

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY.M DENGAN  
*PRE & POST OP SOFT TISSUE TUMOR (STT)* DIRUANGAN  
ANGGREK RSUD CURUP  
TAHUN 2022**



**DISUSUN OLEH :**

**MERIZA GUSTINI**  
**NIM. P00320119017**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU  
JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI  
KEPERAWATAN PROGRAM DIPLOMA TIGA  
T.A 2021/2022**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY.M DENGAN  
*PRE & POST OP SOFT TISSUE TUMOR (STT)* DIRUANGAN  
ANGGREK RSUD CURUP  
TAHUN 2022**

**Diajukan sebagai syarat untuk memperoleh  
Gelar Ahli Madya Keperawatan**



**DISUSUN OLEH :**

**MERIZA GUSTINI**  
**NIM. P00320119017**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU  
JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI  
KEPERAWATAN PROGRAM DIPLOMA TIGA  
T.A 2021/2022**

## LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah atas :

Nama : Meriza Gustini

Tempat, Tanggal Lahir : Curup, 17 Agustus 2001

N I M : P00320119017

Judul Proposal KTI : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny.M Dengan  
*Pre & Post Op Soft Tissue Tumor* Di Ruang Rawat  
Inap Anggrek RSUD Curup

Kami setuju untuk diseminarkan pada tanggal 25 Juli 2022

Curup, 25 Juli 2022  
Pembimbing



**Mulyadi, M. Kep**  
**NIP: 196407121986031005**

**LEMBAR PENGESAHAN**  
**KARYA TULIS ILMIAH**  
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY.M DENGAN**  
**PRE & POST OP SOFT TISSUE TUMOR (STT) DIRUANGAN**  
**ANGGREK RSUD CURUP**  
**TAHUN 2022**

Disusun oleh :

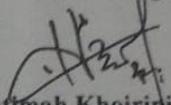
Meriza Gustini  
NIM. P00320119017

Telah diujikan di depan Penguji Karya Tulis Ilmiah  
Program Studi Diploma III Keperawatan Curup  
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu

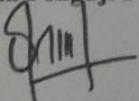
Pada Tanggal 25 Juli 2022, dan dinyatakan

**LULUS**

Ketua Penguji

  
Fatimah Khoirini, M.Kes  
NIP.198010202005012004

Anggota Penguji I

  
Ns. Winike Nopri Yanti, S.Kep  
NIP. 198811092010012009

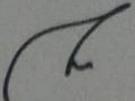
Anggota Penguji II

  
Mulyadi, M. Kep  
NIP.196407121986031005

Karya Tulis Ilmiah ini telah memenuhi salah satu persyaratan  
Untuk mencapai derajat Ahli Madya Keperawatan

**Mengetahui,**

**Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Curup**  
**Jurusan Keperawatan**  
**Poltekkes Kemenkes Bengkulu**

  
Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep, M.Kep  
NIP.197112171991021001

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN  
DENGAN *DENGUE HEMORRHAGE FEVER (DHF)*  
DIRUANGAN MAWAR RSUD CURUP  
TAHUN 2022**

**ABSTRAK**

**Latar belakang :** DHF merupakan penyakit yang disebabkan nyamuk *Aedes Aegypti* yang terinfeksi atau membawa virus dengue. Ketika nyamuk yang terinfeksi menggigit manusia, nyamuk juga melepaskan virus. Virus dengue yang masuk ke dalam tubuh beredar dalam pembuluh darah bersama dengan darah. Virus bereaksi dengan antibody menyebabkan suhu tubuh naik, tampak perdarahan petekia, gusi berdarah, jumlah trombosit mengalami penurunan, serta permeabilitas pembuluh darah mengalami peningkatan. Salah satu tindakan untuk mengatasi suhu tubuh meningkat pada pasien DHF dengan Tepid Water Sponge. **Tujuan:** Untuk mengetahui keefektifan Tepid Water Sponge pada studi kasus pada pasien DHF di ruang Mawar RSUD Curup. **Metode:** Ini yaitu dengan *Tepid Water Sponge* yang dilakukan dalam studi kasus pada pasien DHF yang mengalami hipertermia untuk menurunkan suhu tubuh pasien. **Kesimpulan:** Studi kasus ini menunjukkan bahwa tindakan *Tepid Water Sponge* menurunkan suhu tubuh yang dilakukan pada An.A di ruang Mawar RSUD Curup. **Saran:** *Tepid Water Sponge* diharapkan dapat menjadi salah satu intervensi bagi perawat ruangan di rumah sakit dan keluarga dapat menerapkan tepid water sponge untuk mengatasi hipertermia pada anak dengan DHF.

**Kata Kunci :** Hipertermia, Tepid Water Sponge

**NURSING CARE FOR PATIENTS WITH  
DENGUE HEMORRHAGE FEVER (DHF)  
IN THE ROSE ROOM CURUP Hospital 2022**

**ABSTRACT**

**Background:** DHF is a disease caused by *Aedes Aegypti* mosquitoes that are infected or carry the dengue virus. When an infected mosquito bites a human, it also releases the virus. The dengue virus that enters the body circulates in the blood vessels along with the blood. The virus reacts with antibodies causing body temperature to rise, petechial bleeding appears, bleeding gums, decreased platelet count, and increased blood vessel permeability. One of the measures to overcome the increased body temperature in DHF patients is the Tepid Water Sponge. **Objective:** To determine the effectiveness of the Tepid Water Sponge in a case study of DHF patients in the Mawar room of the Curup Hospital. **Methods:** This is the Tepid Water Sponge which was carried out in a case study on DHF patients who had hyperthermia to lower the patient's body temperature. **Conclusion:** This case study shows that the Tepid Water Sponge action is able to detract the hyperthermia problem carried out on An.A in the Mawar room of the Curup Hospital. **Suggestion:** Tepid Water Sponge is expected to be one of the interventions for hospital room nurses and families to apply the Tepid Water Sponge to treat hyperthermia in children with DHF.

**Keywords:** Hyperthermia, Tepid Water Sponge.

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunia-nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY.M DENGAN *PRE & POST OP SOFT TISSUE TUMOR* DIRUANG RAWAT INAP ANGGREK RSUD CURUP”

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan program studi diploma III keperawatan. Dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini penulis banyak mendapat bantuan baik materi maupun moril dari berbagai pihak, untuk itu penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Ibu Eliana,SKM.,MPH Selaku Direktur Poltekes Kemenkes Bengkulu.
2. Ibu Ns.Septiyanti,S.Kep,M,Pd. Selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekes Kemenkes Bengkulu.
3. Bapak Ns.Derison Marsinova Bakara,S.Kep.,M.Kep selaku Ketua Prodi Diploma III Keperawatan Curup Poltekes Kemenkes Bengkulu.
4. Bapak Mulyadi,M.Kep selaku Dosen Pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk melakukan konsultasi dan mengarahkan pnulis dengan memberikan saran-saran yang membangun dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Ibu Fatimah Khoirini,M.Kes. selaku ketua penguji dan Dosen Pembimbing Akademik yang telah menyediakan waktu menguji penulis dan memberikan arahan serta masukan yang bersifat membangun.

6. Ibu Ns.Winike Nopriyanti,S.Kep. penguji I yang telah menyediakan waktu menguji penulis dan memberikan arahan serta masukan yang bersifat membangun.
7. Seluruh Dosen dan Staf Prodi Diploma III Keperawatan Curup Poltekes Kemenkes Bengkulu.
8. Untuk Kedua Orang Tua saya Bapak Ishak Nr dan Ibu Asmara Dewi serta Keluarga besar saya yang memberikan dukungan, dan doa yang tiada henti sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
9. Untuk Sahabat dan Teman yang selalu memberi suport dan semangat untuk saya mudah-mudahan Karya Tulis Ilmiah ini dapat dilaksanakan sebaik mungkin.

Penulis menyadari masih banyak kekurangan dalam penulisan laporan tugas akhir ini, sehingga penulis secara terbuka menerima saran dan kritik agar hasil laporan tugas akhir yang didapat mencapai kesempurnaan dan bisa menjadi referensi yang baik bagi pembaca.

Demikian apa yang dapat saya sampaikan. Semoga laporan tugas akhir ini dapat bermanfaat dan dapat menjadi referensi yang baik. Terima kasih.

Curup,.....2022

Penulis

## **DAFTAR ISI**

<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>i</b>
<b>LEMBAR PERSETUJUAN .....</b>	<b>ii</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN .....</b>	<b>iii</b>
<b>ABSTRAK INDONESIA.....</b>	<b>iv</b>
<b>ABSTRAK INGGRIS .....</b>	<b>v</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>vi</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>vii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR TABEL.....</b>	<b>x</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xi</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	2
1.3 Tujuan Penelitian.....	3
1.4 Manfaat Penelitian.....	3
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>5</b>
2.1 Konsep Penyakit.....	5
2.1.1 Definisi Soft Tissue Tumor .....	5
2.1.2 Etiologi Soft Tissue Tumor .....	5
2.1.3 Manifestasi Klinis.....	6
2.1.4 Anatomi fisiologi.....	6
2.1.5 Patofisiologi.....	8
2.1.6 WOC.....	10
2.1.7 Pemeriksaan penunjang .....	11
2.1.8 Tindakan medis.....	12
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan.....	13
2.2.1 Pengkajian .....	13
2.2.2 Diagnosa Keperawatan .....	17
2.2.3 Rencana Keperawatan .....	17
2.2.4 Implementasi .....	23
2.2.5 Evaluasi .....	23
2.3. Konsep Implementasi Utama Keperawatan	
2.3.1. Definisi .....	24
2.3.2. Tujuan.....	24
2.3.3. Manfaat.....	24
2.3.4. SOP.....	26

<b>BAB III TINJAUAN KASUS.....</b>	<b>27</b>
3.1 Pengkajian.....	27
3.2 Analisa Data Pre Operasi.....	40
3.3 Diagnosa Keperawatan Pre Operasi.....	42
3.4 Intervensi Keperawatan Pre Operasi.....	42
3.5 Implementasi Keperawatan Pre Operasi.....	44
3.6 Evaluasi Keperawatan Pre Operasi.....	46
3.7 Pengkajian Post Operasi.....	50
3.8 Analisa Data Post Operasi.....	51
3.9 Diagnosa Keperawatan Post Operasi.....	52
3.10 Intervensi Keperawatan Post Operasi.....	52
3.11 Implementasi Keperawatan Post Operasi.....	54
3.12 Evaluasi Keperawatan Post Operasi.....	56
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>62</b>
4.1 Pengkajian.....	62
4.2 Diagnosa.....	63
4.3 Intervensi Keperawatan.....	65
4.4 Implementasi Keperawatan.....	66
4.5 Evaluasi Keperawatan.....	68
<b>BAB V PENUTUP.....</b>	<b>72</b>
5.1 Kesimpulan.....	72
5.2 Saran.....	75

**DAFTAR PUSTAKA**

**LAMPIRAN**

## DAFTAR GAMBAR

Nomor	Judul	Halaman
1	Anatomi Fisiologis Sel	7
2	Genogram Keluarga	21

## DAFTAR TABEL

<b>Nomor</b>	<b>Judul</b>	<b>Halaman</b>
1	Tabel Intervensi Keperawatan Teori	18
2	Pola Kebiasaan	22
3	Analisa Data Pre Operasi	40
4	Diagnosa Keperawatan Pre Operasi	42
5	Intervensi Keperawatan Pre Operasi	42
6	Implementasi Keperawatan Pre Operasi	44
7	Evaluasi Keperawatan Pre Operasi	46
8	Analisa Data Post Operasi	51
9	Diagnosa Keperawatan Post Operasi	52
10	Intervensi Keperawatan Post Operasi	52
11	Implementasi Keperawatan Post Operasi	54
12	Evaluasi Keperawatan Post Operasi	56

## DAFTAR LAMPIRAN

No	Lampiran
1	Lembar Konsul
2	Pernyataan
3	Biodata
4	Surat keterangan sebelum melakukan penelitian
5	Surat keterangan sesudah melakukan penelitian

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1. Latar belakang**

Menurut *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2015 angka penderita *Soft Tissue Tumor* (STT) secara global, sekitar 14,1 juta orang yang menderita STT. Dalam data *World Health Organization* (WHO) tahun 2015, Asia Tenggara menyumbang 725.600 kasus (ACS, 2015). Indonesia masuk urutan ke 23 kejadian penyakit tumor di Asia dan untuk urutan Asia Tenggara Indonesia berada pada urutan ke 8 (Kemenkes, 2018).

Angka kejadian penyakit tumor di Indonesia sebesar 136.2 dari 100.000 penduduk. Dimana adanya peningkatan dari 1.4 per 1000 penduduk tahun 2013 menjadi 1,79 per 100.000 penduduk pada tahun 2018. Di Pulau Jawa, Prevalensi tumor tertinggi adalah pada Provinsi DI Yogyakarta, yaitu 4,86 per 100.000 penduduk dengan rata-rata kematian 13,9 per 100.000 penduduk dan angka terendah terdapat di Maluku yaitu 1.5 per 1000 penduduk. (Sabiston,2018)

Berdasarkan data yang didapat dari Riskeddas di Provinsi Bengkulu terdapat 1,9 per 382,6 ribu penduduk. (Riskeddas, 2018). Data yang didapat dari rekam medik di RSUD Curup, jumlah pasien yang mengalami penyakit STT pada tahun 2016 di ruangan rawat inap anggrek (Bedah) berjumlah 180 orang pada tahun 2017 kasus STT meningkat yaitu 265 orang yang di rawat di ruangan anggrek pada tahun 2018 kasus STT meningkat yaitu sebanyak 381 orang yang dirawat pada tahun 2019 kasus STT semakin meningkat yaitu sebanyak 447 orang yang di rawat dan pada tahun 2020 kasus STT berkurang yaitu sebanyak 128 orang yang di rawat

di ruangan rawat inap anggrek. (RSUD Curup, 2021)

Hingga saat ini, penyebab tumbuhnya tumor masih belum diketahui secara pasti namun banyak faktor yang diduga berperan yaitu: Merokok, infeksi, trauma, radiasi, pola makan, konsumsi alkohol, aktifitas fisik, kelebihan berat badan atau obesitas, diabetes, faktor lingkungan, genetik atau keturunan. (Dinkes,2017).

Pasien STT biasanya di bawa oleh keluarga ke rumah sakit atau unit kesehatan lainnya. Karena keluarga tidak mampu merawat, benjolan semakin lama semakin membesar dan kadang-kadang pasien mengeluh nyeri. Beberapa alasan yang lazim keluarga membawa pasien ke rumah sakit yaitu benjolan semakin lama semakin membesar, keluarga mengira itu kanker dan pasien merasa nyeri. (M. Clevo, 2019).

STT umumnya dapat ditangani dengan tindakan bedah dan keperawatan. Dalam penatalaksanaan keperawatan pada STT di lakukan tindakan pembedahan kecil (*excisi*). Biasanya dalam asuhan keperawatan STT dengan masalah yang sering muncul adalah cemas berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang penyakit dan setelah operasi masalah yang muncul adalah nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (*luka post operasi*) dan resiko infeksi. (M. Clevo, 2019).

Perawat berperan besar dalam penanggulangan nyeri secara non farmakologis yang salah satunya dengan menggunakan teknik relaksasi nafas dalam sesuai dengan teori Lamage (2013) dalam (Susila & Lestari, 2014). Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Marni (2014) didapatkan bahwa setelah diberikan teknik relaksasi nafas dalam nyeri ringan naik dari 10% menjadi 53,3% dan nyeri sedang dari 73,3% menjadi 46,7% serta tidak terdapat lagi nyeri berat.

Dari fenomena diatas, maka penulis tertarik untuk mengkaji secara

komprehensif pada klien dengan penyakit STT dan memberi asuhan keperawatan secara komprehensif. Penulis ingin menganalisis penyakit STT yang terjadi pada orang dewasa dengan disusun dalam bentuk karya tulis ilmiah dengan Judul “Asuhan Keperawatan pada pasien *Pre & Post op Soft Tissue Tumor*”.

## **1.2. Rumusan Masalah**

Bagaimana asuhan keperawatan pada pasien dengan STT di ruang anggrek RSUD Curup Kabupaten Rejang Lebong.

## **1.3. Tujuan Penelitian**

### 1.3.1. Tujuan Umum

Mendapatkan gambaran penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa STT.

### 1.3.2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian Asuhan Keperawatan pada klien dengan STT Di RSUD Curup Tahun 2022.
- b. Mampu menegakkan diagnosa keperawatan pada klien dengan STT Di RSUD Curup Tahun 2022.
- c. Mampu melakukan Intervensi keperawatan pada klien dengan STT Di RSUD Curup Tahun 2022.
- d. Mampu melaksanakan implementasi keperawatan pada klien dengan STT Di RSUD Curup Tahun 2022.
- e. Mampu melakukan evaluasi keperawatan pada klien dengan STT Di RSUD Curup Tahun 2022.

- f. Mampu menganalisa kesenjangan penerapan asuhan keperawatan pada klien dengan STT di RSUD Curup tahun 2022.

#### **1.4. Manfaat Penelitian**

##### 1.4.1. Manfaat bagi pasien

Dapat menambah pengetahuan, wawasan, dan pengalaman bagi pasien dalam menerapkan asuhan keperawatan yang berkaitan dengan pencegahan, perawatan, dan pengobatan dengan STT.

##### 1.4.2. Manfaat bagi perawat

Hasil dari asuhan keperawatan dengan STT ini dapat menambah wawasan dan informasi dalam penanganan STT sehingga dapat meningkatkan pelayanan perawatan yang lebih baik pada klien.

##### 1.4.3. Manfaat bagi institusi

###### 1. Rumah sakit

- a. Sebagai bahan masukan yang diperlukan dalam Asuhan Keperawatan pada klien dengan STT di ruangan Anggrek RSUD Curup tahun 2022.
- b. Sebagai bahan masukan bagi tenaga kesehatan lainnya dalam melaksanakan Asuhan Keperawatan pada klien STT, sehingga klien mendapatkan penanganan yang cepat, tepat, dan optimal

###### 2. Pendidikan

Sebagai bahan tambahan atau referensi dalam proses meningkatkan kualitas Asuhan Keperawatan khususnya pada klien dengan STT.

## **BAB II**

## TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1. Konsep Penyakit

#### 2.1.1. Definisi

STT adalah benjolan atau pembengkakan yang abnormal yang disebabkan oleh neoplasma dan non-neoplasma (Smeltzer, 2016).

STT adalah suatu benjolan atau pembengkakan abnormal yang disebabkan pertumbuhan sel baru (Pearce, 2016).

STT adalah pertumbuhan sel baru, abnormal, progresif, dimana sel-selnya tidak tumbuh seperti kanker (Price, 2017).

Jadi kesimpulan yang dapat diambil dari pengertian menurut para ahli yaitu STT adalah benjolan atau pembengkakan yang abnormal yang disebabkan pertumbuhan sel-sel baru yang dimana sel-selnya tidak tumbuh seperti kanker.

#### 2.1.2. Etiologi

Secara umum penyebab *neoplasma musculoskeletal* tidak diketahui, tetapi ada beberapa faktor yang berhubungan dan memungkinkan yang dapat menjadi faktor penyebab terjadinya *neoplasma musculoskeletal*, yaitu sebagai berikut. (Sidham 2020)

##### a. Kondisi Genetik

Banyak gen penekan tumor, *oncogen*, dan cacat *sitogenetic* sekarang dikaitkan dengan berbagai sarkoma jaringan lunak.

##### b. Radiasi

Mekanisme patogenik adalah munculnya mutasi genetic akibat radiasi yang

mendorong transformasi neoplastik.

c. *Limfedema* kronis

Seperti yang diamati pada pasien dengan karsinoma payudara stadium akhir, limfedema kronis dapat mempengaruhi individu untuk berkembangnya *limfangiosarkoma*.

d. *Karsinoge* Lingkungan

Hubungan antara paparan berbagai *karsinogen* dan peningkatan insiden tumor jaringan lunak telah dilaporkan. Terjadinya angiosarkoma hati, misalnya, telah dikaitkan dengan paparan *arsenik*, *torium dioksida*, dan *vinil klorida*.

e. Infeksi

Contoh klasik tumor jaringan lunak yang diinduksi infeksi adalah *sarkoma Kaposi* akibat virus herpes manusia tipe 8 pada pasien dengan *human immunodeficiency virus* (HIV). Infeksi *virus Epstein-Barr* pada inang yang mengalami gangguan sistem imun juga meningkatkan kemungkinan perkembangan tumor jaringan lunak

### 2.1.3. Manifestasi Klinis

Menurut M. Clevo, 2019, Tanda dan gejala *Soft Tissue Tumor* Tanda dan gejala STT tidak spesifik. Tergantung dimana letak tumor atau benjolan tersebut berada. Awal mulanya gejala berupa adanya suatu benjolan dibawah kulit yang tidak terasa sakit. Hanya sedikit penderita yang merasakan sakit yang biasanya terjadi akibat perdarahan atau nekrosis dalam tumor, dan bisa juga karena adanya

penekanan pada saraf-saraf tepi. Tumor jinak jaringan lunak biasanya tumbuh lambat, tidak cepat membesar, bila diraba terasa lunak dan bila tumor digerakan relatif masih mudah digerakan dari jaringan di sekitarnya dan Biasanya tumor dikatakan jinak ukuranya dibawah 1-2 cm dan cenderung tidak mengalami perkembangan dan lokasinya menetap dan tidak pernah menyebar ke tempat jauh. Pada tahap awal, STT biasanya tidak menimbulkan gejala karena jaringan lunak yang relatif elastis, tumor atau benjolan tersebut dapat bertambah besar, mendorong jaringan normal. Kadang gejala pertama penderita merasa nyeri atau bengkak.

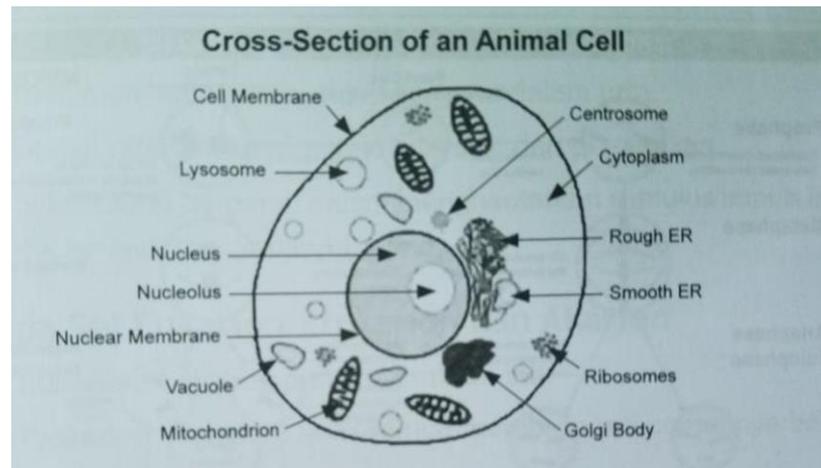
#### 2.1.4. Anatomi Fisiologi

##### a. Anatomi fisiologi

##### 1. Definisi Sel

Sel adalah satu unit dasar dari tubuh manusia dimana setiap organ merupakan gregasi atau penyatuan dari berbagai macam sel yang di persatukan satu sama lain oleh struktur-struktur intraseluler. Setiap jenis sel dikhususkan untuk melakukan suatu fungsi tertentu. Misalnya sel darah merah yang jumlah nya 25 triliun untuk mengangkut oksigen dari paru-paru ke jaringan (Mustikawati, 2017: 10).

Gambar 2.1 Anatomi Fisiologis Sel



Sumber: Mustikawati, (2017)

Sel mengandung struktur fisik yang sangat terorganisasi yang dinamakan organel. Struktur penting dalam fungsi sel sebagai unsur-unsur kimia. Organel sel yang penting adalah membrane sel, plasma sel, inti sel (*nucleus*), inti dari inti sel (*nucleolus*), dan kromatin. Di dalam sel terdapat tiga komponen utama yaitu membrane sel, plasma sel (*sitoplasma*) dan mitokondria.

Menurut (Sjamsuhidajat,2017) Sel abnormal adalah sel yang tumbuh berlebih, tidak terkordinasi dengan jaringan normal dan tumbuh terus-menerus meskipun rangsangan yang menimbulkan telah hilang. Sel abnormal mengalami transformasi, oleh karena itu mereka terus-menerus membelah. Pada Sel abnormal, proliferasi berlangsung terus. Proliferasi yang bersifat progresif, tidak bertujuan, tidak memperdulikan jaringan sekitarnya, tidak ada hubungan dengan kebutuhan tubuh dan bersifat parasitic. Sel abnormal bersifat otonomi karena ukuranya meningkat terus. Proliferasi sel abnormal menimbulkan massa sel abnormal, menimbulkan benjolan pada jaringan tubuh membentuk tumor.

1. Klasifikasi atas dasar sifat biologi tumor dibagi menjadi 2 yaitu:

a. Tumor Jinak (*Benigna*)

Tumor Jinak tumbuh lambat dan biasanya mempunyai kapsul. Tidak tumbuh infiltratif, tidak merusak jaringan sekitarnya dan tidak menimbulkan anak sebar pada tempat yang jauh. Tumor jinak pada umumnya dapat disembuhkan dengan sempurna kecuali yang terletak di tempat yang sangat penting.

b. Tumor Ganas (*Maligna*)

Tumor Ganas pada umumnya tumbuh cepat, infiltratif dan merusak jaringan sekitar. Disamping itu dapat menyebar keseluruh tubuh melalui aliran limfe atau aliran darah dan sering menimbulkan kematian

#### 2.1.5. Patofisiologi

Price, Sylvia A. (2018). Pada umumnya tumor-tumor jaringan atau *Soft Tissue Tumor* adalah jaringan *mesenkim* yang terjadi di jaringan *non epithelial* tubuh. Dapat timbul ditempat dimana saja, meskipun kira-kira 40% terjadi diekstermitas bawah, terutama daerah paha, 20% diekstermitas atas, 10% di kepala dan leher, dan 30% dibadan. Tumor jaringan lunak tumbuh *centripetally*. Setelah tumor mencapai batas anatomis dari tempatnya, maka tumor membesar melewati batas sampai ke struktur *neurovascular*. Tumor jaringan lunak timbul dilokasi seperti lekukan-lekukan tubuh. Dari kebanyakan tumor ganas dapat dibagi atas 4 fase yaitu:

1. Perubahan ganas pada sel-sel target, disebut sebagai transformasi.

Perubahan sel normal menjadi ganas ini diperkirakan adanya gangguan mekanisme pengatur pembelahan dan homeostatis (Anonim, 1994).

2. Pertumbuhan dari sel-sel transformasi.

Pertumbuhan sel yang tidak normal, dan dapat menginvasi jaringan tubuh di sekitarnya. Menurut dr. Elisna Syahrudin (2015)

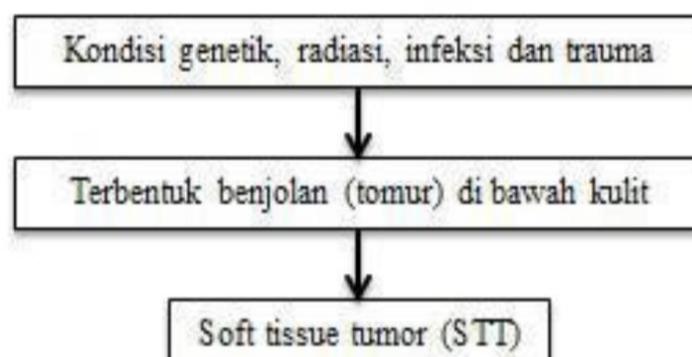
### 3. Invasi lokal

Invasi lokal merupakan penjararan sel kanker ke daerah di sekitarnya. Namun terdapat pengecualian pada sel tumor jinak pembuluh darah (hemangioma). Sel ini bisa hidup dengan cara menginfiltrasi atau menginvasi jaringan di sekitarnya (Fimela, 2014)

### 4. Metastasis jauh

Tumor Ganas dapat menginvasi jaringan lain dan beranak sebar ketempat jauh (Metastasis) bahkan dapat menimbulkan kematian. (Jessy Chrestella,2009)

#### 2.1.6. *Web Of Caution (WOC) Soft Tissue Tumor.*



Sumber Data: Andri (2015).

#### 2.1.7. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Robert Priharjo (2016). Pemeriksaan penunjang dapat dilakukan dengan 5 pemeriksaan yaitu:

a. Pemeriksaan *X-ray*

X-ray untuk membantu pemahaman lebih lanjut tentang tumor jaringan lunak, transparansi serta hubungannya dengan tulang yang berdekatan. Jika batasnya jelas, sering didiagnosa sebagai tumor jinak, namun batas yang jelas tetapi melihat klasifikasi, dapat didiagnosa sebagai tumor ganas jaringan lunak, situasi terjadi di *sarkoma sinovial*, *rhambdomyosarcom*, dan lainnya.

b. Pemeriksaan *Ultrasonografi* (USG)

Metode ini dapat memeriksa ukuran tumor, gema perbatasan amplop dan tumor jaringan internal, dan oleh karena itu bisa untuk membedakan antara jinak atau ganas. Tumor ganas jaringan lunak tubuh yang agak tidak jelas, gema samar-samar, seperti sarkoma otot lurik, *myosarcoma sinovial*, sel tumor mendalami sitologi aspirasi akupunktur.

c. Pemeriksaan *Computerised Tomography* (CT Scan)

CT Scan memiliki kerapatan resolusi dan resolusi spesial karakter tumor jaringan lunak yang merupakan metode umum untuk diagnosa tumor jaringan lunak dalam berapa tahun terakhir.

d. Pemeriksaan *Magnetic Resonance Imaging* (MRI)

Mendiagnosa tumor jaringan lunak dapat melengkapi kekurangan dari X-ray dan CT Scan, MRI dapat melihat tampilan luar penampang berbagai tingkatan tumor dari semua jangkauan, tumor jaringan lunak retroperitoneal, tumor panggul, memperluas ke pinggul atau paha, tumor *fossa poplitea* serta gambar yang lebih jelas dari tumor tulang atau invasi sumsum tulang adalah untuk mendasarkan pengembangan rencana pengobatan yang lebih baik.

e. Pemeriksaan *histologi*

1. Sitologi: sederhana, cepat, metode pemeriksaan patologis yang akurat dioptimalkan untuk situasi berikut:
  - a. *Ulserasi* tumor jaringan lunak, pap smear atau metode pengempulan untuk mendapatkan sel, pemeriksaan *mikroskopik*.
  - b. *Sarcoma* jaringan lunak yang disebabkan *efusi pleura*, hanya untuk mengambil spesimen segera harus dilakukan konsentrasi *sedimentasi sentrifugal*, selanjutnya *smear*.
  - c. Tusukan *smear* cocok untuk tumor yang lebih besar, dan tumor yang mendalam yang ditunjukkan untuk *radioterapi* atau *kemoterapi*, *metastasis* dan *lesi rekuren* juga berlaku.
2. *Forcep biopsy*: jaringan *ulserasi* tumor lunak, *sitologi smear* tidak dapat didiagnosa, dilakukan *Forcep biopsy*. Memotong *biopsy*: metode ini adalah kebanyakan untuk operasi.
3. *Biopsy Eksisi*: berlaku untuk tumor kecil jaringan lunak, bersama dengan bagian dari jaringan normal di sekitar tumor reseksi seluruh tumor untuk pemeriksaan *histologis*.

2.1.8. Tindakan Medis

A. Tindakan Medis, Menurut Robert Priharjo (2017).

1. Bedah

Mungkin cara ini sangat berisiko. Akan tetapi, para ahli bedah mencapai angka keberhasilan yang sangat memuaskan. Tindakan bedah ini bertujuan untuk mengangkat tumor atau benjolan tersebut.

## 2. Kemoterapi

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

## 3. Terapi radiasi

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

### B. Tindakan/Peran Perawat. Robert Priharjo (2017).

1. Perhatikan kebersihan luka pada pasien.
2. Perawatn luka pada pasien.
3. Pemberian obat.
4. Amati ada atau tidak komplikasi atau potensial yang terjadi setelah dilakukan operasi

## **2.2. Konsep Teori Asuhan Keperawatan.**

Menurut Zanal Ali (1997) Konsep Asuhan Keperawatan adalah metode asuhan keperawatan yang ilmiah sistematis dinamis dan terus menerus serta berkesinambungan dalam rangka pemecahan kesehatan masalah pasien, dimulai dari pengkajian (pengumpulan data, analisis data, dan penentuan masalah), diagnosa keperawatan, pelaksanaan dan penilaian tindakan keperawatan (evaluasi). Tindakan yang pertama dalam melakukan konsep Asuhan Keperawatan yaitu:

### 2.2.1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian keperawatan adalah tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan dan merupakan tahap yang paling menentukan bagi tahap yang berikutnya, kemampuan mengidentifikasi masalah keperawatan yang terjadi pada tahap ini akan menentukan diagnosis keperawatan oleh karena itu tahap pengkajian harus dilakukan dengan cermat dan teliti sehingga seluruh kebutuhan perawatan pada klien dapat teridentifikasi (Nursalam, 2016).

Menurut Nurarif dan Kusuma (2018), pengkajian keperawatan meliputi, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit terdahulu, kemampuan fungsi motorik, pada intoleransi aktivitas pengkajian lebih difokuskan pada kemampuan mobilitas, kemampuan rentang gerak, perubahan intoleransi aktivitas, kekuatan otot, gangguan koordinasi, dan perubahan psikologi.

Menurut Doenges (2000) Pengkajian yang dapat dilakukan pada pasien Pre dan Post op STT sebagai berikut:

#### a. Identitas Pasien

Nama, umur, jenis kelamin, alamat, agama, pendidikan, suku bangsa, status perkawinan dan pekerjaan.

#### b. Riwayat Kesehatan Sekarang

1. Keluhan utama: biasanya pasien mengeluh cemas, lesu, kurang istirahat dan tidur, nyeri serta nafsu makan berkurang, tanda gejalanya ada benjolan yang dapat terlihat dari luar tetapi juga tidak terlihat jika tumbuh di organ dalam. Biasanya benjolan pada organ dalam baru diketahui setelah dilakukan pemeriksaan oleh dokter.

2. Riwayat penyakit sekarang: yaitu tanda dan gejala yang menyertai keluhan utama.
3. Riwayat penyakit keluarga: yaitu apakah ada anggota keluarga yang menderita penyakit yang sama sebelumnya.

c. Pengkajian per kebutuhan dasar manusia

1. Aktivitas/ Istirahat

Gejala: Kelemahan atau keletihan. Perubahan pada pola istirahat dan jam tidur pada malam hari: Adanya faktor-faktor yang mempengaruhi tidur misalnya Nyeri dan ansietas.

2. Sirkulasi

Gejala : Terdapat masalah tekanan darah, nyeri.

Tanda : pusing, gemetar.

3. Integritas ego

Gejala : Perasaan cemas, takut, faktor-faktor stres, misalnya:  
masalah finansial, gaya hidup.

Tanda : Menyangkal, marah.

4. Eliminasi

Gejala : Perubahan eliminasi fekal

Tanda : Distensi

5. Makanan/Cairan

Gejala : Penurunan berat badan, masalah dengan menelan, mengunyah.

Tanda : bibir kering, pecah.

6. Nyeri/ ketidaknyamanan

Gejala : Ada nyeri dengan derajat bervariasi, misalnya ketidaknyaman ringan sampai berat.

Tanda : lokasi, intensitas, frekuensi, faktor pencetus.

#### 7. Penyuluhan/ pembelajaran

Gejala : Keterbatasan kognitif, tingkat pendidikan, faktor risiko keluarga

#### 8. Neurosensori

Gejala: Pusing.

#### 9. Respirasi

Kaji terhadap fibrosis paru yang ditandai : Dispnoe, kering, batuk non produktif.

#### 10. Data Penunjang

Berisi tentang semua prosedur diagnostic dan laporan laboratorium yang dijalani pasien, dituliskan hasil pemeriksaan dan nilai normal. Pemeriksaan meliputi pemeriksaan rontgen, biopsy dan pemeriksaan terkait lainnya.

### 2.2.2. Diagnosa Keperawatan

Menurut Hidayat (2002), Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses yang aktual dan potensial. Diagnosa keperawatan memberikan dasar pemilihan intervensi yang menjadi tanggung gugat perawat. Sedangkan Menurut Nursalam (2001). Diagnosa adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia (status kesehatan atau respon perubahan pola) dari individu atau kelompok dimana perawat akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan

secara memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan, diagnosa keperawatan dapat bersifat aktual, potensial dan resiko.

Menurut Perry dan Potter (2005), dalam identifikasi masalah klien harus terlebih dahulu menentukan apa masalah kesehatan klien dan apakah masalah tersebut aktual atau resiko.

- a. Masalah kesehatan aktual yaitu masalah yang dirasakan klien atau dialami oleh klien.
- b. Masalah kesehatan beresiko, mewaspadaan perawat pada pentingnya intervensi pencegahan. beresiko menunjukkan situasi yang meningkatkan kerentanan klien atau kelompok terhadap suatu penyakit atau kecelakaan.
- c. Rumusan Diagnosis keperawatan menurut Carpenito (2006)

mengandung tiga komponen utama Problem, Etiologi, dan Symptom (PES) yaitu:

- a) Problem (P/Masalah), merupakan gambaran keadaan klien dimana tindakan keperawatan dapat diberikan. Masalah adalah penyimpangan atau kesenjangan dari keadaan normal yang seharusnya tidak terjadi.
- b) Etiologi (E/Penyebab), keadaan ini menunjukkan penyebab keadaan atau masalah kesehatan yang memberikan arah terhadap terapi keperawatan. Penyebab meliputi: perilaku, lingkungan, intraksi antara perilaku dan lingkungan. Unsur dari etiologi meliputi: patofisiologi penyakit situasional, medikasi, dan maturasioal.

- c) Sign dan symptom (S/Tanda dan gejala), adalah ciri tanda atau gejala, yang merupakan informasi yang diperlukan untuk merumuskan diagnosis keperawatan.

Menurut Carpenito (2006) diagnosis keperawatan dapat berupa tipe aktual, potensial, resiko, kesejahteraan atau sindrom.

- a. Aktual, suatu diagnosis keperawatan aktual menggambarkan penilain klinis yang harus divalidasi perawat adanya batasan karakteristik mayor.
- b. Resiko, diagnosis resiko menggambarkan penilaian klinis yang individu/kelompok lebih rentan untuk mengalami masalah dibanding orang lain dalam situasi ysng sama atau serupa.
- c. Kesejahteraan, diagnosis keperawatan kesejahteraan adalah penilaian klinis tentang individu, keluarga atau komunitas tentang transisi dari tingkat kesejahteraan tertentu ke tingkat kesejahteraan yang lebih tinggi.
- d. Sindrom, diagnosa keperawatan sindrom terdiri atas kelompok diagnosis keperawatan aktual atau resiko yang diperkirakan ada karena situasi atau peristiwa tertentu.

Menurut Nurarif dan kusuma (2015), Diagnosa Keperawatan yang sering muncul pada pre & post op STT yaitu:

- a. Pre Op

Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi

- b. Post Op

- 1. Nyeri akut berhubungan dengan Agen pecedera fisik

2. Resiko infeksi berhubungan dengan ketidak edukatan pertahanan tubuh primer.

### 2.2.3. Intervensi Keperawatan

Menurut Budiono dan SumiSrah. B.P (2015). Rencana tindakan keperawatan merupakan desain spesifik untuk membantu pasien dalam mencapai tujuan dan kriteria hasil dari tingkat kesehatan saat ini ke tingkat yang diharapkan.

Tipe-tipe intervensi yaitu:

a. Diagnostik / Observasi

Tindakan untuk mengkaji atau melakukan observasi terhadap kemajuan pasien secara langsung dan kuntu.

b. Terapeutik / Nursing Treatment

Tindakan yang ditetapkan untuk mengurangi, memperbaiki, dan mencegah perluasan masalah.

c. Penyuluhan/ *Health Education* (Pendidikan kesehatan)

Penyuluhan tentang penyakit dan perawatan pasien, atau juga lebih spesifik sesuai dengan masalah pasien yang terjadi.

d. Rujukan/Kolaborasi/ *Medical Treathment*

Tindakan medis yang dilimpahkan yang disesuaikan dengan masalah yang terjadi.

#### A. Pre Operasi

Diagnosa	Tujuan dan kreteria hasil	Intervensi
----------	---------------------------	------------

<p>Ansietas Berhubungan dengan kurang terpapar informasi</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Ansietas klien menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yg di hadapi menurun</li> <li>2. Prilaku gelisah menurun</li> <li>3. Konsentrasi membaik</li> <li>4. Pola tidur membaik</li> </ol>	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. Kondisi, waktu, stressor)</li> <li>2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan</li> <li>3. Monitor tanda ansietas (verbal dan non verbal)</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</li> <li>2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan</li> <li>3. Pahami situasi yang membuat ansietas</li> <li>4. Dengarkan dengan penuh perhatian</li> <li>5. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</li> <li>6. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan</li> <li>7. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami</li> <li>2. Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis</li> <li>3. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu</li> <li>4. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan</li> <li>5. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</li> <li>6. Latih kegiatan pengalihan, untuk mengurangi ketegangan</li> </ol>
--	--	---

		<p>7. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat</p> <p>8. Latih teknik relaksasi</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi pemberian obat anti anxietas, jika perlu</p>
--	--	--

### B. Post Operasi

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Nyeri akut berhubungan dengan Agen pecedera fisik	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Nyeri klien menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri menurun.</li> <li>2. Meringis menurun.</li> <li>3. Gelisah menurun,</li> <li>4. Kesulitan tidur menurun,</li> <li>5. Frekuensi nadi membaik</li> <li>6. Tekanan darah membaik,</li> <li>7. Skala nyeri menuru</li> </ol>	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi respons nyeri non verbal</li> <li>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</li> <li>7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</li> <li>9. Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ol>

		<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)</li> <li>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> <li>3. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</li> <li>5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian analgetik</li> </ol>
Resiko infeksi berhubungan dengan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemantauan tanda vital</li> </ol>

ketidak edukatan pertahanan tubuh primer	selama 3 x 24 jam diharapkan resiko infeksi dapat berkurang. Dengan kriteria hasil sebagai berikut : 1. Mengenali tanda dan gejala yang mengindikasikan risiko dalam penyebaran infeksi 2. Mengetahui cara mengurangi penularan infeksi 3. Mengetahui aktivitas yang dapat meningkatkan infeksi	2. Kaji tanda-tanda infeksi ;suhu tubuh, nyeri dan perdarahan 3. Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan local 4. Mencuci tangan sebelum dan sesudah setiap melakukan kegiatan perawatan pasien. 5. Mengajarkan pasien dan keluarga tentang tanda dan gejala infeksi 6. Mengajarkan pasien dan keluarga bagaimana menghindari infeksi. 7. Rawat luka (inspeksi kondisi luka) 8. Mengajarkan pasien merawat Luka
--	--	---

#### 2.2.4. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan (Implementasi) adalah inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan pada nursing orders untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu rencana tindakan yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan klien (Nursalam, 2001).

Pelaksanaan (Implementasi) adalah bersinambungan dan interaktif dengan komponen lain dari proses keperawatan. Sesuai dengan kebutuhan dan prioritas klien, perawat melakukan intervensi keperawatan spesifik. yang mencakup tindakan perawat dan tindakan dokter (Potter dan Perry,2005).

#### 2.2.5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai. Melalui evaluasi memungkinkan perawat untuk memonitor yang terjadi selama tahap pengkajian, analisa, perencanaan, dan pelaksanaan tindakan (Nursalam, 2001). Evaluasi adalah suatu proses keperawatan mengukur respon klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan klien kearah pencapaian tujuan (Perry dan Potter, 2005).

### **2.3. Konsep Implementasi Utama Keperawatan Nyeri**

#### 2.3.1. Definisi

Nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan dimana seseorang merasakan perasaan yang tidak nyaman yang disebabkan oleh kerusakan jaringan. Sedangkan Post operasi adalah masa setelah dilakukan pembedahan dimulai saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan dan berakhir sampai pemeriksaan selanjutnya (Agustin, Koeryaman, & Amira, 2020). Nyeri post operasi adalah suatu reaksi tubuh terhadap kerusakan jaringan (mulai dari sayatan kulit hingga kerusakan yang ditimbulkan proses operasi), tarikan atau regangan pada organ dalam tubuh, maupun penyakitnya. (Andika, Nurleny, Desnita, Alisa, & Despitasari, 2020).

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), terapi adalah usaha untuk memulihkan kesehatan orang yang sedang sakit, pengobatan penyakit, dan perawatan penyakit. Tujuan dari terapi itu sendiri adalah untuk menjadikan keadaan seseorang lebih baik lagi dan dapat mengurangi kecemasannya. Sehingga terapi untuk mengatasi nyeri post-operasi adalah suatu pengobatan

atau tindakan yang dilakukan untuk mengatasi nyeri pada saat post-operasi. Ada beberapa terapi yang dapat dilakukan untuk mengatasi nyeri post-operasi.

Teknik relaksasi yang digunakan dalam mengatasi nyeri post operasi di Rumah Sakit adalah dengan latihan nafas dalam. Teknik relaksasi nafas dalam. Menurut (Brunner, 2013) relaksasi nafas dalam dinilai sangat efektif dalam menurunkan nyeri post operasi. Relaksasi ini melibatkan otot respirasi dan tidak membutuhkan alat lain sehingga mudah dilakukan kapan saja atau sewaktu-waktu.

### 2.3.2. Tujuan

Tujuan relaksasi nafas dalam adalah untuk menurunkan rasa nyeri pasca operasi. Teknik relaksasi dapat menurunkan nyeri dengan merilekskan ketegangan otot yang menunjang nyeri. (Sehono, 2010).

### 2.3.3. Manfaat

Teknik relaksasi napas dalam dapat memberikan berbagai manfaat.

Menurut Potter & Perry (2006), menjelaskan efek relaksasi napas dalam antara lain terjadinya penurunan nadi, penurunan ketegangan otot, penurunan kecepatan metabolisme, peningkatan kesadaran global, perasaan damai dan sejahtera dan periode kewaspadaan yang santai.

Keuntungan teknik relaksasi napas dalam antara lain dapat dilakukan setiap saat, kapan saja dan dimana saja, caranya sangat mudah dan dapat dilakukan secara mandiri oleh pasien tanpa suatu media serta merilekskan otot-otot yang tegang. Sedangkan kerugian relaksasi napas dalam antara lain tidak

dapat dilakukan pada pasien yang menderita penyakit jantung dan pernapasan.  
(Smeltzer & Bare, 2002).

#### 2.3.4. Standar Operasional Prosedur (SOP)

Langkah-langkah Teknik Relaksasi Nafas Dalam (Potter dan Perry, 2005)

### **STÁNDAR OPERASIONAL PROSEDUR LATIHAN NAPAS DALAM**

No.	LANGKAH-LANGKAH	BOBOT	NILAI		
			0	1	2
<b>A</b>	<p><b>Tahap Pra Interaksi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan verifikasi program pengobatan pasien.</li> <li>2. Mencuci tangan.</li> <li>3.</li> </ol>				
<b>B</b>	<p><b>Tahap Orientasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan salam sebagai pendekatan terapeutik.</li> <li>2. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada keluarga/pasien.</li> <li>3. Menanyakan kesiapan pasien sebelum kegiatan dilakukan.</li> </ol>				
<b>C</b>	<p><b>Tahap Kerja</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atur posisi pasien dengan posisi duduk ditempat tidur atau dikursi</li> <li>2. Letakkan satu tangan pasien diatas abdomen ( tepat bawah iga) dan tangan lainnya berada di tengah-tengah dada untuk merasakan gerakan dada dan abdomen saat bernafas</li> <li>3. Keluarkan nafas dengan perlahan-lahan</li> </ol>				
	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Tarik nafas dalam melalui hidung secara perlahan-lahan selama 4 detik sampai dada dan</li> </ol>				

	<p>abdomen terasa terangkat maksimal, jaga mulut tetap tertutup selama menarik nafas</p> <p>5. Tahan nafas selama 3 detik</p>				
	<p>6. Hembuskan dan keluarkan nafas secara perlahan-lahan melalui mulut selama 4 detik</p> <p>7. Lakukan secara berulang dalam 5 siklus selama 15 menit dengan periode istirahat 2 menit ( 1 siklus adalah 1 kali proses mulai dari tarik nafas, tahan dan hembuskan).</p>				
<b>D</b>	<p><b>Tahap Terminasi</b></p> <p>1. Berpamitan dengan pasien.</p> <p>2. Mencuci tangan.</p> <p>3. Dokumentasi keperawatan.</p>				
	<b>Total</b>				

**BAB III**  
**TINJAUAN KASUS**  
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY. M DENGAN *PRE & POST OP SOFT TISSUE TUMOR (STT)* DIRUANGAN ANGGREK**  
**RSUD CURUP TAHUN 2022**

---

### 3.1 Pengkajian

#### 3.1.1 Biodata

##### 1. Identitas klien

Nama klien	:	Ny.M
Usia/jenis kelamin	:	32 Tahun/ Perempuan
Status perkawinan	:	Menikah
Agama	:	Islam
Pendidikan	:	SD
Pekerjaan	:	Petani
Alamat	:	Sindang kelingi
Golongan Darah	:	A
Suku bangsa	:	Lembak
Sumber informasi	:	Klien dan Suami
Tanggal MRS	:	01 Juli 2022/ 15:45 WIB
Tanggal Pengkajian	:	01 Juli 2022/ 16.00 WIB
Diagnosa Medis	:	<i>Soft Tissue Tumor Poplitea</i> (Benjolan belakang lutut)

##### Identitas Penanggung Jawab

Nama	:	Tn. Y
Usia	:	35 Tahun
Pendidikan	:	SD
Pekerjaan	:	Petani
Agama	:	Islam
Alamat	:	Sindang kelingi

### 3.1.2 Riwayat Keperawatan

#### 1. Riwayat Kesehatan Sekarang

##### 1) Keluhan Utama MRS

Klien rujukan dari Poli Bedah datang ke Ruangan Bedah pada tanggal 01 Juli 2022 pada pukul 15:45 WIB dengan keluhan ada benjolan dibelakang lutut kanan  $\pm 1$  Tahun, Nyeri saat ingin berjalan jauh dan ketika lama berdiri. Nyeri sudah dirasakan  $\pm 1$  bulan.

##### 2) Keluhan Saat Ini

#### **Pre Operasi**

Pada saat pengkajian pada tanggal 01 Juli 2022 pada pukul 16:00 WIB klien mengeluh Nyeri dibagian benjolan belakang lutut kanan  $\pm 1$  Tahun, nyeri semakin terasa apa bila aktivitas lebih dari 3 jam, skala nyeri 5, saat di kaji benjolan sebesar telur puyuh berukuran  $\pm 3$ cm, klien sempat berobat ke pukesmas terdekat lalu di rujuk untuk periksa ke Poli bedah RSUD Curup kemudian pasien di kirim ke ruangan anggrek RSUD Curup Klien mengatakan khawatir terhadap penyakitnya, cemas karena baru pertama kali dilakukan operasi.

##### 3) Keluhan Kronologis

a. Factor pencetus : Timbul benjolan kecil

b. Timbulnya keluhan : Saat beraktivitas  $\pm 3$  jam

c. Lamanya :  $\pm 1$  tahun

d. Upaya mengatasi : Tidak ada

4) Skala pengkajian PQRST

*Provokatif/Paliatif* (P) : Benjolan

*Qualitas/Quantitas* (Q) : Tertusuk-tusuk

*Region/Radiasi* (R) : Lutut bagian belakang

*Skala Severitas* (S) : 5

*Timing* (T) : Hilang timbul

**2. Riwayat keluhan masa lalu**

1) Riwayat Alergi : Tidak ada

2) Riwayat Kecelakaan : Tidak ada

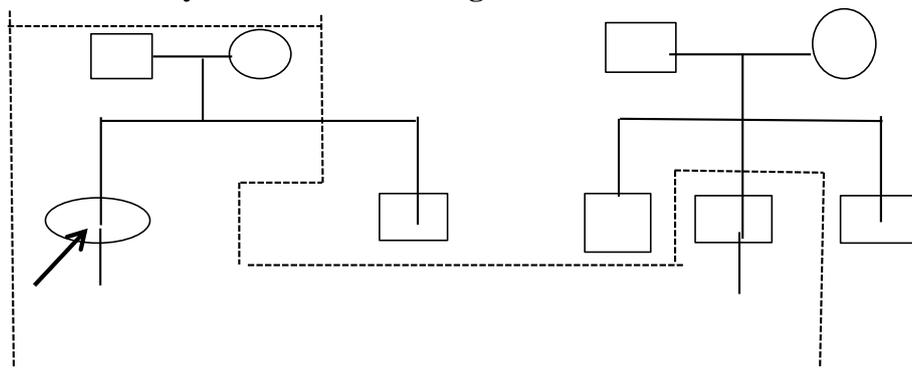
3) Riwayat Dirawat di Rs : Tidak ada

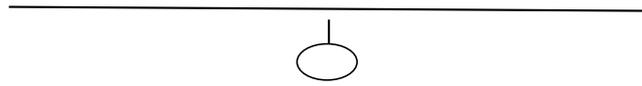
4) Riwayat Operasi : Tidak pernah operasi

5) Riwayat Pemakaian Obat : Tidak ada

6) Riwayat Merokok : Tidak ada

**3. Riwayat kesehatan keluarga**





Keterangan:



: Laki-laki



: Laki-laki meninggal



: Perempuan



: Perempuan meninggal



: Pasien



: Tinggal serumah

**4. Penyakit yang pernah diderita** : Tidak ada

#### **5. Riwayat Psikososial dan Spiritual**

1) Adanya orang terdekat : Suami

2) Interaksi dalam keluarga

a. Pola komunikasi

Klien memiliki komunikasi yang baik didalam keluarganya maupun dimasyarakat

b. Pembuatan keputusan

Suami Ny. M sebagai pembuatan keputusan dirumah

c. Kegiatan kemasyarakatan

Aktif di kegiatan bermasyarakat dan klien juga mengikuti arisan

3) Dampak penyakit pasien

Klien mengatakan sangat sulit untuk beraktivitas seperti semula dan tidak mampu bekerja seperti dulu lagi.

## 6. Persepsi pasien terhadap penyakitnya

- 1) Hal yang sangat dipikir

Mengenai penyakit yang dia rasakan

- 2) Harapan telah menjalani

Klien ingin segera pulih dan bisa melakukan aktivitas seperti biasa

- 3) Perubahan yang diharapkan

Setelah penyakitnya sembuh nanti klien akan menjaga pola makan dan klien sangat berharap dapat melakukan aktivitas seperti biasanya.

## 7. Sistem nilai kepercayaan

- 1) Nilai-nilai yang di percayai : Agama Islam

- 2) Aktivitas agama

Klien dulu rajin solat, semenjak ia sakit ia jarang solat karena benjolan di bagian lutut belakang.

## 8. Pola kebiasaan

No	Hal yang dikaji	Pola kebiasaan	
		Sebelum sakit	Saat sakit
1	Pola nutrisi: 1. Frekuensi makan 3x/hari 2. Nafsu makan baik/tidak alasan 3. Porsi makan yang dihabiskan 4. Makan yang tidak disukai 5. Makanan yang membuat alergi	3 kali Baik 1 porsi Tidak ada Tidak ada	3 kali Baik 1 porsi Tidak ada Tidak ada

	6. Makanan pantangan	Tidak ada	Makanan cepat saji, Gorengan Daging olahan Gula tambahan
	7. Penggunaan obat-obatan sebelum makan	Tidak ada	Tidak ada
	8. Penggunaan alat bantu (NGT,dll)	Tidak ada	Tidak ada
	9. Gangguan kebutuhan nutrisi	Tidak ada	Tidak ada
2	Pola eliminasi: 1. BAK a. Frekuensi b. Warna c. Keluhan d. Penggunaan alat bantu (kateter,dll) 2. BAB a. Frekuensi b. Waktu c. Warna d. Konsistensi e. Keluhan f. Penggunaan <i>Laxatif</i> 3. Gangguan eliminasi	5-6 kali Jernih Tidak ada Tidak ada  1 kali Pagi hari Kekuningan Lunak Tidak ada Tidak ada Tidak ada	5-6 kali Jernih Tidak ada Tidak ada  1 kali Pagi hari Kekuningan Lunak Tidak ada Tidak ada Tidak ada
3	Pola personal hygiene 1. Mandi  a. Frekuensi b. Waktu 2. Oral hygiene a. Frekuensi b. Waktu 3. Cuci rambut a. Frekuensi b. Waktu	2 kali  Pagi dan sore 2 kali  Pagi dan sore 2 kali  Pagi dan sore 2 kali	Belum ada mandi, hanya di lap dengan tisu basa Pagi dan sore 1 kali  Pagi Belum ada  Tidak ada
4	Pola istirahat dan tidur 1. Lama tidur siang 2. Lama tidur malam 3. Kebiasaan sebelum tidur  4. Gangguan istirahat dan tidur	Tidak ada 6-8 jam Menonton TV  Tidak ada	30 menit $\pm$ 5 jam Tidak ada  Ada, Klien sering terbangun karena nyeri
5	Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan	Tidak	Tidak

	1. Merokok: Ya/Tidak a. Frekuensi b. Jumlah 2. Minuman Keras:Ya/Tidak a. Frekuensi b. Jumlah c. Lama pemakaian	Tidak ada Tidak ada Tidak Tidak ada Tidak ada Tidak ada Tidak ada	Tidak ada Tidak ada Tidak Tidak ada Tidak ada Tidak ada Tidak ada
6	Pola Aktivitas dan latihan 1. Makan dan minum 2. Mandi 3. Toileting 4. Berpakain 5. Mobilitas ditempat tidur 6. Berpindah/berjalan 7. Ambulasi/rom 8. Gangguan aktivitas	Mandiri Mandiri Mandiri Mandiri Mandiri Mandiri Mandiri Tidak ada	Mandiri Dibantu keluarga Dibantu keluarga Dibantu keluarga Mandiri Dibantu keluarga Dibantu keluarga Ada, klien mengalami gangguan intoleransi aktivitas dimana klien tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri karena nyeri luka operasi

### 3.1.3 Pemeriksaan Fisik

#### 1. Pemeriksaan fisik umum

Keadaan umum	: Baik
Tingkat kesadaran	: Composmetis
<i>Glasgow Coma Scale (GCS)</i>	: E4V6M5 (15)
Berat badan	: 52 kg
Tinggi badan	: 154 cm
Tekanan darah	: 140/100 mmHg
Nadi	: 95 x/menit
Frekuensi nafas	: 24x/menit
Suhu tubuh	: 36,5 °C

#### 2. Sistem penglihatan

Posisi	: Simetris antara kanan dan kiri
Kelopak mata	: Normal
Pergerakan bola mata	: Simetris
Kornea	: Normal
Pupil	: Isokor
Otot-otot mata	: Otot mata normal
Fungsi penglihatan	: Normal
Tanda-tanda radang	: Tidak ada
Pemakaian lensa kontak	: Tidak ada

### **3. Sistem pendengaran**

Daun telinga	: Simetris antara kanan dan kiri, tidak ada pembengkakan, telinga bersih dan tidak ada nyeri tekan
Perasaan penuh di telinga	: Tidak ada
Pemakaian alat bantu	: Tidak ada

### **4. Sistem pernafasan**

Jalan nafas	: Bersih
Penggunaan otot bantu bantu	: Tidak ada
Frekuensi	: 22 x/menit
Irama	: Reguler

Batuk	: Tidak ada
Sputum	: Tidak ada
Terdapat darah	: Tidak ada
Suara nafas	: Normal

## 5. Sistem kardiovaskular

### 1) Sirkulasi perifer

a. Frekuensi nadi	: 79x/m
a) Irama	: Reguler
b. Distensi vena jugularis	
a) Kanan	: Tidak ada
b) Kiri	: Tidak ada
c) Temperatur kulit	: 36,5°C
c. Warna kulit	: Sawo matang
d. Edema	: Tidak ada
e. <i>Capilarey Refill Time</i>	: Kembali dalam 2 detik

### 2) Sirkulasi jantung

a. Irama	: Irama jantung teratur
b. Sakit dada	: Tidak ada

**6. Sistem hematomegali**

## 1) Gangguan hematomegali

a. Pucat : Tidak ada

b. Perdarahan : Tidak ada

**7. Sistem saraf pusat**

a. Keluhan sakit kepala : Tidak ada

b. Tanda-tanda peningkatan : Tidak ada

**8. Sistem pencernaan**

a. Keadaan mulut : Bersih, tidak ada lesi

b. Mukosa bibir : Lembab

c. Muntah : Tidak ada

d. Nyeri perut : Tidak ada

e. Bising usus : 12x/menit

f. Konsistensi feses : Lunak

g. Konstipasi : Tidak ada

h. Hepar dan limfa : Tidak ada pembengkakan

i. Abdomen

- a) Inspeksi : Simetris
- b) Palpasi : Tidak pembekakan
- c) Auskultasi : Bising usus normal
- d) Perkusi : Bunyi timpani

### **9. Sistem endokrin**

- a. Pembesaran kelenjar tyroid : Tidak ada
- b. Nafas berbau keton : Tidak ada
- c. Luka ganggren : Tidak ada

### **10. Sistem urogenital**

- a. Perubahan Pola Kemih
  - BAK : 5-6 x/hari
  - Warna : Kuning pekat
  - Jumlah :  $\pm$  1 gelas
- b. Distensi/ketegangan : Tidak ada
- c. Keluhan sakit pinggang : Tidak ada
- Skala nyeri : Tidak ada

### **11. Sistem integumen**

- a. Turgor kulit : Elastis

- b. Warna kulit : Sawo matang
- c. Keadaan kulit
- a) Luka, lokasi : Tidak ada
- b) Insisi operasi, lokasi : Lutut bagian belakang
- c) Gatal-gatal : Tidak ada
- d) Kelainan pigmen : Tidak ada
- e) Decubitus, lokasi : Tidak ada
- d. Kelainan kulit : Tidak ada

## 12. Sistem muskuloskeletal

- a. Kesulitan dalam pergerakan : Kaki bagian kanan
- b. Sakit tulang, sendi, kulit : Tidak ada
- c. Fraktur
- a) Lokasi : Tidak ada
- b) Kondisi : Tidak ada
- d. Keadaan tonus : Lemas
- e. Kekuatan otot

5555	5555
4444	5555

### 13. Ekstremitas

#### a. Atas

Tidak ada keluhan, ekstremitas atas terpasang infus Ringer Laktat (RL) pada tangan kiri 20 tetesan per menit

#### b. Bawah

Ada rasa nyeri di kaki kanan bagian benjolan.

### 14. Data penunjang

#### a. Hasil pemeriksaan Laboratorium. 28 Juni 2022

Jenis Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan	Satuan
Hemoglobin	14,3	g/dL
Jumlah leukosit	9.700	uL
Jumlah eritrosit	4,58	Juta/uL
Jumlah trombosit	403.000	uL
Laju endap darah	3	%
Diff Count	0/2/0/80/14/4	%
Hematokrit	42	%

Jenis Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan	Satuan	Nilai Rujukan
Glukosa sewaktu	98	mg/Dl	74-106

#### 2.1.4 Penatalaksanaan

##### a. Terapi Pemberian Obat

No	Hari/Tanggal	Jenis Obat	Dosis Obat
1	Jumat, 01 juli 2022	Cairan infus Ringer Laktat (RL)	20 tpm
2	Sabtu, 02 Juli 2022	1. Ceftriaxone 2. Ketorolac	2X1. 1000mg injeksi IV 3x1. 30mg Injeksi iv



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan baru pertama kali operasi</li> </ul> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tekanan darah meningkat</li> <li>- Frekuensi pernapasan meningkat</li> <li>- TTV</li> </ul> <p>TD: 140/100 mmHg RR : 24 x/m N: 95 x/m</p>		
--	--	--	--

### 3.3 Diagnosa Keperawatan

#### Pre operasi

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal ditemukan	Tanggal teratasi
1	Nyeri akut b.d Agen pencedara fisiologi	01 Juli 2022	03 Juli 2022
2	Ansietas b.d kurang terpapar informasi	01 Juli 2022	02 Juli 2022

### 3.4 Perencanaan Keperawatan

Nama : Ny. M

Usia : 32 Tahun

Ruangan : Angrek

Diagnosa : STT *Poplitea*

Tanggal : 01 Juli 2022

No. Rm : 237199

Hari/tanggal	No	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
Jumat, 01 juli 2022	1	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam tingkat nyeri klien teratasi dengan kriteria hasil:	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi faktor pencetus dan pereda nyeri</li> <li>2. Monitor kualitas nyeri (mis. Terasa tajam, tumpul, tertusuk)</li> <li>3. Monitor lokasi dan penyebaran nyeri</li> <li>4. Monitor intensitas nyeri dengan menggunakan skala</li> <li>5. Monitor durasi dan frekuensi nyeri</li> </ol> <p>Terapeutik</p>

		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri (menurun)</li> <li>2. Tekanan darah (menurun)</li> <li>3. Gelisah (menurun)</li> <li>4. Frekuensi pernapasan (membaik)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Atur jarak waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien</li> <li>7. Dokumentasikan hasil pemantauan</li> </ol>
01 juli 2022	2	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Ansietas klien menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yg di hadapi menurun</li> <li>2. Tekanan darah menurun</li> <li>3. Frekuensi pernapasan membaik</li> </ol>	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kondisi umum pasien (Kesadaran, Jenis operasi, penyakit penyerta, pengetahuan tentang operasi)</li> <li>2. Monitor tekanan darah, nadi, pernapasan, suhu tubuh</li> </ol> <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Puasakan minimal 6 jam sebelum pembedahan</li> <li>4. Bebaskan area kulit yang akan di operasi dari rambut atau bulu tubuh</li> <li>5. Pastikan kelengkapan dokumen-dokumen preoperasi (surat persetujuan operasi)</li> <li>6. Transfer ke kamar operasi dengan alat transfer yang sesuai (Korsi roda atau tempat tidur)</li> <li>7. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Jelaskan tentang prosedur, waktu dan lamanya operasi</li> <li>9. Jelaskan waktu puasa dan pemberian obat premedikasi</li> <li>10. Latih teknik mengurangi nyeri pasca operasi (Tarik napas dalam)</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>11. Kolaborasi pemberian obat sebelum pembedahan, sesuai indikasi</li> <li>12. Kordinasi dengan petugas Gizi tentang jadwal puasa dan diet</li> </ol>

### 3.5 Implementasi

Nama : Ny. M

Usia : 32 Tahun

Ruangan : Anggrek

Diagnosa : STT *Poplitea*

Tanggal : 01 Juli 2022

No. Rm : 237199

Hari/ Tanggal	No Dx	Jam	Implemetasi	Paraf
Jumat, 01 Juli 2022	1	16.00	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi faktor pencetus dan pereda nyeri R: Klien mengatakan nyeri terasa ketika melakukan aktivitas lebih dari 3 jam, Nyeri tidak terasa ketika pasien istirahat</li> <li>2. Memonitor kualitas nyeri R: Klien mengatakan nyeri terasa tertusuk-tusuk</li> <li>3. Memonitor lokasi dan penyebaran nyeri R: Lokasi nyeri hanya dibenjolan dan tidak ada penyebaran nyeri</li> <li>4. Memonitor intensitas nyeri dengan menggunakan skala R: Klien mengatakan jika nilai nyeri 1-10 maka nyeri yg klien rasakan di angka 5</li> <li>5. Memonitor durasi dan frekuensi nyeri R: Klien mengatakan nyeri terasa hilang timbul</li> <li>6. Mendokumentasikan hasil pemantauan R: P: Ketika melakukan aktivitas lebih dari 3 jam Q: Terasa tertusuk-tusuk R: Benjolan S: 5 T: Hilang timbul</li> </ol>	
	2	17.20	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi kondisi umum pasien (Kesadaran, Jenis operasi, penyakit penyerta, pengetahuan tentang operasi) R: Kesadaran klien baik, Klien mengatakan tidak mengetahui prosedur operasi, klien tidak memiliki penyakit penyerta</li> <li>2. Memonitor tekanan darah, nadi, pernapasan, suhu tubuh R: Melakukan pengukuran TTV pada pasien dengan hasil TD : 140/100 mmHg Rr : 24x/menit N : 95x/menit T : 36,5 °C</li> <li>3. Memberikan infus R: Memasang infus RL 20 tetes permenit</li> <li>4. Mempuasakan minimal 6 jam sebelum pembedahan</li> </ol>	

			<p>R: Menyampaikan kepada klien bahwa puasa minimal 6 jam dan Klien mulai puasa jam 21.00</p> <p>5. Membebaskan area kulit yang akan di operasi dari rambut atau bulu tubuh R: Tidak ada rambut atau bulu di area kulit yg akan di operasi</p> <p>6. Menjelaskan tentang prosedur, waktu dan lamanya operasi R: Menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan dan Menjelaskan kepada klien sebelum melakukan operasi pasien diharuskan puasa minimal 6 jam</p> <p>7. Berkoordinasi dengan petugas Gizi tentang jadwal puasa dan diet pasien R: Klien puasa mulai dari jam 21.00 sampai selesai tindakan operasi</p>	
--	--	--	---	--

### 3.6 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi hari pertama pada Jumat, 01 Juli 2022

Tanggal	No.D P	Jam/ Waktu	Evaluasi	Paraf
01-07-2022	1	20.00	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan nyeri di bagian benjolan</li> <li>- Klien mengatakan nyeri terasa menarik</li> <li>- Klien mengatakan nyeri terasa saat melakukan aktivitas lebih dari 3 jam</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Skala nyeri 4</li> <li>- Lokasi nyeri hanya di benjolan</li> <li>- Klien tampak tidak meringis</li> <li>- Nyeri terasa apa bila klien banyak beraktivitas</li> </ul> <p>A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan No 2,4,5,7</p>	
	2	20.00	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan sudah memahami tentang prosedur operasi</li> <li>- Klien mengatakan tidak memiliki penyakit penyerta (Hipertensi, gastritis, dm dll)</li> </ul>	

			<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak sudah mulai tenang</li> <li>- Klien mulai puas jam 21:00</li> <li>- Memberikan infus RL 20 tetes permenit</li> <li>- Suhu tubuh normal 36,5 °c</li> </ul> <p>A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan No 1,2,5,6,8</p>	
--	--	--	--	---

## Implementasi hari kedua Pre operasi, Sabtu 02 Juli 2022

Hari/ Tanggal	No Dx	Jam	Implemetasi	Paraf
Sabtu 02 Juli 2022	1	08.00	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor kualitas nyeri R: Klien mengatakan nyeri masih seperti terusuk-tusuk</li> <li>2. Memonitor intensitas nyeri dengan menggunakan skala R: Klien mengatakan nyeri sudah agak menurun jika nilai nyeri 1-10 maka nyeri yg klien rasakan di angka 4</li> <li>3. Memonitor durasi dan frekuensi nyeri R: Klien mengatakan nyeri masih terasa hilang timbul</li> <li>4. Mendokumentasikan hasil pemantauan R: Hasil dari pemantaua nyeri yaitu P: Ketika banyak gerak Q: Seperti tertarik R: Benjolan S: 4 T: Hilang timbul</li> </ol>	
	2	08.30	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi kondisi umum pasien (Kesadaran) R: Kesadaran pasien baik</li> <li>2. Memonitor tekanan darah, nadi, pernapasan, suhu tubuh R: Melakukan pengukuran TTV kepada klien dengan hasil Tekanan darah masih meningkat TD : 140/90 mmHg P : 95 x/menit RR : 24 x/menit</li> </ol>	

			<p>T : 36,6°C</p> <p>3. Memastikan kelengkapan dokumen-dokumen pre operasi (surat persetujuan operasi) R: Memastikan kembali dokumen pre operasi dan surat persetujuan operasi sudah di tanda tangan</p> <p>4. Menjelaskan kembali tentang prosedur, waktu dan lamanya operasi R: Mengulangkan kembali penjelasan tentang prosedur operasi</p> <p>5. Mentransfer ke kamar operasi dengan alat transfer R: Jam 10:00 wib mengantar pasien ke ruangan operasi menggunkan tempat tidur</p>	
--	--	--	---	--

## Evaluasi hari kedua, Sabtu 02 Juli 2022

Tanggal	No.D P	Jam/ waktu	Evaluasi	Paraf
02 Juli 2022	1	10.20	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan nyeri hanya di bagian benjolan</li> <li>- Klien mengatakan nyeri seperti di tarik</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Skala nyeri masih di angka 4</li> <li>- Nyeri terasa apa bila klien banyak gerak</li> </ul> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan No 2,3,4,5</p>	
	2	10.20	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan tidak merasa khawatir lagi dan sudah mengerti tentang operasi</li> <li>- Klien mengatakan sudah mengetahui prosedur operasi</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kesadaran klien baik</li> <li>- Tekanan darah sudah agak menurun</li> </ul> <p>TD : 130/90 mmHg P : 95 x/menit RR : 24 x/menit T : 36,6°C</p>	

			- Jam 10.00 Pasien di antar ke ruangan Operasi A: Masalah teratasi P: Intervensi dihentikan	
--	--	--	---	--

### 3.7 Pengkajian Post Operasi

#### 3.7.1 Keluhan saat ini

Pada saat pengkajian setelah Operasi dilakukan pada tanggal 02 Juli 2022 pukul 12:55 WIB klien mengeluh Nyeri di bagian luka operasi, luka tertutup, panjang luka  $\pm 5$ cm, skala nyeri 6, klien mengatakan mual, pusing.

#### 3.7.2 Keluhan Kronologis

- a. Faktor pencetus : Nyeri
- b. Timbulnya keluhan : Ketika sudah operasi
- c. Lamanya :  $\pm 2$  jam
- d. Upaya mengatasi : Relaksasi tarik napas dalam

#### 3.7.3 Skala pengkajian PQRST

- Provokatif/Paliatif* (P) : Ketika bergerak
- Qualitas/Quantitas* (Q) : Tersayat
- Region/Radiasi* (R) : Luka post operasi
- Skala Severitas* (S) : 6
- Timing* (T) : Hilang timbul

#### 3.7.4 Laporan Pembedahan

Klien diantar ke ruangan operasi pada pukul 10.00 WIB pada tanggal 02 Juli 2022 Dilakukan antiseptik daerah operasi dan sekitarnya, Jenis anastesi Bius spinal, Insisi diatas otot, Teraba massa 5x4cm didalam otot, Eksisi sesuai prosedur dan Luka tertutup

### 3.8 Analisa Data Post Operasi

Nama : Ny. M

Usia : 32 Tahun

Ruangan : Anggrek

Diagnosa : STT *Poplitea*

Tanggal : 01 Juli 2022

No. Rm : 237199

No	Analisa Data	Etiologi	Problem
1.	Ds: - Klien mengatakan nyeri di bagian luka post operasi - Klien mengatakan nyeri seperti di sayat	Agen pecedera fisik ↓ Prosedur operasi	Nyeri akut

	Do: - Klien tampak meringis saat berubah posisi - Pengkajian nyeri P : Luka bekas operasi Q : Tersayat R : Benjolan S : 6 T : Hilang timbul		
2.	Ds: -  Do: - Klien tampak terasa nyeri - Panjang luka post operasi $\pm$ 5cm - Luka tertutup - Keadaan luka kering - Tidak ada hematoma - Luka tampak kemerahan	Terputusnya integritas kulit	Gangguan integritas kulit/jaringan

### 3.9 Diagnosa Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal ditemukan	Tanggal teratasi
3	Nyeri akut b.d Agen pecedara fisik (prosedur operasi)	02 Juli 2022	03 Juli 2022
4	Gangguan integritas kulit/jaringan b.d Terputusnya integritas kulit	02 Juli 2022	03 Juli 2022

### 3.10 Intervensi Keperawatan

Nama : Ny. M

Usia : 32 Tahun

Ruangan : Anggrek

Diagnosa : STT *Poplitea*

Tanggal : 01 Juli 2022

No. Rm : 237199

Hari/tanggal	No	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
Sabtu, 02 juli 2022	3	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam nyeri akut klien teratasi dengan kriteria hasil:	Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 5. Monitor efek samping penggunaan analgetik  Terapeutik:

		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri (menurun)</li> <li>2. Tekanan darah (menurun)</li> <li>3. Gelisah (menurun)</li> <li>4. Frekuensi pernapasan (membaik)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</li> <li>7. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> </ol> Edukasi: <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>9. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>10. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</li> <li>11. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Terapi relaksasi napas dalam)</li> </ol> Kolaborasi: <ol style="list-style-type: none"> <li>12. Kolaborasi pemberian analgetik</li> </ol>
02 juli 2022	4	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nyeri menurun</li> <li>2. Kerusakan jaringan menurun</li> <li>3. Kerusakan lapisan kulit menurun</li> <li>4. Kemerahan menurun</li> </ol>	Observasi <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Observasi karakteristik luka (warna, ukuran)</li> <li>2. Monitor tanda-tanda infeksi</li> </ol> Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</li> <li>4. Bersihkan dengan cairan NaCl</li> <li>5. Berikan salep sesuai kekulit, jika perlu</li> <li>6. Pasang balutan sesuai jenis luka</li> <li>7. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</li> <li>8. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien</li> </ol> Edukasi <ol style="list-style-type: none"> <li>9. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>10. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri</li> <li>11. Kolaborasi pemberian analgetik</li> </ol>

### 3.11 Implementasi Keperawatan Hari Kedua

Nama : Ny. M

Usia : 32 Tahun

Ruangan : Anggrek

Diagnosa : STT *Poplitea*

Tanggal : 01 Juli 2022

No. Rm : 237199

Hari/ Tanggal	No Dx	Jam	Implementasi	Paraf
------------------	----------	-----	--------------	-------

Sabtu, 02 Juli 2022	3	12.30	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri R: Klien mengatakan nyeri di bagian luka post operasi, nyeri seperti di sayat</li> <li>2. Mengidentifikasi skala nyeri R: Klien mengatakan jika nilai nyeri 1-10 maka nyeri yg klien rasakan di angka 6</li> <li>3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri R: Klien mengatakan nyeri sangat terasa</li> <li>4. Memonitor efek samping penggunaan analgetik R: Melakukan skin tes ketorolac secara subkutan selama 15 menit klien mengatakan tidak ada rasa gatal</li> <li>5. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri R: Mengatur ruangan yg bersih dan nyaman dan lingkungan yg tidak ramai</li> <li>6. Memfasilitasi istirahat dan tidur R: Klien mengatakan lebih nyaman posisi miring kiri</li> <li>7. Menjelaskan strategi meredakan nyeri R: Mengajarkan tarik napas dalam untuk mengurangi rasa nyeri</li> <li>8. Mengajukan memonitor nyeri secara mandiri R: Klien mengatakan jika nyeri tidak bisa di kontrol kan lagi klien akan memanggil keruangan perawat</li> <li>9. Mengajukan menggunakan analgetik secara tepat R: Memberikan obat ketorolac 30mg</li> </ol>	
	4	14.00	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memobservasi karakteristik luka (warna, ukuran) R: Ukuran luka operasi klien ±5cm</li> <li>2. Memonitor tanda-tanda infeksi R: Tidak ada tanda-tanda infeksi pada luka operasi klien</li> <li>3. Menjadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien R: Melakukan perubahan posisi miring kiri, miring kanan setiap 2 jam sesuai kondisi klien</li> <li>4. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi</li> </ol>	

			<p>R: Menjelaskan kepada klien dan keluarga tanda-tanda infeksi jika luka post operasi mengalami pembengkakan, adanya nanah, luka terasa panas</p> <p>5. Berkolaborasi pemberian analgetik</p> <p>R: Memberikan obat Ceftriaxone</p>	
--	--	--	--	--

### 3.12 Evaluasi hari ke-2 pada Sabtu, 02 Juli 2022

Tanggal	No.D x	Jam/ waktu	Evaluasi	Paraf
02-07-2022	3	15.00	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan nyeri di bagian luka post operasi</li> <li>- Klien mengatakan nyeri seperti di sayat</li> <li>- Klien mengatakan jika nilai nyeri 1-10 maka nyeri yg klien rasakan di angka 5</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengatur ruangan yg bersih dan nyaman dan lingkungan yg tidak ramai</li> <li>- Klien bisa mengikuti dan mengulangi terapi tarik napas dalam untuk mengurangi rasa nyeri</li> <li>- Klien merasa nyaman saat dianjurkan posisi miring kiri</li> </ul> <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan No 2,6,10,11</p>	
	4	15.00	<p>S:</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada tanda-tanda infeksi</li> <li>- Panjang sayatan luka operasi <math>\pm 5</math>cm</li> <li>- Melakukan miring kiri miring kanan setiap 2 jam</li> <li>- Terdapat obat Ceftriaxone untuk pengobatan infeksi bakteri</li> </ul> <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan No 1,2,3,6,7,9,10,11</p>	

### Implementasi Keperawatan Hari Ketiga, Minggu 03 Juli 2022

Hari/Tanggal	No Dx	Jam	Implementasi	Paraf
--------------	-------	-----	--------------	-------

Minggu, 03 Juli 2022	3	08.00	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri R: Klien mengatakan nyeri masih terasa jika klien melakukan perubahan posisi tetapi klien sudah bisa mengurangi nyeri</li>   <li>2. Mengidentifikasi skala nyeri R: Klien mengatakan nyeri sudah agak menurun jika nilai nyeri 1-10 maka nyeri yg klien rasakan di angka 4</li> <li>3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri R: Klien mengatakan saat ingin mengganti posisi atau banyak gerak nyeri terasa</li> <li>4. Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri R: Mengajarkan kembali Terapi relaksasi napas dalam untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol>	
	4	09.00	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengobservasi karakteristik luka (warna, ukuran) R: Ukuran luka operasi klien ±5cm</li> <li>2. Memonitor tanda-tanda infeksi R: Tidak ada tanda-tanda infeksi pada luka operasi klien</li> <li>3. Melepaskan balutan dan plester secara perlahan R: Plester mudah untuk dilepaskan klien tidak merasa kesakitan</li> <li>4. Membersihkan dengan cairan Nacl R: Membersihkan luka post operasi menggunakan cairan Nacl Klien tampak merasa perih</li> <li>5. Memasang balutan sesuai jenis luka R: Memasang balutan sesuai ukuran luka</li> <li>6. Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka R: Membedahkan alat steril dan non steril seperti kasa dan plester balutan luka</li> <li>7. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi</li> </ol>	

			<p>R: Menjelaskan kembali kepada klien dan keluarga tanda-tanda infeksi pada luka post operasi luka mengalami pembengkakan, adanya nanah, luka terasa panas</p> <p>8. Mengajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri</p> <p>R: Menjelaskan mengganti balutan luka setiap hari atau bahkan beberapa kali dalam sehari jika perban tampak basah.</p>	
--	--	--	--	--

Evaluasi hari ketiga pada Minggu, 03 Juli 2022

Tanggal	No. dx	Jam/w aktu	Evaluasi	Paraf
03-07-2022	3	11.30	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan masih terasa nyeri tapi bisa di kontrol dengan teknik tarik napas dalam</li> <li>- Klien mengatakan ketika banyak gerak dan ingin mengganti posisi nyeri terasa</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Skala nyeri 3</li> <li>- Klien tampak tenang saat diberikan terapi relaksasi napas dalam</li> <li>- Klien merasa nyaman saat di lakukan ganti posisi miring kiri miring kanan setiap 2 jam</li> </ul> <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dihentikan (Pasien pulang)</p>	
03-07-2022	4	11.30	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan mengerti tentang prosedur perawatan luka</li> <li>- Klien mengatakan sudah mengerti tanda dan gejala infeksi</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Panjang luka operasi <math>\pm 5</math>cm</li> <li>- Luka tertutup</li> <li>- Tidak ada tanda-tanda luka mengalami infeksi</li> <li>- Tidak terdapat nanah diluka</li> </ul> <p>A: Masalah teratasi</p>	

			P: Intervensi dihentikan (Pasien pulang)	
--	--	--	--	--

### **Catatan Pasien Pulang**

#### A. Kondisi pasien

1. Kondisi pasien baik
2. Pasien pulang dengan keadaan luka terbalut perban
3. Tidak ada gejala infeksi pada luka
4. Vital sign : TD : 110/70 mmHg  
                   RR : 18x/menit  
                   N : 78x/menit  
                   T : 36,0 °C

#### 5. Terapi Obat

- a. Ciprofloxacin 500mg 2x1 tablet (Untuk pengobatan infeksi bakteri)
- b. Mefenamic acid 500mg 2x1 tablet (Untuk pengobatan nyeri)

#### 6. Jadwal kontrol ulang

Kontrol ulang dijadwal satu minggu setelah pasien pulang dari rumah sakit, kontrol ulang Ny.M pada tanggal 07 juli 2022 di Poli Bedah RSUD Curup

## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

Pada bab ini penulis akan membahas tentang kesenjangan teori dan tindakan proses asuhan keperawatan yang dilakukan pada tanggal 01 Juli sampai 03 Juli 2022 di ruang Anggrek RSUD Curup. Pembahasan tentang proses asuhan keperawatan ini meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi.

#### **4.1 Pengkajian**

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama di dalam memberikan asuhan keperawatan. Perawat harus mengumpulkan data tentang status kesehatan pasien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat, dan berkesinambungan. Secara teori STT adalah benjolan atau pembengkakan yang abnormal yang di sebabkan pertumbuhan sel-sel baru yang dimana sel-sel nya tidak tumbuh seperti kanker. Secara teori awal mulanya gejala berupa adanya suatu benjolan dibawah kulit yang tidak terasa sakit, tetapi ada beberapa penderita yang merasa nyeri. Sedangkan pada Ny.M yaitu klien mengeluh nyeri di bagian benjolan, nyeri sangat terasa jika pasien melakukan aktivitas lebih dari 3 jam, berikutnya untuk tanda gejala khas yang ditemukan yaitu adanya benjolan di bagian lutut belakang.

Pengkajian pada pasien Ny.M dengan diagnosa *Soft Tissue Tumor Poplitea* dilakukan pada tanggal 01 Juli 2022 untuk Pre Operasi dan tanggal 02 Juli 2022 untuk Post Operasi. Pengumpulan data dilakukan dengan metode wawancara dengan pasien dan keluarga, dan observasi keadaan pasien. Studi

dokumentasi pengumpulan data dengan cara mempelajari data penunjang dan riwayat-riwayat kesehatan dari status klien. Menurut (Sidham 2020) Secara teori ada beberapa faktor yang berhubungan dan memungkinkan yang dapat menjadi faktor penyebab terjadinya *neoplasma musculoskeletal*, yaitu: Genetik, Radiasi, *Limfedema* kronis, *Karsinoge* Lingkungan dan Infeksi. Secara teori pasien STT biasanya di bawa oleh keluarga ke rumah sakit atau unit kesehatan lainnya. Karena keluarga tidak mampu merawat, benjolan semakin lama semakin membesar dan kadang-kadang pasien mengeluh nyeri. Beberapa alasan keluarga membawa pasien ke rumah sakit yaitu kerungnya pengetahuan klien dan keluarga tentang penyakit dan benjolan semakin lama semakin membesar, keluarga mengira itu kanker dan pasien merasa nyeri. Dan pada saat pengkajian klien tidak mengetahui faktor penyebab dari timbulnya benjolan, pendidikan terakhir SD usia 32 tahun, klien mengatakan kurang bisa mencari informasi tentang penyakitnya dan semakin lama benjolan itu semakin membesar, nyeri sangat terasa jika pasien melakukan aktifitas lebih dari 3 jam.

#### **4.2 Diagnosa Keperawatan**

Menurut Hidayat (2002), Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses yang aktual dan potensial. Diagnosa keperawatan memberikan dasar pemilihan intervensi yang menjadi tanggung gugat perawat.

Menurut Nurarif dan kusuma (2015), Diagnosa Keperawatan yang sering muncul pada pasien pre & post op STT yaitu:

##### **a. Pre Operasi**

1. Ansietas berhubungan dengan Kurangnya terpapar informasi

Secara teori pada diagnosa pre operasi tidak mengangkat diagnosa nyeri dikarenakan tidak semua pasien mengeluh rasa nyeri dan sesuai dengan teori penulis mengangkat diagnosa ansietas pada kasus Ny.M.

#### b. Post Operasi

1. Nyeri akut berhubungan dengan Agen pecedera fisik (Prosedur Operasi)
2. Resiko infeksi berhubungan dengan ketidak edukatan pertahanan tubuh primer.

Secara teori pada diagnosa post operasi ada diagnosa resiko infeksi tetapi pada kasus Ny.M penulis tidak menegakkan diagnosa resiko infeksi.

Setelah data-data terkumpul, penulis menganalisa data-data tersebut dan mengidentifikasi prioritas masalah keperawatan. Dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny.M diagnosa keperawatan yang ditemukan adalah:

#### a. Pre Operasi

1. Nyeri akut berhubungan dengan Agen pecedera fisiologis
2. Ansietas berhubungan dengan Kurangnya terpapar informasi

Pada diagnosa pre operasi pada saat pengkajian pre operasi penulis menegakan diagnosa Nyeri akut berhubungan dengan agen pecedera fisiologi dikarenakan klien mengeluh nyeri di bagian benjolan dan nyeri sangat terasa jika klien melakukan aktivitas lebih dari 3 jam.

#### b. Post Operasi

1. Nyeri akut berhubungan dengan Agen pcedera fisik (Prosedur Operasi)
2. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan Terputusnya integritas kulit

Dan pada diagnosa post operasi pada saat pengkajian post operasi penulis tidak menegakkan diagnosa resiko infeksi dikarenakan tidak terdapat data yang mendukung pada diagnosa resiko infeksi. Maka dari itu penulis menegakkan diagnosa Gangguan integritas Kulit/jaringan

### **4.3 Intervensi keperawatan**

Rencana keperawatan disusun dalam bentuk kata perintah, operasional untuk mengatasi, mengurangi dan mencegah masalah yang ada pada pasien. Dari 4 diagnosa yang telah ditegakkan maka intervensi pun harus sesuai dengan diagnosa sehingga dapat diimplementasikan dengan baik.

Rencana keperawatan yang terdapat dilaporan pendahuluan tidak semua penulis angkat pada rencana asuhan keperawatan, dikarenakan penulis sesuaikan dengan kondisi klien dan diangkat sesuai dengan apa yang telah ditetapkan oleh Rumah Sakit.

Intervensi atau rencana tindakan keperawatan yang penulis susun ada yang tercapai dan ada yang tidak tercapai antara lain:

#### Pre Operasi

1. Nyeri akut berhubungan dengan Agen pcedera fisiologis

Pada kasus Ny.M dengan diagnosa nyeri akut rencana tindakan nya bisa di lakukan semua seperti identifikasi nyeri, monitor nyeri, lokasi,intensitas dan monitor durasi nyeri.

2. Ansietas berhubungan dengan Kurangnya terpapar informasi

Pada kasus Ny.M dengan diagnosa Ansietas rencana tindakan nya bisa dilakukan semua tetapi ada satu rencana yang tidak dilakukan secara maksimal seperti menjelaskan tentang prosedur, waktu dan lamanya operasi, penulis tidak menggunakan leaflet/lembar balik.

Post Operasi

3. Nyeri akut berhubungan dengan Agen pcedera fisik (Prosedur Operasi)

Pada kasus Ny.M dengan diagnosa Nyeri akut rencana tindakan dilakukan semua tetapi ada satu rencana tindakan yang tidak sepenuhnya teratasi seperti memberikan lingkungan yang nyaman dan membatasi pengunjung, karena pasien ini dirawat diruangan bangsal yang biasanya terdapat pasien lainnya dalam ruangan tersebut. Penulis sudah berusaha menerapkan pembatasan pengunjung namun banyak para penjenguk pasien yang tidak patuh dengan jam besuk yang ditentukan oleh rumah sakit.

4. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan Terputusny integritas kulit

Pada kasus Ny.M dengan diagnosa Gangguan integritas kulit/jaringan rencana tindakan dilakukan semua kecuali memberikan salep sesuai

kekulit, dikarenakan tidak ada anjuran dari dokter yang bertanggung jawab pada kasus Ny.M.

#### **4.4 Implementasi keperawatan**

Implementasi keperawatan adalah tindakan yang dilakukan dari rencana keperawatan yang telah ditetapkan. Pelaksanaan keperawatan ini penulis bekerja sama dengan perawat ruangan dan keluarga pasien sehingga pelaksanaan keperawatan ini bisa dilakukan. Penulis dalam melakukan asuhan keperawatan tidak berada 24 jam diruangan tetapi penulis berusaha melakukan asuhan keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan dan menanyakan langsung kepada perawat jaga.

Adapun pelaksanaan dari diagnosa keperawatan sebagai berikut:

##### **1. Nyeri akut b.d Agen pencedara fisiologi (Pre operasi)**

Dalam diagnosa keperawatan ini penulis melaksanakan tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan perencanaan keperawatan yang telah ditetapkan dan semua pelaksanaan keperawatan sesuai dengan teori dapat dilakukan semuanya.

##### **2. Ansietas b.d kurang terpapar informasi (Pre Operasi)**

Dalam diagnosa keperawatan ini penulis melaksanakan tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan perencanaan keperawatan yang telah ditetapkan tetapi ada satu tindakan yang tidak dilakukan secara maksimal seperti menjelaskan prosedur operasi penulis tidak menggunakan leaflet/lembar balik.

### 3. Nyeri akut b.d Agen pecedara fisik (prosedur operasi)

Dalam diagnosa keperawatan ini penulis melaksanakan tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan perencanaan keperawatan yang telah ditetapkan dan semua pelaksanaan keperawatan sesuai dengan teori dapat dilakukan semuanya

### 4. Gangguan integritas kulit/jaringan b.d Terputusnya integritas kulit (Post operasi)

Dalam diagnosa keperawatan ini penulis melaksanakan tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan perencanaan keperawatan yang telah ditetapkan tetapi ada beberapa perencanaan yang penulis susun namun tidak dapat dilakukan secara maksimal seperti memberikan lingkungan yang nyaman dan membatasi pengunjung, karena pasien ini dirawat diruangan bangsal yang biasanya terdapat pasien lainnya dalam ruangan tersebut. Penulis sudah berusaha menerapkan pembatasan pengunjung namun banyak para penjenguk pasien yang tidak patuh dengan jam besuk yang ditentukan oleh rumah sakit.

Dalam pelaksanaan implementasi keperawatan atau penerapan rencana yang dibuat didapati jika penerapan tindakan keperawatan berjalan sesuai dengan yang telah direncanakan, selain itu keluarga Ny.M selalu bersifat kooperatif dalam melakukan semua tindakan dan arahan yang diberikan, baik oleh dokter yang bersangkutan maupun perawat yang bertanggung jawab merawat klien.

#### 4.5 Evaluasi

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai. Melalui evaluasi memungkinkan perawat untuk memonitor yang terjadi selama tahap pengkajian, analisa, perencanaan, dan pelaksanaan tindakan (Nursalam, 2001).

Pada evaluasi ini penulis menggunakan evaluasi proses dan evaluasi hasil. Evaluasi proses ini dibuat untuk mengetahui keberhasilan tindakan yang dilaksanakan oleh perawat, sedangkan evaluasi hasil merupakan catatan perkembangan dari keseluruhan tindakan yang dijadikan sebagai bahan pertimbangan untuk menyusun asuhan keperawatan. Evaluasi dari diagnosa keperawatan yang muncul adalah :

##### 1. Nyeri akut b.d Agen pencedara fisiologi (Pre operasi)

Evaluasi proses dalam tindakan keperawatan dilakukan selama satu kali dan tidak mengalami hambatan dalam proses keperawatan. Evaluasi hasil setelah dilakukannya tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam pada tanggal 01 Juli tujuan teratasi sebagian dengan hasil Klien mengatakan nyeri hanya dibagian benjolan, nyeri sangat terasa jika pasien banyak gerak.

##### 2. Ansietas b.d kurang terpapar informasi (Pre Operasi)

Evaluasi proses dalam tindakan keperawatan dilakukan selama satu kali dan tidak mengalami hambatan dalam proses keperawatan. Evaluasi hasil setelah dilakukannya tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam pada tanggal 01 Juli tujuan teratasi dengan hasil Klien mengatakan tidak merasa khawatir

lagi dan sudah mengerti tentang operasi, Klien mengatakan sudah mengetahui prosedur operasi.

3. Nyeri akut b.d Agen pecedara fisik (prosedur operasi)

Evaluasi proses dalam tindakan keperawatan dilakukan selama satu kali dan tidak mengalami hambatan dalam proses keperawatan. Evaluasi hasil setelah dilakukannya tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam pada tanggal 02 Juli tujuan teratasi dengan hasil Klien mengatakan masih terasa nyeri tapi bisa di kontrol dengan teknik tarik napas dalam, Klien mengatakan ketika banyak gerak dan ingin mengganti posisi nyeri terasa, Skala nyeri 4, Klien tampak tenang saat diberikan terapi relaksasi napas dalam, Klien merasa nyaman saat di lakukan ganti posisi miring kiri miring kanan setiap 2 jam, Klien diberikan obat yaitu mefenamis acid 500mg Tablet untuk pengobatan nyeri.

4. Gangguan integritas kulit/jaringan b.d Terputusnya integritas kulit (Post operasi)

Evaluasi proses dalam tindakan keperawatan dilakukan selama satu kali dan tidak mengalami hambatan dalam proses keperawatan. Evaluasi hasil setelah dilakukannya tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam pada tanggal 02 Juli tujuan teratasi dengan hasil Klien mengatakan mengerti tentang prosedur perawatan luka, Klien mengatakan sudah mengerti tanda dan gejala infeksi, Panjang luka operasi  $\pm 5$ cm, Luka tertutup, Tidak ada tanda-tanda luka mengalami infeksi, Tidak terdapat nanah diluka, Terdapat obat yaitu Ciprofloxacin 500mg tablet untuk pengobatan infeksi bakteri

Klien pulang pada tanggal 03 Juli 2022 dengan kondisi masalah sudah teratasi sebagian, hal ini dikarenakan dokter sudah mengizinkan klien untuk pulang dikarenakan keadaan pasien sudah membaik dan klien melakukan rawat jalan, selain itu didapati pula jika ke empat diagnosa telah memenuhi kriteria hasil yang di harapkan. Untuk diagnosa nyeri klien diberikan obat pengurang nyeri Mefenamic acid 500mg 2x1 tablet, Ciprofloxacin 500mg 2x1 tablet untuk infeksi bakteri, dan untuk diagnosa gangguan integritas kulit/ jaringan dilakukan kontrol luka pada tanggal 07 Juli 2022 di ruangan poli bedah RSUD Curup.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **5.1 Kesimpulan**

Setelah melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien Ny.M yang terdiagnosa *Soft Tissue Tumor Poplitea* selama 3 x 24 jam dari tanggal 1 Juli sampai dengan 3 Juli 2022, penulis memperoleh pengalaman nyata dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny.M dengan menerapkan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan serta mendokumentasikannya dan mengidentifikasi faktor pendukung dan penghambat dalam setiap proses keperawatan. Adapun kesimpulannya sebagai berikut:

#### A. Pengkajian

Metode yang digunakan dalam pengkajian adalah wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi. Secara teori data yang biasa muncul pada kasus STT yaitu Ansietas, nyeri akut, dan resiko infeksi tetapi pada saat pengkajian penulis memperoleh beberapa data antara lain nyeri akut, ansietas , nyeri akut pasca operasi dan gangguan integritas kulit/jaringan. Pada data yang telah dikaji penulis menegakkan diagnosa pada pre operasi yaitu nyeri akut dikarenakan pasien merasakan nyeri dibagian benjolan dan penulis tidak menegakkan diagnosa resiko infeksi dikarenakan tidak ada data yang mendukung untuk penulis menegakkan diagnosa resiko infeksi, Data-data tersebut muncul berdasarkan kondisi pasien dan data teori.

#### B. Diagnosa keperawatan

77

Berdasarkan data pengkajian yang telah dilakukan pada Ny.M diagnosa keperawatan yang diangkat yaitu:

Diagnosa Pre Operasi yang diangkat pada kasus Ny.M adalah

1. Nyeri akut berhubungan dengan Agen pcedera fisiologis
2. Ansietas berhubungan dengan Kurangnya terpapar informasi

Secara teori pada diagnosa pre operasi nyeri akut tidak di tegakkan dikarenakan tidak semua pasien merasakan nyeri tetapi pada kasus Ny.M pre operasi penulis menegakkan diagnosa Nyeri akut dikarenakan klien mengeluh nyeri di bagian benjolan dan nyeri sangat terasa jika klien melakukan aktivitas lebih dari 3 jam.

Diagnosa Post Operasi yang diangkat pada kasus Ny.M adalah

1. Nyeri akut berhubungan dengan Agen pcedera fisik (Prosedur Operasi),
2. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan Terputusnya integritas kulit

Secara teori diagnosa pada post operasi ialah resiko infeksi tetapi penulis tidak menegakkan nya dikarenakan tidak ada data yang mendukung untuk penulis mengangkat diagnosa resiko infeksi.

### C. Intervensi Keperawatan

Untuk menyusun perencanaan tindakan keperawatan guna mencapai tujuan yang diinginkan, memenuhi kebutuhan keperawatan pasien saat itu, dalam penulisan tujuan dan kriteria hasil serta intervensi penulis berpedoman pada rencana asuhan keperawatan. Pada diagnosa ini ada semua intervensi menurut teori. Penulis dapat melakukan perencanaan secara teoritis dalam

bentuk asuhan keperawatan tetapi tidak semua perencanaan dapat dilakukan secara maksimal seperti menjelaskan prosedur operasi tanpa leaflet/lembar balik, lingkungan yang nyaman dan pemberian salep kepada pasien secara langsung.

#### D. Implementasi Keperawatan

Pada tahap tindakan keperawatan hasil yang diharapkan adalah tercapainya tujuan. Pelaksanaan study kasus ini penulis melakukan asuhan keperawatan selama 3 hari dari tanggal 01 Juli 2022 sampai 03 Juli 2022. Tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan perencanaan yang telah dibuat, Ada beberapa perencanaan yang penulis susun namun tidak dapat dilakukan secara maksimal seperti memberikan lingkungan yang nyaman, menjelaskan prosedur operasi tanpa leaflet/lembar balik dan pemberian salep dikarenakan tidak ada anjuran dari dokter.

#### E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dari hasil asuhan keperawatan yang dilaksanakan selama 3 x 24 jam, dari ke empat diagnosa keperawatan, 3 diagnosa keperawatan teratasi dan 1 diagnosa keperawatan teratasi sebagian. Diagnosa keperawatan yang teratasi antara lain Nyeri akut berhubungan dengan Agen pecedera fisiologis, Ansietas berhubungan dengan Kurangnya terpapar informasi, Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan Terputusnya integritas kulit. Diagnosa keperawatan yang teratasi sebagian adalah Nyeri akut berhubungan dengan Agen pecedera fisik (Prosedur Operasi) tetapi klien sudah bisa

melakukan secara mandiri terapi relaksasi napas dalam guna untuk meringankan rasa nyeri yg dirasakan klien.

## 5.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas maka penulis akan menyampaikan saran yang mungkin bermanfaat yaitu:

### 1. Bagi istitusi Rumah Sakit

Bagi profesi perawat hendaknya melakukan pengkajian lebih mendetil dan lebih akurat demi mendapatkan data-data yang mendukung, serta dapat menegakkan diagnosa yang tepat, sehingga perawat dapat membuat intervensi serta dapat melaksanakan penatlaksanaan yang telah direncanakan sesuai kondisi klien dan ikut serta memberikan pelayanan asuhan keperawatan pada klien, diharapkan kolaborasi yang baik antara tenaga kesehatan guna untuk meningkatkan mutu pelayanan dan perawat klien di rumah sakit khususnya pada pasien *Soft Tissue Tumor* (STT). Penulis juga mengharapkan kepada pihak rumah sakit untuk lebih menerapkan batas jam besuk sesuai dengan waktu yang telah ditentukan, hal ini juga mempengaruhi tingkat kesembuhan klien. Penulis berharap semoga pelayanan dirumah sakit lebih baik lagi kedepannya.

### 2. Bagi Pasien dan Keluarga

Bagi Pasien harus dapat menjaga kesehatan dengan menjaga pola hidup yang sehat seperti banyak makan-makan yang mengandung antioksidan, omega 3, zat besi dan yg mengandung serat seperti buah jeruk, sayur brokoli, sayur bayam, ikan, kacang-kacangan, telur, dan hindari dulu

makan-makanan yang instan, mengandung banyak gula atau manis-manisan dan klien disarankan untuk tidak banyak bekerja terlalu berat terlebih dahulu dan beraktivitas berlebihan karena akan mempengaruhi tingkat kesembuhan klien, dengan menjaga pola hidup yang sehat pasien dan keluarga dapat terhindar dari berbagai penyakit terutama tumor. Tumor sebenarnya tidak dapat dicegah dengan metode yang spesifik. Namun, ada beberapa langkah sederhana yang dapat kita lakukan untuk menurunkan risiko terjadinya tumor, yaitu:

1. Berhenti merokok.
2. Berolahraga secara teratur.
3. Menerapkan pola makan bergizi seimbang.
4. Menjaga berat badan yang sehat.
5. Membatasi konsumsi minuman keras.

## DAFTAR PUSTAKA

American Cancer Society. (2015). *Global Cancer Facts and Figures 3*. Edition: Atlanta. Google Scholar.

<https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.3322/canjclin.52.1.8>

Andri. (2015) Laporan Pendahuluan Soft Tissue Tomur. Tersediadalam: (diakses 10 April 2018 pukul: 15.00 WITA)

<https://pdfcoffee.com/lp-stt-andri-2-pdf-free.html>

Agustin, R., Koeryaman, M. T., & Amira, I. (2020). Gambaran Tingkat Cemas, Mobilisasi, dan Nyeri Post Operasi di RSUD dr. Slamet Garut. *Jurnal Ilmu-Ilmu Keperawatan*, 20(2).

<http://ners.unair.ac.id/site/index.php/news-fkp-unair/30-lihat/615-pentingnya-terapi-untuk-mengatasi-nyeri-post-operasi>

Andika, M., Nurleny, Desnita, R., Alisa, F., & Despitasari, L. (2020). Penyuluhan Pemberian Foot Massage terhadap Peubahan Intensitas Nyeri pada Pasien Post Operasi di Ruangan Bedah Wanita RSUP dr. M. Djamil Padang. *Jurnal Abdimas Sainika*, 2(2).

<http://ners.unair.ac.id/site/index.php/news-fkp-unair/30-lihat/615-pentingnya-terapi-untuk-mengatasi-nyeri-post-operasi>

A Potter, & Perry, A. G. (2006). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik*, edisi 4, Volume.2. Jakarta: EGC.

<http://adl.aptik.or.id/default.aspx?tabID=52&prang=Potter%2C+Patricia+A+>

- Brunner & Suddarth, (2013). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8 volume 2. Jakarta EGC
- Budiono, Sumirah Budi Pertami. Konsep Dasar Keperawatan. Cet.2. Parman S, Damayanti R, editors. Jakarta: Bumi Medika.; 2016. 254 hal.
- Carpenito, Lynda Juall, 2006, Diagnosa Keperawatan, Edisi 6 : aplikasi Data Praktik Klinis, EGC, Jakarta
- Doenges, Marilyn E.dkk.2000.Rencana Asuhan Keperawatan & Pedoman Untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien. Edisi III.Alih Bahasa: I Made Kriasa.EGC.Jakarta
- Hidayat, A.A. (2002). Pengantar dokumentasi proses keperawatan. Jakarta : EGC
- <https://osf.io/preprints/inarxiv/jm4rq/>
- Mustikawati.(2017). *Anatomi dan Fisiologi*. Jakarta:EGC
- M.Clevo. (2019). *Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Penyakit Dalam*. Jakarta: Penerbit Buku Nuha Medika.
- Nursalam. (2001). Proses dan dokumentasi keperawatan: konsep dan praktik. (Edisi 1). Jakarta: Salemba Medika
- Nurarif, Amin, Huda & Kusuma, Hardhi. (2015). Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA. Yogyakarta : Mediacion Publishing.
- Pearce, E. C. (2016). *Anatomi dan Fisiologi untuk Paramedis*. Jakarta: PT Grandmedia Pustaka Utama .
- Potter, Perry (2005). Buku ajar fundamental keperawatan: Konsep, proses dan praktik (Fundamentals of nursing : Concepts, process, and practice). Alih Bahasa: Renata Komalasari. Edisi 4.Volume 2. Jakarta: EG
- Prince, & Wilson. (2017). *Patofisiologi Konsep Klinis Proses Proses Penyakit*. Jakarta: EGC.

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). (2018). Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI tahun 2018.

[Http://www.depkes.go.id/resources/download/infoterkini/materi\\_rakorpop\\_2018/hasil%20Risk esdas%202018.pdf](http://www.depkes.go.id/resources/download/infoterkini/materi_rakorpop_2018/hasil%20Risk%20esdas%202018.pdf)- Diakses februari 2022

RSUD Curup. (2016). *Laporan Tahunan Rumah Sakit Umum Daerah Curup*. Kabupaten Rejang Lebong: RSUD Curup

RSUD Curup. (2017). *Laporan Tahunan Rumah Sakit Umum Daerah Curup*. Kabupaten Rejang Lebong: RSUD Curup

RSUD Curup. (2018). *Laporan Tahunan Rumah Sakit Umum Daerah Curup*. Kabupaten Rejang Lebong: RSUD Curup

RSUD Curup. (2019). *Laporan Tahunan Rumah Sakit Umum Daerah Curup*. Kabupaten Rejang Lebong: RSUD Curup

RSUD Curup. (2020). *Laporan Tahunan Rumah Sakit Umum Daerah Curup*. Kabupaten Rejang Lebong: RSUD Curup

Sidham. (2020). *Benign and Malignant Soft Tissue Tumor*. Diambil kembali dari <https://emedicine.medscape.com/articel/1253816-overview>.

Smeltzer. S. C, B. B. (2002). *Keperawatan Medikal Bedah Brunner dan Suddarth*. Jakarta: EGC.

Smeitzer. (2016). *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Sehono.E (2010). Pengaruh Teknik Relaksasi Guided Imagery Terhadap Penurunan Nyeri Pada Pasien Pasca Operasi Fraktur Di Rsud Dr. Moewardi Surakarta. (diakses pada 24 november 2017).

Sabiston,D. (2018). *Buku Ajar Bedah Bagian I*. Jakarta:EGC.

Sjamsuhidajat, R, Jong, W.D.(2016).*Soft Tissue Tumor dalam Buku Ajar Ilmu Bedah*, Edisi2. Jakarta : EGC

Sjamsuhidajat, R, Jong. (2017). *Buku Ajar Ilmu Bedah*. Edisi 3. Jakarta: EGC

- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2017. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, Edisi II, Penerbit Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia (DPP PPNI)*. Jakarta Selatan.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 2018. *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, Edisi III, Penerbit Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia (DPP PPNI)*. Jakarta Selatan.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. 2018. *Standar Luaran Keperawatan Indonesia, Edisi III, Penerbit Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia (DPP PPNI)*. Jakarta Selatan



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU  
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN CURUP

LEMBAR KONSULTASI  
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

NAMA MAHASISWA : Meriza Gustini  
NIM : P00320119017  
NAMA PEMBIMBING : Mulyadi, M. Kep  
JUDUL : Asuhan Keperawatan Pada Ny. M Dengan Pre & Post Op Soft  
Tissue Tumor Di Ruang Rawat Inap Penyakit Dalam RSUD  
Curup Tahun 2022

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1	Rabu 22 Desember 2021	<ul style="list-style-type: none"><li>- Konsul Judul KTI</li><li>- Perbaiki penulisan judul sesuaikan dengan pedoman penulisan KTI Asuhan keperawatan</li><li>- ACC Judul proposal</li><li>- Lanjutkan BAB I</li></ul>	
2	Jumat 28 Januari 2022	<ul style="list-style-type: none"><li>- Konsul BAB I</li><li>- Uraikan terlebih dahulu fenomena terjadinya STT</li></ul>	
3	Kamis 03 Februari 2022	<ul style="list-style-type: none"><li>- Uraikan fenomena terjadinya STT secara global, indonesia, provinsi dan daerah</li></ul>	
4	Rabu 09 Februari 2022	<ul style="list-style-type: none"><li>- Uraikan fenomena gejala STT</li><li>- Dampak dan pencegahan dari angka kejadian</li></ul>	
5	Jumat 11 Februari 2022	<ul style="list-style-type: none"><li>- Buat Bab II sesuai dengan buku panduan</li></ul>	
6	Senin 14 Februari 2022	<ul style="list-style-type: none"><li>- Tambahkan sedikit teori prevalensi STT</li></ul>	

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dampak STT dan gejalanya</li> <li>- Susun bab II secara paragraph</li> </ul>	
7	Kamis 17 Februari 2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Buatlah fenomena kejadian STT</li> <li>- Sesuaikan dengan asuhan keperawatan</li> </ul>	A
8	Senin 21 Februari 2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bab I tambah untuk hasil ECG</li> <li>- Bab II cantumkan suatu kutipan</li> </ul>	A
9	Selasa 22 Februari 2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Buatlah daftar isi paragraf dan table</li> <li>- Bab Iperbaiki segera untuk persiapan ujian proposal</li> </ul>	A
10	Kamis 24 Febuari 2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ACC Ujian proposal</li> <li>- Tambahkan SOP tarik napas dalam</li> <li>- Perbaiki cara penulisan</li> </ul>	A
11	Senin 11 April 2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ACC perbaiki Proposal</li> </ul>	A
12	Senin 04 Juli 2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Konsul BAB III</li> <li>- Lengkapi pengkajian, keluhan utama, data objektif dan subjektif</li> <li>- Tambahkan diagnosa Nyeri di Pre operasi</li> </ul>	A
13	Rabu 06 Juli 2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lengkapi rencana intervensi untuk pre operasi</li> <li>- Angkat diagnosa kecemasan</li> <li>- Buat diagnosa post operasi nyeri dan gangguan integritas kulit</li> </ul>	A
14	Kamis 07 Juli 2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki susunan diagnosa, implementasi sesuaikan dengan intervensi</li> </ul>	A
15	Jumat 08 Juli 2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki ketikan</li> <li>- Implementasi Sesuaikan dengan intervensi</li> </ul>	A
16	Senin 11 Juli 2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki pengkajian askep</li> <li>- Ketikan sesuai apa yg di kerjakan</li> </ul>	A
17	Rabu 13 Juli 2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Susunkan implementasi sesuai dengan jam yg dilakukan</li> <li>- Lihat evaluasi apakah ada</li> </ul>	A



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU  
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN CURUP

LEMBAR KONSULTASI  
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

NAMA MAHASISWA : Meriza Gustini  
NIM : P00320119017  
NAMA PEMBIMBING : Fatimah Khoirini, M.Kes  
JUDUL : Asuhan Keperawatan Pada Ny.M Dengan Pre & Post Op Soft  
Tissue Tumor Di Ruang Rawat Inap Penyakit Dalam RSUD  
Curup Tahun 2022

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PENGUJI
1	Jumat 08 April 2022	- ACC perbaikan proposal	
2	Kamis 04 Agustus 2022	- ACC perbaikan KTI	

Mengetahui  
Ketua Prodi Keperawatan Curup

Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep., M.Kep  
NIP.197112171991021001



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU  
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN CURUP

LEMBAR KONSULTASI  
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

NAMA MAHASISWA : Meriza Gustini  
NIM : P00320119017  
NAMA PEMBIMBING : Ns. Winike Nopri Yanti, S.Kep  
JUDUL : Asuhan Keperawatan Pada Ny.M Dengan Pre & Post Op Soft  
Tissue Tumor Di Ruang Rawat Inap Penyakit Dalam RSUD  
Curup Tahun 2022

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PENGUJI
1	Senin 04 April 2022	- Tambahkan ukuran STT	
2	Selasa 05 April 2022	- ACC perbaikan Proposal	
3	Jumat 29 Juli 2022	- Perbaiki bagian skala nyeri - Perbaiki pemberian obat	
4	Senin 1 Juli 2022	- ACC perbaikan KTI	

Mengetahui  
Ketua Prodi Keperawatan Curup

Ns. Derison Marsinova Bakar, S.Kep., M.Kep.  
NIP.197112171991021001



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU  
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN CURUP

LEMBAR KONSULTASI  
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

NAMA MAHASISWA : Meriza Gustini  
NIM : P00320119017  
NAMA PEMBIMBING : Ns. Winike Nopri Yanti, S.Kep  
JUDUL : Asuhan Keperawatan Pada Ny.M Dengan Pre & Post Op Soft  
Tissue Tumor Di Ruang Rawat Inap Penyakit Dalam RSUD  
Curup Tahun 2022

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PENGUJI
1	Senin 04 April 2022	- Tambahkan ukuran STT	
2	Selasa 05 April 2022	- ACC perbaikan Proposal	
3	Jumat 29 Juli 2022	- Perbaiki bagian skala nyeri - Perbaiki pemberian obat	
4	Senin 1 Juli 2022	- ACC perbaikan KTI	

Mengetahui  
Ketua Prodi Keperawatan Curup

Ns. Derisun Marsinova Bakara, S.Kep., N.Kep.  
NIP.197112171991021001

PEMERINTAH KABUPATEN REJANG LEBONG  
RUH SAKIT UMUM DAERAH CURUP

Jalan Jalur Dua Nomor 10. A Kelurahan Talang Rimbo Lama  
Kecamatan Curup Tengah Kabupaten Rejang Lebong Kode Pos 39114



JKD - DIKLAT/2022

Curup, 25 April 2022

Kepada Yth :

**Karu Anggrek**

Pengambilan Kasus Tugas Akhir

Di

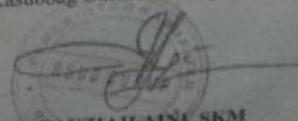
RSUD Curup

Sehubungan dengan Surat dari Ketua Program Studi Keperawatan Poltekkes  
Kemenkes Bengkulu Nomor :DM.01.04/076/06/IV/2022 Tanggal  
15 April 2022, Perihal Permohonan Izin Pengambilan kasus Tugas akhir Mahasiswa :

Nama : **MERIZA GUSTINI**  
NIM : **P0 0320119017**  
Prodi : **D.III Keperawatan**  
Tanggal : **01 juli s/d 07 juli 2022**  
Judul : **Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Pre dan  
Post Op Soft Tissue Tumor (STT) diruangan  
Anggrek RSUD Curup Kabupaten Rejang Lebong  
Tahun 2022.**

Sehingga kami sangat mengharapkan bantuan dari Saudara untuk membantu yang bersangkutan  
dalam melaksanakan Izin Pengambilan Kasus Tugas Akhir dan memberikan informasi  
yang diperlukan dan kerja samanya diucapkan terima kasih.

An. Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Curup  
Kepala Bagian Administrasi  
Umum dan Kepegawaian

  
**FAUZIAH AINI SKM**  
NIP. 196502111987032003

PEMERINTAH KABUPATEN REJANG LEBONG  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH CURUP

Jalan Jalur Dua Nomor 10. A Kelurahan Talang Rimbo Lama  
Kecamatan Curup Tengah Kabupaten Rejang Lebong Kode Pos 39114



93 /RSUD – DIKLAT/2022  
Biasa

Curup, 14 Juli 2022

Kepada Yth,  
Direktur Prodi Keperawatan  
Poltekkes Kemenkes Bengkulu  
Di -

Surat Keterangan Selesai Melaksanakan  
Izin Pengambilan Kasus Tugas Akhir di  
RSUD Curup

Bengkulu

Sehubungan dengan Surat dari Poltekkes Kemenkes Bengkulu Nomor:  
DM.01.04/076/06/IV/2022 tanggal 19 April 2022, Perihal Surat Pengantar  
Pengambilan Kasus Tugas Akhir atas nama Mahasiswa :

Nama : MERIZA GUSTINI  
NIM : P0 0320119017  
Jurusan : Keperawatan Program Diploma Tiga  
Waktu Penelitian : 01 Juli s/d 07 Juli 2022  
Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan *pre dan Post Op soft Tissue Tumor (STT)* di ruangan *Anggrek* RSUD Curup Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2022.

Demikian Surat Keterangan ini kami buat untuk dapat dipergunakan  
sebagaimana mestinya. Atas perhatian dan kerja samanya kami  
sampaikan terima kasih.

An. Direktur RSUD Curup  
Kepala Bagian Administrasi

