

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### *A. TUMOR COLLI*

##### 1. Pengertian

Tumor jika diartikan dalam definisi umum adalah benjolan atau pembengkakan dalam tubuh. Dalam pengertian khusus tumor adalah benjolan yang disebabkan oleh neoplasma. Tumor atau neoplasma merupakan suatu masa abnormal dari sel-sel yang mengalami proliferasi. Sel-sel neoplasma berasal dari sel-sel yang sebelumnya adalah sel-sel normal namun mengalami perubahan neoplastik (Guimaraes, 2019).

Tumor colli adalah setiap massa baik kongenital maupun didapat timbul di segitiga anterior ataupun posterior leher di antara klavikula pada bagian inferior dan mandibula serta tengkorak pada bagian superior. Pada 50% kasus benjolan pada leher berasal dari tiroid 40% benjolan pada leher disebabkan oleh keganasan, 10% berasal dari peradangan atau kelainan kongenital (Joana, 2019).

##### 2. Etiologi

Etiologi tumor colli menurut Sidik (2014) diantaranya yaitu :

###### a. Karsinogen Kimiawi

Karsinogen kimiawi yang memerlukan perubahan metabolisme agar menjadi karsinogen aktif, sehingga, misalnya kemoterapi dalam kesehatan.

###### b. Karsinogen Fisik

Berkaitan dengan ultraviolet kanker kulit, karena terpapar sinar. Radiasi UV yang dapat menimbulkan dimmer yang merusak rangka fosfodiester DNA, misalnya sinar ionisasi pada nuklir, sinar radioaktif, sinar ultraviolet.

c. Hormon

Hormon merupakan zat yang dihasilkan kelenjar tubuh yang berfungsi mengatur organ-organ tubuh, pemberian hormon terutama secara berlebihan dapat menyebabkan peningkatan terjadinya beberapa kanker.

d. Gaya Hidup

Gaya hidup yang tidak sehat merupakan salah satu faktor pendukung kanker, misalnya diet, merokok, konsumsi minuman beralkohol.

e. Kelainan Kongenital

Kelainan kongenital adalah kelainan yang dibawa sejak lahir, benjolannya dapat berupa benjolan yang timbul sejak lahir atau timbul pada usia anak-anak bahkan terkadang muncul setelah usia dewasa. Pada kelainan ini, benjolan yang paling sering terletak di leher samping bagian kiri atau kanan di bagian atas, dan juga di tengah-tengah dibawah dagu. Ukuran benjolan bisa kecil beberapa cm tetapi bisa juga besar seperti bola tenis.

3. Manifestasi Klinis

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

- a. Terapat lesi pada organ yang biasanya tidak nyeri terfiksasi dan keras dengan batas yang tidak teratur.
- b. Terjadi retraksi pada organ, karena tumor membesar sehingga

terjadi penerikan pada organ-organ yang berada dekat dengan tumor tersebut.

- c. Pembengkakan organ yang terkena, dikarenakan pertumbuhan tumor yang secara progresif dan invasive sehingga dapat merusak atau mengalami pembengkakan, organ-organ di sekitar tumor.
- d. Terjadi eritema atau pembengkakan lokal, dikarenakan terjadinya peradangan pada tumor sehingga daerah sekitar tumor akan mengalami eritema.
- e. Pada penyakit yang sudah stadium lanjut dapat terjadi pecahnya benjolan- benjolan pada kulit atau ulserasi.

#### 4. Patofisiologis

Kelainan congenital, genetic, gender/ jenis kelamin, usia, rangsangan fisik berulang, hormone infeksi, gaya hidup, karsinogenik (bahan kimia, virus, radiasi) dapat menimbulkan tumbuh dan berkembangnya sel tumor. Sel tumor dapat bersifat benigna (jinak) atau bersifat maligna (ganas). Sel tumor pada tumor jinak bersifat tumbuh lambat, sehingga tumor jinak pada umumnya tidak cepat membesar. Sel tumor mendesak jaringan sehat sekitarnya secara serempak sehingga terbentuk serabut pembungkus yang memisahkan jaringan tumor dari jaringan sehat. Sel tumor ialah sel tubuh yang mengalami transformasi dan tumbuh secara autonom lepas dari kendali pertumbuhan sel normal sehingga sel ini berbeda dari sel normal dalam bentuk dan strukturnya. Perbedaan sifat sel tumor tergantung dari besarnya penyimpangan dalam

bentuk dan fungsinya, autonominya dalam pertumbuhan, kemampuan dalam berinfiltrasi dan menyebabkan metastase. Pada umumnya tumor mulai tumbuh dari satu sel di suatu tempat (unisentrik), tetapi kadang tumor berasal dari beberapa sel dalam satu organ (multisentrik) atau dari beberapa organ (multiokuler) pada waktu bersamaan (sinkron) atau berbeda (metakron). Selama pertumbuhan tumor masih terbatas pada organ tempat asalnya maka tumor dikatakan mencapai tahap local, namun bila telah infiltrasi ke organ sekitarnya dikatakan mencapai tahap invasive atau infiltratif. Sel tumor bersifat tumbuh terus sehingga makin lama makin besar dan mendesak jaringan sekitarnya. Pada neoplasma sel tumbuh sambil menyusup dan merembes ke jaringan sekitarnya dan dapat meninggalkan sel induk masuk ke pembuluh darah atau pembuluh limfe, sehingga terjadi penyebaran hematogen dan limfatogen. Tumor colli merupakan neoplasma yang berasal dari kelenjar yang terletak di depan leher yang secara normal memproduksi hormone tiroid yang penting untuk metabolisme tubuh. Infiltrasi ca colli dapat ditemukan di trachea, laring, faring, esophagus, pembuluh darah karotis, vena jugularis, struktur lain pada leher dan kulit. Metastase limfogen dapat meliputi semua region leher sedangkan metastase hematogen biasanya di paru, tulang, otak dan hati. Kanker ini berdiferensiasi mempertahankan kemampuan untuk menimbun yodium pembesaran kelenjar getah bening. Lokasi kelenjar getah bening yang bisa membesar dan bisa teraba pada perabaan yakni di ketiak, lipat paha. Ada juga kelenjar getah bening

yang terdapat di dalam tubuh yang mana tidak dapat diraba yakni didalam rongga perut. Penyebab dari pembesaran kelenjar getah bening adalah infeksi non spesifik, infeksi spesifik (TBC), keganasan (*lymphoma*) (Yance,2012).

## 5. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan *Tumor Colli* menurut Lestari (2015)

### a. Penatalaksanaan Medis

#### 1) Pembedahan (colli otomi, tiroidektomi)

- a) Harus melaksanakan pemeriksaan klinis untuk menentukan nodul benigna atau maligna
- b) Eksisi tidak hanya terbatas pada bagian utama tumor, tapi eksisi juga harus di lakukan terhadap jaringan normal sekitar jaringan tumor. Cara ini memberikan hasil operasi yang lebih baik.
- c) Metastase ke kelenjar getah bening umumnya terjadi pada setiap tumor sehingga pengangkatan, kelenjar di anjurkan pada tindakan bedah.
- d) Satu hal mutlak di lakukan sebelum bedah adalah menentukan stadium tumor dan melihat polapertumbuhan (growth pattern) tumor tersebut.
- e) Tirodektomi adalah sebuah operasi yang dilakukan pada kelenjer
- f) Colliotomi adalah operasi yang dilakukan pada leher yang terkena tumor

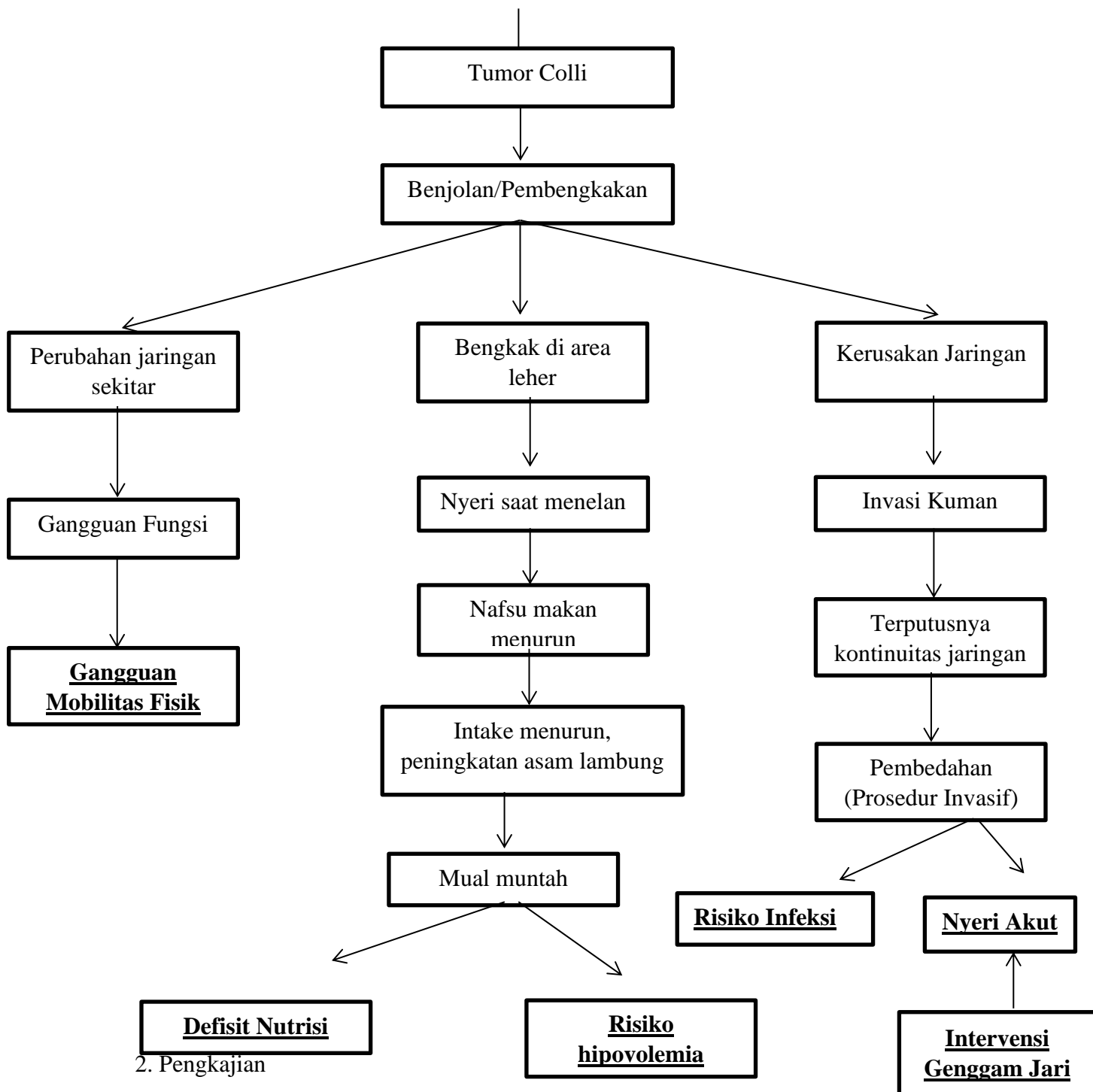
#### 2) Obat-obatan

- a) Immunoterapy : interleukin 1 dan alpha interferon
- b) Kemoterapi : kemampuan dalam mengobati beberapa jenis tumor
- c) Radioterapy : membenul sel kanker dan sel jaringan normal, dengan tujuan, meninggikan kemampuan untuk membunuh sel tumor dengan kerusakan serendah mungkin pada sel normal.

## B. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN

### 1. Pathways

Faktor hormonal, Gaya hidup. Virus, Herediter
--



2. Pengkajian

Sumber : (Suyono, Slamet, 2014) Pengkajian merupakan bagian yang pertama dan utama yang juga bisa dikatakan menjadi bagian yang menentukan keberhasilan tahapan proses keperawatan. Kriteria dalam pengkajian harus mencakup tersedianya format

pengkajian dan data harus valid dan akurat (Silla, 2019). Pengkajian ini bisa berisi tentang data subjektif dan objektif dari pasien seperti pemeriksaan tanda-tanda vital, wawancara pada pasien atau keluarga, dan pemeriksaan fisik. Pengkajian bisa didapatkan berdasarkan pada teori keperawatan yang dikembangkan oleh Callisa Roy, Wanda Horta, Dorothea Orem, atau para kerangka pengkajian standar seperti pola Kesehatan Fungsional menurut Marjory Gordon.

a. Identitas diri klien

Pasien (diisi lengkap) : Nama, Tempat/Tanggal. Lahir, Umur, Jenis Kelamin, Alamat, Status Perkawinan, Agama, Suku Bangsa, Pendidikan, Pekerjaan, Lama bekerja, Tanggal Masuk RS.

b. Riwayat Kesehatan

- 1) Keluhan utama, biasanya ditemukan jantung berdebar-debar, kelemahan, sesak napas, ataupun penurunan kesadaran.
- 2) Riwayat penyakit sekarang, yaitu tanda dan gejala yang menyertai keluhan utama.
- 3) Riwayat penyakit dahulu, yaitu apakah klien pernah menderita penyakit yang sama sebelumnya atau yang menjadi factor resiko seperti pernah terpapar radiasi ataupun gaya hidup,
- 4) Riwayat penyakit keluarga, yaitu apakah ada anggota keluarga yang menderita penyakit yang sama sebelumnya.

c. Pengkajian perkebutuhan dasar manusia



- 1) Aktivitas/ Istirahat
- 2) Sirkulasi
- 3) Eliminasi
- 4) Makanan/cairan
- 5) Nyeri/ketidaknyamanan
- 6) Keamanan
- 7) Respirasi

d. Pengkajian per kebutuhan dasar manusia

- 1) Aktivitas/Istirahat

Gejala : Ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas

Tanda : Keletihan, kelelahan umum

- 2) Sirkulasi

Gejala : Terdapat masalah tekanan darah

Tanda : Pusing, gemetar

- 3) Integritas Ego

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

- 4) Eliminasi

Gejala : Perubahan eliminasi fekal

- 5) Makanan/Cairan

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

Tanda : bibir kering, pecah-pecah.

- 6) Nyeri/ketidaknyamanan

Gejala : Ada nyeri dengan derajat bervariasi, misalnya ketidaknyaman

ringan sampai berat.

Tanda : lokasi, intensitas, frekuensi, faktor pencetus

7) Keamanan

Gejala : alergi atau sensitif (obat, makanan).

Tanda : munculnya proses infeksi, demam.

8) Neurosensori

Keluhan pening hilang timbul, sakit kepala, pingsan.

Temuan fisik : status mental disorientasi, confusion, kehilangan memori, perubahan pola bicara.

9) Reapirasi

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

### 3. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia (status kesehatan atau risiko perubahan pola) dari individu atau bisa juga kelompok dimana perawat dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan menurunkan, membatasi, mencegah, dan merubah. Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis mengenai pengalaman atau respon individu, keluarga atau komunitas terhadap masalah kesehatan yang aktual ataupun potensial (Silla, 2019).

- a. Nyeri Akut bd Agen Cidera Fisik, Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang lebih 3 bulan.

1) Etiologi : Agen pencedera fisiologis (ms. Inflamasi, iskemia, neoplasma), Agen pencedera kimiawi (ms. Terbakar, bahan kimia iritan), Agen pencedera fisik (mis. Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat beban berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebih).

2) Manifestasi Klinis

a) **Tanda Gejala Mayor.** Tanda Subyektif: Mengeluh nyeri.

Tanda Objektif: Tampak meringis, Bersikap protektif, Gelisah, Nadi meningkat, Sulit tidur

b.) **Tanda dan Gejala Minor.** Tanda Objektif : TD meningkat, Pola nafas berubah, Menarik diri, Fokus diri sendiri, Diaforesis.

3) Kondisi Klinis Terkait :

Pengkajian nyeri dapat menggunakan instrumen skala nyeri, yaitu :

a.) FLACC Behavioral Pain Scale untuk usia kurang dari 3 tahun

b.) Baker-Wong-FACES scale untuk usia 3-7 tahun

c.) Visual analogue scale atau numeric rating scale untuk usia di atas 7 tahun

b. Risiko Infeksi bd Efek Prosedur Invasif. Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.

1) Etiologi: Penyakit kronis (mis. Diabetes mellitus), Efek prosedur invasif, Malnutrisi, Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan, Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer, Gangguan peristaltik, Kerusakan integritas kulit, Perubahan Sekresi PH, Penurunan kerja siliaris, Ketuban pecah lama, Ketuban pecah sebelum waktunya, Merokok,

Status cairan tubuh, Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder, Penurunan hemoglobin, Imunosupresi, Leukopenia, Supresi respon inflamasi, Vaksinasi tidak adekuat.

2) Kondisi Klinis Terkait

AIDS, Luka Bakar, Penyakit paru obstruktif kronis, Diabetes mellitus, Tindakan invasif, Kondisi penggunaan terapi steroid, Penyalagunaan obat, Ketuban pecah sebelum waktunya, Kanker, Gagal ginjal, Imunosupresi, Lymphedema, Leukositopeni, Gangguan fungsi hati

c. Gangguan Mobilitas Fisik

1) Definisi : Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstermitas secara mandiri.

2) Etiologi : Kerusakan integritas struktur tulang, Perubahan metabolisme, Ketidakbugaran fisik, Penurunan kendali otot, Penurunan massa otot, Penurunan kekuatan otot, Keterlambatan perkembangan, Kekakuan sendi, Kontraktur, Malnutrisi, Gangguan muskuloskeletal, Gangguan neuromuskular, Indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia, Efek agen farmakologis, Program pembatasan gerak, Nyeri, Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik, Kecemasan, Gangguan kognitif, Keengganan melakukan pergerakan, Gangguan sensoripresepsi.

3.) Manifestasi klinis

a) **Tanda gejala mayor.** Tanda Subjektif: Mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas. Tanda Objektif: Kekuatan otot menurun, Rentang gerak (ROM) menurun.

b) **Tanda gejala minor.** Tanda Subjektif: Nyeri saat

bergerak, Enggan melakukan pergerakan, Merasa cemas saat bergerak. Tanda Objektif: Sendi kaku, Gerakan tidak terkoordinasi, Gerakan terbatas, Fisik lemah.

- 4) Kondisi Klinis Terkait : Stroke, Cedera medula spinalis, Trauma, Fraktur, Osteoarthritis, Osteomalasia, Keganasan.

d. Defisit Nutrisi

- 1) Definisi : Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.
- 2) Etiologi : Ketidakmampuan menelan makanan, Ketidakmampuan mencerna makanan, Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi, Peningkatan kebutuhan metabolisme, Faktor ekonomi, Faktor psikologis.

3) Manifestasi klinis

- a) **Tanda Gejala Mayor.** Objektif: Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal
- b) **Tanda Gejala Minor.** Subjektif: Cepat kenyang setelah makan, Kram/nyeri abdomen, Nafsu makan menurun. Objektif: Bising usus hiperaktif, Otot pengunyah lemah, Otot menelan lemah, Membran mukosa pucat, Sariawan, Serum albumin turun, Rambut rontok berlebihan, Diare.
- 4) Kondisi Klinis Terkait: Stroke, Parkinson, Mobius syndrome, Cerebral palsy, Cleft lip, Cleft palate, Kerusakan neuromuskular, Luka bakar, Kanker, Infeksi, AIDS, Penyakit Crohn's.

4. Intervensi

Intervensi atau perencanaan merupakan tahap dimana perawat harus mampu berpikir kritis dalam merumuskan dan menentukan rencana keperawatan

yang nantinya akan di berikan kepada pasien. Rencana keperawatan ini tertulis untuk digunakan sebagai kebutuhan klien jangka panjang (Potter, 1997 dalam Silla, 2019). Dalam intervensi ini terdapat intervensi independen dan ada juga intervensi kolaboratif. Intervensi independen merupakan intervensi yang dilakukan oleh perawat secara mandiri tanpa bantuan dari tenaga kesehatan lain. Intervensi kolaboratif merupakan intervensi yang dilakukan dengan bantuan dari tenaga kesehatan lain seperti dokter, ahli gizi, fisioterapi, dan lain-lain.

**a. Nyeri Akut (D.0077)**

**SLKI : Tingkat Nyeri (L.08066)**

1) Definisi

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan.

2) Ekspetasi : Menurun

3) Kriteria Hasil :

Tabel 2.1 SLKI Tingkat Nyeri

	Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun
Keluhan nyeri	1	2	3	4	5
Meringis	1	2	3	4	5
Sikap protektif	1	2	3	4	5
Gelisah	1	2	3	4	5

Kesulitan tidur	1	2	3	4	5
Berfokus pada diri sendiri	1	2	3	4	5
Mual	1	2	3	4	5

	Memburuk	Cukup memburuk	Sedang	Cukup membaik	Membaik
Tekanan darah	1	2	3	4	5
Fungsi berkemih	1	2	3	4	5
Pola tidur	1	2	3	4	5

### **SIKI : Manajemen Nyeri (I.08238)**

#### 1) Definisi

Mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan.

#### 2.) Tindakan:

##### **Observasi**

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.
- 2) Identifikasi skala nyeri
- 3) Identifikasi respon nyeri non verbal
- 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- 5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri

- 6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- 7) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- 8) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
- 9) Monitor efek samping penggunaan analgetik

### **Terapeutik**

- 1) Berikan terapi non farmakologis untuk mengurangi nyeri ( imajinasi terbimbing)
- 2) Fasilitasi istirahat dan tidur
- 3) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri
- 4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

### **Edukasi**

- 1) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri
- 2) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- 3) Anjurkan menggunakan analgetik yang tepat

### **Kolaborasi**

- 1.) Kolaborasi pemberian analgetik

## **b. Risiko Infeksi (D.0142)**

### **SLKI : Tingkat Infeksi (L.14137)**

- 1) Definisi

Derajat infeksi berdasarkan observasi atau sumber informasi.

- 2) Ekspetasi : Menurun
- 3) Kriteria Hasil



Tabel 2.2 SLKI Pola Tidur

	Menurun	Cukup menurun	Sedang	Cukup meningkat	Meningkat
Kebersihan badan	1	2	3	4	5
Kebersihan tangan	1	2	3	4	5

	Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun
Demam	1	2	3	4	5
Kemerahan	1	2	3	4	5
Nyeri	1	2	3	4	5
Bengkak	1	2	3	4	5

### **SIKI : Pencegahan Infeksi (I.14539)**

#### 1) Definisi

Mengidentifikasi dan menurunkan risiko terserang organisme patogenik

#### Tindakan

#### **Observasi**

- 1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik

#### **Terapeutik**

- 1) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
- 2) Pertahankan teknik aseptik bagi pasien beresiko tinggi

#### **Edukasi**

- 1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- 2) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
- 3) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi
- 4) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan

## **Kolaborasi**

- 1.) Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu.

### **c. Gangguan Mobilitas Fisik (D.0053)**

#### **SLKI : Mobilitas Fisik (L.05042)**

##### 1) Definisi

Kemampuan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstermitas secara mandiri

##### 2) Ekspetasi : Meningkatkan

##### 3) Kriteria Hasil

Tabel 2.3 SLKI Mobilitas Fisik

	Menurun	Cukup menurun	Sedang	Cukup meningkat	Meningkat
Pergerakan ekstermitas	1	2	3	4	5
Kekuatan otot	1	2	3	4	5

	Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun
Nyeri	1	2	3	4	5
Kecemasan	1	2	3	4	5
Kaku sendi	1	2	3	4	5
Gerakan terbatas	1	2	3	4	5

#### **SIKI : Dukungan Mobilisasi (I.05173)**

**Definisi :** Memfasilitasi pasien untuk meningkatkan aktivitas pergerakan fisik.

Tindakan

**Observasi**

- 1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik

**Terapeutik**

- 1) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien

- 2) Pertahankan teknik aseptik bagi pasien beresiko tinggi

**Edukasi**

- 1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- 2) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
- 3) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi
- 4) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan

**Kolaborasi**

- 1) Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu.

5. Implementasi

Implementasi keperawatan merupakan salah satu tahap keperawatan yang ada dalam proses asuhan keperawatan. Dalam implementasi ini terdapat susunan dan tatanan pelaksanaan yang nantinya akan mengatur kegiatan pelaksanaan sesuai dengan diagnosa keperawatan dan juga intervensi yang sudah ditetapkan. Implementasi ini juga mengacu pada kemampuan perawat baik secara praktik maupun intelektual (Lingga, 2019 dalam Aprilia, 2022).

Implementasi atau pelaksanaan adalah tahap ketika perawat mengaplikasikan asuhan keperawatan yang sudah direncanakan sebelumnya

untuk membantu pasien mencapai tujuan yang telah ditetapkan oleh perawat. Kemampuan yang harus dimiliki perawat dalam melakukan implementasi keperawatan adalah teknik psikomotor, kemampuan melakukan observasi sistematis, kemampuan memberikan pendidikan kesehatan, kemampuan dalam advokasi dan memberikan evaluasi (Asmadi, 2008 dalam Silla, 2019).

Pada tahap implementasi ini perawat dapat melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan dan diterapkan kepada pasien untuk mencapai tingkat kesembuhan yang diharapkan. Tahap implementasi ini dilakukan setelah rencana tindakan tersusun. Ada beberapa tahap yang akan dilakukan dalam implementasi yakni tahap persiapan, tahap pelaksanaan dan tahap pendokumentasian (Silla, 2019).

## 6. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahapan paling terakhir dalam proses asuhan keperawatan (Silla, 2019). Evaluasi adalah tindakan intelektual yang melengkapi proses asuhan keperawatan dimana dapat menandakan sejauh mana diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan dan juga implementasi keperawatan berhasil dicapai. Tujuan dari evaluasi ini adalah untuk dapat melihat seberapa kemampuan pasien dalam mencapai tujuan (Aprilia, 2022).

Menurut Nanda (2020), terdapat dua jenis evaluasi :

### a. Evaluasi Formatif (Proses)

Evaluasi formatif ini lebih berproses pada aktivitas proses keperawatan dan dari hasil tindakan keperawatan. Perumusan evaluasi formatif ini

meliputi empat komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yakni Subjektif, Objektif, Analisis dan Perencanaan.

- 1) S (subjektif) : Data subjektif dari hasil keluhan pasien dan yang dikatakan oleh pasien ataupun oleh keluarga.
- 2) O (objektif) : Data objektif dari hasil observasi yang dilakukan oleh perawat.
- 3) A (analisis) : Masalah dan diagnose keperawatan pasien yang dianalisis atau dikaji dari data subjektif dan objektif
- 4) P (perencanaan) : Perencanaan kembali tentang pengembangan tindakan keperawatan, baik yang sekarang maupun yang akan datang dengan tujuan memperbaiki keadaan kesehatan pasien.

b. Evaluasi Sumatif (Hasil)

Evaluasi sumatif ini merupakan evaluasi yang dilakukan kepada pasien setelah semua aktivitas dan tindakan keperawatan telah dilakukan. Evaluasi sumatif ini bertujuan untuk menilai dan juga memonitor kualitas asuhan keperawatan yang sudah dilakukan dan diberikan kepada pasien. Ada tiga kemungkinan evaluasi yang terkait dengan capaian tujuan keperawatan, yaitu :

- 1) Tujuan tercapai atau bisa juga masalah teratasi, jika pasien menunjukkan perubahan sesuai dengan standar yang ditentukan sebelumnya.
- 2) Tujuan tercapai sebagian atau bisa juga masalah teratasi sebagian, pasien masih belum mencapai tujuan yang ditetapkan dan masih

ada kemungkinan untuk mengalami perubahan untuk mencapai tujuan yang sudah ditetapkan.

- 3) Tujuan tidak tercapai atau masalah belum teratasi, jika pasien hanya menunjukkan perubahan sedikit atau bahkan tidak menunjukkan perubahan atau kemajuana apapun

### C. EVIDENCE BASE PRACTICE (EBP)

#### 1. Konsep Dasar Mengurangi Nyeri Dengan Menggunakan Relaksasi

##### Genggam Jari

##### a. Definisi Relaksasi Genggam Jari

Terapi dengan menggenggam jari merupakan bagian dari prosedur relaksasi Jin Shin Jyutsu dari Jepang yang menggunakan sentuhan tangan untuk mengatur energi dalam tubuh. Metode relaksasi ini merupakan tindakan relaksasi langsung yang dapat dilakukan oleh siapa saja dan di mana saja. (Ramadini & Dhara, 2020). Teknik relaksasi genggam jari merupakan cara yang mudah untuk mengelola emosi dan mengembangkan kecerdasan emosional. Di sepanjang jari-jari tangan kita terdapat saluran atau meridian energi yang terhubung dengan berbagai organ dan emosi (Puwahang, 2011). Titik-titik refleksi pada tangan memberikan rangsangan secara reflex (spontan) pada saat genggaman. Rangsangan tersebut akan mengalirkan semacam gelombang kejut atau listrik menuju otak. Gelombang tersebut diterima otak dan diproses dengan cepat diteruskan menuju saraf pada organ tubuh yang mengalami gangguan, sehingga sumbatan di jalur energi

menjadi lancar (Pinandita, 2012). Teknik relaksasi genggam jari membantu tubuh, pikiran dan jiwa untuk mencapai relaksasi (Liana, 2008). Dalam keadaan relaksasi secara alamiah akan memicu pengeluaran hormon endorfin, hormon ini merupakan analgesik alami dari tubuh sehingga nyeri akan berkurang (Prasetyo, 2010).

Teknik genggam jari atau *finger hold* merupakan Teknik dimana memfokuskan pada genggam tangan ujung jari sebagai saluran masuk dan keluarnya energi yang berhubungan dengan organ dalam tubuh dan emosi. Setiap jari berhubungan dengan emosi tertentu. Menurut Watson keperawatan fokusnya lebih pada promosi kesehatan, pencegahan penyakit, merawat yang sakit, dan pemulihan keadaan fisik. Keperawatan pada promosi kesehatan awalnya sama dengan mengobati penyakit. Novianti (2022).

b. Tujuan Relaksasi Genggam Jari

Teknik relaksasi yang sangat sederhana dan mudah dilakukan oleh siapapun yang berhubungan dengan jari tangan serta aliran energi di dalam tubuh. Yaitu teknik genggam jari atau *finger hold*. Teknik relaksasi genggam jari merupakan upaya tindakan non farmakologi yang bertujuan untuk mengurangi nyeri teknik ini bisa dilakukan secara mandiri dan mudah dilakukan oleh siapapun. Teknik genggam jari merupakan kombinasi antara relaksasi nafas dalam dan genggam jari-jari tangan menggunakan waktu yang relative singkat. Sensasi yang dirasakan ketika melakukan teknik ini memberikan perasaan nyaman,

lebih rileks sehingga mampu membebaskan mental dan fisik dari ketegangan stress sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri (Hasaini, 2019).

c. Prosedur Relaksasi Genggam Jari

Menurut penelitian Ernawati (2020). Teknik relaksasi genggam jari dilakukan selama 30 sampai 50 menit merupakan manajemen nyeri efektif yang dilakukan pada hari pertama pasien post op appendectomy. Teknik relaksasi genggam jari yang dilakukan memberikan stimulus rasa nyaman sehingga mampu mengurangi sumber depresi dan kecemasan yang berlebih, sehingga pasien mampu mengontrol sensasi nyeri dan mampu untuk meningkatkan fungsi tubuh.

Nia Rifti Ekawati et al (2022) Terapi genggam jari diajarkan dan dilakukan 2 kali sehari, minimal 4 jam setelah pemberian obat analgesik, yaitu pagi sebelum minum obat dan siang setelah makan siang. Sebelum diberikan intervensi relaksasi genggam jari pasien diukur skala nyerinya. Lalu diberikan intervensi relaksasi genggam jari. Peneliti memberikan penjelasan tentang tujuan dan langkah-langkah pelaksanaan relaksasi genggam jari. Peneliti membimbing pasien agar dapat melakukan terapi relaksasi genggam jari. Post intervensi peneliti menghitung kembali skala nyeri yang dirasakan oleh pasien (Utami et al, 2021).

2. Jurnal penerapan relaksasi genggam jari untuk mengurangi nyeri post op  
*tunor colli*



- a. Fitria Wati & Ermawati, (2020) Penurunan Skala Nyeri Pasien Post Op Appendectomy Menggunakan Teknik Relaksasi Genggam Jari.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pemberian terapi teknik relaksasi genggam jari dalam menurunkan skala nyeri pasien post op Appendectomy. Jenis studi kasus ini menggunakan desain deskriptif dengan pendekatan *Evidence Based Nursing Practice* jumlah sampel yang digunakan sebanyak 2 orang pasien post op appendectomy dengan kriteria yang sudah ditentukan dengan skala nyeri 3-6. Terapi relaksasi genggam jari selama kurang lebih 30 menit (3 menit perjarinya), dilanjutkan evaluasi dan di dokumentasikan. Teknik relaksasi genggam jari dilakukan 3 kali dalam sehari atau ketika pasien mengeluh nyeri dan dilakukan selama 3 hari berturut-turut. Setelah diberikan terapi relaksasi genggam jari pada kedua subjek studi kasus didapatkan hasil bahwa setelah 3 hari kedua subjek studi kasus mengalami penurunan nyeri dari skala nyeri 5 dan 6 turun menjadi skala nyeri menjadi 3. Dari jurnal diatas dapat disimpulkan bahwa relaksasi genggam jari mampu menurunkan skala nyeri pada pasien post OP. Pemberian teknik relaksasi genggam jari hendaknya dapat menjadi terapi komplementer dalam manajemen nyeri.

- b. Tarwiyah Maulani dkk, (2022) Teknik Relaksasi Genggam Jari Terhadap Skala Nyeri Pasien Post Operasi.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui apakah ada pengaruh terapi relaksasi genggam jari untuk mengurangi nyeri pada

pasien pos op. Jenis penelitian ini menggunakan desain *quasy eksperimen* dengan rancangan *one grup pre-test post-test* populasi pada penelitian ini adalah seluruh pasien post operasi berjumlah 36 responden. Hasil penelitian menunjukkan rata-rata sebelum dilakukan teknik relaksasi genggam jari adalah 5 dan hasil rata-rata sesudah dilakukan teknik relaksasi genggam jari adalah 4. Hasil bivariat didapatkan *p-value* =0,000 <0,05 yang artinya menunjukkan ada pengaruh teknik relaksasi genggam jari terhadap skala nyeri pasien post operasi. Berdasarkan hasil penelitian tentang pengaruh teknik relaksasi genggam jari terhadap skala nyeri pasien post operasi maka dapat ditarik kesimpulan ada pengaruh teknik relaksasi genggam jari terhadap skala nyeri pasien post operasi.