

BAB II

TINJAUAN PUSTAKAN

Konsep yang digunakan sebagai acuan penelitian ini meliputi konsep dari : (1) Konsep tumor mammae (2) Konsep nyeri akut (3) Konsep asuhan keperawatan. Masing-masing konsep tersebut akan dijabarkan dalam bab ini.

1.1 Konsep Tumor Mammae

1.1.1 Definisi

Tumor mammae adalah adalah karsinoma yang berasal dari parenkim, stroma, areola dan papilla mammae (Lab. UPF Bedah RSDS, 2010). Tumor mammae adalah gangguan dalam pertumbuhan sel normal mammae di mana sel abnormal timbul dari sel-sel normal, berkembangbiak dan menginfiltrasi jaringan limfe dan pembuluh darah. (Kusuma, 2015).

1.1.2 Etiologi

Menurut Iskandar (2010) Sampai saat ini, penyebab pasti tumor mammae belum diketahui. Namun, ada beberapa faktor resiko yang telah teridentifikasi, yaitu:

1. Jenis kelamin

Wanita lebih beresiko menderita tumor mammae dibandingkan dengan pria. Prevalensi tumor mammae pada pria hanya 1% dari seluruh tumor mammae.

2. Riwayat keluarga

Wanita yang memiliki keluarga tingkat satu penderita tumor mammae beresiko tiga kali lebih besar untuk menderita tumor mammae.

3. Faktor genetik

Mutasi gen BRCA1 pada kromosom 17 dan BRCA2 pada kromosom 13 dapat meningkatkan resiko tumor mammae sampai 85%. Selain itu, gen p53, BARD1, BRCA3, dan noey2 juga diduga meningkatkan resiko terjadinya kanker mammae.

4. Faktor usia

Resiko tumor mammae meningkat seiring dengan pertambahan usia.

5. Faktor hormonal

Kadar hormon yang tinggi selama masa reproduktif, terutama jika tidak diselingi oleh perubahan hormon akibat kehamilan, dapat meningkatkan resiko terjadinya tumor mammae.

6. Usia saat kehamilan pertama

Hamil pertama pada usia 30 tahun beresiko dua kali lipat dibandingkan dengan hamil pada usia kurang dari 20 tahun.

7. Terpapar radiasi

8. Intake alkohol

9. Pemakaian kontrasepsi oral

Pemakaian kontrasepsi oral dapat meningkatkan resiko tumor mammae. Penggunaan pada usia kurang dari 20 tahun beresiko lebih tinggi dibandingkan dengan penggunaan pada usia lebih tua.

1.1.3 Klasifikasi

1) Tumor jinak

Hanya tumbuh membesar, tidak terlalu berbahaya dan tidak menyebar keluar jaringan.

2) Tumor ganas

Kanker adalah sel yang telah kehilangan kendali dan mekanisme normalnya sehingga mengalami pertumbuhan tidak wajar, lair dan kerap kali menyebar jauh ke sel jaringan lain serta merusak.

1.1.4 Patofisiologi

Sel-sel kanker dibentuk dari sel-sel normal dalam suatu proses rumit yang disebut transformasi, yang terdiri dari tahap inisiasi dan promosi:

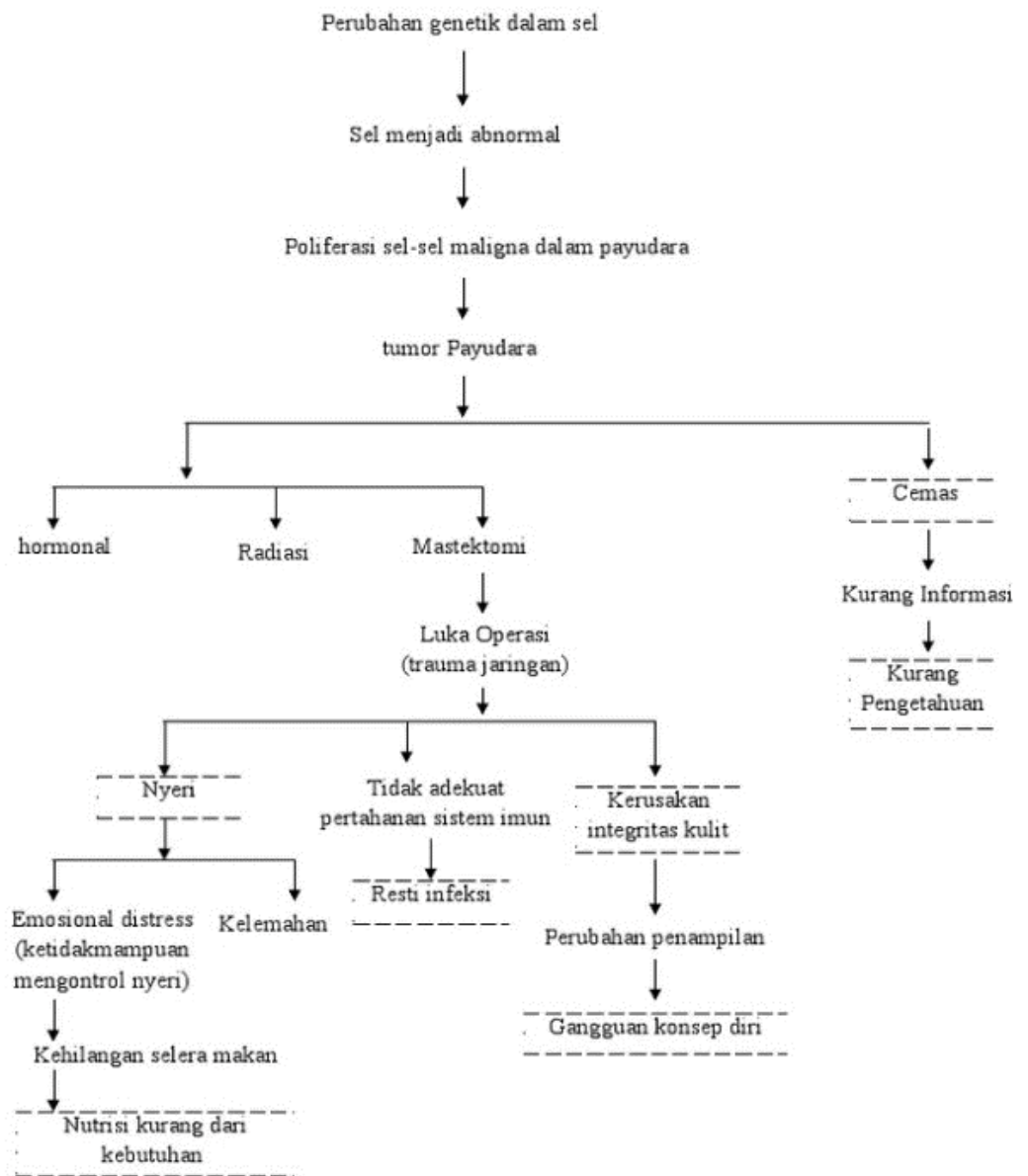
a) Fase Inisiasi

Pada tahap inisiasi terjadi suatu perubahan dalam bahan genetik sel yang memancing sel menjadi ganas. Perubahan dalam bahan genetik sel ini disebabkan oleh suatu agen yang disebut karsinogen yang bisa berupa bahan kimia, virus, radiasi tetapi tidak semua sel memiliki kepekaan yang sama terhadap suatu karsinogen. Kelainan genetik dalam sel atau bahan lainnya yang disebut promoter, menyebabkan sel lebih rentan terhadap suatu karsinogen. Bahkan gangguan fisik menahun pun bisa membuat sel menjadi lebih peka untuk mengalami suatu keganasan.

b) Fase Promosi

Pada tahap promosi, suatu sel yang telah mengalami inisiasi akan berubah menjadi ganas. Sel yang belum melewati tahap inisiasi tidak akan terpengaruh oleh promosi karena itu diperlukan beberapa faktor untuk terjadinya keganasan (gabungan dari sel yang peka dan suatu karsinogen).

1.1.5 Pathway



Gambar 2.1 Patway

1.1.6 Komplikasi

Komplikasi utama dari kanker payudara adalah metastase jaringan sekitarnya dan juga melalui saluran limfe dan pembuluh darah ke organorgan lain. Tempat yang sering untuk metastase jauh adalah paru-paru, pleura, tulang dan hati. Metastase ke tulang kemungkinan mengakibatkan fraktur patologis, nyeri kronik dan hipercalsemia. Metastase ke paru-paru akan mengalami gangguan ventilasi pada paru-paru dan metastase ke otak mengalami gangguan persepsi sensori.

1.1.7 Manifestasi Klinis

Pada masa-masa awal pertumbuhan tumor, gejala sulit dideteksi, sehinggakasus ini biasanya baru diketahui setelah muncul benjolan yang sudahmenjolak dan bisa diraba. Tanda-tanda fisik yang biasa ditemui adalah:

1. Terbentuknya massa utuh atau jaringan yang tidak biasa sifatnya kenyal muncul di payudara atau sekitarnya (misalnya dibawah lengan)
2. Penderita merasakan nyeri di tempat masa tersebut
3. Lekukan pada permukaan payudara dan kulit yang berada di atas tumor menjadi seperti kulit jeruk
4. Puting susu mengeluarkan cairan yang tidak normal, bahkan bisa mengeluarkan darah
5. Lepasnya papilla mammae
6. Kelainan bentuk payudara

1.1.8 Pemeriksaan Penunjang

a) Ultrasonografi

Dapat membedakan antara masa padat dan kista pada jaringan payudara keras.

b) Mammografi

Memperlihatkan struktur internal payudara, dapat mendeteksi tumor yang terjadi pada tahap awal.

c) Scan CT dan MRI

Teknik scan yang dapat mendeteksi penyakit payudara (Doenges, 2000)

d) Pemeriksaan Biopsi

Pemeriksaan Biopsi juga dapat dipakai untuk diagnosis Tumor dan Ca Mammae. Pemeriksaan histologi ini dilakukan dengan mengangkat jaringan dari massa payudara yang terjangkit tumor untuk ditentukan tingkat keganasannya

1.1.9 Penatalaksanaan

1) Penatalaksanaan Bedah :

a) Mastektomi Parsial (mengeksisi tumor lokal), diawali dengan lumpektomi untuk mengangkat jaringan yang terjangkit tumor atau kanker kemudian dilanjutkan dengan kuadranektomi yaitu pengangkatan seperempat payudara.

b) Mastektomi Total: mengangkat seluruh payudara beserta kelenjar limfe dilateral otot pektoralis minor.

2) Mastektomi Radikal: mengangkat payudara, otot pektoralis mayor dan minor dan seluruh isi aksilanya. Penatalaksanaan Non-bedah :

- a) Penyinaran pada payudara dan kelenjar linfe regional atau pada jaringan lain yang sudah terserang kanker.
- b) Kemoterapi: merupakan terapi adjuvan sistemik khususnya setelah dilakukan pembedahan. Contoh: kombinasi penggunaan cyclophosphamide, methotrexate, fluoracil, dan adriamycin.
- c) Terapi Hormon: antiestrogen, androgen, prostaglandin, tamoksifen, dsb.

1.2 Konsep Nyeri

1.2.1 Definisi Nyeri

Nyeri merupakan suatu kondisi yang lebih dari sekedar sensasi tunggal yang disebabkan oleh stimulus tertentu. Nyeri bersifat subjektif dan sangat bersifat individual. Stimulus nyeri dapat berupa stimulus yang bersifat fisik dan/atau mental, sedangkan kerusakan dapat terjadi pada jaringan aktual atau pada fungsi ego seorang individu (Potter & Perry, 2015). Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang aktual maupun potensial (Smeltzer & Bare, 2013). Nyeri akut merupakan keadaan dimana individu mengalami dan mengeluhkan ketidaknyamanan yang hebat dan sensasi yang tidak menyenangkan selama satu detik hingga kurang dari 6 bulan (Carpenito, 2017). Nyeri akut menurut SDKI adalah 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 3 bulan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

1.2.2 Penyebab Nyeri

Menurut SDKI (2017), penyebab nyeri akut adalah:

- 1) Agen pencedera fisiologis (mis. infarmasi, lakemia, neoplasma)
- 2) Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan)
- 3) Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur persalinan, trauma, latihan fisik berlebihan)

1.2.3 Fisiologi Nyeri

Menurut (Mubarak, 2015) proses fisiologis terkait nyeri disebut nosisepsi.

Proses tersebut terdiri atas empat fase, yakni:

1) Transduksi

Pada fase transduksi, stimulus atau rangsangan yang membahayakan (misalnya, bahan kimia, suhu, listrik atau mekanis) memicu pelepasan mediator biokimia (misal, prostaglandin, bradikini, histamin, substansi P) yang mensensitisasi nosiseptor.

2) Transmisi

Fase transmisi nyeri terdiri atas tiga bagian. Pada bagian pertama, nyeri merambat dari serabut saraf perifer ke medula spinalis. Dua jenis nosiseptor yang terlibat dalam proses tersebut adalah serabut C, yang mentransmisikan nyeri tumpul dan menyakitkan, serta serabut A-Delta yang mentransmisikan nyeri yang tajam dan terlokalisasi. Bagian kedua adalah transmisi nyeri dari medula spinalis menuju batang otak dan talamus melalui jaras spinotalamik (STT). STT merupakan suatu sistem diskriminatif yang membawa informasi mengenai sifat dan lokasi stimulus

ke talamus. Selanjutnya, pada bagian ketiga, sinyal tersebut diteruskan ke korteks sensorik somatik tempat nyeri dipersepsikan. Impuls yang ditransmisikan melalui STT mengaktifkan respon otonomi dan limbik.

3) Modulasi

Fase ini disebut juga “sistem desenden”. Pada fase ini, neuron di batang otak mengirimkan sinyal-sinyal kembali ke medula spinalis. Serabut desenden tersebut melepaskan substansi seperti opioid, serotonin, dan norepinefrin yang akan menghambat impuls asenden yang membahayakan di bagian dorsal medula spinalis.

4) Persepsi

Pada fase ini, individu mulai menyadari adanya nyeri. Tampaknya persepsi nyeri tersebut terjadi di struktur korteks sehingga memungkinkan munculnya berbagai strategi perilaku-kognitif untuk mengurangi komponen sensorik dan afektif nyeri.

1.2.4 Klasifikasi Nyeri

(Konsep dan proses keperawatan nyeri, Prasetyo, 2010) :

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 dalam buku Konsep dan keperawatan nyeri, Prasetyo, 2010). Nyeri akut berdurasi singkat (kurang dari 6 bulan), memiliki onset yang tiba-tiba dan terlokalisir. Nyeri ini biasanya diakibatkan oleh trauma, bedah, inflamasi.

2) Nyeri Kronis

Nyeri kronis berlangsung lebih lama daripada nyeri akut, intensitasnya bervariasi (ringan sampai berat) dan biasanya berlangsung lebih dari 6 bulan. Nyeri kronis biasanya terjadi pada penyakit kanker dan luka bakar. Jika penyebab nyeri tidak diatasi atau dikontrol maka bisa menyebabkan kematian. Sehingga dibutuhkan penanganan nyeri sesuai dengan jenis nyeri yang dialami. Tanda dan gejala yang tampak pada nyeri kronis sangat berbeda dengan yang diperlihatkan oleh nyeri akut. Tanda-tanda vital seringkali dalam batas normal dan timbulnya keputusasaan klien terhadap penyakitnya.

1.2.5 Penatalaksanaan Nyeri

(Konsep dan proses keperawatan nyeri, Prasetyo, 2010) : Penatalaksanaan nyeri yang efektif tidak hanya memberikan obat yang tepat pada waktu yang tepat, penatalaksanaan nyeri yang efektif juga mengkombinasikan antara penatalaksanaan farmakologis dan nonfarmakologis. Kedua tindakan ini akan memberikan tingkat kenyamanan yang sangat memuaskan. Penatalaksanaan nyeri antara lain :

a) Tindakan farmakologis dibagi menjadi tiga kategori umum yaitu :

- 1) Anestesi lokal
- 2) Opioid
- 3) Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs (NSAIDs)

b) Tindakan nonfarmakologis terbagi menjadi beberapa tindakan yaitu:

- 1) Membangun hubungan terapeutik perawat dan klien

Terciptanya hubungan terapeutik antara klien dan perawat akan memberikan pondasi dasar terlaksananya asuhan keperawatan yang efektif pada klien yang mengalami nyeri.

1) Bimbingan Antisipasi

Menghilangkan kecemasan klien sangatlah penting, terlebih apabila dengan timbulnya kecemasan akan meningkatkan persepsi nyeri. Bimbingan antisipasi hendaknya memberikan informasi yang jujur pada klien, serta memberikan instruksi tentang teknik menurunkan dan menghilangkan nyeri. Sehingga klien dapat mengatasi nyeri secara mandiri jika sewaktu waktu nyeri datang.

2) Imajinasi terbimbing adalah upaya untuk menciptakan kesan dalam pikiran klien, kemudian berkonsentrasi pada kesan tersebut sehingga secara bertahap dapat menurunkan persepsi klien terhadap nyeri.

3) Distraksi Merupakan tindakan pengalihan perhatian pasien ke hal-hal yang di luar nyeri, yang dengan demikian diharapkan dapat menurunkan kewaspadaan pasien terhadap nyeri. Distraksi ini meliputi :

- a) Distraksi visual, contohnya : menonton TV dan melihat pemandangan.
- b) Distraksi auditory, contohnya : Mendengarkan suara/music yang disukai.

4) Teknik relaksasi

Relaksasi adalah suatu tindakan untuk “membebaskan” mental dan fisik dari ketegangan dan stress, sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri.

Teknik relaksasi ada 2 yaitu :

- a) Teknik relaksasi nafas dalam (Progresif)

Salah satu tindakan mandiri yang dapat di laksanakan perawat untuk membantu klien yaitu dengan menggunakan Manajemen Nyeri untuk

menghilangkan atau mengurangi nyeri dan meningkatkan rasa nyaman. Menggunakan komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien yaitu dengan menggunakan teknik distraksi dan relaksasi (Menggunakan napas dalam).

Berdasarkan Protap / SOP di ruang bedah RSUD Ciamis, nyeri akut berhubungan dengan efek samping therapy/tindakan (pembedahan) untuk pasien post operasi Tumor Mammae dilakukan bertahap. Berikut ini akan dijelaskan:

- 1) Setelah operasi (POD 0), pada 2-6 jam pertama pasien harus tirah baring dulu. Mobilisasi yang bisa dilakukan adalah menggerakkan lengan, tangan, menggerakkan ujung jari kaki dan memutar pergelangan kaki, mengangkat tumit, menegangkan otot betis serta menekuk tungkai dan menggeser kaki.
- 2) Pada (POD 0) setelah 8 jam pertama klien bisa melakukan teknik relaksasi nafas dalam dengan cara tarik nafas melalui hidung, tahan selama 3 detik lalu hembuskan melalui mulut untuk mengurangi nyeri
- 3) Setelah 24 jam (POD 1), pasien diharuskan untuk memulai aktivitas seperti duduk dan makan sendiri dan boleh langsung pulang.

Hasil penelitian yang dilakukan Agung, Adriyani, Sari (2013) yang meneliti tentang relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri pada pasien dengan post op tumor mammae menyatakan bahwa ada hubungan signifikan antara upaya penurunan nyeri (dengan relaksasi napas dalam) untuk mencegah nyeri tidak timbul pada penderita post op tumor mammae (Rampengan, Rondonuwu, Onibala 2014 dalam jurnal "Pengaruh Teknik Relaksasi Dan

Distraksi Terhadap Perubahan Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi Di Ruang Irina A Atas rsup prof.dr.r.d.kandou Manado”). Prosedur napas dalam diantaranya yaitu, menganjurkan pasien duduk rileks, kemudian tarik napas dalam dengan pelan, tahan beberapa detik, kemudian lepaskan (tiupkan melalui bibir). Saat menghembuskan udara anjurkan klien untuk merasakan relaksasi.

b) Teknik relaksasi otot

Menganjurkan klien untuk mengepalkan tangan dan mintalah klien merasakan, biarkan ketegangan beberapa detik. Mintalah klien untuk melepaskan kepalan dan rileks. Lanjutkan tindakan yang sama pada beberapa otot seperti lengan, bahu, muka dan kaki.

1.3 Konsep Asuhan Keperawatan

Pada konsep asuhan keperawatan Tumor Mammae tidak dapat ditemukan oleh penulis, maka dari itu penulis mengambil asuhan keperawatan fibroadenoma (FAM) sebagai acuan asuhan keperawatan yang akan digunakan oleh penulis untuk menyusun bab 4 mengingat fibroadenoma termasuk dalam jenis-jenis dari Tumor Mammae.

1.3.1 Pengkajian Data

Pengkajian keperawatan adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Budiono dan Pertami, 2015).Pengkajian keperawatan pada klien dengan fibroadenoma (FAM) meliputi anamnesa, pemeriksaan fisik,

pengkajian diagnostik, dan pengkajian penatalaksanaan medik. Pada anamnesa keluhan utama yang kemungkinan besar muncul pada klien fibroadenoma (FAM) adalah nyeri. Pengkajian nyeri dapat dilakukan dengan pendekatan PQRST, dimana pendekatan ini mampu membantu perawat dalam menentukan rencana atau intervensi keperawatan. Komponen-komponen dalam pengkajian diantaranya:

Pokok utama pengkajian, meliputi :

a) Pengumpulan Data

- 1) Identitas Klien Meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, suku/bangsa, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, tanggal masuk Rumah Sakit, tanggal pengkajian, No. Medrec, diagnosa medis dan alamat.
- 2) Identitas Penanggung Jawab Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, hubungan keluarga dengan klien dan alamat

b) Riwayat kesehatan

1) Keluhan utama saat masuk Rumah Sakit

Keluhan utama adalah alasan klien masuk rumah sakit yang mengalami fibroadenoma (FAM). Biasanya keluhan yang paling menonjol pada pasien adalah nyeri pada benjolan payudara.

2) Keluhan utama saat di kaji

Merupakan sumber data yang subjektif tentang status kesehatan pasien yang memberikan gambaran tentang masalah kesehatan aktual maupun potensial. Riwayat merupakan kondisi klien. Penuntun pengkajian fisik yang berkaitan informasi tentang keadaan

fisiologis, psikologis, budaya dan psikososial untuk membantu pasien dalam mengutarakan masalahmasalah atau keluhan secara lengkap, dan Klien dengan fibroadenoma (FAM) mempunyai keluhan utama nyeri saat dikaji, hal ini dikarenakan terputusnya kontinuitas jaringan. maka perawat dianjurkan menggunakan analisa simptom PQRST, yaitu :

P : Provoking Incident atau penyebab nyeri bertambah maupun berkurang. Pada fibroadenoma (FAM) nyeri bertambah saat klien bergerak dan berkurang saat klien beristirahat.

Qualitatif/ quantitaf adalah seperti apa keluhan nyeri dirasakan dan bagaimana nyeri dirasakan.

R : Region menunjukan Dimana saja gejala nyeri dirasakan timbul. Nyeri fibroadenoma (FAM) dirasakan di daerah luka operasi, yaitu di payudara. S : Severity Of Scale adalah skala nyeri .

T : Time adalah waktu terjadinya keluhan nyeri, kapan mulai terjadi keluhan, dirasakan terus-menerus atau pada waktu tertentu.

3) Riwayat penyakit dahulu

Biasanya riwayat penyakit yang diderita klien yang berhubungan dengan penyakit saat ini atau penyakit yang mungkin dapat dipengaruhi atau mempengaruhi penyakit yang diderita klien saat ini. Biasanya ada kaitannya dengan pernah mengalami penyakit yang sama sebelumnya.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Mengkaji apakah ada anggota keluarga yang memiliki riwayat penyakit yang sama dengan klien atau apakah ada penyakit yang sifatnya keturunan maupun menular.

5) Pola aktivitas sehari

Pada klien fibroadenoma (FAM) biasanya dipuaskan terlebih dahulu sampai bising ususnya kembali normal. Untuk klien fibroadenoma (FAM) aktivitasnya jadi sedikit terhambat sehingga perlu bantuan keluarga dan perawat dalam memenuhi kebutuhan aktivitasnya. Disini dikaji pola aktivitas klien di rumah (sebelum sakit) dan selama di Rumah Sakit, Pengkajian pola aktivitas ini meliputi:

1) Pola nutrisi

Pada aspek ini dikaji mengenai kebiasaan makan klien sebelum dan sesudah masuk rumah sakit. Dikaji mengenai riwayat diet klien. Bagaimana kebiasaan makan, apakah dijumpai perubahan pada makan akibat penyakit, setelah itu dikaji tentang kebiasaan minum (jenis, jumlah dalam sehari).

2) Pola eliminasi

Dikaji mengenai frekuensi, konsistensi, warna dan kelainan eliminasi, kesulitan-kesulitan eliminasi dan keluhan-keluhan yang dirasakan klien pada saat buang air besar dan buang air kecil.

3) Pola istirahat tidur

Dikaji mengenai kebutuhan istirahat dan tidur, apakah ada gangguan sebelum dan pada saat tidur, lama tidur dan kebutuhan istirahat tidur.

4) Personal Hygiene

Dikaji mengenai kebiasaan mandi, gosok gigi, mencuci rambut, dan dikaji apakah memerlukan bantuan orang lain atau dapat secara mandiri.

5) Aktifitas

Dikaji apakah aktivitas yang dilakukan klien dirumah dan dirumah sakit dibantu atau secara mandiri. Pemeriksaan fisik

a) Keadaan umum

Kesadaran dapat berupa composmentis sampai koma tergantung beratnya kondisi penyakit yang dialami, pada penderita fibroadenoma mammae biasanya sadar penuh dan jarang terjadi kehilangan kesadaran tetapi kadang diiringi dengan kelelahan yang dirasakan terus menerus disertai lemas

b) Sistem pernafasan

Biasanya pasien Tumor Mammae terjadi perubahan pola dan frekuensi pernafasan akibat adanya penekanan pada dinding dada dikarenakan pertumbuhan massa tumor yang tidak terkendali selain itu pola nafas bisa berubah akibat nyeri kronis sebelum pembedahan maupun akut setelah pembedahan

c) Sistem kardiovaskuler

Pada sistem ini tensi dan nadi menurun, tensi dan nadi juga bisa meningkat pada saat klien mengeluh nyeri

d) Sistem pencernaan

Kemungkinan adanya mual atau muntah bisa saja terjadi akibat kelemahan dan rasa nyeri yang timbul, selain itu kerusakan pada organ hati diakibatkan posisi payudara terletak di dada maka dibalik payudara tersimpan banyak pembuluh limfa yang terhubung ke berbagai organ dalam seperti hati bisa menjadi pemicu terjadinya gangguan pada organ pencernaan yang lain Sistem perkemihan

Tumor mammae tidak mempengaruhi sistem perkemihan, dikarenakan tidak ada kaitan langsung antara pertumbuhan sel tumor dan sistem perkemihan

e) Sistem persarafan

Pada umumnya sistem persarafan tidak terdapat kelainan, keadaan umum baik dan kesadaran compos mentis, glasslow coma scale 15

f) Sistem muskuloskeletal

Kaji pergerakan ROM dari pergerakan sendi mulai dari kepala sampai anggota gerak bawah, kaji nyeri pada waktu klien bergerak. Biasanya ditemukan keletihan, perasaan nyeri pada ekstremitas atas ketika digerakan

g) Sistem pengelihatan

Diperiksa kesimetrisan kedua mata, reflek pupil terhadap cahaya positif atau tidak, kaji lapang pandang dan ketajaman pengelihatan

h) Sistem pendengaran

Amati keadaan telinga, kesimetrisan, ada tidaknya lesi, ada tidaknya nyeri tekan, uji kemampuan pendengaran dengan tes rinne, webber, dan schwabach

i) Sistem integumen

Kaji warna kulit, keadaan rambut, tekstur rambut, kulit kepala bersih atau tidak. Kaji kelembaban kulit dan turgor kulit. Biasanya ditemukan adanya luka sayatan pada Mammae, mungkin turgor kulit menurun akibat kurangnya volume cairan, suhu tubuh dapat meningkat apabila terjadi infeksi.

j) Sistem reproduksi

Dikaji apakah terdapat benjolan di mammae atau tidak, apakah ada perubahan kesimetrisan pada Mammae, ada atau tidaknya perubahan warna kulit pada mammae, riwayat manarce dini atau menopause lambat

k) Sistem endokrin

Dikaji riwayat dan gejala-gejala yang berhubungan dengan penyakit endokrin, periksa ada tidaknya pembesaran tiroid dan kelenjar getah bening. Biasanya tidak ada keluhan pada sistem endokrin.

l) Data Psikologi

- 1) Penampilan klien bagaimana, apakah nampak kesakitan, tenang atau apatis.
- 2) Status emosi klien apakah mengalami ketidakstabilan, apakah marah tetapi tergantung terhadap penyakit yang dideritanya.
- 3) Bagaimana cara klien berkomunikasi tetapi tergantung pada kebiasaan klien sehari-hari.
- 4) Konsep diri Gambaran pada klien pada umumnya negatif, klien malu terhadap penyakitnya yang dideritanya. Dan harga diri klien terganggu. Pada ideal dirinya bagaimana harapan klien pada saat ini untuk dirinya dan keluarga serta orang lain. Bagaimana peran diri klien memungkinkan akan terganggu karena hospitalisasi. Identitas dirinya bagaimana klien memandang terhadap keberadaannya.
- 5) Bagaimana klien berinteraksi pada keluarga, perawat, klien lainnya, serta temannya.

m) Data sosial dan budaya

Pada aspek ini perlu dikaji pola komunikasi dan interaksi interpersonal, gaya hidup, factor sosio kultur serta keadaan lingkungan sekitar dan rumah.

n) Data spiritual

Mengenai keyakinan terhadap Tuhan Yang Maha Esa, penerimaan terhadap penyakitnya, keyakinan akan kesembuhan dan pelaksanaan sebelum atau selama dirawat.

o) Data penunjang Pemeriksaan laboratorium :

- 1) Elektrolit : dapat ditemukan adanya penurunan kadar elektrolit akibat kehilangan cairan berlebihan.
- 2) Hemoglobin : dapat menurun akibat kehilangan darah.
- 3) Leukosit : dapat meningkat jika terjadi infeksi.

1.3.2 Analisa Data

Setelah semua data terkumpul kemudian data akan dianalisis dan digolongkan menjadi data subjektif dan objektif sesuai dengan masalah keperawatan yang timbul. (Rohmah,2010)

1.3.3 Diagnosa Keperawatan

Penilaian klinis tentang respons individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan aktual ataupun potensial sebagai dasar pemilihan intervensi keperawatan merupakan pengertian dari diagnosis keperawatan (Budiono. 2015) Mengacu pada tindakan pembedahan biopsi excisi diagnosis keperawatan yang biasanya muncul pada klien adalah :

- a) Nyeri Akut berhubungan dengan agen injuri fisiologis
- b) Resiko infeksi berhubungan dengan luka post op
- c) Risiko perdarahan

1.3.4 Perencanaan Keperawatan

Perencanaan merupakan pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, dan mengatasi masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan (Rohmah, 2010).

Tabel 2 1 Perencanaan Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisiologis	Setelah dilakukakan asuhan keperawatan x 24 jam klien dapat menurunkan nyeri dengan kriteria hasil: a. Tidak melaporkan nyeri b. Tidak menunjukkan ekspresi nyeri c. Tidak mengerang dan menangis d. Tidak meringis	1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan faktor pencetus nyeri 2. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri (misal : suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan)

	<p>e. Tidak menggosok area nyeri</p>	<p>3. Observasi reaksi nonverbal dari nyeri</p> <p>4. Ajarkan teknik nonfarmakologis (misal : hipnosis, relaksasi, akupresur, pijatan, sensasi dingin/panas, distraksi, terapi bermain, terapi aktivitas, terapi musik,) baik sebelum, setelah, bahkan selama terjadi nyeri ★ bila memungkinkan</p> <p>5. Berikan medikasi untuk mengurangi nyeri</p> <p>6. Tingkatkan istirahat</p> <p>7. Dorong klien untuk mengungkapkan pengalaman nyerinya</p>
--	--------------------------------------	--

		<p>8. Berikan infoirmasi tentang nyeri, termasuk penyebab nyeri, berapa lama akan terjadi, antisipasi ketidaknyamanan dari prosedur</p> <p>9. Turunkan faktor – faktor yang dapat mencetuskan atau meningkatkan nyeri</p>
<p>Resiko infeksi berhubungan dengan luka post op</p>	<p>Setelah dilakukan x 24 jam klien tidak terjadi peningkatan infeksi dengan kriteria hasil:</p> <p>a. Tidak ada kemerahan</p> <p>b. Tidak ada discharge yang berbau busuk</p> <p>c. Tidak ada sputum purulen</p>	<p>1. Bersihkan lingkungan setelah dipakai klien lain</p> <p>2. Batasi jumlah pengunjung</p> <p>3. Ajarkan teknik cuci tangan pada klien dan keluarga</p> <p>4. Cuci tangan sebelum dan setelah melakukan tindakan di tempat klien</p>

	<p>d. Tidak ada demam</p> <p>e. Ada nafsu makan</p>	<p>5. Terapkan universal precaution</p> <p>6. Pakai sarung tangan steril sesuai indikasi</p> <p>7. Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat (tindakan invasif)</p> <p>8. Pastikan menggunakan teknik perawatan luka secara tepat</p> <p>9. Dorong klien untuk meningkatkan pemasukan nutrisi</p> <p>10. Berikan antibiotik bila perlu</p> <p>11. Ajarkan kepada klien dan keluarga tanda dan gejala infeksi</p>
Risiko perdarahan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan x 24 jam klien tidak terjadi penurunan	<p>1. Monitor ketat tanda-tanda perdarahan</p> <p>2. Monitor tanda dan gejala dari</p>

	<p>kehilangan darah</p> <p>dengan kriteria hasil:</p> <p>a. Tidak terjadi perdarahan</p> <p>b. Tidak ada perdarahan post operasi</p> <p>c. Tidak terjadi kepuatan di kulit dan membrane mukosa</p> <p>d. Tidak terjadi penurunan haemoglobin (Hb) dan hematokrit (Hmt)</p>	<p>perdarahan yang menetap (catat berapa darah yang keluar)</p> <p>3. Pertahankan bedrest selama perdarahan aktif</p> <p>4. Berikan medikasi secara tepat</p> <p>5. Sarankan untuk tidak mengkonsumsi aspirin atau obat antikoagulan lainnya</p> <p>6. Monitor tanda-tanda vital</p> <p>7. Berika tranfusi darah (WB,PRC)</p> <p>8. Lindungi klien dari trauma, terutama yang bias menyebabkan perdarahan.</p>
--	--	--

1.3.5 Tindakan Keperawatan

Tindakan keperawatan adalah perwujudan rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respons klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru. (Rohmah, 2010).

1.3.6 Evaluasi

Evaluasi dapat dikatakan sebagai acuan untuk menilai apakah asuhan keperawatan yang dilakukan pada klien berhasil atau tidak dengan cara membandingkan perubahan keadaan klien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan untuk memudahkan perawat mengevaluasi atau memantau perkembangan klien, digunakan komponen SOAP/SOAPIE/SOPIER. (Rohmah, 2010)

- a) S: Data Subjektif Keluhan klien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan.
- b) O: Data Objektif Data berdasarkan hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung pada klien, dan yang dirasakan klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.
- c) A: Analisis Tafsiran dari data subjektif dan objektif terhadap suatu masalah atau diagnosis keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituliskan masalah/diagnosa baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan klien yang teridentifikasi datanya dalam data subjektif dan objektif.

- d) P: Planning Perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi, atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya.
- e) I: Implementasi Tindakan keperawatn yang dilakukan sesuai dengan instruksi yang telah teridentifikasi dalam komponen P

