

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN TN.A DENGAN SOFT TISSU
TUMOR ABDOMEN DI RUANG HUSADA
RUMAH SAKIT TK. III DR. SOETARTO
YOGYAKARTA



SADI
P07120117060

PRODI D-III KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN POLITEKNIK KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN YOGYAKARTA
TAHUN 2018

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN TN.A DENGAN SOFT TISSU
TUMOR ABDOMEN DI RUANG HUSADA
RUMAH SAKITTK. IIDR. SOETARTO
YOGYAKARTA**

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Ahli Madya Keperawatan



**SADI
P07120117060**

**PRODI D-III KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN POLITEKNIK KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATANYOGYAKARTA
TAHUN 2018**

PERSETUJUAN PEMBIMBING

Proposal /Laporan Karya Tulis Ilmiah

ASUHAN KEPERAWATAN TN.A DENGAN SOFT TISSU TUMOR ABDOMEN DI RUANG HUSADA RUMAH SAKIT TK. III DR. SOETARTO YOGYAKARTA

Disusun oleh :

SADI
P07120117060

Telah disetujui oleh pembimbing pada tanggal :



Pembimbing I,

Umi Istianah, S.Kep, Ns, M. Kep, Sp.MB

NIP. 1971087199403.2.002

Pembimbing II,

Yustiana Olfah APP., M. Kes

NIP. 19671017199003.2.001

Yogyakarta, Juli 2018

Ketua Jurusan,

Bondan Palestin, SKM, M.Kep, Sp,Kom

NIP : 197207161994031005

**HALAMAN PENGESAHAN
PROPOSAL KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN TN.A DENGAN SOFT TISSU
TUMOR ABDOMEN DI RUANG HUSADA
RUMAH SAKIT TK. III DR. SOETARTO
YOGYAKARTA**

Disusun oleh

SADI

P07120117060

Telah dipertahankan dalam seminar di depan Dewan Penguji

Pada tanggal

SUSUNAN DEWAN PENGUJI

Ketua,

Umi Istianah, S.Kep, Ns, M. Kep, Sp.MB,
NIP. 1971087199403.2.002

Anggota,

Yustiana Olfah, APP, M. Kes,
NIP. 19671017199003.2.001

Anggota,

Ana Ratnawati, APP., S.Kep, Ns, M.Kep
NIP. 19720527200212.2.001



(*[Signature]*)
(*[Signature]*)
(*[Signature]*)

Yogyakarta, Juli 2018

Ketua Jurusan,

[Signature]
Bondan Palestin, SKM, M.Kep, Sp.Kom,
NIP : 197207161994031005



HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil karya penulis sendiri, dan semua sumber yang dikutip maupun dirujuk telah penulis nyatakan dengan benar.

Nama : SADI

NIM : P07120117060

Tanda Tangan :

Tanggal :

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
KARYA TULIS ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai civitas akademik Poltekkes Kemenkes Yogyakarta, saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : SADI
NIM : P07120117060
Program Studi : DIII Keperawatan

Demi perkembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Poltekkes Kemenkes Yogyakarta Hak Bebas Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty – Free Right*) atas Karya Tulis Ilmiah saya yang berjudul :

**ASUHAN KEPERAWATAN TN. A DENGAN SOFFT TISSU
TUMOR ABDOMEN DI RUANG HUSADA
RUMAH SAKIT TK. III DR. SOETARTO
YOGYAKARTA**

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Poltekkes Kemenkes Yogyakarta berhak menyimpan, mengalih media atau formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data(*data base*), merawat , dan mempublikasikan tugas akhir selama tetap mencantumkan nama sebagai penulis atau pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di :
Pada tanggal :

Yang menyatakan



()

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah (KTI) ini yang berjudul “Asuhan Keperawatan Tn. A dengan Soff Tissu Tumor pada perut sebelah kiri di Ruang Husada Rumah Sakit Tk. III dr. Soetarto Yogyakarta”

Penulisan Karya Tulis Ilmiah (KTI) ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk melakukan tindakan asuhan keperawatan pada Program Studi D-III Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta. Karya Tulis Ilmiah (KTI) ini terwujud atas bimbingan, pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu dan pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Joko Susilo, SKM, M.Kes , selaku Direktur Politeknik Kesehatan Yogyakarta yang telah memberikan kesempatan bagi penulis untuk menuntut ilmu di lembaga ini,
2. Letnan Kolonel Ckm dr.Virni SagitaIsmayawati .MARS , selaku kepala Rumah Sakit dr Soetarto Yogyakarta yang telah memberikan ijin untuk mengikuti tugas belajar di Poltekkes Yogyakarta,
3. Bondan Palestin, SKM, M.Kep, Sp,Kom, selaku Ketua Jurusan Keperawatan yang telah memberikan izin asuhan keperawatan.
4. Abdul Majid, S.kep,Ns,M.Kep, Selaku Ketua Prodi Ilmu Keperawatan yang telah memberikan dukungan selama penulisan dalam karya tulis ilmiah ini.
5. Umi Istianah, S.Kep,Ns,M.Kep,Sp.MB, selaku dosen pembimbing utama yang telah memberikan masukan dan

arahan selama penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

6. Yustiana Olfah, APP, M.Kep, selaku dosen pembimbing pendamping yang telah memberikan masukan dan arahan selama penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini,
7. Ana Ratnawati, APP, S.Kep, Ns, M.Kep, selaku dewan penguji yang telah memberikan masukan dan evaluasi dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini,
8. Budi Astuti, S.Kep, selaku pembimbing lapangan yang telah memberikan masukan dan arahan dalam melaksanakan asuhan keperawatan,
9. Kusdiyanti Amd. Kep, selaku Kepala Ruang Husada Rumah Sakit Dr Soetarto , yang telah memberikan izin sebagai tempat asuhan keperawatan,
10. Keluarga, saudara dan segenap keluarga tercinta yang telah memberikan dukungan baik moral, spiritual maupun material dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
11. Rekan – rekan dan semua pihak yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu yang telah membantu dan selalu memotivasi dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.

Akhir kata, penulis berharap Tuhan yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu.

Yogyakarta, Juli 2018

Penulis,

Sadi

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN PEMBIMBING	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
HALAMAN PERTANYAAN ORISINALITAS.....	iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS	v
KATA PENGANTAR	vi-vii
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR GAMBAR	ix
DAFTAR TABEL.....	x
ABSTRAK	xi
INTI SARI.....	xii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	2
C. Ruang Lingkup.....	3
D. Tujuan Penelitian	3
E. Manfaat Penelitian	4
F. Metode Pengumpulan Data.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	9
A. Konsep Dasar Penyakit	9
B. Asuhan Keperawatan Teoritis	20
C. Dokumentasi Keperawatan	24
BAB III KASUS DAN PEMBAHASAN	31
A. Hasil Studi Kasus	31
B. Pembahasan.....	69
C. Keterbatasan Kasus	81
BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN	82
DAFTAR PUSTAKA	87
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1. Kuadran Empat Bagian Abdomen.....	10
Gambar 2. Bagian-bagian abdomen.....	10
Gambar 3. Genogram	33-34

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1. Perencanaan Keperawatan	24
Tabel 2. Keadaan Aktivitas Sehari-hari	36
Tabel 3. Penilaian Status Fungsional	37-38
Tabel 4. Pengkajian Risiko Jatuh.....	39
Tabel 5. Tabel Risiko Luka Dekubitus (Skala Norton).....	40-41
Tabel 6. Hasil Pemeriksaan Laboratorium.....	47
Tabel 7. Hasil Pemeriksaan Radiologi.....	47
Tabel 8. Terapi Pengobatan	47-48
Tabel 9. Analisa Data Pre Operasi	48
Tabel 10. Analisa Data Post Operasi.....	49
Tabel 11. Perencanaan Keperawatan	51-53
Tabel 12. Catatan Perkembangan	54-67

Abstract

Nursing Care A with tummy wall tumor in Husada Hospital Tk. III dr. Soetarto Yogyakarta.

Background: Based on data from the World Health Organization, the highest incidence of cancer in Indonesia from all events reached 48,998 cases. In Indonesia, cancer is the 6th of the national disease pattern.

Purpose: Writing Scientific Writing, the authors get real experience in providing nursing care with diagnosis of Tumor Wall Abdomen with nursing process approach which includes assessment, formulation of diagnosis, nursing planning, implementasi, evaluation and documentation.

Method: Writing This Scientific Writing, the author uses descriptive method.

Outcome: In the preparation given to you. A for 3 x 24 hours got 4 diagnoses Acute pain associated with physical injury agent, Lack of knowledge about diseases associated with less exposure to information sources, Risk of infection with invasive procedure factors. Of the four diagnoses are solved only the diagnosis of lack of knowledge alone. For documentation, use SOAP development notes.

Conclusion: Nursing care Recommend to your friends Company Contact Name: A with an abdominal wall tumor in Husada Hospital Tk. III dr. Soetarto Yogyakarta can be done with the concept.

Keywords: Nursing Care, Abdominal Wall Tumor

INTISARI

Asuhan keperawatan Tn. A dengan Soft Tissue Tumor Abdomen di Ruang Husada Rumah Sakit Tk. III dr. Soetarto Yogyakarta.

Berdasarkan data dari World Health Organization, angka kejadian kanker di Indonesia yang paling tinggi dari semua kejadian mencapai 48.998 kasus. Di Indonesia penyakit kanker merupakan urutan ke 6 dari pola penyakit nasional.

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis mendapatkan pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan dengan diagnosa Soft Tissue Tumor Abdomen dengan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, perumusan diagnosa, perencanaan keperawatan, imlementasi, evaluasi dan dokumentasi.

Penelitian ini langsung ke pasien dalam pengambilan data maupun ke keluarga pasien dari data tersebut muncul data subyektif dan obyektif

Dalam penyusunan yang diberikan pada Tn.A selama 3 x 24 jam didapatkan 3 diagnosa, Kurang pengetahuan tentang penyakit berhubungan dengan kurang paparan sumber informasi, Nyeri akut berhubungan dengan agen injury fisik, Risiko infeksi dengan factor procedure invasif. Dari hasil penelitian tersebut perlu ditingkatkan tindakan asuhan keperawatan pada pasien Soft Tissue Tumor di Rumah Sakit Dr. Soetarto Yogyakarta

Asuhan keperawatan Tn. A dengan Soft Tissue Tumor Abdomen di Ruang Husada Rumah Sakit Tk. III dr. Soetarto Yogyakarta dapat dilakukan dengan konsep dasar keperawatan.

Kata kunci : Asuhan Keperawatan, Soft Tissue Tumor Abdomen,

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Tumor adalah proses penyakit yang berawal ketika sel abnormal diubah oleh mutasi genetik dari DNA selular. Sel abnormal ini membentuk klondan mulai berproliferasis secara abnormal, mengabaikan sinyal mengatur pertumbuhan dalam lingkungan sekitar sel tersebut (Brunner & Suddarth, 2002).

Pada Januari 2014, tercatat hampir 14,5 juta orang Amerika hidup dengan kanker. Diantara penderita kanker tersebut ada yang didiagnosis baru menjalani pengobatan. Sementara sebagian besar lainnya telah didiagnosis bertahun-tahun yang lalu (American Cancer Society, 2016).

Berdasarkan data dari World Health Organization (2014), angka kejadian kanker di Indonesia yang paling tinggi dari semua kejadian mencapai 48.998 kasus. Di Indonesia penyakit kanker merupakan urutan ke 6 dari pola penyakit nasional. Setiap tahunnya 100 kasus baru terjadi diantara 100.000 penduduk (Depkes RI Jakarta, 2008).

Dampak Penyakit Tidak Menular khususnya penyakit kanker terhadap ketahanan sumber daya manusia sangat besar karena selain merupakan penyebab kematian dan kesakitan juga menurunkan produktivitas.

Angka kejadian yang ada Rumah Sakit dr. Soetarto Yogyakarta dapat 42 kasus dalam enam bulan terakhir tahun 2018. Di Indonesia data mengenai tumor masih sangat sedikit sehingga perlunya data baru mengenai tumor ini.

Berdasarkan permasalahan tersebut, penulis tertarik untuk melakukan Asuhan keperawatan Tn. A untuk mengaplikasikan tindakan keperawatan secara profesional dengan Soft Tissue Tumor Abdomen di Ruang Husada Rumah Sakit Tk. III dr. Soetarto Yogyakarta.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian di atas, penulis merumuskan masalah “Bagaimanakah pelaksanaan Asuhan keperawatan Tn. A dengan Soft Tissue Tumor Abdomen di Ruang Husada Rumah Sakit Tk. III dr. Soetarto Yogyakarta?”

C. Ruang Lingkup

1. Lingkup mata ajar

Asuhan keperawatan Tn. A dengan Soft Tissue Tumor Abdomen di Ruang Husada Rumah Sakit Tk. III dr. Soetarto Yogyakarta ini merupakan bagian dari mata ajar keperawatan medikal bedah.

2. Lingkup waktu

Asuhan keperawatan Tn. A dengan Soft Tissue Tumor Abdomen di Ruang Husada Rumah Sakit Tk. III dr. Soetarto Yogyakarta ini dilaksanakan selama 3 hari yaitu mulai tanggal 02 - 04 Juli 2018.

3. Lingkup kasus

Asuhan keperawatan Tn. A dengan Soft Tissue Tumor Abdomendi Ruang Husada Rumah Sakit Tk. III dr. Soetarto Yogyakarta ini penulis menggunakan atau menerapkan proses keperawatan yang meliputi pengakjian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi keperawatan. Kasus dalam Karya Tulis Ilmiah ini digambarkan tentang penyakit tidak menular yaitu Soff Tissue Tumor Abdomen.

4. Lingkup tempat

Asuhan keperawatan Tn. A dengan Soft Tissue Tumor Abdomendi Ruang Husada Rumah Sakit Tk. III dr. Soetarto Yogyakarta ini dilaksanakan di Ruang Husada Rumah Sakit dr. Soetarto.

D. Tujuan Penulisan

1. Tujuan umum

Mendapatkan pengalaman nyata dalam melaksanakan Asuhan keperawatan Tn. A denganSoft Tissue Tumor Abdomendi Ruang Husada Rumah Sakit Tk. III dr. Soetarto Yogyakarta.

2. Tujuan khusus

Penulis mendapatkan pengalaman nyata dalam:

- a. Melaksanakan Asuhan keperawatan Tn. A dengan Soft Tissue Tumor Abdomendi Ruang Husada Rumah Sakit Tk. III dr. Soetarto Yogyakarta dengan menerapkan proses keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.
- b. Melaksanakan proses pendokumentasian Asuhan Keperawatan Tn. A dengan Soft Tissue Tumor Abdomendi Ruang Husada Rumah Sakit Tk. III dr. Soetarto Yogyakarta.

E. Manfaat penulisan

1. Bagi penulis

Hasil penulisan Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan dapat membantu penulis maupun penulis lainnya untuk mengembangkan pengetahuan, wawasannya dan menambah pengalaman nyata dalam asuhan keperawatan pada pasien yang menderita Soft Tissue Tumor Abdomen.

2. Bagi Ruangan dan Rumah Sakit

Hasil penulisan Karya Tulis Ilmiah diharapkan dapat bermanfaat bagi Ruang Husada Rumah Sakit dr. Soetarto Yogyakarta dan menjadi masukan dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yaitu program kesehatan yang ada khususnya tentang Soft Tissue Tumor Abdomen.

3. Bagi institusi pendidikan

Hasil penulisan Karya Tulis Ilmiah diharapkan dapat digunakan sebagai bahan referensi dan bacaan sehingga dapat menambah wawasan ilmu pengetahuan, khususnya tentang Asuhan keperawatan Tn. A dengan Soft Tissue Tumor di Ruang Husada Rumah Sakit Tk. III dr. Soetarto Yogyakarta.

F. Metode dan sistematika penulisan

1. Metode

Dalam menyusun karya tulis ilmiah ini penulis menggunakan metode deskripsi yaitu pemaparan kasus yang bertujuan untuk memecahkan masalah dimulai dengan tahap pengkajian sampai pendokumentasian berdasarkan pendekatan proses keperawatan yang selanjutnya dianalisa dan berakhir pada penarikan kesimpulan. Penjelasan yang digunakan dalam pengumpulan data adalah sebagai berikut:

a. Pengumpulan data primer dengan cara

1) Wawancara (komunikasi).

Wawancara yang dilakukan dalam tahap pengkajian untuk memperoleh data subjektif dan Objektif pada Soft Tissue Tumor Abdomen dalam pemberian asuhan keperawatan di Ruang Husada Rs. Dr. Soetarto Yogyakarta.

2) Observasi.

Observasi dilakukan untuk mengamati perilaku serta keadaan pasien yang menderita Soft Tissue Tumor Abdomen untuk memperoleh data berupa data objektif seperti terdapat benjolan pada perut sejak 7 bulan yang lalu dan semakin lama semakin membesar.

3) Pemeriksaan fisik.

Pemeriksaan yang dilakukan untuk mengumpulkan data penderita Soft Tissue Tumor Abdomen dengan melakukan teknik pemeriksaan fisik. Pemeriksaan fisik yang dilakukan pada klien dengan tumor dinding perut meliputi:

- a) Keadaan umum: kesadaran, peningkatan pola bicara, tanda-tanda vital: kenaikan tekanan darah, suhu dingin
- b) Pemeriksaan mata: gangguan penglihatan
- c) Pemeriksaan leher: kaku kuduk
- d) Pemeriksaan dada: nafas pendek, perubahan irama jantung.
- e) Pemeriksaan ekstremitas atas, ekstremitas bawah, dan persendian: adanya edema, gangguan koordinasi, cara jalan.

b. Pengumpulan data sekunder

1) Studi dokumentasi.

Dengan mempelajari catatan kesehatan pasien yang terdahulu dan hasil pemeriksaan penunjang lain di dalam status pasien dalam rekam

medis di Ruang Husada Rumah Sakit Tk. III dr. Soetarto Yogyakarta
Sistematika penulisan

Adapun sistematika penulisan karya tulis ilmiah ini yaitu terdiri
dari 4 BAB yaitu:

BAB I PENDAHULUAN

Pada BAB ini diuraikan tentang latar belakang, rumusan
masalah, ruang lingkup, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode
dan sistematika penulisan.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

Pada BAB ini diuraikan tentang tinjauan teori yang terdiri dari
asuhan keperawatan meliputi: pengertian, pengkajian, diagnosa
keperawatan, perencanaan pelaksanaan dan evaluasi. Sedangkan untuk
konsep penyakit meliputi: definisi, klasifikasi, etiologi, patofisiologi,
manifestasi klinis, penatalaksanaan, komplikasi, dan konsep asuhan
keperawatan teoritis.

BAB III METODE STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

Pada BAB ini berisi laporan kasus Asuhan keperawatan Tn. A
dengan Soft Tissue Tumor Abdomen di Ruang Husada Rumah Sakit Tk.
III dr. Soetarto Yogyakarta yang terdiri dari pengkajian, diagnosa
keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi keperawatan.

Pada BAB ini penulis membandingkan antara teori dengan kasus
yang kemudian akan dianalisa dan diidentifikasi faktor pendukung dan

penghambat. Bab ini berisi pembahasan yaitu membandingkan antara tinjauan teori dengan tinjauan kasus mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN

Pada BAB ini disampaikan mengenai kesimpulan dan saran dari penulis terhadap masalah yang ditemukan yang berhubungan dengan pokok karya tulis ilmiah ini.

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Soft Tissue Tumor Abdomen

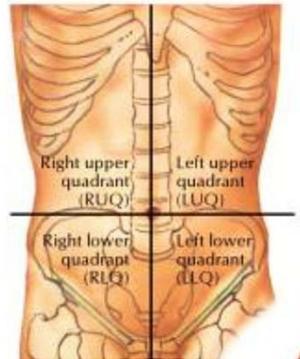
1. Pengertian

Neoplasma merupakan massa jaringan baru (kumpulan sel) yang tumbuh secara mandiri di struktur sekitarnya dan tidak memiliki tujuan fisiologis. Istilah neoplasma sering kali digunakan secara bergantian dengan tumor, berasal dari bahasa latin yang berarti “pembengkakan” (LeMone, P dkk, 2015).

Tumor adalah pertumbuhan sel yang tidak normal sehingga terbentuk jaringan baru atau sering kali oleh masyarakat awam disebut daging baru. Tumor terbagi menjadi dua macam, yaitu tumor jinak dan ganas (Riksani, Ria, 2012).

Soft Tissue Tumor Abdomen merupakan massa yang padat dengan ketebalan yang berbeda-beda, yang disebabkan oleh sel tubuh yang mengalami transformasi dan tumbuh secara autonom lepas dari kendali pertumbuhan sel normal, sehingga sel tersebut berbeda dari sel normal dalam bentuk dan strukturnya (Moore, 2014).

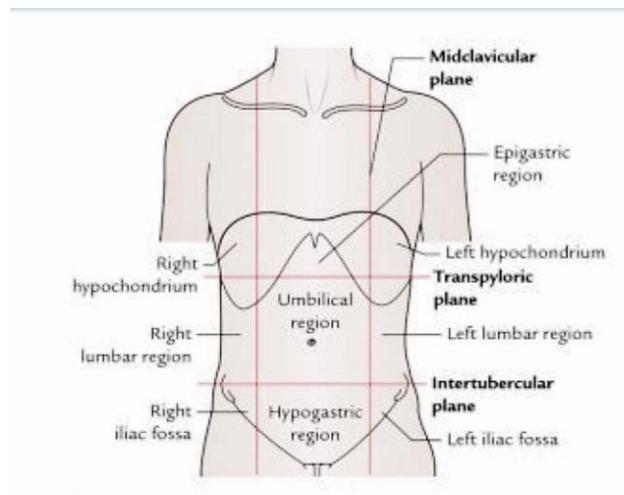
Dinding abdomen terdiri daripada kulit, fascia superfisial, lemak, otot-otot, fascia transversalis dan parietal peritoneum. Selain itu, posisi abdomen ada diantara toraks dan pelvis.



Pada abdomen, terdapat empat kuadran yang dibagi dari bagian midlinedan bagian transumbilical

Gambar 1 Kuadran empat bagian abdomen (Moore, 2014)

- 1) Bagian kanan atas: Hepar dan kantongempedu
- 2) Bagian kiri atas: *Gastric* dan limfa
- 3) Bagian kanan bawah: *Cecum, ascending colon* dan ususkecil
- 4) Bagian kiri bawah: *Descending colon, sigmoid colon*, dan ususkecil



Menurut Singh (2014), bagian-bagian abdomen terbagi kepada :

Gambar 2 Bagian-bagian abdomen (Moore, 2014)

- 1) Hypochondriacadextra
- 2) Epigastrica
- 3) Hypochondriaca sinistra
- 4) Lateralis dextra

- 5) Umbilicalis
- 6) Lateralis sinistra
- 7) Inguinalis dextra
- 8) Pubica
- 9) Inguinalissinistra

- 1) Hypochondriaca dextra meliputi organ: lobus kanan hepar, kantung empedu, sebagian duodenum fleksura hepatic kolon, sebagian ginjal kanan dan kelenjar suprarenalkan.
- 2) Epigastrica meliputi organ: pilorus gaster, duodenum, pankreas dan sebagianhepar.
- 3) hypocondriaca sinistra meliputi organ: gaster, lien, bagian kaudal pankreas, fleksura lienalis kolon, bagian proksimal ginjal kiri dan kelenjar suprarenal kiri.
- 4) lateralis dextra meliputi organ: kolon ascenden, bagian distal ginjal kanan, sebagian duodenum danjejenum.
- 5) Umbilicalis meliputi organ: Omentum, mesenterium, bagian bawah duodenum, jejenum danileum.
- 6) Lateralis sinistra meliputi organ: kolon ascenden, bagian distal ginjal kiri, sebagian jejenum danileum.
- 7) Inguinalis dextra meliputi organ: sekum, apendiks, bagian distal ileum dan ureterkanan.
- 8) Pubica meliputi organ: ileum, vesica urinaria dan uterus (pada kehamilannya).
- 9) Inguinalis sinistra meliputi organ: kolon sigmoid, ureter kiri dan ovarium kiri.

2. Etiologi

Penyebab terjadinya tumor menurut (Sjamsuhidajat, R dkk. 2010), karena terjadinya pembelahan sel yang abnormal. Perbedaan sifat sel tumor tergantung dari besarnya penyimpangan dalam bentuk dan fungsi autonominya dalam pertumbuhan, kemampuannya mengadakan infiltrasi dan menyebabkan metastasis. Penyebab tumor atau neoplasma bersifat multifaktor. Ada beberapa faktor yang dianggap sebagai penyebab tumor, antara lain:

- a. Karsinogen,
- b. Parasite,
- c. Faktor genetik,
- d. Faktor gaya hidup,
- e. Faktor hormone,
- f. Virus,
- g. Polusi udara,
- h. Radiasi yang berasal dari bahan kimia,
- i. Hipersensitivitas terhadap obat-obatan.

3. Manifestasi Klinik

Manifestasi Klinik menurut (Moore, 2014), antara lain :

- a. Hiperplasia,
- b. Konsistensi tumor umumnya padat atau keras,

- c. Tumor epital biasanya mengandung sedikit jaringan ikat dan apabila berasal dari mesenkim yang banyak mengandung jaringan ikat maka akan elastic kenyal atau lunak,
- d. Kadang tampak hipervaskulari disekitar tumor,
- e. Biasa terjadi pengerutan dan mengalami retraksi
- f. Edema disekitar tumor disebabkan infiltrasi kepembuluh limfe
- g. Nyeri,
- h. Anoreksia, mual, muntah,
- i. Penurunan berat badan.

4. Tanda dan Gejala

Menurut Sjamsuhidajat (2010), tanda dan gejala yang ditemukan pada pasien dengan tumor abdomen adalah: hiperplasia, konsistensi tumor umumnya padat atau keras, kadang tampak hipervaskulari disekitar tumor, edema disekitar tumor disebabkan infiltrasi kepembuluh limfe, nyeri, anoreksia, mual dan muntah, penurunan berat badan, perut yang terasa penuh setelah makan sejumlah makanan, kelelahan, ketidakmampuan mengeluarkan BAB, ketidakmampuan untuk buang air kecil.

5. Patofisiologi

Tumor adalah proses penyakit yang bermula ketika sel abnormal di ubah oleh mutasi ganetik dari DNA seluler. Kerusakan DNA yang menimbulkan

peningkatan aktivitas, onkogen, perubahan gen yang mengatur apoptosis, dan inaktivasi gen supresor tumor sehingga sel terpacu untuk terus berpoliferasi, kehilangan kendali terhadap poliferasi sel, kehilangan kemampuan menghentikan siklus sel, dan kemampuan apoptosis. (Sjamsuhidajat, R dkk. 2013).

Sel-sel yang tadinya normal kemudian tidak berfungsi dan terus berkembang atau membelah diri (bereplikasi) membentuk jutaan sel baru, sehingga menimbulkan benjolan yang membentuk jaringan baru (tumor/neoplasma). Sel-sel neoplasma mendapat energi terutama dari anaerob karena kemampuan sel untuk oksidasi berkurang, meskipun mempunyai enzim yang lengkap untuk oksidasi. Sel-sel yang abnormal kemudian menjadi parasit dalam tubuh, yang terjadi adalah fagosit nutrisi oleh sel abnormal tersebut. Hal ini menyebabkan sel normal mengalami kekurangan nutrisi. Asupan nutrisi ke organ berkurang dan menyebabkan proses metabolisme dalam tubuh meningkat dan asupan nutrisi menurun. Yang terjadi adalah lemah, lesu dan kelelahan. Massa jaringan fibrosis mengelilingi dan menentukan struktur yang di bungkusnya tetapi tidak menginvasinya dan menyebabkan pembengkakan yang menekan saraf nyeri pada jaringan dan menyebabkan nyeri. Tumor yang semakin membesar menyebabkan penekanan pada organ sekitar abdomen. (Sjamsuhidajat, R dkk. 2013).

Fungsi fisiologis dapat mengalami gangguan akibat obstruksi atau penekanan. Tumor yang semakin membesar dapat menghentikan motilitas usus

sehingga mengakibatkan obstruksi usus. Tumor ini kemudian dapat menekan uretra dan menyebabkan obstruksi uretra yang menyebabkan retensi urin. Gejala lain yang dapat ditemukan antara lain: hematuria, dysuria, polakisuria, oliguria, dan anuria. Ketika tumor tumbuh di permukaan tubuh, tumor dapat mengikis melalui permukaan, memecah pertahanan alami kulit yang utuh dan membrane mukosa serta memberikan bagian untuk pintu masuk mikroorganisme. Sel neoplastik mengalihkan nutrisi untuk digunakan sendiri sehingga menyebabkan perubahan yang mengurangi nafsu makan pasien. Pada tahap awal penyakit ini, perubahan metabolisme glukosa menyebabkan peningkatan kadar glukosa serum, yang menghasilkan umpan balik negative dan mengakibatkan anoreksia (kehilangan nafsu makan). Selain itu, tumor menyekresikan zat yang menurunkan nafsu makan dengan mengubah rasa dan bau sehingga menimbulkan rasa penuh lebih dini. Pada banyak kasus, penurunan berat badan yang cepat dan tidak dijelaskan merupakan manifestasi pertama. (LeMone, P dkk. 2015)

Ketika masa jaringan fibrosis menginvasi jaringan lain, sel yang abnormal juga menginfiltrasi jaringan sekitar dan memperoleh akses ke limfe dan pembuluh-pembuluh darah, melalui pembuluh darah tersebut sel-sel dapat terbawa ke area lain dalam tubuh untuk membentuk metastase (penyebaran tumor) pada bagian tubuh yang lain. Metastasis yang ditularkan melalui darah atau limfe memungkinkan tumor baru untuk terbentuk dalam organ yang jauh. Kemampuan tumor untuk bermetastasis dengan cara intravasasi sel maligna

melalui dinding di dalam darah atau limfe dan masuk kedalam sirkulasi darah. Salah satunya adalah bermetastase ke sumsum tulang belakang yang menyebabkan gangguan hematopoiesis, (LeMone, P dkk. 2015).

6. Penatalaksanaan

Menurut (LeMone, P. dkk. 2015), penatalaksanaan pada tumor dinding abdomen yaitu :

1. Pembedahan

Pembedahan adalah modalitas penanganan utamadan digunakan baik untuk pengobatan maupun paliasi. Pasien dengan tumor tanpa biopsy dan tidak ada bukti metastatis jauh harus menjalani laparotomi eksplorasi atau seliatomi untuk menentukan apakah pasien harus menjalani prosedur kuratif atau paliatif.

2. Kemoterapi

Kemoterapi melibatkan penggunaan obat sitotoksik untuk menyembuhkan kanker cairan dan padat, untuk menurunkan ukuran tumor, penunjang untuk pembedahan atau terapi radiasi, atau untuk mencegah atau menangani metastasis yang dicurigai. Kemoterapi sekarang telah digunakan sebagai terapi tambahan untuk reseksi tumor.

3. Terapi Radiasi

Terapi radiasi masih menjadi pilihan bagi tumor atau beberapa spesialis onkologi, radiasi dapat digunakan untuk membunuh tumor, mengurangi ukurannya, menurunkan nyeri, atau meredakan obstruksi.

4. Terapi Fotodinamik

Terapi fotodinamik (photo dynamic therapy, PDT) merupakan metode penanganan tumor superfisial tertentu. Terapi ini dikenal dengan beberapa nama yang berbeda: fototerapi, fotoradiasi, dan fotokemoterapi. Pasien yang memiliki tumor dan tumbuh di permukaan kandung kemih, rongga peritoneum, dinding dada, pleura, bronkus atau kepala dan leher merupakan calon yang mendapatkan terapi ini. Pasien diberikan dosis senyawa fotosensitisasi per intravena, Photofrin, yang secara selektif menyimpang konsentrasi yang lebih tinggi di jaringan maligna.

7. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan radiologi sangat penting dalam diagnosis awal karena pengkajian fisik biasanya tidak dapat mendeteksi awal tumor hingga kanker mencapai ukuran yang cenderung menimbulkan risiko bermetastasis. Proses diagnostik ini dapat melibatkan CT, MRI, USG, pencitraan nuklir, angiografi, dan tomografi emisi positron (LeMone, P. dkk. 2015).

a. Computed Tomography (CT)

CT memungkinkan visualisasi penampang melintang anatomi. Karena CT Scan menunjukkan sedikit perbedaan dalam densitas jaringan, CT Scan memberikan keakuratan yang lebih besar dalam diagnosis tumor.

b. Magnetic Resonance Imaging (MRI)

MRI merupakan instrument diagnostic pilihan untuk skirining dan konsultasi lanjutan tumor. Selama MRI, pasien ditempatkan di dalam bidang magnetic, gelombang radio yang berpulasi diarahkan pada mereka, dan dikirimkan sinyal berdasarkan karakteristik jaringan yang dianalisis oleh komputer.

c. Ultrasonografi (USG)

Ultrasonografi (USG) menilai gelombang suara ketika gelombang suara mencerminkan berbagai struktur tubuh, menunjukkan abnormalitas yang mengindikasikan tumor.

d. Pencitraan Nuklir

Pencitraan nuklir ini merupakan metode diagnostik yang aman untuk mengidentifikasi tumor pada berbagai jaringan tubuh. Prosedur ini sering digunakan untuk memeriksa kemungkinan tulang atau metastasis organ lainnya.

e. Angiografi

Angiografi dilakukan ketika lokasi tumor yang tepat tidak dapat diidentifikasi atau terdapat keharusan untuk memvisualisasikan perkembangan tumor sebelum pembedahan. Prosedur ini meliputi penginjeksian pewarna radiopaque ke dalam pembuluh darah utama yang dekat ke organ atau jaringan yang diperiksa. Pewarna dapat digunakan untuk mengidentifikasi pembuluh darah yang menyuplai tumor.

f. Endoskopi

Memvisualkan langsung rongga tubuh atau saluran dengan memasukan suatu kedalam rongga tubuh atau ostium tubuh; memungkinkan dilakukannya biopsy jaringan, aspirasi dan eksisi tumor yang kecil.

g. Ultrasound

Echo dari gelombang bunyi berfrekuensi tinggi direkam pada layer penerima, digunakan untuk mengkaji jaringan yang dalam di dalam tubuh.

8. Asuhan Keperawatan Teoritis

Menurut (Diyono dan Mulyati, 2013), asuhan keperawatan teoritis pada tumor dinding perut yaitu :

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan merupakan dasar proses keperawatan diperlukan pengkajian yang cermat untuk mengenal masalah klien agar dapat memberikan arah kepada tindakan keperawatan.

Keberhasilan keperawatan sangat tergantung kepada kecermatan dan ketelitian dalam pengkajian. Tahap pengkajian ini terdiri dari empat komponen antara lain : pengelompokan data, analisa data, perumusan diagnosa keperawatan.

Data dasar pengkajian klien :

a. Aktivitas istirahat

Gejala : kelemahan dan keletihan

b. Sirkulasi

Gejala : palpitasi, nyeri, dada pada pengarahannya kerja. Kebiasaan : perubahan pada TD

c. Integritas ego

Gejala : alopesia, lesi cacat pembedahan. Tanda : menyangkal, menarik diri dan marah

d. Eliminasi

Gejala : perubahan pada pola defekasi misalnya : darah pada feces, nyeri pada defekasi. Perubahan eliminasi urinarius misalnya nyeri atau rasa terbakar pada saat berkemih, hematuria, sering berkemih.

Tanda : perubahan pada bising usus, distensi abdomen.

e. Makanan/cairan

Gejala : kebiasaan diet buruk (rendah serat, tinggi lemak, aditif bahan pengawet). Anoreksia, mual/muntah. Intoleransi makanan. Perubahan pada berat badan, penurunan berat badan hebat, berkurangnya massa otot.

Tanda : perubahan pada kelembapan/tugor kulit, edema.

f. Neurosensori

Gejala : pusing, sinkope.

g. Nyeri/kenyamanan

Gejala : tidak ada nyeri atau derajat bervariasi misalnya ketidaknyamanan ringan sampai berat (dihubungkan dengan proses penyakit)

h. Pernafasan

Gejala : merokok (tembakau, mariyuana, hidup dengan seseorang yang merokok), Pemajanan asbestos.

i. Keamanan

Gejala : pemajanan bahan kimia toksik. Karsinogen pemajanan matahari lama/berlebihan.

Tanda : demam, ruam kulit, ulserasi.

j. Seksualitas

Gejala : masalah seksualitas misalnya dampak pada hubungan perubahan pada tingkat kepuasan. Nuligravida lebih besar dari usia 30 tahun. Multigravida, pasangan seks miltifel, aktivitas seksual dini.

k. Interaksi sosial

Gejala : ketidakadekuatan/kelemahan sistem pendukung. Riwayat perkawinan (berkenaan dengan kepuasan di rumah dukungan, atau bantuan).

2. Diagnosa Keperawatan

Penentuan diagnosa keperawatan harus berdasarkan analisa data dari hasil pengkajian, maka diagnosa keperawatan yang ditemukan di kelompokkan menjadi diagnosa aktual, potensial dan kemungkinan. (Diyono dan Mulyati, 2013),

Beberapa diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien dengan tumor abdomen antara lain :

Pre operasi

- a. Ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan.
- b. Nyeri (akut) berhubungan dengan proses penyakit
- c. Resiko tinggi terhadap diare
- d. Kurang pengetahuan mengenai prognisis dan kebutuhan pengobatan.

Post operasi

- a. Resiko tinggi terhadap kekurangan volume cairan berhubungan dengan tindakan pembedahan.
- b. Nyeri berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan akibat tindakan operasi.
- c. Resiko infeksi berhubungan dengan adanya luka operasi.
- d. Gangguan pemenuhan nutrisi berhubungan dengan intake yang tidak adekuat.
- e. Kerusakan integritas kulit / jaringan berhubungan dengan insisi bedah.

3. Perencanaan

Setelah merumuskan diagnosa keperawatan, dibuat rencana tindakan untuk mengurangi, menghilangkan dan mencegah masalah klien.

Tabel 1 Perencanaan Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
Pos Operasi			
Ansietas/cemas berhubungan dengan perubahan status kesehatan.	<p>Kemungkinan dibuktikan oleh: peningkatan ketegangan, gelisah, mengekspresikan masalah mengenai perubahan dalam kejadian hidup.</p> <p>Hasil yang diharapkan :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menunjukkan rentang yang tepat dari perasaan dan berkurangnya rasa takut • Tampak rileks dan melaporkan ansietas berkurang pada tingkat dapat diatasi. • Mendemonstrasikan penggunaan mekanisme koping efektif dan partisipasi aktif dalam pengaturan obat. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dorong klien untuk mengungkapkan pikiran dan perasaan. 2. Berikan lingkungan terbuka dimana klien merasa aman untuk mendiskusikan perasaannya. 3. Pertahankan kontak sesering mungkin dengan klien. 4. Bantu klien/keluarga dalam mengenali dan mengklasifikasikan rasa takut untuk memulai mengembangkan strategi koping. 5. Berikan informasi yang akurat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan kesempatan untuk memeriksa takut realistis serta kesalahan konsep tentang diagnosis. 2. Membantu klien untuk merasa diterima pada adanya kondisi tanpa perasaan dihakimi dan meningkatkan rasa terhormat. 3. Memberikan keyakinan bahwa klien tidak sendiri atau ditolak. 4. Dukungan dan konseling sesering diperlukan untuk memungkinkan individumengenal dan menghadapi rasa takut. 5. Dapat menurunkan ansietas

<p>Nyeri berhubungan dengan proses penyakit.</p>	<p>Kemungkinan dibuktikan oleh: keluhan nyeri, respon autonomic gelisah, perilaku berhati-hati Hasil yang diharapkan :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melaporkan nyeri yang dirasakan menurun atau menghilang • Mengikuti aturan farmakologis yang ditentukan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tentukan riwayat nyeri misalnya lokasi, durasi dan skala. 2. Berikan tindakan nyaman dasar misal: massage punggung dan aktivitas hiburan misalnya music. 3. Dorong penggunaan keterampilan penggunaan keterampilan manajemen nyeri misalnya relaksasi napas dalam. 4. Kolaborasi pemberian analgetik sesuai indikasi.+6 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informasi memberikan data dasar untuk mengevaluasi kebutuhan / keefektifan intervensi. 2. Dapat meningkatkan relaksasi 3. Memungkinkan klien untuk berpartisipasi secara aktif dalam meningkatkan rasa control. 4. Analgetik dapat menghambat stimulus nyeri.
<p>Resiko tinggi terhadap diare b/d koping yang tidak adekuat</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan tidak terjadi diare dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • mempertahankan pola defekasi umum. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji tingkat usus dan pantau/catat gerakan usus termasuk frekuensi konsistensi. 2. Dorong masukan cairan adekuat(2000ml/jam)dan peningkatan. 3. Berikan makan sedikit tapi sering dengan makanan rendah serat (bila tidak dikontraindikasi) dan mempertahankan kebutuhan protein karbohidrat. 4. Pastikan diet yang tepat hindari makanan tinggi lemak. 5. Pantau pemeriksaan laboratorium sesuai indikasi. 6. Pelunak feces, laksatif, enema sesuai indikasi. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi masalah misalnya diare, konstipasi. 2. Dapat menurunkan potensial terhadap konstipasi dengan memperbaiki konsistensi feces dan merangsang peristaltic; dapat mencegah dehidrasi. 3. Menurunkan iritasi gaster, penggunaan makanan rendah serat dapat menurunkan iritabilitas dan memberikan istirahat pada usus bila ada diare. 4. Stimulasi GI yang dapat meningkatkan motilitas/frekuensi defekasi. 5. Ketidakseimbangan elektrolit mungkin akibat dari/pemberat untuk mengubah fungsi GI. 6. Penggunaan prolaktif mencegah komplikasi lanjut pada

			klien.
Kurang pengetahuan b/d kurangnya informasi	Setelah dilakukan asuhan keperawatan, pasien paham, dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> Dapat mengungkapkan informasi akurat tentang diagnose dan aturan pengobatan. 	<ol style="list-style-type: none"> Tinjau ulang dengan klien/orang terdekat pemahaman diagnose khusus, alternative pengobatan dan sifat harapan. Tentukan persepsi klien tentang kanker dan pengobatan kanker. Berikan informasi akurat dan jelas dalam cara yang nyata tetapi sensitive. Tinjau ulang aturan pengobatan khusus dan penggunaan obat yang dijual bebas. Tinjau ulang dengan klien/orang terdekat pentingnya mempertahankan status nutrisi optimal. Anjurkan meningkatkan masukan cairan dan serta dalam diet serta latihan teratur. 	<ol style="list-style-type: none"> Memvalidasi tingkatpemahamansaat ini mengidentifikasi kebutuhan belajar dan memberikan dasar pengobatan dimana klien membuat keputusan berdasarkan informasi. Membantu identifiokasi ide ,sikap, rasa takut, kesalahan konsepsi, dan kesenjangan pengetahaun tentang kanker. Membantu penilaian diagnose kanker, memberikan informasi yang diperlukan selama waktu menyerapnya. Meningkatkan kemampuan untuk mengatur perwatan diri dan menghindari potensial, komplikasi, reaksi/interaksi obat. Meningkatkan kesejateraan, memudahkan pemulihan dan memumgkinkan klien mentoleransi pengobatan. Meperbaiki konsistensi feces dan merangsang peristaltic.
Post Operasi			
Resiko tinggi terhadap kekurangan volume cairan berhubungan dengan tindakan pembedahan.	Setelah dilakukan asuhan keperawatan volume cairan terpenuhi dengan kriteria hasil :	<ol style="list-style-type: none"> Pantau tanda-tanda vital dengan sering. Periksa balutan luka dengan sering selama 24 jam pertama terhadap tanda-tanda darah merah terang dan 	<ol style="list-style-type: none"> Tanda-tanda awal hemoragi usus dan pembentukan hematoma yang dapat menyebabkan syok hepovelemik.

	<ul style="list-style-type: none"> • Mempertahankan volume cairan adekuat • Membrane mukosa lembab • Turgor kulit lembab • Pengisian kapiler baik • Tanda vital stabil • Haluaran urien adekuat. 	<p>berlebihan.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Palpasi nadi periver. Evaluasi pengisian kapiler turgor kulit, dan status membrane mukosa. 3. Perhatikan adanya edema. 4. Pantau masukan dan haluaran. 5. Pantau suhu tubuh 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Memberikan informasi tentang volume sirkulasi umum dan tingkat hidrasi. 3. Edema dapat terjadi Karena perpindahan cairan berkenaan dengan penurunan kadar albumin (protein). 4. Indikator langsung dari hidrasi organ dan fungsi. Memberikan pedoman untuk penggantian cairan. 5. Demam rendah umum selama 24-48jam pertama dan dapat menambah kehilangan cairan.
<p>Nyeri berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan akibat tindakan operasi. Tujuan : Nyeri dapat berkurang</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan nyeri pasien berkurang dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Skala nyeri pasien berkurang • Wajah pasien lebih rileks • TTV dalam batas normal 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji karakteristik nyeri. 2. Ukur tanda-tanda vital. 3. Ajarkan tehnik relaksasi. 4. Ajarkan nafas dalam dan batuk yang efektif. 5. Penatalaksanaan pemberian obat analgetik. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui tingkat nyeri yang dirasakan oleh klien sebagai acuan untuk intervensi selanjutnya. 2. Mengetahui kemajuan atau penyimpangan dari hasil yang diharapkan. 3. Untuk merelaksasi otot sehingga mengurangi rasa nyeri. 4. Dengan nafas dalam dan batuk yang efektif dapat mengurangi tekanan darah pada abdomen yang dapat menimbulkan rangsangan nyeri. 5. Obat analgetik dapat mengurangi atau menghilangkan rasa nyeri.
<p>Resiko infeksi berhubungan dengan adanya luka operasi.</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan tidak ada infeksi engan</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji tanda-tanda infeksi dan vital sign. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui tanda-tanda infeksi dan menentukan intervensi selanjutnya. 2. Dapat mencegah terjadinya

Tujuan : Resiko infeksi tidak terjadi	kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> • Luka sembuh dengan baik, • Verband tidak basah • Tidak ada tanda-tanda infeksi (kalor, dolor, rubor, tumor). 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Gunakan tehnik septik dan antiseptik. 3. Ganti verband. 4. Berikan penyuluhan tentang cara pencegahan infeksi. 5. Penatalaksanaan pemberian obat antibiotik. 	kontaminasi dengan kuman penyebab infeksi. <ol style="list-style-type: none"> 3. Verban yang basah dan kotor dapat menjadi tempat berkembang biaknya kuman penyebab infeksi. 4. Memberikan pengertian kepada klien agar dapat mengetahui tentang perawatan luka. 5. Obat antibiotik dapat membunuh kuman penyebab infeksi.
Gangguan pemenuhan nutrisi berhubungan dengan intake yang tidak adekuat.	Setelah dilakukan asuha keperawatan kebutuhan nutrisi terpenuhi dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengungkapkan nafsu makan baik, • badan tidak lemah, • HB normal. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji intake dan out put klien. 2. Timbang berat badan sesuai indikasi . 3. Identifikasi kesukaan/ketidaksukaan diet dari pasien. Anjurkan pilihan makanan tinggi protein dan vitamin C. 4. Berikan cairan IV. 5. Beriakan obat-obat sesuai indikasi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui kebutuhan nutrisi dan merupakan asupan dalam tindakan selanjutnya. 2. Mengidentifikasi status cairan serta memastikan kebutuhan metabolic. 3. Meningkatkan kerja sama pasien dengan aturan diet. Protein/ vitamin C adalah contributor utama pemeliharaan jaringan dan perbaikan. 4. Memperbaiki keseimbangan cairan elektrolit. Kehilangan plasma; penurunan albumin serum (edema) dan dapat memperpanjang penyembuhan luka. 5. Mencegah muntah dan menetralkan atau menurunkan prmbentukan asamuntuk mencegah erosi mukosa.
Kerusakan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan insisi bedah.	Setelah dilakukan asuhan keperawatan integritas kulit/jaringan baik dengan kriteria hasil :	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pantau tanda-tanda vital perhatikan demam, periksa luka dengan sering terhadap bengkak insisi berlebihan 2. Bebat insisi selama batuk dan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pembentukan hematoma/terjadinya infeksi, yang menunjang lambatnya pemulihan luka dan meningkatklan resiko pemisahan luka. 2. Meminimalkan stress/tegangan

	<p>a. Mencapai pemulihan luka tepat waktu dan tidak ada komplikasi</p>	<p>latihan napas. Berikan pengikat atau penyokon untuk pasien gemuk bila di indikasikan</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Gunakan plester kertas untuk balutan sesuai indikasi. 4. Tinjau ulang nilai laboratorium terhadap anemia dan penurunan albumin serum. 	<p>pada tepi luka yang sembuh. Jaringan lemak sulit menyatu, dan garis jahitan lebih mudah terganggu.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Pengantian balutan sering dapat mengakibatkan kerusakan kulit karena perlekatan yang kuat. 4. Anemia dan pembentukan edema dapat memenuhi pemulihan.
--	--	---	--

4. Implementasi

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan klien secara optimal. Pada tahap ini perawat menerapkan pengetahuan intelektual, kemampuan hubungan antar manusia (komunikasi) dan kemampuan teknis keperawatan, penemuan perubahan pada pertahanan daya tahan tubuh, pencegahan komplikasi, penemuan perubahan sistem tubuh, pemantapan hubungan klien dengan lingkungan, implementasi pesan tim medis serta mengupayakan rasa aman, nyaman dan keselamatan klien.

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan perbandingan yang sistemik dan terencana mengenai kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan dan dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Penilaian dalam keperawatan bertujuan untuk mengatasi pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan.

BAB III

KASUS DAN PEMBAHASAN

1. Hasil Studi Kasus

A. Pengkajian

Hari/Tanggal : Senin, 2 Juli 2018

Jam : 09.00 WIB

Tempat : Ruang HusadaRS Tk. III dr. Soetarto Yogyakarta

Oleh :Sadi

Sumber data : Pasien, keluarga pasien dan status rekam medis pasien

Metode : Wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi.

1. Identitas

a. Pasien

- 1) Nama Pasien : Tn. A
- 2) Tempat tanggal lahir : Wonosari, 1 Juli 1959
- 3) Jenis Kelamin : Laki-laki
- 4) Agama : Islam
- 5) Pendidikan : SD
- 6) Pekerjaan : Petani
- 7) Status Perkawinan : Nikah
- 8) Suku/Bangsa : Jawa/Indonesia

- 9) Alamat : Yogyakarta
- 10) Diagnosa Medis : Tumor dinding abdomen
- 11) No.RM : 170393
- 12) Tanggal Masuk RS : 2 Juli 2018 Jam 13.00

b. Penanggung Jawab/ Keluarga

- 1) Nama : Tn. A
- 2) Umur : 37 tahun
- 3) Pendidikan : SMP
- 4) Pekerjaan : Swasta
- 5) Alamat : Yogyakarta
- 6) Hubungan dengan pasien : Menantu
- 7) Status perkawinan : Kawin

2. Riwayat Kesehatan

a. Kesehatan Pasien

1) Keluhan Utama saat Pengkajian

Pasien mengatakan terdapat benjolan di perut sejak 7 bulan yang lalu sebesar telur dadar dan pasien mengatakan tidak sakit.

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

a) Alasan masuk RS : terdapat benjolan sebesar telur dadar di perut pasien, benjolan terasa tidak nyeri, pasien mengatakan tidak tau penyebab dari benjolan tersebut .

b) Riwayat kesehatan pasien : Pasien mengatakan sejak 7 bulan yang lalu terdapat benjolan di perut sebelah kiri sebesar telur dadar,

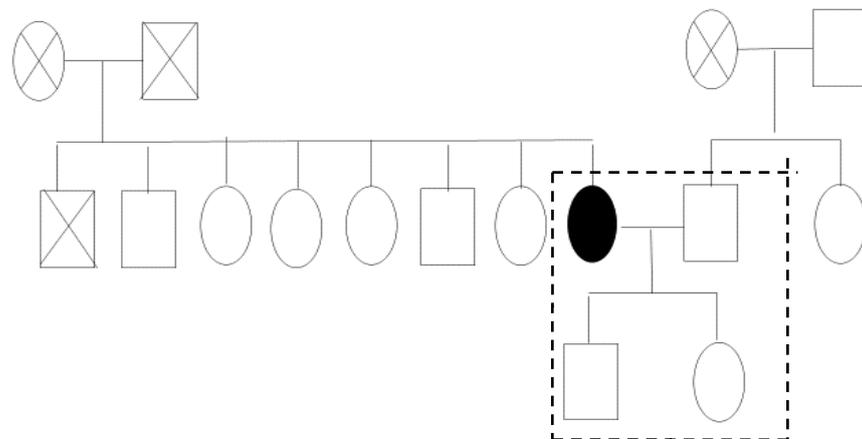
pasien lalu ke Puskesmas Girisubo Gunung Kidul Yogyakarta, Pasien di rujuk ke Rumah Sakit Dr.Soetarto Yogyakarta kemudian di rawat di Ruang Husada selanjutnya pasien direncanakan operasi di tanggal 3 juli 2018 jam 08.00.

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

- a) Pasien mengatakantidak memiliki riwayat benjolan sebelumnya
- b) Istri pasien menyatakan pasien belum pernah dirawat.

b. Riwayat Kesehatan Keluarga

1) Genogram



Gambar 4 Genogram

Keterangan :

Keterangan :

○ : laki-laki

□ : perempuan

⊗ ⊗ : sudah meninggal

----- : tinggal dalam satu rumah

-  : garis keturunan
-  : garis perkawinan
-  : pasien

2) Riwayat Kesehatan Keluarga

Dari pihak keluarga pasien sebelumnya tidak ada yang pernah mengalami penyakit yang kronis seperti DM dan hipertensi.

3. Kesehatan Fungsional

a. Aspek Fisik-Biologis

1) Nutrisi

a) Sebelum sakit

Pasien makan 3x sehari, 1 porsi habis. Makanan yang dikonsumsi pasien berupa nasi sayur dan lauk. Kemudian pasien minum 8-10 gelas perhari (1500-2000cc) berupa air putih.

b) Selama sakit

Pasien mengatakan makan sesuai dengan diet di RS. Kemudian pasien minum 8-10 gelas perhari (1500-2000cc) berupa air putih.

2) Pola Eliminasi

a) Sebelum sakit

BAB teratur setiap hari pada pagi hari. Bentuk dan warna feses lunak berwarna kuning kecoklatan. BAB lancar kurang lebih sebanyak 5-6 kali.

b) Selama sakit

Selama dirumah sakit pasien BAB 2 hari sekali. Untuk BAK pasien lancar sehari 5-6 kali sehari. Urine berwarna kuning jernih.

3) Pola Aktivitas

a) Sebelum sakit

(1) Keadaan aktivitas sehari-hari

Dalam melakukan kegiatan sehari-hari meliputi mandi, makan, BAB/ BAK dan berpakaian pasien melakukannya secara mandiri dan tidak menggunakan alat bantu.

(2) Keadaan pernafasan

Pasien tidak mengalami gangguan pernafasan saat sebelum dan sesudah beraktivitas sebagai petani

(3) Keadaan kardiovaskuler

Pasien mengatakan tidak mempunyai penyakit jantung.

b) Selama sakit

(1) Keadaan aktivitas sehari-hari

Tabel 2

Kemampuan perawatan diri	0	1	2	3	4
Makan/minum			√		
Mandi			√		
Toileting				√	
Berpakaian			√		
Mobilitas di tempat tidur	√				
Berpindah	√				
Ambulasi/ROM	√				

Keterangan:

0: mandiri, 1: alat bantu, 2: dibantu orang lain, 3: dibantu orang lain dan alat, 4: tergantung total

(2) Keadaan pernafasan

Pasien bernafas menggunakan hidung, pernafasan teratur.

(3) Keadaan kardiovaskuler

Pasien mengatakan tidak berdebar-debar setelah melakukan aktivitas

(4) Skala Ketergantungan

Tabel 3 Penilaian Status Fungsional (*Barthel Index*)
 Pasien Tn. A di Ruang HusadaRS Tk. III dr. Soetarto Yogyakarta
 Tanggal 2 Juli 2018

No	Fungsi	Skor	Uraian	Nilai skor		
				Hari 1	Hari 2	Hari 3
1	Mengendalikan rangsangan defekasi (BAB)	0	Tak terkendali / tak teratur (perlu pencahar)			
		1	Kadang – kadang tak terkendali			
		2	Mandiri	2	2	2
2	Mengendalikan rangsangan berkemih	0	Tak terkendali / pakai kateter			
		1	Kadang – kadang tak terkendali (1 x 24 jam)			
		2	Mandiri	2	2	2
3	Membersihkan diri (cuci muka, sisir rambut, sikat gigi)	0	Butuh pertolongan orang lain	0	0	
		1	Mandiri			1
4	Penggunaan jamban, masuk dan keluar (melapaskan, memakai celana, membersihkan, menyiram)	0	Tergantung pertolongan orang lain			
		1	Perlu pertolongan pada beberapa kegiatan tetapi dapat mengerjakan sendiri kegiatan yang lain	1	1	1
		2	Mandiri			
5	Makan	0	Tidak mampu			
		1	Perlu ditolong memotong makanan	1	1	
		2	Mandiri			2
6	Berubah sikap dari berbaring keduduk	0	Tidak mampu			
		1	Perlu banyak bantuan untuk 37upr duduk (>2orang)			
		2	Bantuan (2 orang)			
		3	Mandiri	3	3	3
7	Berpindah / berjalan	0	Tidak mampu			
		1	Bisa (pindah) dengan kursi roda			

		2	Berjalan dengan bantuan 1 orang			
		3	Mandiri	3	3	3
8	Memakai baju	0	Tidak mampu			
		1	Sebagian dibantu (missal mengancingkan baju)			
		2	Mandiri	2	2	2
9	Naik turun tangga	0	Tidak mampu			
		1	Butuh pertolongan			
		2	Mandiri	2	2	2
10	Mandi	0	Tergantung orang lain			
		1	Mandiri	1	1	1
Total Skor				17	19	19
Tingkat ketergantungan				Ketergantungan Ringan		
Para & Nama Perawat						

Keterangan

20 : Mandiri

12 – 19 : Ketergantungan ringan

9 – 11 : Ketergantungan sedang

5 – 8 : Ketergantungan berat

0 -4 : Ketergantungan total

Hari 1 tanggal 2 Juli 2018 hasil 17 (Ketergantungan ringan)

Hari 2 tanggal 3 Juli 2018 hasil 19 (ketergantungan ringan)

Hari 3 tanggal 4 Juli 2018 hasil 19 (ketergantungan ringan)

(1) Pengkajian risiko jatuh

Tabel 4 Pengkajian risiko jatuh
 Pasien Tn. A di Ruang HusadaRS Tk. III dr. Soetarto Yogyakarta
 Tanggal 2 Juli 2018

No	Risiko	Skala	Skoring 1 Tanggal 2-7-18	Skoring 2 Tanggal 3-7-18	Skoring 3 Tanggal 4-7-18
1	Riwayat jatuh, yang baru atau dalam 3 bulan terakhir	Tidak 0			
		Ya 25	25	25	25
2	Diagnose medis sekunder > 1	Tidak 0	0	0	0
		Ya 15			
3	Alat bantu jalan : Bed rest / dibantu perawat	0	0	0	0
	Penopang/tongkat/walker	15			
	Furniture	30			
4	Menggunakan infus	Tidak 0			
		Ya 25	25	25	25
5	Cara berjalan / berpindah : Normal/bed rest/imobilisasi	0	0	0	0
	Lemah	15			
	Terganggu	30			
6	Status Mental : Orientasi sesuai kemampuan diri	0	0	0	0
	Lupa keterbatasan	15			
Jumlah skor			50	50	50
Tingkat risiko jatuh			Risiko rendah		
Paraf dan nama perawat					

Keterangan :

Tidak berisiko bila skor 0-24 → lakukan perawatan yang baik

Risiko rendah bila skor 25-50 → lakukan **intervensi jatuh standar** (lanjutkan formulir pencegahan)

Risiko tinggi bila skor \geq 51 lakukan **intervensi jatuh resiko tinggi** (lanjutkandengan pencegahan jatuh pasien dewasa)

Hari 1 tanggal 2 Juli 2018 50 (intervensi jatuh standar)

Hari 2 tanggal 3 Juli 2018 50 (intervensi jatuh standar)

Hari 3 tanggal 4 Juli 2018 50 (intervensi jatuh standar)

(2) Tabel Pengkajian Resiko Luka Dekubitus

Tabel 5 Tabel Resiko Luka Dekubitus (Skala Norton)
Pasien Tn. A di Ruang Husada Rumah Sakit Tk. III dr. Soetarto Yogyakarta Tanggal
2 Juli 2018

Tanggal	PENILAIAN	4	3	2	1
2/7/18	Kondisi fisik	Baik	Sedang	Buruk	Sangat buruk
	Status mental	Sadar√	Apatis	Bingung	Stupor
	Aktifitas	Jalan√ sendiri√	Jalan dengan bantuan	Kursi roda	Ditempat tidur
	Mobilitas	Bebas bergerak	Agak terbatas√	Sangat terbatas	Tidak mampu brgerak
	Inkontensia	Kontinen√	Kadang- kadang intkontinensia	Selalu inkontinensia urin	Inkontinensia urin & Alvi
Skor		16	3		
Total Skor		19 (Risiko rendah terjadi decubitus)			
Paraf & Nama Perawat				
3/7/18	Kondisi fisik	Baik	Sedang	Buruk	Sangat buruk
	Status mental	Sadar√	Apatis	Bingung	Stupor
	Aktifitas	Jalan√ sendiri√	Jalan dengan bantuan	Kursi roda	Di tempat tidur
	Mobilitas	Bebas bergerak	Agak terbatas√	Sangat terbatas	Tidak mampu brgerak
	Inkontensia	Kontinen√	Kadang- kadang intkontinensia	Selalu inkontinensia urine	Inkontinensia urin & Alvi
Skor		16	3		
Total Skor		19 (Risiko rendah terjadi decubitus)			
Paraf & Nama Perawat					
4/7/18	Kondisi fisik	Baik	Sedang	Buruk	Sangat buruk
	Status mental	Sadar√	Apatis	Bingung	Stupor
	Aktifitas	Jalan√ sendiri√	Jalan dengan bantuan	Kursi roda	Di tempat tidur
	Mobilitas	Bebas bergerak√	Agak terbatas	Sangat terbatas	Tidak mampu bergerak

	Inkontinensia	Kontinen√	Kadang-kadang intkontinensia	Selalu inkontinensia urine	Inkontinensia urin & Alvi
Skor		20			
Total Skor	19 (Risiko rendah terjadi decubitus)				
Paraf & Nama Perawat					

(Sumber Data Sekunder : RM Pasien)

KETERANGAN:

- 16-20 : risiko rendah terjadi dekubitus
- 12-15 : risiko sedang terjadi dekubitus
- <12 : risiko tinggi terjadi dekubitus

4) Kebutuhan Istirahat-tidur

a) Sebelum sakit

Sebelum sakit kebutuhan istirahat-tidur pasien tercukupi, pasien biasanya dalam sehari tidur 6-8 jam.

b) Selama sakit

Selama sakit pasien mengatakan tidak ada perubahan dalam pola tidurnya di rumah sakit. Selama di Rumah Sakit pasien lebih banyak waktunya untuk istirahat.

b. Aspek Psiko-Sosial-Spiritual

1) Pemeliharaan dan pengetahuan terhadap kesehatan

Pasien mengatakan apabila sakit pasien dan keluarga berobat di puskesmas terdekat. Pasien belum mengerti tentang penyakit yang dideritanya

2) Pola hubungan

Pasien menikah satu kali, dan tinggal bersama istri

3) Koping atau toleransi stres

Pengambilan keputusan dalam menjalankan tindakan dilakukan oleh pihak keluarga, terutama pasien dan istri pasien.

4) Kognitif dan persepsi tentang penyakitnya

a) Keadaan mental : Pasien dalam keadaan compos mentis (sadar penuh)

b) Berbicara : Pasien dapat berbicara dengan lancar

c) Bahasa yang dipakai : Bahasa Jawa dan Indonesia

d) Kemampuan bicara : Tidak ada gangguan

e) Pengetahuan pasien terhadap penyakit : Pasien mengatakan belumpaham mengenai penyakit yang dideritanya.

f) Persepsi tentang penyakit : Pasien menurut pada apa yang disarankan oleh keluarganya.

5) Konsep diri

a) Gambaran diri

Pasien mengatakan merasa terganggu aktivitasnya karena adanya benjolan di perutnya

b) Harga diri

Pasien menghargai dirinya dan selalu mempunyai harapan terhadap hidupnya

c) Peran diri

Pasien mengakui perannya sebagai seorang kepala keluarga, pasien mengatakan bahwa ingin segera sembuh dan berkumpul dengan keluarga.

d) Ideal diri

Pasien lebih menurut pada keluarganya

e) Identitas diri

Pasien mengenali siapa dirinya

6) Seksual

Pasien tidak memikirkan kebutuhan seksualnya

7) Nilai

Pasien memahami nilai-nilai yang berlaku dalam masyarakat, pasien memahami hal-hal yang baik dan yang benar

c. Aspek Lingkungan Fisik

Rumah pasien berada di pedesaan.

4. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum

1) Kesadaran : Composmentis

2) Status Gizi :

TB = 170cm

BB = 75 kg

IMT = 24,49 kg/m²

3) Tanda Vital

TD = 110/70 mmHg Nadi = 84 x/menit
Suhu = 36,2°C RR = 20 x/menit

(4) Skala Nyeri

Pre Operasi pasien mengatakan tidak nyeri skala nyeri 0.

Post Operasi pasien mengatakan skala nyeri 6.

b. Pemeriksaan Secara Sistematis (*Cephalo-Caudal*)

1) Kulit

Kulit lembab berwarna sawo matang, tidak terdapat lesi, pertumbuhan rambut merata. Turgor kulit keriput.

2) Kepala

- a) Rambut : Rambut lurus, rambut hitam terdapat uban, dan berambut tebal. Rambut tertata rapi.
- b) Mata : Konjungtiva tidak anemis, dilatasi pupil normal, reflek pupil baik, sklera baik
- c) Hidung : Normal dan simetris tidak terdapat lesi.
- d) Telinga : Kedua lubang telinga bersih tidak mengeluarkan cairan
- e) Mulut : Mulut bersih, tidak ada gigi palsu, gigi rapat berwarna putih kekuningan, mukosa bibir lembab, tidak berbau mulut

3) Leher

Tidak ada benjolan (tidak terdapat pembesaran vena jugularis)

4) Tengkuluk

Pada tengkuluk tidak terdapat benjolan yang abnormal, terdapat kaku kuduk dan tengkuluk terasa berat.

5) Thorax

a) Inspeksi : Simetris, tidak ada pertumbuhan rambut, warna kulit merata

b) Palpasi : tidak ada nyeri tekan, ekspansi dada simetris

c) Perkusi : suara sono

d) Auskultasi : suara trakheal, bronkhial, bronko vesikuler

6) Kardivaskuler

a) Inspeksi : tidak ada lesi, warna kulit merata, persebaran rambut merata

b) Palpasi : Teraba iktus kordis pada interkostalis ke 5, 2 cm dari midklavikularis kiri.

c) Perkusi : Suara redup

d) Auskultasi : Suara S1 dan S2

7) Punggung

Bentuk punggung simetris, tidak terdapat luka, , kulit berwarna sawo matang.

8) Abdomen

- a) Inspeksi : Warna kulit sawo matang, warna kulit merata, tidakterdapat bekas luka.
- b) Auskultasi : Peristaltik usus 10 kali permenit, terdengar jelas
- c) Perkusi : Terdengar hasil ketukan “tympani” di semua kuadran abdomen
- d) Palpasi : Tidak ada nyeri tekan,, tidak terdapat edema, terdapat massa sebesar telur ayam di abdomen di kuadran IV

9) Panggul

Bentuk panggul normal, warna kulit panggul merata kecoklatan, tidak terdapat lesi, pertumbuhan rambut tipis merata

10) Anus dan rectum

Pada anus dan rectum normal, tidak terdapat lesi, tidak tedapat pembengkakan. Warna merah tua.

11) Genetalia

a) Pada Laki-laki

Genetalia pasien normal, tidak ada luka.

12) Ekstremitas

- a) Atas : Tangan kanan dan kiri bisa digerakkan secara leluasa. Kekuatan otot 5. Tangan kiri terpasang infus RL 20 tpm.

- b) Bawah : Kedua telapak kaki kanan dan kiri tidak terjadi kelemahan, anggota gerak lengkap, tidak terdapat edema, kekuatan otot 5. Kuku pada jari kaki terlihat bersih.

5. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan Patologi Klinik

Tabel 6 Hasil pemeriksaan laboratorium
Tn. A dari Ruang Husada RS dr. Soetarto Yogyakarta, Senin, 2 Juli 2018

No	Jenis Pemeriksaan	Hasil (Satuan)	Satuan	Nilai Rujukan
1	Hemoglobin	15,0	mg/dL	14-16
2	Trombosit	254.000	Ribu/mm ³	150-450
3	Leukosit	8400	K/ uL	3,6 – 11,0
4	GDS	89	mg/dL	75-140

b. Pemeriksaan radiologi

Tabel 7 Hasil pemeriksaan radiologi
Tn. A dari Ruang Husada RS dr. Soetarto Yogyakarta, 29 Juni 2018

Hari/Tanggal	Jenis Pemeriksaan	Kesan/Interpretasi
29 Juni 2018	EKG	Normal sinus rhytm

c. Terapi pengobatan

Tabel 8 Terapi pengobatan
Tn. A dari Ruang Husada RS dr. Soetarto Yogyakarta, Senin, 2 Juli 2018

Hari/ Tanggal	Obat	Dosis dan satuan	Rute
Senin, 2 Juli 2018	Cairan infus	20 tpm	IV

s.d 4 Juli 2018	RL		
	Ceftriaxone	1gram/12 jam	IV
	Ketorolac	30 mg/8jam	IV

6. Laporan Pembedahan

Tanggal : 3 Juli 2018

Jam : 08.00 WIB

Jenis tindakan : operasi tumor dinding perut

Jenis anastesi : General anastesi

B. Analisa Data

1. Analisa Data Pre Operasi

Tabel 9 Analisa Data Pre Operasi

NO	DATA	MASALAH	PENYEBAB
1	DS : <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan tidak tahu tentang penyakit yang dideritanya • Pendidikan terakhir SD • Usia 59 tahun • Pasien mengatakan kurang bisa mencari informasi tentang penyakitnya DO : <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tidak mampu menjawab tentang penyakit yang dideritanya 	Kurang pengetahuan tentang penyakit	Kurang paparan sumber informasi

]

2. Analisa Data Post Operasi

Tabel 10 Analisa Data Post Operasi

NO	DATA	MASALAH	PENYEBAB
1.	DS : P : luka bekas operasi Q : tertusuk-tusuk R : diperut S : skala 6 T : saat berubah posisi DO : <ul style="list-style-type: none"> • Pasien meringis menahan nyeri saat berubah posisi • Terdapat luka post operasi Soft Tissue Tumor Abdomen kuadran IV 	Nyeri akut	Agen injury fisik
2	DS : - DO : <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mulai terpasang infus RL 20 tpm di tangan kiri pasien sejak 3 Juli 2018 • Terdapat luka post operasi tumor dinding perut h-0 	Risiko infeksi	Procedure invasif

C. Diagnosa Keperawatan

1. Diagnosa Keperawatan Pre Operasi

Kurang pengetahuan tentang penyakit berhubungan dengan kurang paparan sumber informasi, ditandai dengan :

DS :

- Pasien mengatakan tidak tahu tentang penyakit yang dideritanya
- Pendidikan terakhir SD
- Usia 59 tahun
- Pasien mengatakan kurang bisa mencari informasi tentang penyakitnya

DO :

- Pasien tidak mampu menjawab tentang penyakit yang dideritanya

2. DiagnosaKeperawatan Post Operasi

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen injury fisik

DS :

- P : luka bekas operasi
- Q : tertusuk-tusuk
- R : perut
- S : 6
- T : saat berubah posisi

DO :

- Pasien meringis menahan nyeri saat berubah posisi
- Terdapat luka post operasi Soft Tissue Tumor Abdomen kuadran IV

b. Risiko infeksi dengan faktor prosedur invasif, ditandai dengan :

DS : -

DO :

- Pasien mulai terpasang infus RL 20 tpm di tangan kiri pasien sejak tanggal 3 Juli 2018
- Terdapat luka post operasi Soft Tissue Tumor Abdomen kuadran IV H-0

D. Perencanaan Keperawatan

Tabel 11 Perencanaan Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
1.	<p><i>Senin, 2 Juli 2018</i> <i>14.00 WIB</i></p> <p><i>Pre Operasi</i></p> <p>Kurang pengetahuan tentang penyakit berhubungan dengan kurang terpapar sumber informasi</p>	<p><i>Senin, 2 Juli 2018</i> <i>14.00 WIB</i></p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1 x 24 jam kurang pengetahuan tentang penyakit tidak terjadi dengan kriteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> Menjelaskan kembali tentang penyakit Mengenal kebutuhan perawatan dan pengobatan tanpa cemas 	<p><i>Senin, 2 Juli 2018</i> <i>14.00 WIB</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Kaji pengetahuan pasien tentang penyakitnya Jelaskan tentang proses penyakit (tanda dan gejala)identifikasi kemungkinan penyebab, jelaskan kondisi tentang pasien Jelaskan tentang proses pengobatan dan alternative pengobatan Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin digunakan untuk mencegah komplikasi Diskusikan tentang terapi yang dipilih Eksplorasi kemungkinan sumber yang bias digunakan / 	<p><i>Senin, 2 Juli 2018</i> <i>14.00 WIB</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Mempermudah dalam memberikan penjelasan tentang pengobatan pada pasien Meningkatkan pengetahuan dan mengurangi cemas Mempermudah intervensi Mencegah keparahan penyakit Memberikan gambar tentang pilihan tentang terapi yang bisa digunakan <p>(Sadi)</p>

			<p>mendukung</p> <p>g. Instruksi kapan harus kembali ke pelayanan kesehatan</p> <p>h. Tanyakan kembali tentang pengetahuan penyakit, prosedur perawatan dan pengobatan</p> <p>(Sadi)</p>	
1.	<p><i>Senin, 3 Juli 2018</i> <i>14.00 WIB</i></p> <p><i>Post Operasi</i></p> <p>Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Cidera fisik</p>	<p><i>Senin, 3 Juli 2018</i> <i>14.0 WIB</i></p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam, nyeri berkurang dengan kriteria :</p> <p>a. Pasien mengatakan nyeri berkurang</p> <p>b. Skala nyeri 2</p> <p>c. Wajah pasien tampak relaks</p> <p>(TD: 110-120/60-80 mmHg, N: 60-100 x/mnt, RR: 16-20x/mnt, S :36-36,5°C).</p>	<p><i>Senin, 3 Juli 2018</i> <i>14.00 WIB</i></p> <p>a. Kaji tingkat nyeri secara komprehensif dan kaji tanda-tanda vital</p> <p>b. Ajarkan teknik non farmakologis (relaksasi, distraksi dll) untuk mengetasi nyeri.</p> <p>c. Kontrol faktor lingkungan yang mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan.</p> <p>d. Kelola dexketoprofen 25 mg/8jam untuk mengurangi nyeri.</p> <p>(Sadi)</p>	<p><i>Senin, 3 Juli 2018</i> <i>14.00 WIB</i></p> <p>a. Memudahkan perawat menentukan intervensi selanjutnya.</p> <p>b. Teknik non farmakologis membantu mengurangi nyeri tanpa obat seperti nafas dalam.</p> <p>c. Memberikan kenyamanan pada pasien.</p> <p>d. Dexketoprofen sebagai Analgetik membantu mengurangi nyeri secara farmakaologi.</p> <p>(Sadi)</p>

2.	<p>Risiko Infeksi berhubungan dengan faktor prosedur invasif</p>	<p><i>Senin, 2 Juli 2018</i> <i>14.00 WIB</i></p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam infeksi tidak terjadi dengan kriteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> Tidak ada tanda-tanda infeksi (dolor, calor, rubor, tumor, functio laesa) Luka bersih, tidak lembab dan tidak kotor. Balutan infus bersih, tidak, lembab, dan tidak kotor Tanda-tanda vital dalam batas normal. (TD: 110-120/60-80 mmHg, N: 60-100 x/mnt, RR: 16-20x/mnt, S :36-36,5°C). 	<p><i>Senin, 2 Juli 2018</i> <i>14.00 WIB</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Pantau tanda-tanda vital. Lakukan perawatan luka dengan teknik aseptik Lakukan perawatan terhadap prosedur invasif seperti infus, kateter, drainase luka Jika ditemukan tanda infeksi kolaborasi untuk pemeriksaan darah, seperti Hb dan leukosit Kelola untuk pemberian antibiotik ceftriaxone 1 gr/24 jam <p>(Sadi)</p>	<p><i>Senin, 2 Juli 2018</i> <i>14.00 WIB</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi tanda-tanda peradangan terutama bila suhu tubuh meningkat. Mengendalikan penyebaran mikroorganisme patogen. Untuk mengurangi risiko infeksi nosokomial. Penurunan Hb dan peningkatan jumlah leukosit dari normal bisa terjadi akibat terjadinya proses infeksi Antibiotik mencegah perkembangan mikroorganisme patogen. <p>(Sadi)</p>
----	--	--	---	--

E. Catatan Perkembangan

Tabel 12 Catatan Perkembangan

Nama pasien	:Tn. A
Nomor CM	:170393
Ruang	:Husada
Diagnosa keperawatan	: Kurang pengetahuan tentang penyakit berhubungan dengan kurang terpapar sumber informasi

Diagnosa keperawatan

Hari/Tanggal	Pelaksanaan	Evaluasi
Senin, 2 Juli 2018	Jam 10.00 Mengkaji pengetahuan pasien tentang penyakitnya	Jam 10.10 S : Pasien tidak mengetahui tentang penyakit yang dideritanya O : Tingkat pendidikan pasien SD
	Jam 10.10 Menjelaskan tentang proses penyakit, proses pengobatan dan diskusikan perubahan gaya hidup kepada pasien dengan metode leaflet	Jam 10.20 S : Pasien mengatakan paham tentang penyakitnya dan harus minum obat rutin O : Pasien dan keluarga nampak aktif dan kooperatif saat dilakukan pendidikan kesehatan, pasien bisa mengulang kembali tentang pengertian, tanda gejala dan pengobatan dari penyakit dan gaya hidup yang harus dirubah
		Jam 14.00 Jam 10.20 S : Pasien mengatakan paham tentang penyakitnya dan harus minum obat rutin O : Pasien dan keluarga nampak aktif dan kooperatif saat

dilakukan pendidikan kesehatan, pasien bisa mengulang kembali tentang pengertian, tanda gejala dan pengobatan dari penyakit dan gaya hidup yang harus dirubah

A : Kurang pengetahuan tentang penyakit teratasi

P : Hentikan intervensi (Sadi)

Nama pasien :Tn. A

Nomor CM :170393

Ruang :Husada

Diagnosa keperawatan : Risiko infeksi dengan factor risiko prosedur invasif

Hari/Tanggal	Pelaksanaan	Evaluasi
Senin, 3 Juli 2018	Jam 09.00 Melakukan kolaborasi dengan dokter pemberian antibiotik ceftriaxone 1 gram/12jam/ IV	Jam 09.10 S : Pasien mengatakan tidak sakit saat obat disuntikkan O : Injeksi ceftriaxone 1 gram berhasil disuntikkan melalui kateter infus pasien ditangan kiri
		Jam 14.00 S : Pasien mengatakan tidak sakit saat obat disuntikkan O : Injeksi ceftriaxone 1 gram berhasil disuntikkan melalui kateter infus pasien ditangan kiri A : Risiko infeksi teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi

(Sadi)

	Jam 20.50 Melakukan kolaborasi dengan dokter pemberian antibiotic ceftriaxone 1 gram/12jam/ IV	Jam 21.00 S : Pasien mengatakan tidak sakit saat obat disuntikkan O : Injeksi ceftriaxone 1 gram berhasil disuntikkan melalui kateter infus pasien ditangan kiri
		Jam 21.00 S : Pasien mengatakan tidak sakit saat obat disuntikkan O : Injeksi ceftriaxone 1 gram berhasil disuntikkan melalui kateter infus pasien ditangan kiri A : Risiko infeksi teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi
		(Sadi)
Selasa, 3 Juli 2018	Jam 08.00 Melakukan dressing infus	Jam 08.10 S : Pasien mengatakan infusnya tidak terasa gatal O : Tidak nampak tanda-tanda infeksi pada pemasangan infus ditangan kiri pasien
	Jam 09.00 Melakukan kolaborasi dengan dokter pemberian antibiotic ceftriaxone 1 gram/12jam/ IV	Jam 09.10 S : Pasien mengatakan tidak sakit saat obat disuntikkan O : Injeksi ceftriaxone 1 gram berhasil disuntikkan melalui kateter infus pasien ditangan kiri
		Jam 14.00 S : Pasien mengatakan infusnya tidak terasa gatal O : Tidak Nampak tanda-tanda infeksi pada pemasangan infus ditangan kiri pasien, Injeksi ceftriaxone 1 gram berhasil disuntikkan melalui kateter infus pasien ditangan kiri A : Risiko infeksi teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi

(Sadi)

Rabu, 4 Juli 2018	Jam 09.00 Melakukan kolaborasi dengan dokter pemberian antibiotic ceftriaxone 1 gram/12jam/ IV	Jam 09.10 S : Pasien mengatakan tidak sakit saat obat disuntikkan O : Injeksi ceftriaxone 1 gram berhasil disuntikkan melalui kateter infus pasien ditangan kiri
	Jam 1300 Melakukan aff infus	Jam.13.20 S : Pasien mengatakan terasa lega setelah infus dilepas O : infus RL 20 tpm berhasil diaff
		Jam 14.00 S : Pasien mengatakan tidak sakit saat obat disuntikkan, Pasien mengatakan terasa lega setelah infus dan kateter dilepas O : Injeksi ceftriaxone 1 gram berhasil disuntikkan melalui kateter infus pasien ditangan kiri, Kateter infus berhasil diaff A : Risiko infeksi teratasi P : Hentikan intervensi, pasien BLPL

(Sadi)

Nama pasien :Tn. A
 Nomor CM :170393
 Ruang :Husada
 Diagnosa keperawatan : Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik

Hari/Tanggal	Pelaksanaan	Evaluasi
Senin, 2 Juli 2018	Jam 09.00 Mengkaji nyeri secara komprehensif	Jam 09.10 S : P : benjolan Q : tertusuk-tusuk R : perut S : 6 T : saat berubah posisi O :
	Jam 09.10 Mengajarkan pasien teknik napas dalam	Jam 09.20 S : Pasien mengatakan nyeri berkurang setelah melakukan teknik napas dalam O : Pasien tampak lebih rileks setelah melakukan teknik napas dalam
	Jam 11.00	Jam 11.10

Mengukur tanda-tanda vital	<p>S : Pasien mengatakan masih nyeri pada perutnya</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none">• TD 140/90 mmHg• Nadi 80 kali per menit• Suhu 36,5 °C• Respirasi 24 kali per menit
----------------------------	--

	<p>Jam 14.00</p> <p>S :</p> <p>P : benjolan</p> <p>Q : tertusuk-tusuk</p> <p>R : perut</p> <p>S : 6</p> <p>T : saat berubah posisi</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none">• Pasien meringis menahan nyeri saat berubah posisi• TD 140/90 mmHg• Nadi 80 kali per menit• Suhu 36,5 oC• Respirasi 24 kali per menit• Pasien tampak lebih rileks setelah melakukan teknik napas dalam <p>A : Nyeri akut teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none">• Lakukan pengkajian nyeri• Ukur tanda-tanda vital• Kolaborasi dengan dokter pemberian obat analgetik ketorolac 30 mg/12jam
--	--

(Sadi)

Jam 20.00

Mengukur tanda-tanda vital

Jam 20.10

S : Pasien mengatakan sedikit pusing

O :

- TD 130/90 mmHg
- Nadi 84 kali per menit
- Suhu 36,5 °C
- Respirasi 24 kali per menit

Jam 20.50

Melakukan kolaborasi dengan dokter pemberian injeksi ketorolac 30 mg/12jam per IV

Jam 21.00

S : Pasien mengatakan terasa sakit saat obat disuntikkan

O : ketorolac 30mg berhasil diberikan kepada pasien melalui IV kateter infus tangan kiri

Jam 21.00

S :

- Pasien mengatakan sedikit pusing
- Pasien mengatakan terasa sakit saat obat disuntikkan

O :

- Ketorolac 30 mg berhasil diberikan kepada pasien melalui IV kateter infus tangan kiri
 - TD 130/90 mmHg
-

		<ul style="list-style-type: none"> • Nadi 84 kali per menit • Suhu 36,5 °C • Respirasi 24 kali per menit <p>A : Nyeri akut teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lakukan pengkajian nyeri • Ukur tanda-tanda vital • Kolaborasi dengan dokter pemberian obat analgetik ketorolac 30mg/12jam
		(Sadi)
Selasa, 3 Juli 2018	Jam 05.00	Jam 05.10
	Mengukur tanda-tanda vital	S : Pasien mengatakan masih terasa nyeri pada perutnya
		O :
		<ul style="list-style-type: none"> • TD 120/80 mmHg • Nadi 84 kali per menit • Suhu 36,5 °C • Respirasi 24 kali per menit
	Jam 06.00	S :
	Melakukan pengkajian nyeri	P : benjolan
		Q : tertusuk-tusuk
		R : perut
		S : 4
		T : saat berubah posisi
		O :

	<ul style="list-style-type: none"> • Pasien meringis menahan nyeri saat berubah posisi <p>Jam 07.00</p> <p>S :</p> <p>P : benjolan</p> <p>Q : tertusuk-tusuk</p> <p>R : perut</p> <p>S : 4</p> <p>T : saat berubah posisi</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien meringis menahan nyeri saat berubah posisi • TD 120/80 mmHg • Nadi 84 kali per menit • Suhu 36,5 °C • Respirasi 24 kali per menit <p>A : Nyeri akut teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lakukan pengkajian nyeri • Ukur tanda-tanda vital • Kolaborasi dengan dokter pemberian obat analgetik ketorolac 30 mg/12jam <p style="text-align: right;">(Sadi)</p>
<p>Jam 09.00</p> <p>Melakukan kolaborasi dengan dokter pemberian injeksi ketorolac 30mg/12jam per IV</p>	<p>Jam 09.10</p> <p>S : Pasien mengatakan terasa sakit saat obat disuntikkan</p> <p>O : ketorolac 30mg berhasil diberikan kepada pasien melalui IV</p>

	kateter infus tangan kiri
Jam 11.00	Jam 11.10
Mengukur tanda-tanda vital	S : Pasien mengatakan pusing berkurang
	O :
	<ul style="list-style-type: none">• TD 130/80 mmHg• Nadi 80 kali per menit• Suhu 36,5 °C• Respirasi 24 kali per menit
	Jam 14.00
	S : Pasien mengatakan pusing berkurang
	O :
	<ul style="list-style-type: none">• TD 130/80 mmHg• Nadi 80 kali per menit• Suhu 36,5 °C• Respirasi 24 kali per menit• ketorolac 30mg berhasil diberikan kepada pasien melalui IV kateter infus tangan kiri
	A : Nyeri akut teratasi sebagian
	P : Lanjutkan intervensi
	<ul style="list-style-type: none">• Lakukan pengkajian nyeri• Ukur tanda-tanda vital• Kolaborasi dengan dokter pemberian obat analgetik ketorolac 30 mg/12jam

(Sadi)

Jam 20.00

Mengukur tanda-tanda vital

Jam 20.10

S : Pasien mengatakan sedikit pusing

O :

- TD 120/80 mmHg
- Nadi 84 kali per menit
- Suhu 36,7 °C
- Respirasi 24 kali per menit

Jam 20.50

Melakukan kolaborasi dengan dokter pemberian injeksi ketorolac 30mg/12jam per IV

Jam 21.00

S : Pasien mengatakan terasa sakit saat obat disuntikkan

O : ketorolac 30 mg berhasil diberikan kepada pasien melalui IV kateter infus tangan kiri

Jam 21.00

S :

- Pasien mengatakan sedikit pusing
- Pasien mengatakan terasa sakit saat obat disuntikkan

O :

- Ketorolac 30mg berhasil diberikan kepada pasien melalui IV kateter infus tangan kiri
- TD 120/80 mmHg
- Nadi 84 kali per menit
- Suhu 36,7 °C
- Respirasi 24 kali per menit

		<p>A : Nyeri akut teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lakukan pengkajian nyeri • Ukur tanda-tanda vital • Kolaborasi dengan dokter pemberian obat analgetik ketorolac 30 mg/12jam
		(Sadi)

Rabu, 4 Juli 2018	Jam 05.00	Jam 05.10
	Mengukur tanda-tanda vital	<p>S : Pasien mengatakan sudah enakan</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • TD 120/80 mmHg • Nadi 84 kali per menit • Suhu 36,5 °C • Respirasi 20 kali per menit

	Jam 06.00	Jam 06.10
	Melakukan pengkajian nyeri	<p>S :</p> <p>P : luka bekas operasi tumor dinding perut</p> <p>Q : tertusuk-tusuk</p> <p>R : jari manis tangan kanan</p> <p>S : 2</p> <p>T : saat berubah posisi</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien meringis menahan nyeri saat berubah posisi • Terdapat luka bekas operasi tumor dinding perut

	<p>Jam 07.00</p> <p>P : luka bekas operasi tumor dinding perut</p> <p>Q : tertusuk-tusuk</p> <p>R : jari manis tangan kanan</p> <p>S : 2</p> <p>T : saat berubah posisi</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien meringis menahan nyeri saat berubah posisi • Terdapat luka bekas operasi tumor dinding perut • TD 120/80 mmHg • Nadi 84 kali per menit • Suhu 36,5 °C • Respirasi 20 kali per menit <p>A : Nyeri akut teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>Kolaborasi dengan dokter pemberian obat analgetik ketorolac 30 mg/12jam/IV</p> <p style="text-align: right;">(Sadi)</p>
<p>Jam 09.00</p> <p>Melakukan kolaborasi dengan dokter pemberian injeksi ketorolac 30mg/12jam per IV</p>	<p>Jam 09.10</p> <p>S : Pasien mengatakan terasa sakit saat obat disuntikkan</p> <p>O : ketorolac 30 mg berhasil diberikan kepada pasien melalui IV kateter infus tangan kiri</p>
<p>Jam 11.00</p>	<p>Jam 11.10</p>

Mengukur tanda-tanda vital

S : Pasien mengatakan nyeri berkurang

O :

- TD 120/80 mmHg
- Nadi 80 kali per menit
- Suhu 36,5 °C
- Respirasi 20 kali per menit

Jam 14.00

S : Pasien mengatakan nyeri berkurang

O :

- TD 120/80 mmHg
- Nadi 80 kali per menit
- Suhu 36,5 °C
- Respirasi 20 kali per menit
- Ketorolac 30 mg berhasil diberikan kepada pasien melalui IV kateter infus tangan kiri

A : Nyeri akut teratasi

P : Hentikan intervensi, pasien BLPL

(Sadi)

2. Pembahasan

Dari hasil asuhan keperawatan pada pasien Tn. A yang terdiagnosa Tumor Dinding Perut mendapat beberapa kesenjangan teori dengan kenyataan kasus di lapangan mengenai asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan. Penulis juga mengulas hal kesenjangan teori dan kenyataan kasus di lapangan mengenai asuhan keperawatan untuk berusaha membuat suatu langkah penyelesaian.

A. Proses keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada Tn. A yang terdiagnosa Tumor Dinding Perut pada tanggal 2 Juli 2018 sampai dengan 4 Juli 2018 di Ruang Husada RS Tk. III dr. Soetarto Yogyakarta. Pengkajian yang dilakukan meliputi : hari dan tanggal, waktu, oleh, tempat, sumber data, metode pengumpulan data, alat pengumpulan data, identitas pasien dan identitas penanggung jawab, riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, pola fungsional gordon, program terapi, jenis pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan penunjang dan analisa data. Sumber data ini diperoleh dari pasien, keluarga, rekam medis dan tenaga kesehatan. Metode yang digunakan yaitu wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi.

Pada tahap pengkajian kasus pasien Tn. A yang terdiagnosa Soft Tissue Tumor Abdomen menurut (Diyono, 2013) pasien mengeluh tidak ada nyeri

atau derajat bervariasi misalnya ketidaknyamanan ringan sampai berat (dihubungkan dengan proses penyakit). Pada kasus Tn. A ada beberapa data yang ditemukan sesuai dengan keluhan pasien adalah benjolan, tertusuk-tusuk, perut, 6, saat berubah posisi, Pasien meringis menahan nyeri saat berubah posisi

Pada pengkajian pola fungsional gordon terdapat beberapa pola yang mengalami gangguan. Pada pola persepsi dan manajemen kesehatan didapatkan data sebagai berikut pasien mengatakan tidak tahu tentang penyakit yang dideritanya, Pendidikan terakhir SD, Usia 59 tahun, Pasien mengatakan kurang bias mencari informasi tentang penyakitnya, Pasien tidak mampu menjawab tentang penyakit yang dideritanya. Pada aspek fisik-biologi pasien pola nutrisi, pola eliminasi, pola aktivitas, pola istirahat pasien tidak mengalami masalah.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan data tekanan darah 110/70 mmHg, Nadi 84 x/menit, Suhu 36,2 oC, RR 20 x/menit. Pada pemeriksaan fisik abdomen Warna kulit sawo matang, warna kulit merata, tidak terdapat bekas luka, Peristaltik usus 10 kali permenit, terdengar jelas, Terdengar hasil ketukan “tympani” di semua kuadran abdomen, Tidak ada nyeri tekan,, tidak terdapat edema, terdapat massa sebesar telur ayam di abdomen di kuadran II. Hasil pemeriksaan laboratorium hemoglobin 15 mg/dl, trombosit 254.000 Ribu/mm³, leukosit 8400 k/uL, GDS 89 mg/dL

Pada riwayat keluarga pasien tidak ada yang menderita penyakit kronis, menurun dan menular seperti DM dan hipertensi.

2. Diagnosa keperawatan

Menurut (Diyono, 2013) diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien dengan post operasi lumpektomi dalam NANDA adalah sebagai berikut

Pre Operasi : Ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan, Nyeri (akut) berhubungan dengan proses penyakit, Resiko tinggi terhadap diare, Kurang pengetahuan mengenai prognisis dan kebutuhan pengobatan. Post operasi : Resiko tinggi terhadap kekurangan volume cairan berhubungan dengan tindakan pembedahan, Nyeri berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan akibat tindakan operasi, Resiko infeksi berhubungan dengan adanya luka operasi, Gangguan pemenuhan nutrisi berhubungan dengan intake yang tidak adekuat, Kerusakan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan insisi bedah. Sedangkan pada kasus Tn. A dengan Tumor Dinding Perut muncul diagnosa keperawatan sebagai berikut pre operasi : Nyeri akut berhubungan dengan agen injury fisik, Kurang pengetahuan tentang penyakit berhubungan dengan kurang paparan sumber informasi. Post Operasi : Nyeri akut berhubungan dengan agen injury fisik, Risiko infeksi dengan faktor procedure invasif. Dari diagnosa yang muncul pada kasus Tn. A semua diagnosa sesuai dengan teori yang ada. Diagnosa keperawatan pada kasus adalah sebagai berikut

:

- a. Kurang pengetahuan tentang penyakit berhubungan dengan kurang paparan sumber informasi (Pre Operasi)

Defisiensi pengetahuan menurut NANDA 2015-2017 adalah ketiadaan atau defisiensi informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu. Faktor yang berhubungan dalam NANDA yang sesuai dengan kondisi pasien adalah kurang informasi. Berdasarkan data subyektif dan obyektif diperoleh Pasien mengatakan tidak tahu tentang penyakit yang dideritanya, Pendidikan terakhir SMP, Usia 59 tahun, Pasien mengatakan kurang bias mencari informasi tentang penyakitnya, Pasien tidak mampu menjawab tentang penyakit yang dideritanya.

- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen injury fisik (Post Operasi)

Nyeri akut menurut NANDA 2015-2017 yaitu pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (International Association for the Study of Pain), awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung kurang dari 6 bulan. Faktor yang berhubungan di dalam NANDA yang berhubungan dengan kondisi pasien adalah agen injury fisik. Berdasarkan data subyektif dan obyektif diperoleh pasien P: luka bekas operasi, Q :tertusuk-tusuk, R

:perut, S : 6, T : saat berubah posisi, Pasien meringis menahan nyeri saat berubah posisi, Terdapat luka post operasi soft tissue tumor kuadran IV

c. Risiko infeksi dengan faktor procedure invasif (Post Operasi)

Risiko infeksi menurut NANDA 2015-2017 adalah mengalami peningkatan risiko terserang organisme patogenik. Faktor risiko dalam NANDA yang sesuai dengan kondisi pasien adalah pertahanan tubuh primer tidak adekuat. Berdasarkan data yang diperoleh Pasien mulai terpasang infus RL 20 tpm di tangan kiri pasien sejak tanggal 30 Juni 2018, Terdapat luka post operasi tumor dinding abdomen kuadran II H-0.

3. Perencanaan keperawatan

Perencanaan keperawatan atau intervensi keperawatan merupakan tahap ketiga dari proses keperawatan dimana perawat menetapkan tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan bagi pasien dan rencana tindakan yang akan dilakukan.

Penentuan tujuan pada perencanaan dari proses keperawatan adalah sebagai arah dalam membuat rencana tindakan dari masing-masing diagnosa keperawatan. Kriteria hasil dilakukan untuk memberi petunjuk bahwa tujuan telah tercapai dan digunakan dalam membuat pertimbangan. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam membuat kriteria hasil adalah berfokus pada pasien, singkat, jelas untuk memudahkan perawat dalam mengidentifikasi tujuan dan rencana tindakan dapat diobservasi dan diukur, realistis, ditentukan oleh perawat dan pasien.

Pada perencanaan tindakan, penulis mengacu pada referensi *Nursing Interventions Clasification* (NIC) dan *Nursing Outcome Clasification* (NOC). Pada teori dan kenyataan tahap perencanaan menggunakan referensi yang sama. Perencanaan pada pasien Tn. A penulis mengabil dari referensi dan menyesuaikan dengan kondisi pasien, sehingga dapat mengoptimalkan keberhasilannya. Selain itu, dipilihnya perencanaan bertujuan untuk menyesuaikan kondisi dan kemampuan pasien serta fasilitas yang ada.

Penentuan tujuan, penulis menggunakan konsep SMART. Konsep SMART yaitu S : *Spesific*, yang dimaksudkan adalah tujuan keperawatan harus jelas; M : *Measurable*, yang dimaksudkan adalah dalam penentuan tujuan keperawatan harus dapat diukur sesuai dengan keadaan pasien; A : *Achievable*, yang dimaksudkan adalah tujuan keperawatan harus dapat dicapai sesuai dengan kondisi pasien; R : *Reasonable*, yang dimaksudkan adalah dalam menentukan tujuan keperawatan harus nyata dan dapat dipertanggungjawabkan; T : *Time*, yang dimaksudkan adalah tujuan keperawatan harus dapat dicapai dengan waktu yang sudah ditetapkan sesuai kondisi pasien.

Saat melakukan penentuan intervensi, penulis berfokus pada empat pokok penting dalam perencanaan yaitu ONEC yaitu observasi (*observation*), tindakan keperawatan (*nursing treatment*), pendidikan kesehatan (*education*) dan tindakan kolaborasi (*collaboration*). Penulisan instruksi dalam perencanaan telah disesuaikan oleh penulis, misalnya apabila pasien memerlukan

terapi obat maka ditulis kolaborasi, karena pemberian obat merupakan kewenangan dari dokter dan perawat hanya sebagai pengelola.

a. Kurang pengetahuan tentang penyakit berhubungan dengan kurangnya paparan sumber informasi (Pre Operasi)

1) Tujuan

Knowledge disease process bertujuan untuk memberikan pemahaman pasien tentang proses penyakit secara jelas dan komplikasi dari penyakit. Alasannya penulis mengambil tujuan *knowledge disease process* adalah Pasien mengatakan tidak tahu tentang penyakit yang dideritanya, Pendidikan terakhir SD, Usia 59 tahun, Pasien mengatakan kurang bisa mencari informasi tentang penyakitnya, Pasien tidak mampu menjawab tentang penyakit yang dideritanya.

2) Intervensi

Teaching disease process bertujuan untuk membantu pasien memahami informasi dari proses penyakit secara jelas. Alasannya untuk mengetahui tingkat pengetahuan pasien tentang Mempermudah dalam memberikan penjelasan tentang pengobatan pada pasien, Meningkatkan pengetahuan dan mengurangi cemas, Mempermudah intervensi, Mencegah keparahan penyakit, Memberikan gambar tentang pilihan tentang terapi yang bisa digunakan.

b. Nyeri akut berhubungan dengan agen injury fisik (Post Operasi)

1) Tujuan

Pain level bertujuan untuk mengobservasi keluhan pasien tentang nyeri yang dirasakan. Alasan mengambil tujuan *pain level* untuk menyesuaikan dengan kondisi pasien luka bekas operasi, tertusuk-tusuk, perut, S : 6, T : saat berubah posisi, Pasien meringis menahan nyeri saat berubah posisi, Terdapat luka post operasi tumor dinding perut di abdomen kuadran IV. Sehingga tujuan yang dicapai adalah agar rentang nyeri yang dirasakan pasien berkurang dan skala nyeri pasien berkurang.

2) Intervensi

Pain management bertujuan untuk mengurangi rentang nyeri dari keluhan pasien, meningkatkan rasa nyaman pasien. Alasannya untuk memudahkan perawat menentukan intervensi selanjutnya, Teknik non farmakologis membantu mengurangi nyeri tanpa obat seperti nafas dalam, memberikan kenyamanan pada pasien, Dexketoprofen sebagai Analgetik membantu mengurangi nyeri secara farmakologi

c. Risikoinfeksi dengan faktor procedure invasif (Post Operasi)

1) Tujuan

Risk control bertujuan untuk membentuk aksi mandiri untuk memahami, mencegah, mengurangi dan memodifikasi kesehatan untuk mengurangi risiko infeksi. Alasannya pasien mulai terpasang infus RL 20 tpm di tangan kiri pasien sejak tanggal 3 juli 2018, Terdapat luka post

operasi tumor dinding abdomen kuadran IV, sehingga penulis mengambil tujuan tersebut untuk mengatasi risiko infeksi pada luka pasien.

2) Intervensi

Wound care bertujuan untuk mencegah adanya komplikasi dari adanya luka dan memberikan informasi tentang perawatan luka. Alasannya untuk mengidentifikasi tanda-tanda peradangan terutama bila suhu tubuh meningkat, mengendalikan penyebaran mikroorganisme patogen, untuk mengurangi risiko infeksi nosokomial, Penurunan Hb dan peningkatan jumlah leukosit dari normal bisa terjadi akibat terjadinya proses infeksi, Antibiotik mencegah perkembangan mikroorganisme patogen.

4. Pelaksanaan keperawatan

Pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien Tn. A didasarkan pada perencanaan keperawatan yang telah disusun. Namun, pada kenyataan tidak semua perencanaan keperawatan dapat dilaksanakan secara keseluruhan. Hal ini disebabkan karena disesuaikan dengan kondisi dan kemampuan pasien. Asuhan keperawatan pada Tn. A dengan diagnosa Tumor Dinding Perut dilaksanakan secara berkesinambungan. Dalam hal ini, penulis tidak bekerja sendiri, melainkan dengan bantuan perawat di ruang Melati, dokter, ahli gizi serta melibatkan pasien dan keluarga sehingga dapat bekerja sama dan terbina hubungan saling percaya serta mencapai tujuan yang ditentukan. Adapun pelaksanaan dari diagnosa keperawatan sebagai berikut :

- a. Kurang pengetahuan tentang penyakit berhubungan dengan kurang paparan sumber informasi (Pre Operasi)

Dalam diagnosa keperawatan ini, penulis melaksanakan tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan perencanaan keperawatan yang telah ditetapkan yaitu Mengkaji pengetahuan pasien tentang penyakitnya, Menjelaskan tentang proses penyakit, proses pengobatan dan diskusikan perubahan gaya hidup kepada pasien dengan metode leaflet

- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen injury fisik (Post Operasi)

Dalam diagnosa keperawatan ini, penulis melaksanakan tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan perencanaan keperawatan yang telah ditetapkan -tanda vital, Melakukan pengkaji nyeri, Melakukan kolaborasi dengan dokter pemberian injeksi ketorolac 30mg/12jam per IV.

- c. Risiko infeksi dengan faktor procedure invasif (Post Operasi)

Dalam diagnosa keperawatan ini, penulis melaksanakan tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan perencanaan keperawatan yang telah ditetapkan yaitu Melakukan kolaborasi dengan dokter pemberian antibiotik ceftriaxone 1 gram/12jam/ IV, Melakukan dressing infus, Melakukan aff infus.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan langkah terakhir dalam proses keperawatan yang menentukan apakah tujuan tercapai atau sampai manakah tujuan tersebut telah

dicapai. 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 :

- a. Kurang pengetahuan tentang penyakit berhubungan dengan kurang paparan sumber 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 2 Juli tujuan teratasi dengan hasil Pasien mengatakan paham tentang penyakitnya dan harus minum obat rutin, pasien dan keluarga nampak aktif dan kooperatif saat dilakukan pendidikan kesehatan, pasien bisa mengulang kembali tentang pengertian, tanda gejala dan pengobatan dari penyakit dan gaya hidup yang harus dirubah

- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen injury fisik (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 dari tanggal 2 Juli sampai dengan tanggal 4 juli 2018 tujuan teratasi dengan hasil Pasienmengatakannyeriberkurang, TD 120/80 mmHg, Nadi 80 kali per

menit, Suhu 36,5 °C, Respirasi 20 kali per menit, Ketorolac 30 mg berhasil diberikan kepada pasien melalui IV kateter infus tangan kiri

c. Risiko infeksi dengan faktor procedure invasif (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 dari tanggal 2 Juli sampai dengan tanggal 4 Juli 2018 resiko infeksi teratasi dengan hasil Pasien mengatakan tidak sakit saat obat disuntikkan, Pasien mengatakan terasa lega setelah infus dan kateter dilepas, Injeksi ceftriaxone 1 gram berhasil disuntikkan melalui kateter infus pasien ditangan kiri, Kateter infus berhasil diaff

B. Dokumentasi asuhan keperawatan

Pentingnya dokumentasi terlihat dari tujuannya yaitu untuk mendapatkan komunikasi timbal balik antara tim kesehatan secara efektif sebagai lahan bukti untuk tanggungjawab dan tanggung gugat sebagai informasi statistik untuk mengantisipasi dan merencanakan kebutuhan pasien di masa yang akan datang. Pada kasus ini pendokumentasian telah dilaksanakan sesuai dengan kronologis waktu dan kriteria dalam format asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan yang menggunakan metode SOAP.

Dalam pendokumentasian yang ada di Ruang Husada RS Tk. III dr. Soetarto Yogyakarta menggunakan model SOAP, dimana model ini menggunakan model *progress note* yang berisikan perkembangan dan kemajuan dari setiap diagnosa keperawatan yang ditegakkan dan ditulis oleh semua tim kesehatan pada bangsal tersebut. Salah satu acuan *progress note* yang dapat digunakan yaitu : S : Data subyektif, O : Data obyektif, A : Analisa P : *Planning*.

3. Keterbatasan Studi kasus

Faktor pendukung dari pelaksanaan pengkajian adalah keluarga kooperatif dan terbuka saat pengkajian dan kerjasama tim kesehatan yang lain seperti dokter, perawat bangsal dan ahli gizi.

Faktor pendukung pada dokumentasi suhan keperawatan adanya kerjasama yang baik antara perawat dengan tim kesehatan lain terhadap penulis. Sedangkan faktor penghambat dalam pendokumentasian ialah pendokumentasian perawat ruang masih bersifat rutinitas semata dan belum memperhatikan pertimbangan status kesehatan pasien.

BAB IV

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Setelah melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien Tn. A yang terdiagnosa tumor dinding perut selama 3 x 24 jam dari tanggal 2 Juli sampai dengan 4 Juli 2018, penulis memperoleh pengalaman nyata dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada Tn. A dengan diagnosa tumor dinding perut dengan menerapkan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan serta mendokumentasikannya dan mengidentifikasi faktor pendukung dan penghambat dalam setiap proses keperawatan. Adapun kesimpulannya sebagai berikut :

1. Pengkajian

Metode yang digunakan dalam pengkajian adalah wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi. Pada saat pengkajian penulis memperoleh beberapa data antara lain nyeri akut, gangguan pola tidur, defisiensi pengetahuan, defisit perawatan diri, risiko perdarahan dan risiko infeksi. Data tersebut muncul berdasarkan kondisi pasien dan mempunyai kesamaan dengan data dan teori.

2. Diagnosa keperawatan

Pada pasien Tn. A dengan diagnosa tumor dinding abdomen didapatkan 4 diagnosa yang muncul berdasarkan kondisi pasien diantaranya

adalah nyeri akut berhubungan dengan agen injury fisik, kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi, nyeri akut berhubungan dengan agen injury fisik, resiko infeksi berhubungan dengan tindakan invasif.

3. Perencanaan keperawatan

Perencanaan sesuai teori dengan memperhatikan situasi dan kondisi pasien serta sarana dan prasarana di rumah sakit. Prioritas masalah berdasarkan teori Hierarki Maslow, sedangkan penentuan tujuan meliputi sasaran, kriteria waktu dan hasil dan rencana tindakan keperawatan kasus ini berpedoman pada NANDA, NOC dan NIC. Dengan menyesuaikan pada kondisi pasien. Dalam penyusunan perencanaan keperawatan melibatkan pasien, keluarga dan tim kesehatan lain yang mencakup 4 elemen yaitu observasi, tindakan keperawatan mandiri, pendidikan kesehatan dan tindakan kolaborasi.

4. Pelaksanaan keperawatan

Pelaksanaan dari 4 diagnosa keperawatan antara lain adalah nyeri akut berhubungan dengan agen injury fisik, kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi, nyeri akut berhubungan dengan agen injury fisik, resiko infeksi berhubungan dengan tindakan invasif dapat dilaksanakan sesuai rencana yang telah disusun dengan adanya kerjasama yang baik dengan pasien, keluarga pasien, perawat ruangan dan tim kesehatan lainnya.

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi dari hasil asuhan keperawatan yang dilaksanakan selama 3 x 24 jam, dari ke enam diagnosa keperawatan, 3 diagnosa keperawatan teratasi dan 1 diagnosa keperawatan teratasi sebagian. Diagnosa keperawatan yang teratasi antara lain adalah kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi, nyeri akut berhubungan dengan agen injury fisik, resiko infeksi berhubungan dengan tindakan invasif. Diagnosa keperawatan yang teratasi sebagian adalah nyeri akut berhubungan dengan agen injury fisik.

6. Pendokumentasian

Pendokumentasian telah dilaksanakan sesuai dengan kronologis waktu dan kriteria dalam format asuhan keperawatan yang terdiri dari perencanaan, pelaksanaan dan pada tahap evaluasi penulis menggunakan metode SOAP: S : Subyektif, O : Obyek data, A : Analisa, P : *Planning*.

Pendokumentasian dengan metode SOAP dilakukan setelah melakukan tindakan keperawatan dengan mencantumkan tanggal, jam, nama dan tanda tangan.

Dalam pembuatan asuhan keperawatan penulis mendapatkan adanya faktor pendukung maupun faktor penghambat. Faktor pendukung ialah adanya kerjasama yang baik antara perawat dengan tim kesehatan lain terhadap penulis dan kerjasama pasien dengan keluarga. Sedangkan faktor penghambat dalam pendokumentasian ialah pendokumentasian perawat ruangan masih bersifat rutinitas dan belum memperhatikan perkembangan status kesehatan pasien.

B. Saran

Berdasarkan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan tumor dinding perut, maka penulis ingin memberikan saran antara lain :

1. Bagi profesi keperawatan

Meningkatkan riset dalam bidang keperawatan medikal bedah agar pada saat menentukan perencanaan serta pelaksanaan dalam pemberian asuhan keperawatan lebih tepat dan lebih spesifik dengan melihat respon pasien dan keluarga pasien.

2. Bagi institusi

a. Ruang Husada RS Tk. III dr. Soetarto Yogyakarta

Memperhatikan dalam pembuatan dokumentasi keperawatan, dengan maksud pendokumentasian bukan bersifat rutinitas.

b. Institusi pendidikan

- 1) Meningkatkan proses bimbingan belajar, seperti bimbingan kepada mahasiswa yang akan melakukan penyusunan Karya Tulis Ilmiah. Dengan adanya bimbingan diharapkan target untuk mencapai tujuan dalam penyelesaian tugas dapat tercapai.
- 2) Menambah inventaris laboratorium untuk meningkatkan proses belajar.
- 3) Menambah literatur-literatur baru, untuk mempermudah dalam proses belajar mengajar maupaun penyelesaian tugas.

3. Bagi penulis

Dalam melaksanakan asuhan keperawatan dan lebih cermat dalam mencari literatur dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah.

DAFTAR PUSTAKA

- American Cancer Society. (2016). Cancer facts and figures. Atlanta.
- Brunner and Suddarth. (2002). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah, edisi 8 volume 2. Jakarta : EGC.
- Diyono, Sri Mulyanti. (2013). Keperawatan Medikal Bedah : Sistem Pencernaan. Jakarta : KENCANA
- Depkes R.I., 2008. Profil Kesehatan Indonesia. Jakarta
- Lemone, P., & Burke, K. (2015). Medical-surgical nursing : critical thinking in client care. (3rd ed). Upper Saddle River, NJ : Prentice Hall.
- Moore KL, Dalley AF, Agur AMR, Moore ME. 2014. Anatomi berorientasi klinis. Edisi ke-5. Jakarta: Erlangga
- Sjamsuhidajat, R. dkk. (2010), Buku Ajar Ilmu Bedah. Edisi 3. Jakarta: EGC
- Singh, Y.K. (2014). Fundamental of Research Methodology and Statistics. New Delhi: New Age International (P) Limited Publishers