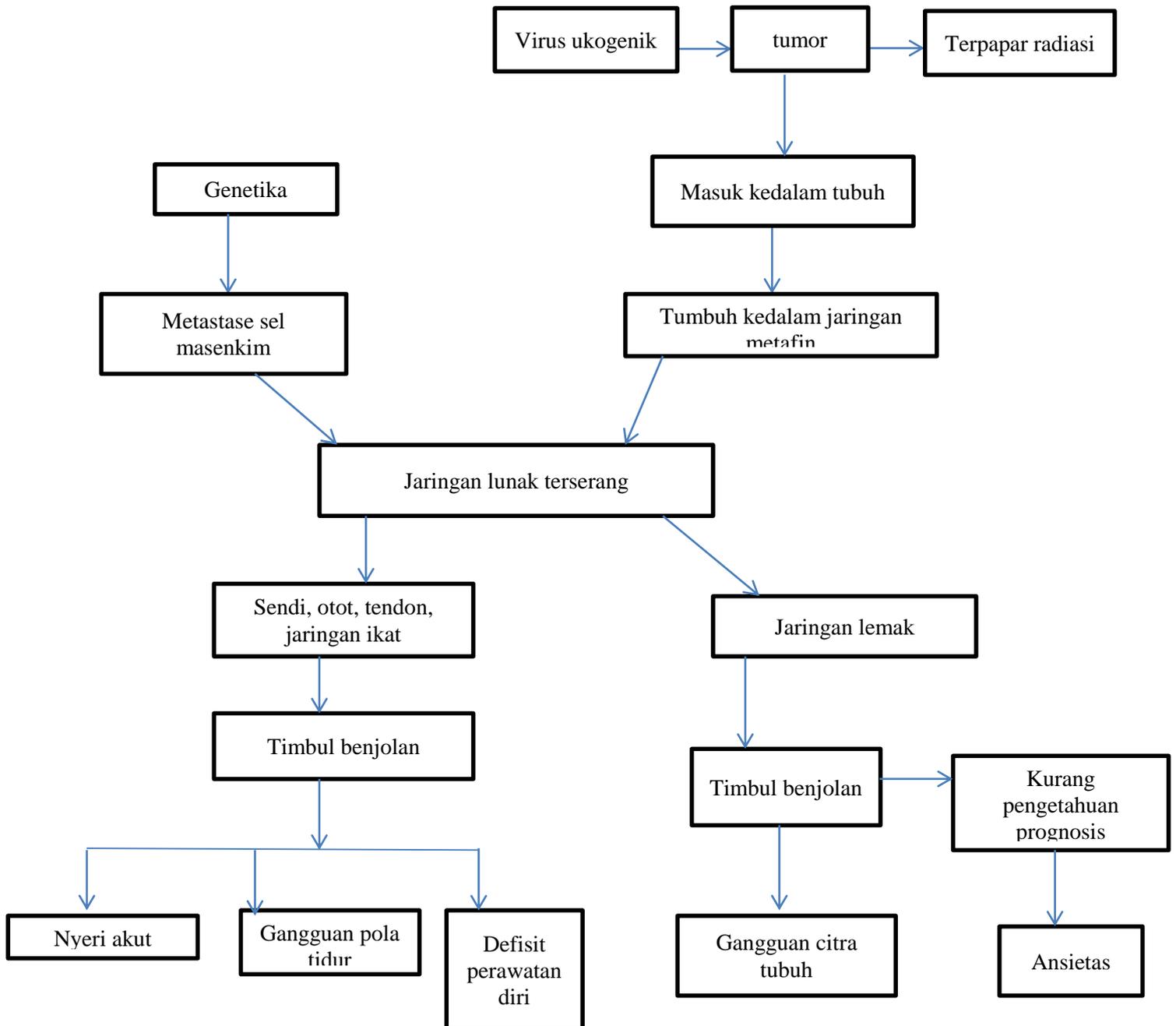
Pada pemeriksaan fisik dilakukan untuk menentukan lokasi dan ukuran tumor, batas tumor, konsistensi dan mobilitas, serta menilai nyeri. Perlu juga dilakukan pemeriksaan kelenjar getah bening regional untuk menilai metasis regional (Octavianna, 2018).

e. Klasifikasi

Tumor jaringan lunak mewakili sekelompok lesi kompleks yang menunjukkan diferensiasi yang luas. WHO (World Health Organization) mengklasifikasikan menjadi kelompok-kelompok berikut:

- 1) tumor adipositik,
- 2) tumor fibroblastik,
- 3) tumor fibrohistiositik,
- 4) tumor otot polos,
- 5) tumor parasitik,
- 6) tumor muskuloskeletal,
- 7) tumor vaskular
- 8) tumor stroma gastrointestinal,
- 9) tumor saraf,
- 10) tumor chondro-osseous,
- 11) tumor dengan diferensi tidak pasti, dan
- 12) sarkoma yang tidak berdiferensiasi/ tidak dapat diklasifikasikan

f. Pathway



Gambar 2.1 *pathway soft tissue tumor*
 Sumber: Pangestika et al, 2021

D. Publikasi Terkait Asuhan Keperawatan

No.	Judul	Tahun	Penulis	Metode	Hasil
1.	Asuhan keperawatannya nyeri akut pada Tn. P dengan soft tissue tumor di Otopedi Dr. Soeharso Surakarta	2021	1. Anindhita pangestika 2. Lalu Wisnu RDan	Studi kasus tentang keperawatan medikal bedah	Berdasarkan asuhan keperawatan medical bedah nyeri akut pada Tn. P Tumor jaringan lunak adalah kelompok heterogen lesi jinak dan ganas yang berkembang dari berbagai elemen epitel, ekstraskeletal Tumor jaringan lunak
2.	Asuhan Keperawatan Perioperatif Pada Pasien Soft Tissue Tumor Multiple Punggung Dengan Tindakan Multiple Punggung Eksisi Di Rumah Sakit Bhayangkara Polda Lampung	2022	Nada Nusaibah	Metode penulisan asuhan keperawatan meliputi pengkajian, diagnose, intervensi, implementasi dan evaluasi	Gambaran pengkajian pada pasien pos op soft tissue tumor dimana ditemukan keluhan nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (procedural pembedahan)
3.	Asuhan keperawatan Tn A dengan soft tissue tumor abdomen Di Ruang Husada Rumah Sakit Tk. III Sr., Soetarto Yogyakarta	2018	Sadi	Metode yang digunakan studi kasus keperawatan medikal bedah	Hasil asuhan keperawatan yang dilaksanakan 3x24 jam dari ke enam diagnosa keperawatan 3 diagnosa keperawatan teratasi dan 1 diagnosa keperawatan teratasi sebagian