

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPERASI  
FIBROADENOMA MAMMAE DENGAN NYERI AKUT DI  
RUANG MARJAN BAWAH  
RSU dr. SLAMET GARUT**

**KARYA TULIS ILMIAH**

Diajukan sebagai salah satu syarat mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan (A.Md.Kep) di Program Studi DIII Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung

**OLEH :**

**MUHAMAD SOLEH**

**AKX.16.199**



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
STIKES BHAKTI KENCANA BANDUNG  
TAHUN 2019**

## PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Muhamad Soleh

NIM : AKX. 16. 199

Institusi : Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Klien Fibroadenoma Mammae dengan masalah keperawatan Nyeri Akut di Ruang Marjan Bawah Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Slamet Garut

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar- benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan dari pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya, kecuali secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil plagiat/jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Bandung, 6 September 2019  
Yang Membuat Pernyataan



Muhamad Soleh  
AKX.16. 199

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPERASI  
BYOPSI FIBROADENOMA MAMMAE DENGAN NYERI  
AKUT DI RUANG MARJAN BAWAH  
RSU dr. SLAMET GARUT**

OLEH :

**MUHAMAD SOLEH**

**AKX.16.199**

Karya Tulis Ilmiah ini telah di setujui oleh Panitia Penguji pada tanggal seperti yang tertera di bawah ini

**Menyetujui,**

**Pembimbing Utama**



**Ade Tika, S.Kep.,Ners.,M.Kep**  
NIP: 10107069

**Pembimbing Pendamping**



**Tuti Suprapti, S.Kp.,M.Kep**  
NIP : 1011603

**Mengetahui**  
**Ketua Prodi DIII Keperawatan**



**Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep**  
NIP : 1011603

**LEMBAR PENGESAHAN**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPERASI  
FIBROADENOMA MAMMAE DENGAN NYERI AKUT DI  
RUANG MARJAN BAWAH  
RSU dr. SLAMET GARUT**

OLEH :

**MUHAMAD SOLEH**

**AKX.16.199**

Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan panitia penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Diploma III Keperawatan Stikes Bhakti Kencana Bandung, Pada Tanggal, 23 Agustus 2019

**PANITIA PENGUJI**

**Ketua : Ade Tika Herawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep  
(Pembimbing Utama)**

(.....)

**Anggota :**

**1. Angga Satria Pratama, S.Kep.,Ners.,M.Kep  
( Penguji I )**

(.....)

**2. Agus Mi'raj Darajat, S.Kep.,Ners.,M.Kes  
( Penguji II )**

(.....)

**3. Tuti Suprapti, S.Kep.,M.kep  
(Pembimbing Pendamping )**

(.....)

**Mengetahui,**

**STIKes Bhakti Kencana Bandung**

**Ketua**



**Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep**

**NIK : 10107064**

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya penulis masih diberi kekuatan dan fikiran sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Klien *Post Operasi Fibroadenoma Mammae* Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut Diruang Marjan Bawah Rsud Dr. Slamet Garut” Karya tulis ini diajukan untuk memenuhi salah satu tugas ahir dalam menyelesaikan program study Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung.

Pada kesempatan kali ini penulis menyampaikan rasa terima kasih dan rasa hormat kepada semua pihak yang telah membimbing, mendidik dan membantu dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini. Untuk itu dengan segala kerendahan hati penulis menyampaikan ucapan terima kasih secara khusus kepada :

1. H. Mulyana, SH, M,Pd, MH.Kes, Selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Bhakti Kencana.
2. Rd. Siti Jundiah,S,Kp.,Mkep, selaku Ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung
3. dr. H. Maskut Farid MM. selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum Daerah dr. Slamet Garut yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.
4. Tuti Suprapti,S,Kp.,M.Kep. Selaku Ketua Prodi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung.

5. Ade Tika Herawati, S.Kep., Ners., M.Kep Selaku Pembimbing Utama yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Elis Rahmawati, S Kep., Ners. Selaku CI Ruang Marjan Bawah yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD dr. Slamet Garut.
7. Seluruh staf dosen dan karyawan program studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung.
8. Kepada RSUD Avisena serta seluruh staf yang ikut mendukung kelancaran selama proses pendidikan penulis.
9. Untuk Bapak tercinta Masduki dan Mamah tercinta Nonok Rohimah terima kasih untuk cinta kasihnya dan selalu memberikan motivasi dan do'a kepada penulis, sehingga dapat menyelesaikan pendidikan ini.
10. Kepada istriku tercinta Sri Maryati dan anak anaku tersayang Putri Aliyah Hana dan Sena Putra Nugraha beserta seluruh anggota keluarga besarku yang selalu memberikan motivasi untuk penulis.
11. Sahabatku seluruh crew OK RSUD Avisena Margi Puji Astuti, Eko Jaya Pratama, Anas Mahaisa, Hekmatiar, Nadia Hutanggalung yang takan terlupakan solidaritas dan bantuannya.
12. Sahabat seperjuangan Ari Yuanita, Indra Hermawan dkk, Prodi DIII Keperawatan angkatan XII yang telah membantu dan slalu memberikan semangat, motivasi dalam menyelesaikan karya tulis ini.

13. Semua pihak yang telah ikut membantu dalam penyusunan Karya Tulis ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak dalam menyelesaikan Karya Tulis ini, semoga bermanfaat bagi dunia Keperawatan.

## ABSTRAK

**Latar Belakang:** *Fibroadenoma mammae* merupakan tumor jinak yang sering terjadi dipayudara. penderita *fibroadenoma mammae* memiliki resiko 2 kali lebih untuk menderita kanker payudara, besar pasien yang menderita kasus ini pada periode Januari sampai dengan Maret 2019 di RSUD Dr. Slamet Garut mencapai 41 kasus atau sebesar 3% yang memerlukan tindakan operasi dan biopsy, efek dari tindakan operasi ini menyebabkan adanya Nyeri Akut, dampak jika nyeri tidak ditangani akan mengganggu mobilisasi pasien paska operasi. **Tujuan:** untuk memperoleh pengalaman dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien *Fibroadenoma Mammae* dengan masalah keperawatan Nyeri Akut. **Metode:** Studi kasus merupakan suatu model penelitian yang terperinci tentang individu atau suatu unit sosial tertentu selama kurun waktu tertentu. Studi kasus dilakukan pada dua klien selama dua hari dengan Diagnosa Medis *Post Operasi Fibroadenoma Mammae* dengan masalah keperawatan yang sama yaitu nyeri akut. **Hasil:** setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan salah satunya *Relaksasi Progressive Tarik Nafas Dalam* selama 2 hari pada Ny. S dan Ny R nyeri dapat teratasi sebagian ditandai dengan penurunan skala nyeri Ny. S dari skala 5 (sedang) menjadi skala 2 (ringan) dan Ny. R dari skala 6 (sedang) menjadi skala 3 (ringan). **Diskusi:** Setelah dilakukan teknik relaksasi Tarik nafas dalam terjadi penurunan pada klien satu nyeri berkurang dari skala nyeri 5 menjadi 2 dan pada klien 2 berkurang dari skala nyeri 6 menjadi 3 dalam waktu 2 hari, sehingga pada pasien pasien *Fibroadenoma Mammae* perlu dilakukan penanganan nyeri dengan teknik relaksasi Tarik nafas dalam.

Kata Kunci : Asuhan keperawatan, *Fibroadenoma mammae*, Nyeri akut  
Daftar Pustaka : 11 Buku (2006-2018), 1 Jurnal (2013), 1 Websrte (2007).

## ABSTRACT

**Background:** *Mammary fibroadenoma* is a benign tumor that often occurs in the breast. *fibroadenoma mammae* sufferers have twice the risk of developing breast cancer, the large number of patients suffering from this case in the period from January to March 2019 in Dr. Slamet Garut reaches 41 kasus or 3% which requires surgery and biopsy. This causes acute pain. **Objective:** to gain experience in conducting nursing care for *Fibroadenoma Mammae* clients with nursing problems Acute Pain. **Method:** A case study is a detailed research model of a particular individual or social unit over a period of time. The case study was conducted on two clients for two days with the same nursing problem, namely acute pain. **Results:** after nursing care by providing pharmacological and non-pharmacological interventions in Ny. S and Ny R pain can be partially resolved marked by a decrease in the Ny pain scale. S from scale 5 (moderate) to scale 2 (mild) and Ny. R from scale 6 (medium) to scale 3 (light). **Discussion:** After the relaxation technique was done, breathing in decreased in the client, one pain was reduced from pain scale 5 to 2 and in client 2 it was reduced from pain scale 6 to 3 within 2 days, so in patients with *Fibroadenoma Mammae* patients it was necessary to manage pain with technique relaxation Take a deep breath.

Keyword : Nursing care, *Fibroadenoma mammary*, Acute pain  
Bibliography : 11 Books (2006-2018), 1 Journal (2013), 1 Websrte (2007).



## DAFTAR ISI

<b>Halaman Judul</b>	<b>Halaman</b>
COVER.....	i
Lembar pernyataan.....	ii
Lembar Persetujuan.....	iii
Lembar Pengesahan.....	iv
Kata Pengantar.....	v
Abstrak.....	viii
Daftar Isi.....	ix
Daftar Gambar.....	xiii
Daftar Tabel.....	xiv
Daftar Lampiran... ..	xv
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penelitian	
1.3.1 Tujuan Umum.....	4
1.3.2 Tujuan Khusus.....	4
1.4 Manfaat	
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	5
1.4.2 Manfaat Praktis.....	5

## **BAB II TINJAUAN PUSTAKA**

### 2.1 Konsep Teori

2.1.1	Definisi Fibroadenoma Mammae.....	7
2.1.1.a	Anatomi Payudara.....	7
2.1.1.b	Fisiologi Payudara.....	8
2.1.2	Etiologi.....	9
2.1.3	Klasifikasi.....	10
2.1.3.1	Common Fibroadenoma Mammae.....	10
2.1.3.2	Giant Fibroadenoma Mammae.....	10
2.1.3.3	Juvenile Fibroadenoma Mammae.....	11
2.1.4	Patofisiologi.....	13
2.1.5	Gejala Klinis.....	15
2.1.6	Pemeriksaan Diagnostic.....	15
2.1.7	Penatalaksanaan.....	15
2.1.8	Pencegahan dan Deteksi Dini.....	16

### 2.2 KONSEP NYERI

2.2.1	Definisi.....	18
2.2.2	Etiologi.....	18
2.2.3	Patway.....	18
2.2.4	Klasifikasi Nyeri.....	19
2.2.5	Skala Nyeri.....	21

## 2.3 KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN PADA TUMOR

### PAYUDARA JINAK (Fibroadenoma Mammae)

2.3.1	PENGENJALAN.....	22
2.3.2	Diagnosa Keperawatan.....	29
2.3.3	Intervensi.....	30
2.3.4	Implementasi.....	42
2.3.5	Evaluasi.....	42

## **BAB III METODE PENELITIAN**

3.1	Desain Penelitian.....	43
3.2	Batasan Istilah.....	43
3.3	Partisipan/ Responden/ Subyek penelitian.....	45
3.4	Lokasi dan Waktu Penelitian.....	45
3.5	Pengumpulan Data.....	45
3.6	Uji Keabsahan Data.....	46
3.7	Analisa Data.....	46
3.8	Etika Penulisan KTI.....	48

## **BAB IV HASIL KASUS DAN PEMBAHASAN**

4.1	Hasil	
4.1.1	Gambaran Lokasi Pengambilan Data.....	50
4.1.2	Asuhan Keperawatan.....	51
4.1.2.1	Pengkajian.....	51
4.1.2.2	Analisa Data.....	60
4.1.2.3	Diagnosa Keperawatan.....	63

4.1.2.4 Perencanaan Keperawatan.....	65
4.1.2.5 Implementasi Keperawatan.....	67
4.1.2.6 Evaluasi Keperawatan.....	72
4.1.2.7 Pembahasan.....	73

## **BAB V KESIMPULAN DAN SARAN**

5.1 Kesimpulan.....	87
5.2 Saran.....	90

## **DAFTAR PUSTAKA**

## **LAMPIRAN-LAMPIRAN**

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.4.1 Intervensi Nyeri Akut.....	30
Tabel 2.4.2 Intervensi Kerusakan Integritas Kulit/Jaringan.....	32
Tabel 2.4.3 Intervensi Gangguan Harga Diri Rendah.....	34
Tabel 2.4.4 Intervensi Hambatan Mobilitas Fisik.....	36
Tabel 2.4.5 Intervensi Defisiensi Pengetahuan Tentang Kondisi, Prognosis dan Kebutuhan Pengobatan.....	39
Tabel 4.1 Identitas Klien.....	51
Tabel 4.2 Identitas Penanggung jawab .....	51
Tabel 4.3 Hasil Pemeriksaan Diagnostik.....	59
Tabel 4.4 Program dan Perencanaan Pengobatan.....	60
Tabel 4.5 Analisa Data.....	60
Tabel 4.6 Diagnosa Keperawatan.....	63
Tabel 4.7 Perencanaan Keperawatan.....	65
Tabel 4.8 Implementasi Keperawatan.....	67
Tabel 4.9 Evaluasi Keperawatan.....	72

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomy Payudara.....	8
Gambar 2.2 Fibroadenoma.....	12
Gambar 2.3 Common Fibroadenoma.....	12
Gambar 2.4 Giant Fibroadenoma.....	12
Gambar 2.5 Juvenile Fibroadenoma.....	13

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran I	Lembar Bimbingan
Lampiran II	Jurnal Teknik Distraksi
Lampiran III	Satuan Acara Penyuluhan
Lampiran IV	Leaflet
Lampiran V	Lembar Observasi

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar belakang

*Fibroadenoma mammae* merupakan tumor jinak yang sering terjadi di payudara. Benjolan ini terkait dengan jaringan *fibrosa* (mesenkim) dan jaringan *glanduler* (epitel) yang berada di payudara, jadi tumor ini disebut sebagai tumor campur, tumor tersebut dapat berbentuk bulat atau oval, bertekstur kenyal atau padat, dan dapat disesuaikan (Prawirohardjo, 2005). *Fibroadenoma mammae* ini dapat kita gerakkan dengan mudah karena pada tumor ini terbentuk kapsul sehingga dapat mobilisasi. Tumor ini ditemukan 2 kali lebih sering pada orang kulit hitam pasien dengan kadar hormon estrogen tinggi (remaja dan wanita hamil), dan pasien yang mendapatkan terapi hormon estrogen (Strauss & Barbieri : 2014).

Salah satu akibat dari aktivitas hormone estrogen adalah dapat menimbulkan terjadinya *fibroadenoma mammae*, yaitu akibat sensitivitas jaringan setempat yang berlebihan terhadap esterogen. *Fibroadenoma mammae* ini tumbuh multiple, pertumbuhan bisa cepat sekali saat rangsangan estrogen meninggi, misalnya selama kehamilan atau menjelang menopause.

Berdasarkan laporan dari New South Wales Breast Cancer Institute, yang merupakan organisasi di Australia yang sangat memperhatikan kondisi kesehatan payudara di dunia. *Fibroadenoma mammae* umumnya terjadi pada wanita dengan usia 21-25 tahun, kurang dari 5% terjadi pada usia di



atas 50, sedangkan prevalansinya lebih dari 9% populasi wanita terkena *fibroadenoma mammae*, di Indonesia angka kejadian *fibroadenoma mammae* terdapat sebanyak 503 (47,5%) kasus Fibroadenoma mammae dari 1059 dari kasus kelainan payudara wanita (Sihombing, dkk : 2015). Data dari rekam medis RSUD Slamet Garut tahun 2019 bulan Januari sampai bulan maret didapatkan data pasien dengan *fibroadenoma mammae* sebanyak 227 orang, 186 pasien rawat jalan, 41 orang pasien rawat inap post operasi. Dari data kunjungan pasien bulan Februari 2019 di Ruang Marjan Bawah RSUD dr. Slamet Garut *Fibriadenoma mammae* tercatat menempati urutan terbanyak ke -3 setelah *Appendik Akut* dan *Peritonitis*.

Penanganan pada pasien *fibroadenoma mammae* adalah dengan biopsy (test jaringan) dan eksisi (pengangkatan jaringan). Apabila hasil Biopsy terdapat peningkatan ukuran dan lokasi tumor tersebut maka diperlukan pengangkatan jaringan. *Fibroadenoma mammae* yang dibiarkan selama bertahun tahun akan berubah menjadi ganas, dikenal dengan istilah *progresi* dan presentase kemungkinannya hanya 0,5%-1% ( Rukiyah & Yulianti 2012 ).

Salah satu efek yang akan dirasakan oleh pasien dari penanganan *fibroadenoma mammae* ini adalah pasien akan mengalami ketidaknyamanan atau rasa sakit setelah menjalani operasi. Masalah keperawatan yang sering terjadi pada pasien post operasi *fibroadenoma mammae* adalah Nyeri akut, hambatan mobilitas fisik, dan resiko infeksi. Nyeri akut pada post operasi merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang

berkaitan dengan kerusakan jaringan fungsional dengan mendadak dan berintensitas ringan hingga berat (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Tanda dan gejala mayor kondisi pasien pasca pembedahan pasien akan mengeluh nyeri, secara objektif pasien tampak meringis, bersikap protektif (ms: Waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, bahkan sampai sulit tidur.

Ada sejumlah terapi yang dapat perawat lakukan dalam penatalaksanaan pada pasien *Fibroadenoma mammae* diantaranya yaitu dengan terapi farmakologi yaitu menggunakan obat analgesik dengan cara berkolaborasi dengan tim medis dan non farmakologi yaitu dengan menggunakan tehnik distraksi maupun relaksasi.

Peran perawat sangat penting dalam penanganan pasien post. Operasi fibroadenoma mammae ini, salah satu fungsi kita sebagai perawat adalah mengkaji status kesehatan pasien setelah menjalani proses pembedahan, salah satu yang perlu kita kaji adalah rasa sakit setelah menjalani tindakan operasi.

Berdasarkan uraian di atas maka penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan pada klien dengan Diagnosa Post Operasi *Fibroadenoma mammae* melalui penyusunan Karya Tulis Ilmiah (KTI) yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Operasi *Fibroadenoma Mammae* dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Marjan Bawah RSUD dr.Slamet Garut Tahun 2019”

## 1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, bagaimanakah asuhan keperawatan pada pasien post operasi *fibroadenoma mammae* dengan Masalah Keperawatan Nyeri akut di ruang Marjan bawah RSUD dr Slamet Garut?

## 1.3 Tujuan Penelitian

### 1.3.1 Tujuan Umum

Mampu melakukan asuhan keperawatan pada pasien post operasi *fibroadenoma mammae* dengan masalah keperawatan nyeri akut di Ruang Marjan Bawah RSUD dr Slamet Garut secara komperhensif meliputi aspek biologis, psikologis dan spiritual dalam bentuk pendokumentasian.

### 1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian pada pasien post operasi *fibroadenoma mammae* dengan masalah keperawatan nyeri akut di Ruang Marjan Bawah RSUD dr Slamet Garut.
- b. Mampu menetapkan diagnosa keperawatan pada pasien post operasi *fibroadenoma mammae*, dengan masalah keperawatan nyeri akut di Ruang Marjan Bawah RSUD dr Slamet Garut.
- c. Mampu menyusun rencana tindakan keperawatan pada pasien post operasi *fibroadenoma mammae*, dengan masalah keperawatan nyeri akut di Ruang Marjan Bawah RSUD dr Slamet Garut.

- d. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien post operasi *fibroadenoma mammae* dengan masalah keperawatan nyeri akut di Ruang Marjan Bawah RSUD dr Slamet Garut .
- e. Mampu melakukan evaluasi tindakan keperawatan pada pasien post operasi *fibroadenoma mammae*, dengan masalah keperawatan nyeri akut di Ruang Marjan Bawah RSUD dr. Slamet Garut.

## **1.4 Manfaat**

### **1.4.1 Manfaat teoritis**

Meningkatkan pengetahuan tentang asuhan keperawatan pada pasien Post Operasi *Fibroadenoma Mammae*, dengan nyeri akut di Ruang Marjan Bawah RSUD dr Slamet Garut.

### **1.4.2 Manfaat Praktis**

#### **a. Bagi Perawat**

Manfaat praktis penulisan karya ilmiah ini bagi perawat yaitu perawat dapat menentukan diagnosa dan intervensi keperawatan yang tepat pada pasien post operasi *fibroadenoma mammae* dengan masalah keperawatan nyeri akut di Ruang Marjan Bawah RSUD dr Slamet Garut

#### **b. Bagi Rumah Sakit**

Manfaat praktis penulisan Karya Ilmiah ini bagi rumah sakit yaitu dapat digunakan sebagai acuan untuk meningkatkan mutu dan pelayanan bagi pasien khususnya

pada pasien post operasi *fibroadenoma mammae* dengan masalah keperawatan nyeri akut di Ruang Marjan Bawah RSUD dr Slamet Garut.

c. Bagi institusi pendidikan

Manfaat praktis bagi institusi pendidikan yaitu dapat digunakan sebagai referensi bagi institusi pendidikan untuk mengembangkan ilmu tentang asuhan keperawatan pada pasien post operasi *fibroadenoma mammae*, dengan masalah keperawatan nyeri akut Ruang Marjan Bawah RSUD dr Slamet Garut.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 KONSEP TEORI**

##### **2.1.1 Definisi Fibroadenoma Mamae**

*Fibroadenoma mammae* adalah tumor jinak yang sering terjadi di payudara. Tumor ini dapat timbul soliter atau multiple, mudah digerakan. *Fibroadenoma mammae* umumnya menyerang para remaja dan wanita dengan usia dibawah 30 tahun. Adanya *fibroadenoma mammae* ini membuat wanita cemas tentang keadaan dirinya. Terkadang mereka beranggapan bahwa tumor ini adalah sama dengan kanker. Yang perlu ditekankan adalah kecil kemungkinan dari *fibroadenoma mammae* ini untuk menjadi kanker ganas (Rukiyah & Yulianti, 2012).

##### **2.1.1.1. Anatomi Payudara**

Seluruh susunan kelenjar payudara berada di bawah kulit di daerah *pectoral*. Terdiri dari massa payudara yang sebagian besar mengandung jaringan lemak, berlobus-lobus (20-40 lobus), tiap lobus terdiri dari 10-100 *alveoli*, yang di bawah pengaruh hormone *prolactin* memproduksi air susu.

*Fibroadenoma mammae* biasanya ditemukan pada kuadran luar atas, merupakan lobus yang berbatas jelas, mudah digerakan dari jaringan disekitarnya. jaringan payudara dibentuk oleh *glandula* yang memproduksi air susu (*lobules*) yang dialirkan ke puting (*nipple*) melalui *duktus*. Setiap payudara mengandung 15-20 lobus yang tersusun sirkuler. Jaringan lemak

yang membungkus *lobus* memberikan bentuk dan ukuran payudara. Tiap *lobus* terdiri dari beberapa *lobules* yang merupakan tempat produksi air susu sebagai respon dari *signal hormonal*. Terdapat 3 hormon yang mempengaruhi payudara yakni *estrogen*, *progesteron* dan *prolactin*, yang menyebabkan jaringan *glandular* payudara dan *uterus* mengalami perubahan selama siklus menstruasi. *Areola* adalah area *hiperpigmentasi* di sekitar *nipple* (Suyatno : 2014).

Gambar 2.1. Anatomi Payudara



(Sumber : Suyatno & Pasaribu : 2014)

### 2.1.1.2. Fisiologi Payudara

Perkembangan dan fungsi payudara dimulai oleh berbagai hormon. *Esterogen* diketahui merangsang perkembangan duktus mamilaris. *Progesteron* memulai perkembangan *lobulus-lobulus* payudara juga *diferensiasi sel epitelial*.

Payudara mengalami tiga macam perubahan yang dipengaruhi oleh hormon, antara lain:

1. Perubahan pertama adalah mulai dari masa hidup anak melalui masa hidup pubertas, masa *fertilitas*, sampai ke *klimakterium*, dan menopause. Sejak pubertas pengaruh *estrogen* dan *progesteron* yang diproduksi ovarium dan juga hormon hipofise, telah menyebabkan *duktus* berkembang dan timbulnya *asinus*.
2. Perubahan kedua adalah perubahan sesuai dengan daur haid. Sekitar hari ke-8 haid, payudara menjadi lebih besar dan pada beberapa hari sebelum haid berikutnya terjadi pembesaran maksimal. Kadang-kadang timbul benjolan yang nyeri dan tidak rata. Selama beberapa hari menjelang haid, payudara menjadi tegang dan nyeri sehingga pemeriksaan fisik terutama palpasi tidak mungkin dilakukan. Begitu haid dimulai, semuanya berkurang.
3. Perubahan ketiga terjadi pada masa hamil dan menyusui. Pada masa kehamilan, payudara menjadi besar karena *epitel duktus lobul* dan *duktus alveolus* berproliferasi, dan tumbuh duktus baru. *Sekresi hormon prolaktin* dari *hipofisis anterior* memicu *laktasi*. Air susu diproduksi oleh sel-sel *alveolus* mengisi *asinus*, kemudian dikeluarkan melalui *duktus* ke puting susu.

### 2.1.2 Etiologi

1. peningkatan aktif hormon *esterogen*
2. genetik : payudara



### 3. faktor-faktor predisposisi :

- a. usia < 30 tahun
- b. jenis kelamin
- c. pekerjaan
- d. hereditas
- e. stress

### **2.1.3 Klasifikasi Fibroadenoma Mammae**

*Fibroadenoma mammae* timbul akibat pengaruh kelebihan hormone *esterogen*. Secara sederhana *fibroadenoma mammae* dapat diklasifikasikan menjadi tiga macam:

#### **2.1.3.1 Common Fibroadenoma**

*Common fibroadenoma* memiliki ukuran 1-3 cm, disebut juga dengan *simpel fibroadenoma*. Sering ditemukan pada wanita kelompok umur muda antara 21-25 tahun. Ketika *fibroadenoma* dapat dirasakan sebagai benjolan, benjolan itu biasanya berbentuk oval atau bulat, halus, tegas, dan bergerak sangat bebas. Sekitar 80% dari seluruh kasus *fibroadenoma* yang terjadi adalah *fibroadenoma* tunggal.

#### **2.1.3.2 Giant Fibroadenoma**

*Giant fibroadenoma* adalah tumor jinak payudara yang memiliki ukuran dengan diameter lebih dari 5 cm. Secara keseluruhan insiden *giant fibroadenoma* sekitar 4% dari seluruh kasus *fibroadenoma*. *Giant fibroadenoma* biasanya ditemui pada wanita hamil dan menyusui. *Giant fibroadenoma* ditandai dengan ukuran yang besar dan

pembesaran massa *enkapsulasi* payudara yang cepat. *Giant fibroadenoma* dapat merusak bentuk payudara dan menyebabkan tidak simetris karena ukurannya yang besar, sehingga perlu dilakukan pemotongan dan pengangkatan terhadap tumor ini.

### 2.1.3.3 Juvenile Fibroadenoma

*Juvenile fibroadenoma* biasa terjadi pada remaja perempuan, dengan insiden 0,5-2% dari seluruh kasus *fibroadenoma*. Sekitar 10-25% pasien dengan *juvenile fibroadenoma* memiliki lesi yang *multiple* atau *bilateral*. Tumor jenis ini lebih banyak ditemukan pada orang Afrika dan India Barat dibandingkan pada orang Kaukasia. *Fibroadenoma mammae* juga dapat dibedakan secara histologi antara lain:

a. Fibroadenoma Pericanalicular

Yakni kelenjar berbentuk bulat dan lonjong dilapisi epitel selapis atau beberapa lapis.

b. Fibroadenoma intracanalicular

Yakni jaringan ikat mengalami *proliferasi* lebih banyak sehingga kelenjar berbentuk panjang-panjang (tidak teratur) dengan lumen yang sempit atau menghilang. Pada saat menjelang haid dan kehamilan tampak pembesaran sedikit dan pada saat menopause terjadi *regresi*.

Gambar 2.2. Fibroadenoma



Gambar 2.3. Common Fibroadenoma

(Massa yang ditunjukkan berbatas tegas )



Gambar 2.4. Giant Fibroadenoma

(Massa yang ditunjukkan berbatas tegas dan permukaan yang memiliki kapsul yang tebal).



### Gambar 2.5. Juvenile Fibroadenoma

(Massa yang ditunjukkan berbatas tegas dan berlendir dan multiple celah,  
berbatas tegas dan berbentuk bulat)



(Sumber : Rukiyah & Yulianti : 2012)

#### 2.1.4 Patofisiologi Fibroadenoma

*Fibroadenoma* merupakan tumor jinak payudara yang sering ditemukan pada masa reproduksi yang disebabkan oleh beberapa kemungkinan yaitu akibat sensitivitas jaringan setempat yang berlebihan terhadap hormon estrogen sehingga kelainan ini sering digolongkan dalam *mammæ displasia*. *Fibroadenoma mammæ* biasanya ditemukan pada kuadran luar atas, merupakan lobus yang berbatas jelas, mudah digerakkan dari jaringan di sekitarnya. *Fibroadenoma mammæ* biasanya tidak menimbulkan gejala dan ditemukan secara kebetulan. *Fibroadenoma mammæ* biasanya ditemukan sebagai benjolan tunggal,

tetapi sekitar 10%-15% wanita yang menderita *fibroadenoma mammae* memiliki beberapa benjolan pada kedua payudara.

Penyebab munculnya beberapa *fibroadenoma mammae* pada payudara belum diketahui secara jelas dan pasti. Hubungan antara munculnya beberapa *fibroadenoma mammae* dengan penggunaan kontrasepsi oral belum dapat dilaporkan dengan pasti. Selain itu adanya kemungkinan patogenesis yang berhubungan dengan *hipersensitivitas* jaringan payudara lokal terhadap *estrogen*, faktor makanan dan faktor riwayat keluarga atau keturunan. Kemungkinan lain adalah jumlah reseptor estrogen meningkat. Peningkatan kepekaan terhadap *estrogen* dapat menyebabkan *hyperplasia* kelenjar susu dan akan berkembang menjadi karsinoma.

*Fibroadenoma mammae* sensitif terhadap perubahan hormon. *Fibroadenoma mammae* bervariasi selama siklus menstruasi, kadang dapat terlihat menonjol, dan dapat membesar selama masa kehamilan dan menyusui. Akan tetapi tidak mengganggu kemampuan seorang wanita untuk menyusui. Diperkirakan bahwa sepertiga dari kasus *fibroadenoma mammae* jika dibiarkan ukurannya akan berkurang bahkan hilang sepenuhnya. Namun yang paling sering terjadi, jika dibiarkan ukuran *fibroadenoma mammae* akan tetap. Tumor ini biasanya bersifat kenyal dan berbatas tegas dan tidak sulit untuk diraba. Apabila benjolan didorong atau diraba akan terasa seperti bergerak-gerak sehingga beberapa orang menyebut *fibroadenoma mammae* sebagai “*breast*

*mouse*". Biasanya *fibroadenoma mammae* tidak terasa sakit, namun kadang kala akan menimbulkan rasa tidak nyaman dan sangat sensitif apabila disentuh (Rukiyah & Yulianti : 2012)

### **2.1.5 Gejala Klinis**

Gejala klinis yang sering terjadi pada *fibroadenoma mammae* adalah adanya bagian yang menonjol pada permukaan payudara, benjolan memiliki batas yang tegas dengan konsistensi padat dan kenyal. Ukuran diameter benjolan yang sering terjadi sekitar 1-4 cm, namun kadang dapat tumbuh dan berkembang dengan cepat dengan ukuran benjolan berdiameter lebih dari 5 cm. Benjolan yang tumbuh dapat diraba dan digerakkan dengan bebas.

### **2.1.6 Pemeriksaan Diagnostik**

Pemeriksaan fisik payudara harus dikerjakan dengan secara teliti dan tidak boleh kasar dan keras. Pertama dengan tangan keatas. Selagi pasien duduk, kita akan melihat dilatasi-dilatasi pembuluh balik dibawah kulit akibat pembesaran tumor jinak atau ganas dibawah kulit.

Pemeriksaan penunjang : *biopsy*, *mammografi*, *photo rontgen (x-ray)*

### **2.1.7 Penatalaksanaan**

Menurut Rukiyah & Yulianti, 2012, penanganan pada pasien *fibroadenoma mammae* adalah dengan *biopsy* (uji jaringan) dan *eksisi* (pengangkatan jaringan). Apabila hasil *Biopsi* terdapat peningkatan ukuran dan lokasi tumor tersebut maka diperlukan untuk pengangkatan jaringan. Salah satu efek yang akan dirasakan oleh pasien dari penanganan

*fibroadenoma mammae* ini salah satu adalah pasien akan meningkatkan ketidaknyamanan atau rasa sakit setelah menjalani operasi.

### **2.1.8 Pencegahan dan Deteksi Dini**

Pemeriksaan payudara sendiri (SADARI), Pemeriksaan terhadap payudara sendiri dilakukan setiap bulan secara teratur. Dengan melakukan pemeriksaan sendiri secara teratur maka kesempatan untuk menemukan tumor dalam ukuran kecil lebih besar, sehingga dapat dengan cepat dilakukan tindakan pengobatan. SADARI dapat dilakukan dengan cara:

- a. Berdiri di depan cermin, perhatikan payudara. Dalam keadaan normal, ukuran payudara kiri dan kanan sedikit berbeda. Perhatikan perubahan perbedaan ukuran antara payudara kiri dan kanan dan perubahan pada puting susu (misalnya tertarik ke dalam) atau keluarnya cairan dari puting susu. Perhatikan apakah kulit pada puting susu berkerut.
- b. Masih berdiri di depan cermin, kedua telapak tangan diletakkan di belakang kepala dan kedua tangan ditarik ke belakang. Dengan posisi seperti ini maka akan lebih mudah untuk menemukan perubahan kecil akibat tumor. Perhatikan perubahan bentuk dan kontur payudara, terutama pada payudara bagian bawah.
- c. Kedua tangan diletakkan di pinggang dan badan agak condong ke arah cermin, tekan bahu dan sikut ke arah depan. Perhatikan perubahan ukuran dan kontur payudara.
- d. Angkat lengan kiri. Dengan menggunakan 3 atau 4 jari tangan kanan, telusuri payudara kiri. Gerakkan jari-jari tangan secara memutar

(membentuk lingkaran kecil) di sekeliling payudara, mulai dari tepi luar payudara lalu bergerak ke arah dalam sampai ke puting susu. Tekan secara perlahan, rasakan setiap benjolan atau massa di bawah kulit. Lakukan hal yang sama terhadap payudara kanan dengan cara mengangkat lengan kanan dan memeriksanya dengan tangan kiri. Perhatikan juga daerah antara kedua payudara dan ketiak.

- e. Tekan puting susu secara perlahan dan perhatikan apakah keluar cairan dari puting susu. Lakukan hal ini secara bergantian pada payudara kiri dan kanan.
- f. Berbaring terlentang dengan bantal yang diletakkan di bawah bahu kiri dan lengan kiri ditarik ke atas. Telusuri payudara kiri dengan menggunakan jari-jari tangan kanan. Dengan posisi seperti ini, payudara akan mendatar dan memudahkan pemeriksaan. Lakukan hal yang sama terhadap payudara kanan dengan meletakkan bantal di bawah bahu kanan dan mengangkat lengan kanan, dan penelusuran payudara dilakukan oleh jari-jari tangan kiri.
- g. Pemeriksaan akan lebih mudah dilakukan ketika mandi karena dalam keadaan basah tangan lebih mudah digerakkan dan kulit lebih licin.



## 2.2 KONSEP NYERI ( menurut : prasetyo, 2010 )

### 2.2.1 Definisi

*International Association for Study of Pain*, (1979) yang bermarkas di Washington, mendefinisikan nyeri sebagai suatu sensori subjektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan yang bersifat aktual atau potensial atau yang dirasakan dalam kejadian- kejadian di mana terjadi kerusakan.

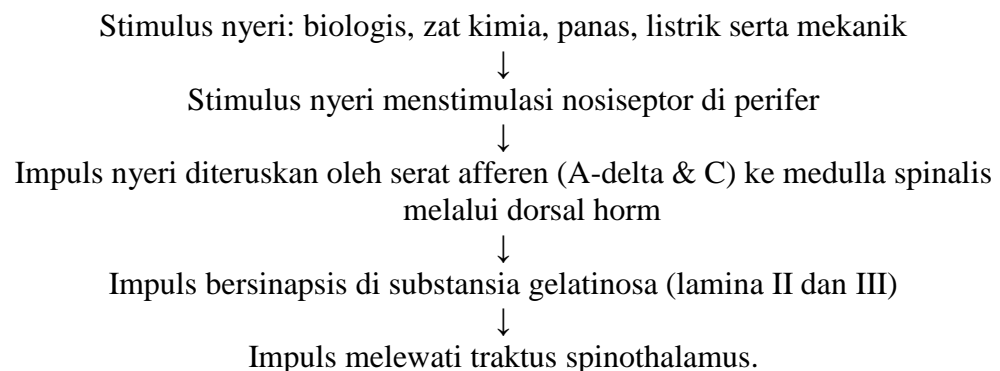
### 2.2.2 Etiologi

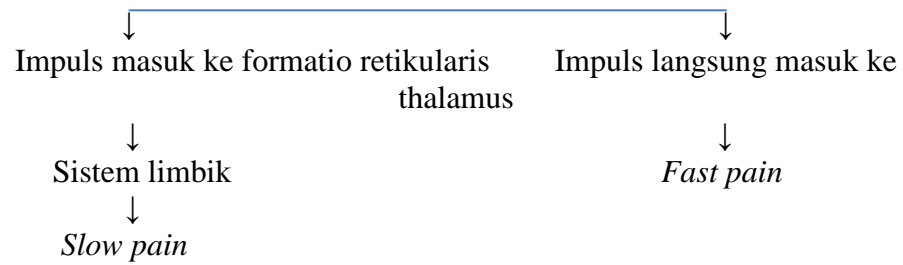
Proses terjadinya nyeri berkaitan dengan adanya *stimulus* dan *reseptor* yang menghantarkan nyeri Munculnya nyeri dimulai dengan adanya *stimulus* (rangsang) nyeri. *Stimulus-stimulus* tersebut dapat berupa zat kimia, panas, listrik serta mekanik. Stimulus-stimulus tersebut kemudian ditransmisikan dalam bentuk impuls- impuls nyeri yang dikirimkan ke otak.

### 2.2.3 Patway

#### **Bagan 2.2.3.1 pathway** (Sigit Nian Prasetyo : 2010)

Secara singkat proses terjadinya nyeri dapat dilihat pada:





- Timbul respon emosi
- Respon otonom: TD meningkat, keringat dingin

#### 2.2.4 Klasifikasi Nyeri

Penting bagi seorang perawat untuk mengetahui tentang macam-macam mengetahui macam-macam tipe nyeri diharapkan tipe nyeri. Dengan dapat menambah pengetahuan dan membantu perawat ketika memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan nyeri. Ada banyak jalan untuk memulai mendiskusikan tentang tipe-tipe nyeri, antara lain melihat nyeri dari segi: Durasi nyeri, seperti nyeri akut dan kronis Tingkat keparahan dan intensitas, seperti nyeri berat atau nyeri ringan Model transmisi, seperti *referred pain* (nyeri yang menjalar) Lokasi nyeri, *superfisial* atau dari dalam *Kausatif*, dari penyebab nyeri itu sendiri.

##### 2.2.4.1 Nyeri Akut

Nyeri akut terjadi setelah terjadinya cedera akut, penyakit, atau intervensi bedah dan memiliki awitan yang cepat dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat) dan berlangsung untuk waktu singkat (Meinhart & McCaffery, 1983; NIH; 1986). Fungsi nyeri akut adalah untuk memberi peringatan akan cedera atau penyakit yang akan datang. Nyeri akut

biasanya akan menghilang dengan atau tanpa pengobatan setelah area yang rusak pulih kembali. Nyeri akut berdurasi singkat (kurang dari 6 bulan), memiliki onset yang tiba-tiba, dan terlokalisir. Nyeri ini biasanya diakibatkan oleh trauma, bedah, Hampir setiap individu pernah merasakan nyeri ini, seperti saat sakit kepala, sakit gigi, tertusuk jarum, terbakar, nyeri otot, nyeri saat melahirkan, nyeri sesudah tindakan pembedahan.

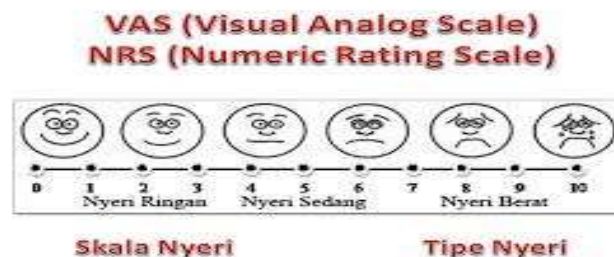
#### 2.2.4.2 Nyeri Kronik

Nyeri kronik berlangsung lebih lama daripada nyeri akut, intensitasnya bervariasi (ringan sampai berat) dan biasanya berlangsung lebih dari 6 bulan. Penderita kanker *maligna* yang tidak terkontrol biasanya akan merasakan nyeri kronis terus menerus yang dapat berlangsung sampai kematian. *Chronic acute pain* dapat dirasakan oleh klien setiap harinya dalam suatu periode yang panjang (beberapa bulan atau bahkan tahun), akan tetapi *chronic acute pain* juga mempunyai *probabilitas* yang tinggi untuk berakhir. Luka bakar yang parah, kanker yang diderita klien merupakan keadaan yang dapat menyebabkan *chronic acute pain*. Nyeri yang diakibatkan karena luka bakar yang parah atau kanker di atas akan dapat terus dirasakan oleh klien hampir sepanjang harinya sampai kondisi yang mendasari timbulnya nyeri tersebut hilang atau terkontrol. Pada kasus tertentu, nyeri berakhir hanya dengan berakhirnya kehidupan klien (kematian), seperti contoh pada kasus klien dengan kanker *stadium terminal*. *Chronic non-malignant pain*, disebut juga dengan *chronic benign pain*, nyeri ini juga dirasakan klien hampir setiap harinya selama periode

lebih dari 6 bulan dengan intensitas nyeri ringan sampai berat (McCaffery dan Pasero : 1997)

### 2.2.5 Skala Nyeri

**Skala Nyeri secara Visual dan Numeric** (dikutip dari buku : “konsep dan proses Keperawatan Nyeri karangan Sigit Nian Prasetyo”)



Keterangan :

0 / tidak nyeri

1-3 / nyeri ringan : secara obyektif klien dapat berkomunikasi dengan baik

4-6 / nyeri sedang : secara obyektif klien mendesis, menyengir, dapat menunjukkan lokasi nyeri dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik.

7-9 / nyeri berat : secara obyektif klien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi, nafas panjang dan distraksi.

10 / nyeri sangat berat : pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul.

## **2.3 KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN PADA FIBROADENOMA MAMMAE**

### **2.3.1 PENGKAJIAN**

Pengkajian adalah mencakup pengumpulan informasi subyektif dan obyektif (misalnya tanda-tanda vital, wawancara, pasien/keluarga, pemeriksaan fisik) dan peninjauan informasi riwayat pasien yang diberikan oleh pasien/keluarga atau ditemukan dalam rekam medik (NANDA, 2018-2020).

1. Identitas

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

2. Keluhan utama

Keluhan adanya nyeri pada luka bekas operasi, nyeri dirasakan hilang timbul.

3. Riwayat kesehatan sekarang

Keluhan lain yang didapat sesuai dengan kondisi Fibroadenoma mammae, biasanya keluhan yang ada berupa adanya rasa nyeri setelah dilakukan tindakan operasi.

4. Riwayat kesehatan dahulu

Adanya kelainan pada mammae, kebiasaan makan tinggi lemak, pernah mengalami sakit pada bagian dada, adanya riwayat mengidap penyakit kanker lainnya, seperti kanker ovarium atau kanker serviks.

5. Riwayat kesehatan keluarga

Adanya keluarga yang mengalami *ca mammae* ataupun keluarga klien pernah mengidap penyakit kanker lainnya seperti DM dan Hypertensi.

6. Pemeriksaan fisik

Keadaan umum, kesadaran, TTV (TD,Nadi,Respirasi,Suhu)

7. Pemeriksaan persistem (modifikasi dari : indriono, Anik H : 2013).

a. Sistem Pernafasan

Potensi jalan nafas, perubahan pernafasan (rata-rata pola dan kedalaman), RR < 10x / menit. Inspeksi : pergerakan dinding dada, penggunaan otot bantu pernafasan diafragma, retraksi sternal, thorax drain, Auskultasi : keadekuatan ekspansi paru, kesimetrisan.

b. Sistem Cardiovasculer

Sirkulasi darah nadi dan suara jantung, kaji sirkulasi perifer (kualitas denyut, warna, temperatur, dan ukuran ekstermitas).

c. Sistem Pencernaan

Mual muntah, Inspeksi mukosa bibir, keadaan gusi, reflek menelan, kondisi faring, kaji fungsi gastrointestinal dengan auskultasi suara usus, kaji keadaan perut dengan perkusi suara timpani menandakan perut kembung, tidak ada kelainan pada anus.

d. Sistem Perkemihan

Cara inspeksi kaji kebiasaan pola BAK output/jumlah urine 24 jam warna kekeruhan dan ada/tidaknya sedimen., kaji keluhan gangguan frekuensi BAK adanya dysuria dan hematuria serta riwayat infeksi saluran kemih. Inspeksi penggunaan condom catheter folleys catheter silikon kateter atau urostomy atau supra pubik kateter, kaji kembali riwayat pengobatan dan pengkajian diagnostik yang terkait dengan sistem perkemihan. Cara palpasi : Palpasi adanya distesi bladder (kandung kemih). Untuk melakukan palpasi Ginjal Kanan: Posisi di sebelah kanan pasien, tangan kiri diletakkan di belakang penderita, paralel pada costa ke-12, ujung cari menyentuh sudut *costovertebral* (angkat untuk mendorong ginjal ke depan). Tangan kanan diletakkan dengan lembut pada kuadran kanan atas di *lateral* otot *rectus*, minta pasien menarik nafas dalam, pada puncak inspirasi tekan tangan kanan dalam-dalam di bawah *arcus aorta* untuk menangkap ginjal di antar kedua tangan (tentukan ukuran, nyeri tekan gak). Pasien diminta membuang nafas dan berhenti napas, lepaskan tangan kanan, dan rasakan bagaimana ginjal kembali waktu *ekspirasi*. Dilanjutkan dengan palpasi Ginjal Kiri : Pindah di sebelah kiri penderita, Tangan kanan untuk menyangga dan mengangkat dari belakan. Tangan kiri diletakkan dengan lembut pada

kuadran kiri atas di *lateral* otot *rectus*, minta pasien menarik nafas dalam, pada puncak inspirasi tekan tangan kiri dalam-dalam di bawah *arcus aorta* untuk menangkap ginjal di antar kedua tangan (normalnya jarang teraba). Cara perkusi : Untuk pemeriksaan ketok ginjal prosedur tambahannya dengan mempersilahkan penderita untuk duduk menghadap ke salah satu sisi, dan pemeriksa berdiri di belakang penderita. Satu tangan diletakkan pada sudut *kostovertebra* kanan setinggi *vertebra torakalis* 12 dan lumbal 1 dan memukul dengan sisi ulnar dengan kepalan tangan (ginjal kanan). Satu tangan diletakkan pada sudut *kostovertebra* kanan setinggi *vertebra torakalis* 12 dan lumbal 1 dan memukul dengan sisi ulnar dengan kepalan tangan (ginjal kiri). Penderita diminta untuk memberiksan respons terhadap pemeriksaan bila ada rasa sakit (Indriono, Anik : 2013)

e. Sistem Endokrin

Kaji adanya pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar getah bening.

f. Sistem Persyarafan

Kaji fungsi cerebral dan tingkat kesadaran, kekuatan otot, koordinasi.



g. Sistem Integumen

Cara inspeksia: Kaji integritas kulit warna *flushing cyanosis jaundice pigmentasi* yang tidak teratur, kaji membrane mukosa turgor dan keadaan umum kulit, kaji bentuk integritas warna kuku, kaji adanya luka bekas operasi/skar drain dekubitus. Cara palpasia : Adanya nyeri edema dan penurunan suhu tekstur kulit turgor kulit elastis, area edema dipalpasi untuk menentukan konsistensi temperatur bentuk mobilisasi, palpasi Capillary Refill Time (CRT) warna kembali normal sebelum 3 – 5 detik.

h. Sistem Muskuloskeletal

Pada *post operasi fibroadenoma mammae* biasanya secara umum tidak mengalami gangguan, tapi perlu dikaji otot ekstremitas atas dan bawah dengan nilai kekuatan otot 0 (0-10). Diperiksa juga adanya kekuatan pergerakan, atau keterbatasan gerak.

8. Data Psikologi.

Yang perlu dikaji adalah status emosional, konsep diri, mekanisme koping klien harapan serta pemahaman klien tentang kondisi kesehatan sekarang.

a. Status Emosi

Kaji emosi klien karena proses penyakit yang tidak diketahui/tidak pernah diberitahu sebelumnya.

b. Pola Koping

Merupakan suatu cara bagaimana seseorang untuk mengurangi atau menghilangkan stress yang dihadapi.

c. Konsep Diri

Semua pikiran, keyakinan dan kepercayaan yang membuat orang mengetahui tentang dirinya dan mengetahui hubungan dengan orang lain.

Konsep diri terdiri atas komponen-komponen berikut :

1) Gambaran Diri

Menggambarkan keadaan fisik klien.

2) Ideal Diri

Persepsi tentang bagaimana dia seharusnya berperilaku berdasarkan standar, aspirasi tujuan atau nilai personal tertentu.

3) Harga Diri

Penilaian individu tentang nilai personal yang diperoleh dengan memeriksa seberapa baik perilaku seseorang sesuai ideal diri.

4) Peran Diri

Serangkaian pola perilaku yang diharapkan oleh lingkungan sosial berhubungan dengan fungsi individu diberbagai kelompok sosial.

#### 5) Identitas Diri

Perorganisasian prinsip dari kepribadian yang bertanggung jawab terhadap kesatuan, kesinambungan, konsistensi, dan keunikan individu.

#### 9. Data Psikososial

Bagaimana status emosi klien, harapan klien tentang penyakit yang diderita, gaya komunikasi, sosialisasi klien dengan keluarga atau masyarakat, interaksi klien di Rumah Sakit, gaya hidup klien sehari-hari, serta kepuasan pelayanan keperawatan yang klien rasakan di Rumah Sakit.

#### 10. Data Spiritual

Keyakinan terhadap Tuhan Yang Maha Esa, harapan terhadap kesembuhan serta kegiatan spiritual yang dilakukan saat ini.

#### 11. Data Penunjang

Pemeriksaan Laboratorium dan Radiologi perlu dilakukan untuk memvalidasi dalam penegakan Diagnosa sebagai pemeriksaan penunjang.

### 2.3.2 DIAGNOSA KEPERAWATAN

(berdasarkan Amin, Hardhi 2015 & Doenges 2014) diagnosa post operasi meliputi :

1. Nyeri akut b.d Prosedur pembedahan, trauma jaringan, *interupsi* saraf, *diseksi* otot.
2. Kerusakan integritas kulit/jaringan b.d pengangkatan bedah kulit/jaringan, perubahan *sirkulasi*, adanya *edema*, *drainase*, perubahan pada *elastisitas* kulit, sensasi, *destruksi* jaringan (*Radiasi*).
3. Gangguan harga diri rendah b.d prosedur bedah yang mengubah gambaran tubuh, psikososia, masalah tentang ketertarikan seksual.
4. Mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskuler, nyeri/ketidaknyamanan, pembentukan *edema*.
5. Kurang pengetahuan tentang kondisi, prognosis, dan kebutuhan pengobatan.

( Sumber : Amin, Hardhi 2015 & Doenges 2014)

### 2.3.3 INTERVENSI KEPERAWATAN

(berdasarkan Amin, Hardhi 2015 & Doenges 2014)

1. Nyeri akut b.d Prosedur pembedahan, trauma jaringan, interupsi saraf, reseksi otot.

**Tabel 2.4.1**

#### Intervensi Nyeri Akut

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
<p>Definisi : Pengalaman sensorial 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 6 bulan.</p> <p><b>Batasan karakteristik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perubahan selera makan</li> <li>2. Perubahan tekanan darah</li> <li>3. Perubahan frekwensi jantung</li> <li>4. Perubahan frekwensi pernapasan</li> <li>5. Laporan isyarat</li> <li>6. Diaphoresis</li> <li>7. Perilaku distraksi (mis., berjalan mondar-mandir mencari orang</li> </ol>	<p><b>NOC</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Pain level,</i></li> <li>2. <i>Pain control,</i></li> <li>3. <i>Comfort level</i></li> </ol> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)</li> <li>5. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri</li> <li>6. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)</li> <li>7. Menyatakan rasa</li> </ol>	<p><b>NIC</b></p> <p><i>Pain Management</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi.</li> <li>2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien.</li> <li>3. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri</li> <li>4. Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau</li> <li>5. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan.</li> <li>6. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nyeri merupakan pengalaman subjektif . pengkajian berkelanjutan diperlukan untuk mengevaluasi efektifitas medikasi dan kemajuan penyembuhan. Perubahan pada karakteristik nyeri.</li> <li>2. Isyarat non verbal dapat atau tidak dapat mendukung intensitas nyeri klien, tetapi mungkin merupakan satu satunya indikator jika klien tidak dapat menyatakan secara verbal.</li> <li>3. Menentukan kultur pada klien</li> <li>4. Dapat membedakan nyeri saat ini dari pola nyeri sebelumnya.</li> <li>5. Keberadaan perawat dapat mengurangi perasaan ketakutan dan ketidakberdayaan</li> <li>6. Meredakan ketidaknyamanan dan mengurangi</li> </ol>

lain dan atau aktivitas lain, aktivitas yang berulang)	nyaman setelah nyeri berkurang	7. Kurangi faktor presipitasi nyeri	energi sehingga meningkatkan kemampuan koping.
8. Mengekspresikan perilaku (mis., gelisah, merengek, menangis)		8. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi non farmakologi dan interpersonal)	7. Membantu dalam menegakan diagnosis dan menentukan kebutuhan terpi
9. Masker wajah (mis., mata kurang bercahaya, tampak kacau, gerakan mata berpencar atau tetap pada satu focus meringis)		9. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi	8. Meningkatkan istirahat, mengarahkan kembali perhatian dan meningkatkan koping.
10. Sikap melindungi area nyeri		10. Ajarkan tentang teknik non farmakologi teknik progresif tarik nafas dalam.	9. Mempermudah menentukan perencanaan
11. Fokus menyempit (mis., gangguan persepsi nyeri, hambatan proses berfikir, penurunan interaksi dengan orang dan lingkungan)		11. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri	10. Meningkatkan istirahat, mengarahkan kembali perhatian dan meningkatkan koping.
12. Indikasi nyeri yang dapat diamati		12. Evaluasi keefektifan kontrol nyeri	11. Meningkatkan kenyamanan dan memfasilitasi kerja sama dengan intervensi terapeutik lain.
13. Perubahan posisi untuk menghindari nyeri		13. Tingkatkan istirahat	12. Untuk mengetahui efektifitas pengontrolan nyeri
14. Sikap tubuh melindungi		14. Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil	13. Mengurangi ketidaknyaman pada klien
15. Dilatasi pupil			14. Nyeri hebat yang tidak reda oleh tindakan rutin dapat mengindikasikan perkembangan komplikasi dan kebutuhan intervensi lebih lanjut
16. Melaporkan nyeri secara verbal			15. Untuk mengevaluasi medikasi dan kemajuan penyembuhan
17. Gangguan tidur			16. Mengevaluasi keefektifan terapi yang diberikan
Faktor yang berhubungan :			17. Menentukan jenis
18. Agen cedera (mis., biologis, zat kimia, fisik, psikologis)			
		<i>Analgesic Administration</i>	
		15. Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat.	
		16. Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi	
		17. Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu	
		18. Tentukan pilihan analgesik pilihan, rute pemberian,	

	dan dosis optimal	analgesik yang
19. Pilih rute pemberian secara IV, IM untuk pengobatan nyeri secara teratur		sesuai
20. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali		18. Menentukan jenis rute untuk memberikan terapi
21. Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat		19. Menentukan rute yang sesuai untuk terapi
22. Evaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala		20. Untuk mengetahui perkembangan atau keefektifitasan terapi
		21. Menurunkan ketidaknyaman dan memfasilitasi kerja sama dengan intervensi terapeutik lain.
		22. Untuk mengetahui efektifitas dari terapi farmakologi

Sumber : (Nurarif dan Kusuma, 2015, Doenges 2014)

2. Kerusakan integritas kulit/jaringan b.d pengangkatan bedah kulit/jaringan, perubahan sirkulasi, adanya edema, drainase, perubahan pada elastisitas kulit, sensasi, destruksi jaringan (Radiasi).

**Tabel 2.4.2**

**Kerusakan integritas kulit/jaringan b.d pengangkatan bedah kulit/jaringan**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Hasil	Inrervensi	Rasional
Kerusakan integritas kulit/jaringan b.d pengangkatan bedah kulit/jaringan,	<p><b>NOC :</b></p> <p>1. Tissue integrity : skin and mucous membranes</p> <p>2. Wound healing : primer dan sekunder</p> <p>Setelah dilakukan</p>	<p><b>NIC : pressure Management</b></p> <p>1. Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering</p> <p>2. Anjurkan memakai</p>	<p>1. Mencegah penumpukan mikroorganisme penyebab infeksi</p> <p>2. Mencegah terjadinya</p>

perubahan sirkulasi, adanya edema, drainase, perubahan pada elastisitas kulit, sensasi, destruksi jaringan (Radiasi).	tindakan keperawatan selama.... kerudakan integritas kulit pasien teratasi dengan kriteria hasil : 3. Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan (sensasi, elastisitas, temperatur, hidrasi, pigmentasi) 4. Tidak ada luka/lesi pada kulit 5. Perfusi jaringan baik 6. Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan alami 7. Menunjukkan terjadinya proses penyembuhan luka	pakaian yang longgar  3. Mobilisasi pasien (ubah posisi pasien) tiap 2 jam sekali  4. Monitor kulit akan adanya kemerahan  5. Monitor status nutrisi pasien  6. Memandikan pasien dengan sabun dan air hangat	tekanan dan lecet di kulit  3. Mencegah terjadinya luka baru pada kulit 4. Tanda kemerahan dapat menandakan adanya infeksi 5. Nutrisi yang baik mampu membantu kesehatan tubuh/kulit 6. Menjaga agar kulit/badan pasien tetap bersih
---	---	---	---

Sumber : (Nurarif dan Kusuma, 2015, Doenges 2014)

3. Gangguan harga diri rendah b.d prosedur bedah yang mengubah gambaran tubuh, psikososial, masalah tentang ketertarikan seksual.

**Tabel 2.4.3**

**Intervensi Gangguan harga diri rendah**

Diagnosa	Tujuan dan	Inrervensi	Rasional
----------	------------	------------	----------



Keperawatan	Hasil		
Definisi : Perkembangan persepsi negative tentang harga diri sebagai respons terhadap situasi saat ini (sebutkan)	<b>NOC</b> 1. <i>body image</i> 2. <i>coping, ineffective</i> 3. <i>personal identity, disturbed</i> 4. <i>health behavior, risk</i> 5. <i>self esteem situation, low</i>	1. Dorongan pertanyaan tentang situasi saat ini dan harapan yang akan datang. Berikan dukungan emosional bila balutan bedah diangkat.	1. Kehilangan payudara menyebabkan reaksi, termasuk perasaan perubahan gambaran diri, takut jaringan parut, dan takut reaksi pasangan terhadap perubahan tubuh.
<b>Batasan karakteristik :</b> 1. Evaluasi diri bahwa individu tidak mampu menghadapi peristiwa 2. Evaluasi diri bahwa pasien tidak mampu menghadapi situasi 3. Perilaku bimbang 4. Perilaku tidak asertif 5. Secara verbal melaporkan tantangan situasional saat ini terhadap harga diri 6. Ekspresi ketidakberdayaan 7. Ekspresi ketidakbergunaan 8. Verbalisasi menandakan diri	kriteria hasil : 1. adaptasi terhadap ketunadayaan fisik : respon adaptif klien terhadap tantangan fungsional penting akibat ketunadayaan fisik 2. resolusi berduka : penyesuaian dengan kehilangan aktual atau kehilangan yang akan terjadi 3. penyesuaian psikososial	2. Identifikasi masalah peran sebagai wanita, istri, ibu, wanita karir, dan sebagainya 3. Mandiri Dorong pasien untuk mengekspresikan perasaan mi.. marah, bermusuhan, dan berduka. 4. Diskusikan tanda/gejala depresi dengan pasien/orang terdekat. 5. Berikan penguatan	2. Dapat menyatakan bagaimana pandangan diri pasien telah berubah. 3. Kehilangan bagian tubuh, hilangnya bagian tubuh, dan menerima kehilangan hasrat seksual menambah proses kehilangan yang membutuhkan penerimaan sehingga pasien dapat membuat rencana untuk masa depan. Catatan: Duka cita menyertai prosedur berikutnya yang dilakukan (mis.. pemasangan prostese, prosedur rekonstruksi). 4. Reaksi umum terhadap tipe prosedur dan kebutuhan ini dikenali dan diukur. 5. Mendorong kelanjutan perilaku sehat. 6. Bila mungkin rekonstruksi memberikan sedikit penam-

<b>Faktor yang berhubungan :</b>	ial : perubahan hidup :	n positif untuk	pilan tak lengkap/kosmetik
1. Perilaku tidak selaras dengan nilai	respon psikososial adaptif individu terhadap	peningkatan/perbaikan dan partisipasi perawat	"mendekati normal." Variasi pada lipatan kulit dapat dilakukan untuk memudahkan proses
2. Perubahan perkembangan	perubahan bermakna dalam	diri/program pengobatan.	rekonstruksi selanjutnya. Catatan
3. Gangguan citra tubuh	hidup	6. Kaji ulang	rekonstruksi biasanya tidak dilakukan selama
4. Kegagalan	4. menunjukan	kemungkinan	3-6 bulan
5. Gangguan fungsional	penilaian pribadi	untuk	pelambatan yang memanjang dapat
6. Kurang penghargaan	tentang harga diri	bedah rekonstruksi	mengakibatkan peningkatan
7. Kehilangan	5. mengungkap	dan/atau pemakaian	tegangan pada hubungan dan
8. penolakan	penerimaan diri	prostatik.	menggangu penyatuan perubahan
	6. komunikasi	7. Yakinkan	kedalam konsep diri pasien.
	7. membuka	perasaan/masalah	7. Respons negatif yang diarahkan
	7. mengata	pasangan sehubungan	pada pasien dapat secara aktual
	7. mengata	dengan aspek	menyatakan masalah pasangan
	7. mengata	seksual, dan	tentang rasa sedih pasien. takut
	8. mengguna	memberikan	kanker/kematian, kesulitan dalam
	8. mengguna	informasi dan	menghadapi perubahan
	8. mengguna	dukungan.	kepribadian/perilaku pasien, atau
	8. mengguna	8. Diskusikan dan	ketidakmampuan untuk melihat
	8. mengguna	rujuk ke kelompok	area operasi.
	8. mengguna	pendukung	8. Memberikan tempat untuk
	8. mengguna	ng (bila ada)	pertukaran masalah dan perasa-
	8. mengguna	untuk orang	saan dengan orang lain yang
	8. mengguna	terdekat.	mengalami pengalaman yang
	8. mengguna	9. Kolaborasi	sama dan mengidenti fikasi
	8. mengguna	si	cara orang

	Berikan prosthesis/alat buatan sementara yang halus bila indikasi an.	9. Prosthesis nilon dan Dakron dapat dipakai pada bra sampai insisi sembuh bila bedah rekonstruksi tidak dilakukan pada waktu mastektomi. Ini meningkatkan penerimaan sosial dan memungkinkan pasien untuk merasa nyaman tentang gambaran tubuh pada waktu pulang.
--	---	--

Sumber : (Nurarif dan Kusuma, 2015, Doenges 2014)

4. Hambatan Mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskuler, nyeri/ketidaknyamanan, pembentukan edema.

**Tabel 2.4.4**

**Hambatan Mobilitas fisik**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
Definisi : keterbatasan pada pergerakan fisik tubuh atau satu atau lebih ekstremitas secara mandiri dan terarah <b>Batasan karakteristik :</b> 1. Penurunan waktu reaksi 2. Kesulitan membolak-balik posisi 3. Melakukan aktivitas lain sebagai pengganti pergerakan (mis.meningk	<b>NOC</b> 1. Joint movement : active 2. Mobility level 3. Self care : ADLs 4. Transfer performance Kriteria hasil : Klien meningkat	1. Tinggikan lengan yang sakit sesuai indikasi. Mulai melakukan rentang gerak pasif (contoh fleksi/ekstensi siku pronasi/supinasi pergelangan. menekuk/ekstensi jari) sesegera mungkin. 2. Biarkan pasien menggerakkan jari, perhatikan sensasi dan warna tangan	1. Meningkatkan aliran balik vena, mengurangi kemungkinan limfedema Latihan pascaoperasi dini biasanya mulai pada 24 jam pertama untuk mencegah kekakuan sendi yang dapat berlanjut pada keterbatasan gerakan/mobilitas. 2. Kurang gerakan

atkan perhatian pada aktivitas orang lain, mengendalikan perilaku, fokus pada aktivitas sebelum sakit	kat dalam aktivitas fisik.	yang sakit.	dapat menunjukkan masalah saraf brakial inlerkostal. dan perubahan warna dapat mengindikasikan gangguan sirkulasi.
4. Dispnea setelah beraktifitas	Menger ti tujuan dari peningkatan mobilit as.	3. Dorong pasien untuk menggunakan lengan untuk kebersihan diri, contoh makan, menyisir rambut, mencuci muka. Bantu dalam aktivitas perawatan diri sesuai keperluan.	3. Peningkatan sirkulasi, membantu meminimalkan edema dan mempertahankan kekuatan dan fungsi lengan dan tan- gan. Aktivitas ini menggunakan lengan tanpa abduksi. yang dapat menekan jahitan pada periode pascaoperasi dini.
5. Perubahan cara berjalan		5. Bantu ambulasi dan dorong memperbaiki postur. Tingkatkan latihan sesuai indikasi, contoh ekstensi aktif lengan dan rotasi bahu saat berbaring di tempat tidur, mengepakan pendulum, memutar tali.	4. Menghemat energi pasien; mencegah kelelahan.
6. Gerakan bergetar	Memve rbalisas ikan perasaa n dalam mening katkan kekuata n dan kemam puan berpind ah		5. Pasien akan merasa tidak seimbang dan dapat memerlukan bantuan sampai terbiasa terhadap perubahan
7. Keterbatasan kemampuan melakukan keterampilan motorik halus			Pertahankan punggung tegak mencegah bahu bergerak ke depan, meng- hindari keterbatasan permanen dalam gerakan dan postur.
8. Keterbatasan kemampuan melakukan keterampilan motorik kasar			6. Mencegah kekakuan sendi. meningkatkan sirkulasi. dan
9. Keterbatasan rentang pergerakan sendi			
10. Ketidakstabilan postur			
11. Pergerakan lambat			
12. Pergerakan tidak terkoordinasi			
Faktor yang berhubungan :			
1. Intoleransi aktivitas			
2. Perubahan metabolisme selular			
3. Ansietas			
4. Gangguan kognitif			
5. Kontraktur			
6. Kepercayaan budaya tentang			

aktivitas sesuai usia	Mengukur lengan atas dan lengan bawah bila terjadi edema.	mempertahankan tonus otot bahu dan lengan.
7. Fisik tidak bugar	9. Diskusikan tipe latihan yang dilakukan di rumah untuk meningkatkan kekuatan dan meningkatkan sirkulasi pada lengan yang sakit.	7. Karena kelompok latihan ini dapat menyebabkan tegangan berlebihan pada insisi, sampai terjadi proses penyembuhan lebih lanjut. latihan ini ditunda.
8. Penurunan ketahanan tubuh	10. Koordinasi	8. Mengawasi kemajuan/perbaikan komplikasi. Dapat memerlukan penundaan untuk meningkatkan latihan dan menunggu sampai penyembuhan berikutnya terjadi.
9. Penurunan kendali otot	kan program latihan	9. Program latihan membutuhkan kesinambungan untuk meningkatkan fungsi optimal sisi yang sakit.
10. Penurunan massa otot	kedalam perawatan diri dan aktivitas pekerjaan rumah, contoh berpakaian sendiri, mencuci, berenang, membersihkan debu, mengepel.	10. Pasien biasanya lebih senang untuk berpartisipasi atau menemukan kegiatan yang lebih mudah untuk mempertahankan program latihan yang cocok dalam pola hidup dan menyelesaikan tugas dengan baik.
11. Malnutrisi	11. Bantu pasien untuk mengidentifikasi tanda dan gejala tegangan bahu, contoh ketidakmampuan mempertahankan postur, rasa terbakar pada regio poskapular.	
12. Gangguan muskuloskeletal		
13. Gangguan neuromuskular, nyeri		
14. Agensi obat		
15. Penurunan kekuatan otot		
16. Kurang pengetahuan tentang aktivitas fisik		
17. Keadaan mood depresif		
18. Keterlambatan perkembangan		
19. Ketidaknyamanan		
20. Disuse, kaku sendi		
21. Kurang dukungan lingkungan (misal fisik atau sosial)		
22. Keterbatasan	Instruksikan pasien	

san ketahanan kardiovas kular	untuk menghinda ri duduk atau melipat tangan pada posisi tergantung dalam waktu yang lama.	11. Perubahan berat dan sokongan membuat tegangan pada struktur sekitarnya. 12. Nyeri membutuhkan kontrol untuk latihan atau pasien tidak dapat berpartisipasi secara optimal dan dan kesempatan untuk latihan mungkin hilang.
	12. Berikan obat sesuai indikasi	

Sumber : (Nurarif dan Kusuma, 2015, Doenges 2014)

5. Kurang pengetahuan tentang kondisi, prognosis, dan kebutuhan pengobatan b.d salah interpretasi informal.

**Tabel 2.4.5**

**Intervensi defisiensi pengetahuan tentang kondisi, prognosis, dan kebutuhan pengobatan**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Hasil	Inrervensi	Rasional
Definisi : Ketiadaan atau defisiensi informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu <b>Batasan karakteristik :</b> 1. Perilaku hiperbola 2. Ketidakakuratan mengikuti perintah 3. Ketidakakuratan melakukan test 4. Perilaku tidak tepat	<b>NOC :</b> 1. Knowledge : disease process 2. Knowledge : health behavior <b>Kriteria hasil :</b> 1. Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi,	1. Kaji proses penyakit, prosedur pembedahan, dan harapan yang akan datang. 2. Diskusikan perlunya keseimbangan kesehatan. nutrisi, makan dan pemasukan cairan yang adekuat. 3. Anjurkan pilihan jadwal istirahat sering dan periode aktivitas	1. Memberikan pengetahuan dasar dimana pasien dapat membuat pilihan berdasarkan informasi termasuk berpartisipasi dalam radiasi/program kemoterapi. 2. Memberikan nutrisi optimal dan mempertahankan volume sirkulasi untuk meningkatkan regenerasi jaringan/proses

<p>(mis, hernia, bermusuhan, agitasi, apatis) 5. Pengungkitan masalah</p>	<p>prognosis dan program pengobatan 2. Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar 3. Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/tim kesehatan lainnya</p>	<p>khususnya situasi saat duduk lama 4. Anjurkan pasien untuk melindungi tangan dan lengan bila berkebudun; menggunakan sarung tangan bila menjahit; menggunakan pengalas bila memegang benda panas; gunakan sarung tangan plastik bila mencuci piring; dan sebagainya. Jangan membawa dompet atau menggunakan perhiasan/jam tangan pada sisi yang sakit. 5. Waspada dalam mengambil darah atau memberikan cairan intravena/obat atau pengukuran tekanan darah pada sisi yang sakit. 6. Anjurkan menggunakan alat Waspada-Medik. 7. Tunjukkan penggunaan kompres intermiten sesuai kebutuhan. 8. Anjurkan pijatan lembut pada insisi yang sembuh</p>	<p>penyembuhan. 3. Mencegah/membatasi kelelahan, meningkatkan penyembuhan. dan meningkatkan perasaan sehat. Duduk dengan lengan dan kepala ekstensi menekan pada struktur yang sakit. menimbulkan tegangan otot/kekakuan dan dapat mempengaruhi penyembuhan. 4. Mempengaruhi sistem limfatik sehingga menyebabkan jaringan lebih rentan terhadap infeksi dan/atau cedera, yang dapat menimbulkan limfedema 5. Dapat membatasi sirkulasi dan meningkatkan risiko infeksi bila sistem limfatik menurun. 6. Mencegah trauma yang tak diinginkan (contoh, mengukur TD, infeksi) pada lengan yang sakit. 7. Alat bantu pneumatik kadang-kadang membantu dalam menangani limfedema dengan meningkatkan sirkulasi dan aliran balik vena. 8. Merangsang sirkulasi; meningkatkan</p>
---	--	--	---

- 
- |  |  |
|--|--|
| <p>dengan minyak.</p> <p>9. Anjurkan menggunakan posisi seksual yang menghindari penekanan pada dinding dada. Dorong untuk memilih bentuk ekspresi seksual (membelai, menyentuh) selama proses penyembuhan awal/saat area operasi masih nyeri tekan.</p> <p>10. Dorong pemeriksaan diri teratur pada payudara yang masih ada. Tentukan jadwal anjuran untuk mamografi.</p> <p>11. Tekankan pentingnya evaluasi medik teratur.</p> <p>12. Identifikasi tanda/gejala yang memerlukan evaluasi medik, contoh kemerahan payudara atau lengan, dan pembengkakan; edema, drainase luka purulen, demam/menggigil.</p> | <p>elastisitas kulit; dan menurunkan ketidaknyamanan sehubungan dengan rasa fantom payudara.</p> <p>9. Meningkatkan perasaan kewanitaan dan rasa mampu untuk melakukan aktivitas seksual.</p> <p>10. Mengidentifikasi perubahan jaringan payudara yang mengindikasikan terjadinya/berulangnya tumor baru.</p> <p>11. Pengobatan lain mungkin diperlukan sebagai terapi tambahan, seperti radiasi. Berulangnya keganasan tumor payudara juga dapat diidentifikasi dan ditangani oleh onkologis.</p> <p>12. Limfangitis dapat terjadi sebagai akibat infeksi, menyebabkan limfedema.</p> |
|--|--|
-



#### **2.3.4 IMPLEMENTASI**

Fase implementasi dari proses keperawatan mengikuti rumusan dari rencana keperawatan. Implementasi mengacu pada pelaksanaan rencana keperawatan yang disusun (Wijaya&Putri:2013).

#### **2.3.5 EVALUASI**

Secara umum evaluasi diartikan sebagai proses yang disengaja dan sistematis dimana penilaian dibuat mengenai kualitas, nilai atau kelayakan dan sesuai dengan membandingkan pada kriteria yang didefinisikan atau standar sebelumnya. Evaluasi ini bertujuan untuk mengetahui kemajuan klien, dan ketidak efektifan dari rencana asuhan keperawatan, evaluasi dimulai dengan pengkajian dasar dan dilanjutkan setiap kontak perawat dengan pasien ( kusuma, 2015 )