

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Kebutuhan Dasar

1. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Kebutuhan dasar manusia pada hakikatnya untuk memenuhi kebutuhan dasar manusia dan syarat kelangsungan hidupnya. Diketahui teori hierarki kebutuhan dasar manusia Abraham Maslow dapat dikembangkan untuk menjelaskan kebutuhan dasar manusia sebagai berikut:

- a. Kebutuhan fisiologis, adalah kebutuhan dasar, dimana kebutuhan fisiologis adalah oksigen, cairan, nutrisi, keseimbangan suhu tubuh, eliminasi, perlindungan, istirahat dan tidur, serta kebutuhan seksual.
- b. Kebutuhan akan rasa aman dan perlindungan, merupakan hal yang lumrah untuk perlindungan fisik dan mental.
- c. Kebutuhan akan kasih sayang, rasa kebersamaan dan kepemilikan, termasuk memberi dan menerima kasih sayang, menerima kehangatan keluarga, persahabatan, penerimaan kelompok sosial, dan sebagainya.
- d. Harga diri dan kebutuhan akan pengakuan dari orang lain. Ini berkaitan dengan keinginan akan kekuasaan, prestasi, rasa percaya diri dan kemandirian.
- e. Kebutuhan aktualisasi diri merupakan kebutuhan tertinggi dalam hierarki Maslow, yang dinyatakan sebagai kebutuhan untuk berkontribusi demi kebaikan orang lain atau lingkungan dan untuk mencapai potensi diri secaramaksimal (Haswita & Sulistyowati, 2017).

2. Konsep Nyeri

a. Definisi

Nyeri merupakan suatu Nyeri merupakan suatu kondisi lebih dari sekedar sensasi tunggal yang disebabkan oleh stimulus teretentu. Nyeri bersifat subyektif dan sangat bersifat individual. Stimulus dapat berupa stimulus fisik dan atau mental, sedangkan kerusakan dapat terjadi pada jaringan aktual atau pada fungsi ego seorang individu.

Menurut International Association for Study of Pain nyeri adalah pengalaman perasaan emosional yang tidak menyenangkan akibat terjadinya kerusakan aktual maupun potensial atau menggambarkan kondisi terjadinya kerusakan (Haswitan & Sulistyowati, 2017).

b. Teori nyeri

1) Teori pemisahan (Specificity Theory)

Rangsangan sakit masuk ke medula spinalis melalui kornudorsalis 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 gangliondorsal ke medulla spinalis dan merangsang aktivitas sel T. Hal ini mengakibatkan suatu respon yang merangsang ke bagian lain yang lebih tinggi yaitu kortek serebri, serta kontraksi menimbulkan persepsi dan otot berkontraksi sehingga menimbulkan nyeri. Persepsi dipengaruhi oleh modalitas respon dari reaksi sel T

3) Teori pengendalian (Gate Control Theory)

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 sel terhambat dan menyebabkan hantaran rangsangan ikut terhambat. Rangsangan serat saraf besar dapat langsung merangsang kortek serebri. Hasil persepsi ini akan dikembalikan dalam medulla spinalis melalui serat eferen dan reaksinya mempengaruhi aktivitas sel. Rangsangan pada saraf kecil akan menghambat substansia gelatinosa dan membuka mekanisme, sehingga rangsangan aktivitas sel yang selanjutnya akan menghantarkan rangsangan nyeri.

4) Teori transmisi dan inhibisi Adanya rangsangan pada nociceptor memulai transmisi impuls-impuls nyeri menjadi efektif oleh neurotransmitter yang spesifik. Kemudian, inhibisi impuls nyeri

menjadi efektif oleh impuls-implus pada serabut-serabut besar yang memblok impuls-implus pada serabut lamban dan endogen opiate sistem supresif

c. Fisiologi nyeri

Saat terjadinya stimulus yang menimbulkan kerusakan jaringan hingga pengalaman emosional dan psikologis yang menyebabkan nyeri, terdapat rangkaian peristiwa elektrik dan kimiawi yang kompleks, yaitu transduksi, transmisi, modulasi dan persepsi.

- 1) Transduksi adalah proses dimana stimulus noxius diubah menjadi aktivitas elektrik pada ujung saraf sensorik (reseptor) terkait.
- 2) Proses berikutnya, yaitu transmisi, dalam proses ini terlibat tiga komponen saraf yaitu saraf sensorik perifer yang meneruskan impuls ke medulla spinalis, kemudian jaringan saraf yang meneruskan impuls yang menuju ke atas (ascendens), dari medulla spinalis ke batang otak dan thalamus. Yang terakhir hubungan timbal balik antara thalamus dan cortex.
- 3) Proses ketiga adalah modulasi yaitu aktivitas saraf yang bertujuan mengontrol transmisi nyeri. Suatu senyawa tertentu telah ditemukan di sistem saraf pusat yang secara selektif menghambat transmisi nyeri di medulla spinalis. Senyawa ini diaktifkan jika terjadi relaksasi atau obat analgetika seperti morfin.
- 4) Proses terakhir adalah persepsi, proses impuls nyeri yang di transmisikan hingga menimbulkan perasaan subyektif dari nyeri sama sekali belum jelas. Bahkan struktur otak yang menimbulkan persepsi tersebut juga tidak jelas. Sangat disayangkan karena nyeri secara mendasar merupakan pengalaman subyektif yang dialami seseorang sehingga sangat sulit untuk memahaminya.

d. Klasifikasi nyeri

1) Jenis nyeri

Berdasarkan jenisnya nyeri dapat dibedakan menjadi nyeri perifer, nyeri sentral dan nyeri psikogenik.

- a) Nyeri perifer, nyeri ini dapat dibedakan menjadi beberapa yaitu:

- (1) Nyeri superfisial: Rasa nyeri yang muncul akibat rangsangan pada kulit dan mukosa.
 - (2) Nyeri viseral: Rasa nyeri timbul akibat rangsangan pada reseptor nyeri di rongga abdomen, kranium dan toraks.
 - (3) Nyeri alih: Rasa nyeri dirasakan di daerah lain yang jauh dari jaringan penyebab nyeri.
- b) Nyeri sentral, nyeri yang muncul akibat rangsangan pada medula spinalis, batang otak dan talamus.
- c) Nyeri psikogenik, nyeri yang penyebab fisiknya tidak diketahui. Umumnya nyeri ini disebabkan karena faktor psikologi.

1. Bentuk nyeri

Bentuk nyeri dapat dibedakan menjadi nyeri akut dan nyeri kronik.

Tabel 2.1
Perbedaan nyeri akut dan nyeri kronik

Karakteristik	Nyeri Akut	Nyeri Kronik
Pengalaman	Suatu kejadian	Suatu situasi, status eksistensi nyeri
Sumber	Factor eksterbal atau peyakit dari dalam	Tidak diketahui
Serangan	Mendadak	Bisa mendadak atau bertahap, tersembunyi
Durasi	Sampai 6 bulan	6 bulan atau sampai bertahun-tahun
Pernyataan nyeri	Daerah nyeri diketahui dengan pasti	Daerah nyeri sulit dibedakan intensitasnya dengan daerah yang tidak nyeri sehingga sulit di evaluasi
Gejala klinis	Pola respon yang khas dengan gejala yang lebih jelas	Pola respon bervariasi
Perjalanan	Umumnya gejala berkurang setelah beberapa waktu	Gejala berlangsung terus dengan intensitas yang tetap atau bervariasi
Prognosis	Baik dan mudah dihilangkan	Penyembuhan total umumnya tidak terjadi

(Sumber : Haswita & Sulistyowati, 2017).

e. Pengukuran Intensitas Nyeri

Intesitas nyeri adalah gambaran tentang seberapa parah nyeri yang dirasakan oleh individu. Pengukuran pada intesitas nyeri juga sangat subjektif dan individual, serta kemungkinan nyeri yang sama dirasakan setiap orang juga berbeda-beda.

1) Skala Nyeri Menurut Hayward

Pengukuran intensitas nyeri dengan menggunakan skala menurut Hayward dilakukan dengan meminta penderita untuk memilih salah satu bilangan dari 0-10 yang menurutnya paling menggambarkan pengalaman nyeri yang sangat ia rasakan.

Tabel 2.2
Skala Nyeri Menurut Hayward

Skala	Keterangan
0	Tidak Nyeri
1-3	Nyeri Ringan
4-6	Nyeri Sedang
7-9	Nyeri berat terkontrol
10	Nyeri berat tidak terkendali

(Sumber : Haswita & Sulistyowati, 2017)

Indikasi Nyeri

Angka 0: tidak nyeri

Angka 1-3: nyeri ringan

Angka 4-6: nyeri sedang

Angka 7-9: nyeri berat terkontrol

Angka 10: nyeri berat tidak terkontrol

Skala Nyeri 0-10 (Comparative Pain Scale)

0. Tidak ada rasa sakit

1. Nyeri hampir tak terasa (sangat ringan), seperti gigitan nyamuk

2. Nyeri ringan, seperti cubitan ringan pada kulit

3. Nyeri sangat terasa namun bisa ditoleransi, seperti pukulan ke hidung menyebabkan hidung berdarah, atau suntikan oleh dokter
4. Kuat, nyeri yang dalam, seperti sakit gigi atau rasa sakit dari sengatan lebah
5. Kuat, nyeri yang menusuk, seperti pergelangan kaki terkilir
6. Kuat, nyeri yang dalam dan menusuk begitu kuat sehingga mempengaruhi sebagian indra Anda, menyebabkan tidak fokus, komunikasi terganggu
7. Sama seperti skala 6, kecuali bahwa rasa sakit benar-benar mendominasi I ndra Anda dan menyebabkan tidak dapat berkomunikasi dengan baik
8. Nyeri yang kuat sehingga seseorang tidak dapat berpikir jernih, dan sering mengalami perubahan kepribadian saat sakitnya kambuh dan berlangsung lama
9. Nyeri begitu kuat sehingga Anda tidak bisa mentolerirnya, sampai-sampai mengusahakan segala cara untuk menghilangkan rasa sakitnya, tanpa peduli apapun efek samping atau risikonya
10. Nyeri begitu kuat hingga tak sadarkan diri. Kebanyakan orang tidak pernah mengalami skala rasa sakit ini, karena sudah telanjur pingsan, seperti saat mengalami kecelakaan parah, tangan hancur, dan kehilangan kesadaran sebagai akibat dari rasa sakit yang luar biasa parah. (Dr. Scientia Inukirana, 2019)

2) Skala Wajah atau Wong Baker FACES Rating Scale

Pengukuran intensitas nyeri di wajah dilakukan dengan cara memerhatikan mimik wajah pasien pada saat nyeri tersebut menyerang. Cara ini diterapkan pada pasien yang tidak dapat menyebutkan intensitas nyerinya dengan skala angka, misalnya anak-anak dan lansia.



Gambar 2.1 Skala Wajah
(Sumber : Haswita & Sulistyowati, 2017).

f. Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri

1) Usia

Usia merupakan faktor penting yang mempengaruhi nyeri, khususnya pada anak-anak dan lansia. Perkembangan, yang ditemukan diantara kelompok usia ini dapat mempengaruhi bagaimana anak-anak dan lansia bereaksi terhadap nyeri. Anak yang masih kecil (bayi) mempunyai kesulitan mengungkapkan dan mengekspresikan nyeri. Para lansia menganggap nyeri sebagai komponen alamiah dari proses penuaan dan dapat diabaikan atau tidak ditangani oleh petugas kesehatan.

2) Jenis kelamin

Karakteristik jenis kelamin dan hubungannya dengan sifat keterpaparan dan tingkat kerentanan memegang peranan tersendiri. Berbagai penyakit tertentu ternyata erat hubungannya dengan jenis kelamin, dengan berbagai sifat tertentu. Penyakit yang hanya dijumpai pada jenis kelamin tertentu, terutama yang berhubungan erat dengan alat reproduksi atau yang secara genetik berperan dalam perbedaan jenis kelamin di beberapa kebudayaan menyebutkan bahwa anak laki-laki harus berani dan tidak boleh menangis, sedangkan seorang anak perempuan boleh menangis dalam situasi yang sama. Toleransi nyeri dipengaruhi oleh faktor-faktor biokimia dan merupakan hal yang unik pada setiap individu tanpa memperhatikan jenis kelamin. Meskipun penelitian tidak menemukan perbedaan antara laki-laki dan perempuan dalam mengekspresikan nyerinya, pengobatan ditemukan lebih sedikit pada perempuan. Perempuan lebih suka mengkomunikasikan rasa sakitnya, sedangkan laki-laki menerima analgesik opioid lebih sering sebagai pengobatan untuk nyeri.

3) Kebudayaan

Keyakinan dan nilai-nilai budaya mempengaruhi cara individu mengatasi nyeri. Individu mempelajari apa yang diharapkan dan apa yang diterima oleh kebudayaan mereka. Hal ini meliputi bagaimana

bereaksi terhadap nyeri. Ada perbedaan makna dan sikap dikaitkan dengan nyeri diberbagai kelompok budaya.

4) Makna nyeri

Individu akan mempersepsikan nyeri dengan cara yang berbeda- beda.

5) Perhatian

Tingkat seorang pasien memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat mempengaruhi persepsi nyeri.

6) Ansietas

Hubungan antara nyeri dan ansietas bersifat kompleks. Ansietas seringkali meningkatkan persepsi nyeri, tetapi nyeri juga dapat menimbulkan suatu perasaan ansietas. Pola bangkitan otonom adalah sama dalam nyeri dan ansietas. Ansietas yang tidak berhubungan dengan nyeri dapat mendistraksi pasien dan secara aktual dapat menurunkan persepsi nyeri. Secara umum, cara yang efektif untuk menghilangkan nyeri adalah dengan mengarahkan pengobatan nyeri ketimbang ansietas.

7) Pengalaman terdahulu

Individu yang mempunyai pengalaman yang multiple dan berkepanjangan dengan nyeri akan lebih sedikit gelisah dan lebih toleran terhadap nyeri dibanding dengan orang yang hanya mengalami sedikit nyeri. Bagi kebanyakan orang, bagaimanapun, hal ini tidak selalu benar. Sering kali, lebih berpengalaman individu dengan nyeri yang dialami, makin takut individu tersebut terhadap peristiwa yang menyakitkan yang akan diakibatkan.

8) Gaya koping

Mekanisme koping individu sangat mempengaruhi cara setiap orang dalam mengatasi nyeri. Ketika seseorang mengalami nyeri dan menjalani perawatan di rumah sakit adalah hal yang sangat tak tertahankan. Secara terus-menerus klien kehilangan kontrol dan tidak mampu untuk mengontrol lingkungan termasuk nyeri. Klien sering menemukan jalan untuk mengatasi efek nyeri baik fisik maupun psikologis. Penting untuk mengerti sumber koping individu selama

nyeri. Sumber-sumber coping ini seperti berkomunikasi dengan keluarga, latihan dan bernyanyi dapat digunakan sebagai rencana untuk mensupport klien dan menurunkan nyeri klien. Sumber coping lebih dari sekitar metode teknik. Seorang klien mungkin tergantung pada support emosional dari anak-anak, keluarga atau teman. Meskipun nyeri masih ada tetapi dapat meminimalkan kesendirian. Kepercayaan pada agama dapat memberi kenyamanan berdoa, memberikan banyak kekuatan untuk mengatasi ketidaknyamanan yang datang.

9) Dukungan keluarga dan social

Faktor lain yang juga mempengaruhi respon terhadap nyeri adalah kehadiran dari orang terdekat. Orang-orang yang sedang dalam keadaan nyeri sering bergantung pada keluarga untuk mensupport, membantu atau melindungi. Ketidakhadiran keluarga atau teman terdekat mungkin akan membuat nyeri semakin bertambah. Kehadiran orang tua merupakan hal khusus yang penting untuk anak-anak dalam menghadapi nyeri.

B. Konsep Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan adalah tindakan perawat dalam memberikan pelayanan kesehatan secara kolaboratif yaitu bekerjasama dengan tim medis lainnya. Hal ini dilakukan untuk mewujudkan asuhan keperawatan yang Holistic dan menyeluruh serta menjadi tanggung jawab perawat dalam tatanan pelayanan. Asuhan keperawatan terdiri dari beberapa tahap. Yang pertama dilakukan yaitu pengkajian yang berguna untuk mengumpulkan data baik secara subjektif maupun objektif. (Berutu, 2020). Setelah dilakukan pengkajian, tahap selanjutnya adalah menentukan diagnosa keperawatan. Perencanaan keperawatan merupakan tahap pada proses keperawatan yang dilakukan setelah penegakan Diagnosa Keperawatan. Perencanaan keperawatan adalah suatu rangkaian kegiatan penentuan langkah-langkah pemecahan masalah dan prioritasnya, perumusan tujuan, rencana tindakan dan penilaian asuhan keperawatan pada pasien atau klien berdasarkan analisis data

dan diagnosa keperawatan. Tujuan dari perencanaan keperawatan adalah untuk mencapai kesejahteraan kesehatan klien dan kemandirian klien menjaga kesehatannya. (Andyka, 2023)

Proses keperawatan merupakan cara sistematis yang dilakukan oleh perawat bersama pasien dalam menentukan kebutuhan asuhan keperawatan dengan melakukan pengkajian, penentuan diagnosis, perencanaan tindakan, pelaksanaan tindakan, serta pengevaluasian hasil asuhan yang telah diberikan dengan berfokus pada pasien dan berorientasi pada tujuan. Setiap tahap saling bergantung dan berhubungan (Hidayat & Uliyah, 2014).

1. Pengkajian Keperawatan

pengkajian keperawatan adalah langkah awal dari melakukan proses keperawatan atau pemberian asuhan keperawatan. Pengkajian keperawatan bertujuan untuk mengetahui masalah yang dihadapi oleh klien dengan cara mengumpulkan data klien, sehingga perawat dapat memberikan asuhan atau tindakan keperawatan dengan benar. Asuhan keperawatan adalah suatu cara yang dilakukan oleh perawat melalui pendekatan kepada klien untuk memecahkan masalah klien dengan cara memberikan pelayanan keperawatan.

Pengkajian keperawatan adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Pengkajian keperawatan merupakan dasar pemikiran dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien. Pengkajian yang lengkap, dan sistematis sesuai dengan fakta atau kondisi yang ada pada klien sangat penting untuk merumuskan suatu diagnosa keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respon individu. Teknik Pengumpulan Data Keperawatan Anamnesis, Observasi, Pemeriksaan Fisik

Pengkajian pada masalah nyeri yang dapat dilakukan adalah adanya riwayat nyeri, serta keluhan nyeri seperti lokasi nyeri, intensitas nyeri, kualitas, dan waktu serangan. Pengkajian dapat dilakukan dengan cara PQRST, yaitu sebagai berikut.

- a. P (pemacu), yaitu faktor yang memengaruhi gawat atau ringannya nyeri.
- b. Q (quality), dari nyeri, seperti apakah rasa tajam, tumpul, atau tersayat.
- c. R (region), yaitu daerah perjalanan nyeri.
- d. S (severity) adalah keparahan atau intensitas nyeri.
- e. T (time) adalah lama/waktu serangan atau frekuensi nyeri

Intensitas nyeri dapat diketahui dengan bertanya kepada pasien melalui skala *Numeric Rating Scale* pada pengukuran skala ini pasien diminta untuk menyebutkan rasa nyerinya terdapat di angka berapa. Perawat menyelaskan tingkatan nyerinya yaitu 0 tidak nyeri, 1-3 nyeri ringan, 4-6 nyeri sedang, 7-9 nyeri berat tetapi terkontrol, dan 10 nyeri sangat berat tidak terkontrol



Gambar 2.2 Skala Nyeri
(Sumber : Haswita & Sulistyowati, 2017).

Pengkajian keperawatan dalam proses keperawatan meliputi :

a. Tahap pengkajian

1) Identitas pasien

Yang perlu dikaji pada identitas pasien meliputi nama, umur, agama, jenis kelamin, status, pendidikanm pekerjaan, suku bangsa, alamat, tanggal pengkajian, diagnosis medis, cara masuk, alas an masuk, tanggal masuk, diagnosa medis, dan lainsebagainya.

2) Keluhan utama

Pasien merasakan nyeri pada area luka post operasi.

3) Riwayat penyakit sekarang

Apa keluhan yang dirasakan pasien, sejak kapan, bagaimana terjadinya dan waktu saat keluhan muncul.

4) Riwayat kesehatan sebelumnya

Apakah pasien pernah mengalami keluhan yang sama yang berhubungan dengan penyakit sekarang.

5) Riwayat kesehatan keluarga

Apakah anggota keluarga pasien memiliki penyakit keturunan yang mungkin akan mempengaruhi kondisi sekarang. Penyakit keluarga yang berhubungan dengan tumor.

6) Pola nutrisi dan metabolic

Data yang perlu dikaji meliputi nafsu makan, jumlah makanan dan minuman serta cairan yang masuk adakah perubahan antara sebelum sakit dan setelah sakit.

7) Pola eliminasi

Data yang perlu dikaji meliputi pola buang air besar, dan pola buang air kecil sebelum sakit dan setelah sakit.

8) Pola aktivitas dan latihan

Kemampuan aktivitas dan latihan meliputi kemampuan melakukan perawatan diri, makan dan minum, mandi, toileting, berpakaian, dan berpindah. Pola latihan sebelum sakit dan saat sakit.

9) Pola tidur dan istirahat

Data yang perlu dikaji meliputi pola tidur dan istirahat sebelum sakit dan saat sakit apakah ada perubahan.

10) Pengkajian fisik

a) Keadaan umum meliputi tingkat kesadaran: composmentis, apatis, somnolen, sopor, coma, dan GCS (Glasgow Coma Scale)

b) Tanda-tanda vital: nadi, suhu, tekanan darah, respiratory rate

c) Pemeriksaan head to toe. Pemeriksaan fisik yang dilakukan dengan menggunakan metode atau teknik P.E. (physical Examination) yang terdiri atas:

1. Inspeksi, yaitu teknik yang dapat dilakukan dengan observasi yang dilaksanakan secara sistematis.
2. Palpasi, yaitu suatu teknik yang dapat dilakukan dengan menggunakan indera peraba. Langkah-langkah yang perlu

diperhatikan adalah menciptakan lingkungan yang kondusif, nyaman, dan santai. Kemudian tangan harus dalam keadaan kering, hangat, dan kuku pendek. Palpasi pada setiap ekstermitas dan rasakan (kekuatan/kualitas nadi perifer, adanya nyeri tekan atau tidak)

3. Perkusi, adalah pemeriksaan yang perlu dilakukan dengan mengetuk, dengan tujuan untuk membandingkan kiri-kanan pada setiap daerah permukaan tubuh dengan menghasilkan suara.

2. Diagnosis Keperawatan

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

Tabel 2.3
Diagnosa Keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	Penyebab faktor resiko	Tanda dan Gejala		Kondisi klinis terkait
			Mayor	Minor	
1.	<p>Nyeri Akut (D.0077) Definisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari tiga bualan</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Agen pencedera fisiologis (misal inflamasi, iskemia, neoplasma) - Agen pencedera kimiawi (misal terbakar, bahan kimia iritan). - Agen pencedera fisik (misalabses, amputasi,terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, latihan fisik berlebihan 	<p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengeluh nyeri <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak meringis, gelisah, dan sulit tidur - Bersikap protektif (misal waspada, posisi menghindari Nyeri) 	<p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak tersedia <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah meingkat, pola napas berubah - Nafsu makan berubah, Proses berfikir terganggu - Menarik diri berfokus pada diri sendiri - diaforesis 	<ul style="list-style-type: none"> - Kondisi pembedahan, cidera traumatis - Infeksi - Sindrom koroner akut - Glaukoma

	Diagnosa keperawatan	Penyebab	Tanda dan Gejala		Kondisi Klinis terkait
			Mayor	Minor	
2.	Resiko Gangguan Integritas Kulit/Jaringan (D.0139) Definisi: Beresiko mengalami kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membrane mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligament).	<ul style="list-style-type: none"> - Perubahan sirkulasi - Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan) - Penurunan mobilitas - Bahan kimia iritatif - Suhu lingkungan yang ekstrim - Factor mekanis (mis. Penekanan pada tonjolan tulang, gesekan) atau fektor elektrik (elektrodiatermi, energy listrik bertegangan tinggi) - Efek samping terapi radiasi - Kelembaban - Proses penuaan - Neouropati perifer - Perubahan pigmentasi - Perubahan hormonal - Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/ melindungi integritas jaringan 	Subjektif: <ul style="list-style-type: none"> - Tidak tersedia Objektif : <ul style="list-style-type: none"> - Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit 	Subjektif : <ul style="list-style-type: none"> - Tidak tersedia Objektif : <ul style="list-style-type: none"> - Nyeri - Perdarahan - Kemerahan - Hematoma 	<ul style="list-style-type: none"> - Imobilisasi - Gagal jantung kongestif - Gagal ginjal - Diabetes militus - Imunodefensi (mis. AIDS)

Sumber : SDKI 2017

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan. Intervensi keperawatan nutrisi menggunakan pendekatan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia). Sedangkan buku SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia) bertujuan untuk merumuskan tujuan dan kriteria hasil asuhan keperawatan. Adapun intervensi dari kebutuhan nutrisi menurut (SIKI, 2018) yaitu:

Tabel 2.4
Rencana Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi keperawatan
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (post operasi)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Menarik diri menurun 7. Berfokus pada diri sendiri menurun 8. Diaphoresis menurun 9. Perasaan depresi menurun 10. Perasaan takut engalami cedera berulang menurun 11. Anoreksia menurun 12. Perineum terasa tertekan menurun 13. Uterus teraba membulat menurun 14. Ketegangan otot menurun 15. Pupil dilatasi menurun 16. Muntah menurun 17. Mual menurun 18. Frekuensi nadi membaik 	<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. 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan <p>Teraeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan	Intervensi keperawatan
			<p>nyeri Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicunya 6. Jelaskan strategi meredakan nyeri 7. Anjurkan memonitornyeri secara mandiri 8. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 9. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik jika perlu (Manajemen Nyeri : 1. 08238)
2.	Gangguan integritas kulit berhubungan dengan factor mekanis (mis. Penekanan pada tonjolan tulang, gesekan)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kerusakan jaringan menurun 2. Kerusakan lapisan kulit menurun 3. Nyeri menurun 4. Perdarahan menurun 5. Kemerahan menurun 6. Hematoma menurun 7. Pigmentasi abnormal menurun 8. Jaringan parut menurun 9. Nekrosis menurun 10. Suhu kulit membaik 11. Sensasi membaik 12. Tekstur membaik 13. Pertumbuhan rambut membaik. 	<p>Perawatan Luka</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukuran, bau) 2. Monitor tanda-tanda infeksi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lepaskan balutan dan plaster secara perlahan 2. Cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu 3. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan. 4. Bersihkan jaringan nekrotik 5. Berikan salep yang

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan	Intervensi keperawatan
			<ol style="list-style-type: none"> 6. sesua ke kulit/lesi, jika perlu 7. Pasang balutan sesuai jenis luka 8. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 9. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase 10. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien 11. Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis. Vitamin A, vitamin C, Zinc. Asam amino) sesuai indikasi. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 3. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu

Sumber : SLKI, 2019 & SIKI 2018

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi atau tindakan keperawatan adalah Implementasi keperawatan merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana perawatan. 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 lain. Tindakan kolaborasi adalah tindakan yang didasarkan hasil keputusan bersama.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi mengacu kepada penilaian, tahapan dan perbaikan. Dalam evaluasi, perawat menilai reaksi klien terhadap intervensi yang telah diberikan dan menetapkan apa yang menjadi sasaran dari rencana keperawatan dapat diterima. Evaluasi proses atau promotif dilakukan setelah menyelesaikan tindakan. Evaluasi dapat dilakukan menggunakan SOAP (Subjective, Objective, Assesment, and Planning) sebagai pola fikirnya.

S (Subjective): adalah informasi yang berupa ungkapan yang di dapatkan dari klien setelah tindakan di berikan.

O (objective): adalah informasi yang didapatkan berupa hasil pengamatan, pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah dilakukan tindakan.

A (Analisis): adalah membandingkan antara informasi subjective dan objective dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi

P (Planning): adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa.

Adapun ukuran pencapaian tujuan pada tahap evaluasi meliputi:

- a. Masalah teratasi, jika pasien menunjukkan perubahan sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan.
- b. Masalah teratasi sebagian, jika pasien menunjukkan sebagian dari kriteria hasil yang ditetapkan.
- c. Masalah belum teratasi, jika pasien tidak menunjukkan perubahan dan kemajuan sama sekali yang sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan. Muncul masalah baru, jika pasien menunjukkan adanya perubahan kondisi atau munculnya masalah baru.

C. Konsep Penyakit

1. Pengertian Tumor colli

Tumor adalah salah satu jenis sel yang tumbuh dengan kecepatan tidak beraturan dan tidak memiliki fungsi yang berguna bagi tubuh manusia. Tumor sendiri dikategorikan dalam dua jenis, yaitu tumor ganas (kanker) dan tumor jinak. Tumor Jinak berbeda dengan tumor ganas yang dapat menyebabkan kematian pada penderita, tumor jinak sendiri tidak menyebar ke bagian tubuh lain dan perkembangannya pun sangat lambat. Meskipun tumor jinak tergolong tumor yang jarang menyebabkan kematian, namun ada beberapa kasus tumor jinak yang tumbuh pada bagian tertentu yang secara tidak langsung dapat mengganggu organ vital tubuh yang ada disekitarnya,

Menurut National Cancer Institute (2019) tumor adalah massa jaringan abnormal yang dihasilkan ketika sel membelah lebih dari normal dan melebihi pembelahan yang seharusnya. Tumor bisa jinak (bukan kanker) atau ganas (kanker), tumor biasa juga disebut neoplasma (pertumbuhan abnormal tetapi bukan kanker).

Tumor Colli adalah pembesaran, pembengkakan atau pertumbuhan abnormal diantara dasar tengkorak hingga klavikula. Massa leher pada pasien dewasa harus dianggap ganas sampai terbukti sebaliknya. Massa leher yang bersifat metastatis cenderung asimtomatik yang membesar perlahan-lahan. Tumor Colli dapat bersifat jinak seperti kista dan hemangioma dan bersifat ganas seperti limfoma non Hodgkin (Brunner & Suddarth, 2014). Tumor Colli biasanya bersifat kongenital yang muncul pada area segitiga anterior atau posterior leher diantara klavikula bagian inferior dan mandibular serta bagian dasar tengkorak superior (Lubis, 2010).

2. Etiologi

Secara umum, penyebab dari tumor colli dijabarkan sebagai berikut (Tanto dkk, 2014):

- a. Zat Karsinogen kimiawi yang dapat bersifat alamia atau sintetis
- b. Zat Karsinogen fisik

- c. Beberapa jenis Hormon
- d. Beberapa jenis Virus, misalnya Transducin Beta Like 1 (TBL-I) ,
- b. Hepatitis B (HBV), Human Papillomavirus (HPV), Epstein- Barr
- c. Virus (EBV)
- a. Pola hidup yang tidak sehat
- d. Beberapa jenis parasit, misalnya schistoma hematobium
- e. Penyakit keturunan (riwayat anggota keluarga yang memiliki penyakit yang sama)
- f. Penurunan sistem imunitas

3. Faktor Resiko

Faktor risiko tumor colli yang umum meliputi faktor lingkungan, genetik dan virus. Faktor lainnya yang juga berperan, antara lain:

- a. Perilaku seks risiko tinggi
- b. Penyalahgunaan obat yang disuntikkan
- c. Infeksi jaringan lunak lokal
- d. Infeksi saluran nafas atas
- e. Transfusi darah
- f. Konsumsi daging yang kurang matang

4. Klasifikasi Tumor Colli

Berdasarkan hasil pemeriksaan mikroskopis pada jaringan dan tumor maka dibuat klasifikasi patologik tumor. Klasifikasi tumor yang berkembang dapat dibagi menjadi 2 golongan yaitu (Brunner & Suddarth, 2014):

- a. Neoplasma yang bersifat ganas
Neoplasma bersifat ganas disebabkan karena sel yang berkembang secara abnormal dan terus menerus sehingga merusak jaringan atau organ tempat tumbuhnya
- b. Neoplasma yang bersifat jinak
Neoplasma bersifat jinak disebabkan dengan pertumbuhan massa yang bersifat menetap, memiliki batas yang tegas serta tidak merusak jaringan

sekitar tumbuhnya, selain ini neoplasma ini dapat pula tumbuh membesar dan dapat bersifat ekspansif pada jaringan sekitarnya namun tidak bermetastas

5. Manifestasi Klinis

Secara umum, manifestasi klinis dari tumor colli menurut Guimaraes, J. (2016) adalah :

- a. Terdapat lesi pada organ yang biasanya tidak nyeri terfiksasi dan keras dengan batas yang tidak teratur.
- b. Terjadi retraksi pada organ, karena tumor membesar sehingga terjadi penerikan pada organ-organ yang berada dekat dengan tumor tersebut.
- c. Pembengkakan organ yang terkena, dikarenakan pertumbuhan tumor yang secara progresif dan invasive sehingga dapat merusak atau mengalami pembengkakan, organ-organ di sekitar tumor.
- d. Terjadi eritema atau pembengkakan lokal, di karenakan terjadinya peradangan pada tumor sehingga daerah sekitar tumor akan mengalami eritema.
- e. Pada penyakit yang sudah stadium lanjut dapat terjadi pecahnya benjolan-benjolan pada kulit atau ulserasi.

Manifestasi klinis dari tumor coli adalah sebagai berikut (Tanto dkk, 2014):

- a. Terdapat benjolan yang mudah digerakan
- b. Pertumbuhan amat lambat
- c. Tidak memberikan keluhan.
- d. Paralisis fasial unilateral
- e. Pembesaran tumor di leher, hal ini merupakan gejala yang sering mendorong pasien pergi ke dokter

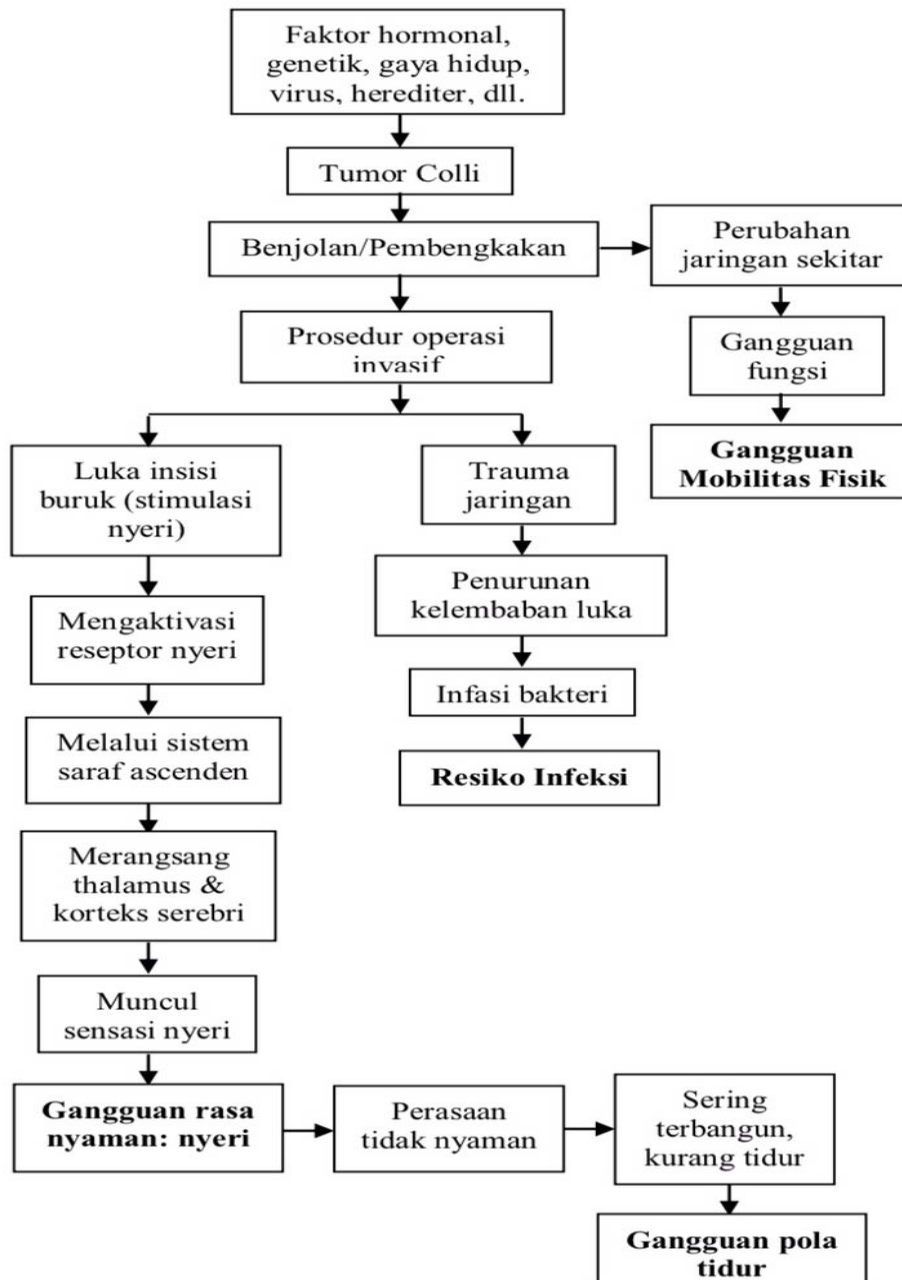
6. Patofisiologi

Sel tumor adalah sel tubuh yang telah mengalami transformasi dan tumbuh secara autonom terlepas dari kendali pertumbuhan sel normal hingga sel ini berbeda dalam bentuk dan strukturnya dari sel normal lainnya.

Perbedaan sifat dari sel tumor tergantung pada besarnya penyimpangan dalam bentuk dan fungsinya, autonominya dalam pertumbuhan, kemampuan dalam berinfiltrasi serta menyebabkan metastase. Umumnya tumor mulai bertumbuh dari satu sel di suatu tempat (unisentrik), tetapi kadang tumor juga berasal dari beberapa sel dalam satu organ (multisentrik) atau dari beberapa organ (multiokuler) pada waktu 228 yang bersamaan (sinkron) atau waktu yang berbeda (metakron) (Brunner & Suddarth, 2014).

Sepanjang pertumbuhan tumor masih terbatas di organ tempat asalnya maka tumor disebut mencapai tahap local, namun apabila telah terjadi infiltrasi ke organ sekitarnya maka dikatakan telah mencapai tahap invasive atau infiltratif . Sel tumor bersifat tumbuh terus sehingga semakin lama maka akan semakin besar dan mendesak jaringan sekitarnya. Pada neoplasma sel akan tumbuh sambil menyusup dan merembes ke jaringan di sekitarnya dan dapat meninggalkan sel induk masuk ke pembuluh darah atau pembuluh limfe, sehingga dapat terjadi penyebaran hematogen dan limfatogen (Brunner & Suddarth, 2014).

7. Pathway



Gambar 2.3

Sumber : (Suyono & Slamet, 2014)

8. Pemeriksaa penunjang

a. Laboratorium

- 1) Pemeriksaan untuk menilai fungsi tiroid dengan memperhatikan adanya peningkatan kadar ft4 dan tshs
- 2) Pemeriksaan kadar kalsitonin dan vma pada pasien yang dicurigai dengan karsinoma medulare

b. Radiologi

- 1) Foto polos dengan metode soft tissue technique bila tumornya besar
230
- 2) Fotopolos dengan posisi leher hiperekstensipadaleherapdan lateral
- 3) Foto Thorax pa untuk mengetahui adanya penekanan pada trakea dan mengetahui adanya metastase tumor
- 4) Pemeriksaan esofogram jika ada tanda infiltrasi ke esophagus
- 5) Foto tulang belakang jika ada tanda metastase
- 6) Pemeriksaan CT Scan atau MRI untuk mengetahui batas metastase tumor dan staging karsinoma

c. Ultrasonografi

Pemeriksaan ultrasonografi dilakukan supaya dapat mengidentifikasi nodul yang masih kecil, atau multiple atau yang tidak dapat dideteksi dengan teknik palpasi, serta pemebsara pada kelenjar getah bening.

d. Pemeriksaan histopatologi

Pemeriksaan histopatologi menggunakan parafin coupe Pemeriksaan ini merupakan pemeriksaan definitif atau gold standar.

9. Komplikasi Tumor Colli

- a. Risiko perdarahan minimal, namun tindakan pencegahan dilakukan untuk memastikan hemostasis dan drainase setelah operasi.
- b. Masalah jika vena yang lebih besar (vena tiroid superior) adalah sumber emboli udara. Bahaya ini dapat dikurangi dengan menggunakan anestesi canggih, pernapasan tekanan positif intermiten, dan teknik bedah yang cermat. perbaiki kerusakan saraf laring, yang mengakibatkan kelumpuhan laring parsial atau total bilateral.

- c. Infeksi menyebar ke mediastinum.
- d. Hiperkalsemia akibat pembesaran kelenjar paratiroid selama operasi

10. Penatalaksanaan Medis

- a. Pembedahan (colli otomi, tiroidektomi)
 - 1) Harus melaksanakan pemeriksaan klinis untuk menentukan nodul benigna atau maligna.
 - 2) Eksisi tidak hanya terbatas pada bagian utama tumor, tapi eksisi juga harus di lakukan terhadap jaringan normal sekitar jaringan tumor. Cara ini memberikan hasil operasi yang lebih baik.
 - 3) Metastasis ke kelenjar getah bening umumnya terjadi pada setiap tumor sehingga pengangkatan, kelenjar di anjurkan pada tindakan bedah.
 - 4) Satu hal mutlak di lakukan sebelum bedah adalah menentukan stadium tumor dan melihat pola pertumbuhan (growth pattern) tumor tersebut.
 - 5) Tirodektomi adalah sebuah operasi yang dilakukan pada kelenjar.
 - 6) Colliotomi adalah operasi yang dilakukan pada leher yang terkena tumor
- b. Obat-obatan
 - 1) Immunoterapy: interleukin 1 dan alpha interferon.
 - 2) Kemoterapi: kemampuan dalam mengobati beberapa jenis tumor.
 - 3) Radioterapi: membentuk sel kanker dan sel jaringan normal,dengan tujuan, meninggikan kemampuan untuk membunuh sel tumor dengan kerusakan serendah mungkin pada sel normal