





BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Ca Mammae

2.1.1 Definisi

Carcinoma mammae merupakan gangguan dalam pertumbuhan sel normal mammae dimana sel abnormal timbul dari sel-sel normal, berkembang biak dan menginfiltrasi jaringan limfe dan pembuluh darah (Nurarif & Kusuma, 2015).

Kanker payudara merupakan penyakit keganasan yang paling banyak menyerang wanita. Penyakit ini disebabkan karena terjadinya pembelahan sel-sel tubuh secara tidak teratur sehingga pertumbuhan sel tidak dapat dikendalikan dan akan tumbuh menjadi benjolan tumor (kanker). Apabila tumor ini tidak diambil, di khawatirkan akan masuk dan menyebar ke seluruh tubuh. Kanker payudara umumnya menyerang wanita kelompok umur 40-70 tahun, tetapi resiko terus meningkat dengan tajam dan cepat sesuai dengan pertumbuhan usia. Kanker payudara jarang terjadi pada usia di bawah 30 tahun (Wijaya dan Putri, 2013).

1. Anatomi & Fisiologi

Payudara adalah suatu kelenjar yang terdiri atas jaringan lemak, kelenjar fibrosa, dan jaringan ikat. Jaringan ikat memisahkan payudara dari otot-otot dinding dada, otot pektoralis dan otot serratus anterior. Payudara terletak di fascia superficialis yang meliputi dinding anterior

dada dan meluas dari pinggir lateral sternum sampai linea axillaris media, dan pinggir lateral atas payudara meluas sampai sekitar pinggir bawah musculus pectoralis major dan masuk ke axilla. Pada wanita dewasa muda payudara terletak di atas costa II–IV. Secara umum payudara dibagi atas korpus, areola dan puting. Korpus adalah bagian yang membesar. Di dalamnya terdapat alveolus (penghasil ASI), lobulus, dan lobus. Areola merupakan bagian yang kecokelatan atau kehitaman di sekitar puting. Tuberkel–tuberkel Montgomery adalah kelenjar sebacea pada permukaan areola.

Puting (papilla mammae) merupakan bagian yang menonjol dan berpigmen di puncak payudara dan tempat keluarnya ASI. Puting mempunyai perforasi pada ujungnya dengan beberapa lubang kecil, yaitu apertura duktus laktiferosa. Suplai arteri ke payudara berasal dari arteri mammae interna, yang merupakan cabang arteri subklavia. Kontribusi tambahan berasal dari cabang arteri aksilari toraks. Darah dialirkan dari payudara melalui vena dalam dan vena supervisial yang menuju vena kava superior sedangkan aliran limfatik dari bagian sentral kelenjar mammae, kulit, puting, dan areola adalah melalui sisi lateral menuju aksila. Dengan demikian, limfe dari payudara mengalir melalui nodus limfe aksilar.

Kelenjar payudara mencapai potensi penuh pada perempuan saat menarke; pada bayi, anak–anak, dan laki–laki, kelenjar ini hanya berbentuk rudimenter. Fungsi utama payudara wanita adalah menyekresi

susu untuk nutrisi bayi. Fungsi ini diperantarai oleh hormon estrogen dan progesteron.

Payudara wanita mengalami tiga tahap perubahan perkembangan yang dipengaruhi oleh hormon. Perubahan pertama terjadi sejak masa pubertas, dimana estrogen dan progesteron menyebabkan berkembangnya duktus dan timbulnya asinus. Selain itu yang menyebabkan pembesaran payudara terutama karena bertambahnya jaringan kelenjar dan deposit lemak. Perubahan kedua sesuai dengan siklus menstruasi, yaitu selama menstruasi terjadi pembesaran vaskular, dan pembesaran kelenjar sehingga menyebabkan payudara mengalami pembesaran maksimal, tegang, dan nyeri saat menstruasi. Perubahan ketiga terjadi pada masa hamil dan menyusui. Payudara akan membesar akibat proliferasi dari epitel duktus lobul dan duktus alveolus, sehingga tumbuh duktus baru. Selama kehamilan tua dan setelah melahirkan, payudara menyekresikan kolostrum karena adanya sekresi hormon prolaktin dimana alveolus menghasilkan ASI, dan disalurkan ke sinus kemudian melalui duktus ke puting susu. Setelah menyapih, kelenjar lambat laun beregresi dengan hilangnya jaringan kelenjar. Pada saat menopause, jaringan lemak beregresi lebih lambat bila dibandingkan dengan jaringan kelenjar, namun akhirnya akan menghilang meninggalkan payudara yang kecil dan menggantung.

2.1.2 Etiologi

Penyebab kanker payudara sangat beragam, tetapi ada sejumlah faktor risiko yang dihubungkan dengan perkembangan penyakit ini yaitu asap rokok, konsumsi alkohol, umur pada saat menstruasi pertama, umur saat melahirkan pertama, lemak pada makanan, dan sejarah keluarga tentang ada tidaknya anggota keluarga yang menderita penyakit ini. Terdapat banyak factor yang akan menyebabkan terjadinya kanker payudara.

- a. Usia : Pada wanita yang berusia 60 tahun keatas memiliki resiko tinggi terjadinya kanker payudara.
- b. Riwayat penyakit : Penderita pernah memilii riwayat penyakit yang sama yaitu kanker payudara tetapi masih tahap awal dan sudah melakukan pengangkatan kanker, maka akan beresiko pula pada payudara yang sehat.
- c. Riwayat keluarga : Penderita memiliki riwayat keluarga yang mana ibu, atau saudara perempuan yang mengalami penyakit yang sama akan beresiko tiga kali lipat untuk menderita kanker payudara.
- d. Faktor genetik dan hormonal : Kadar hormonal yang berlebihan akan menumbuhkan sel-sel genetic yang rusak yang akan menyebabkan kanker payudara.
- e. Menarce, menopause, dan kehamilan pertama : Seseorang yang mengalami menarce pada umur kurang dari 12 tahun, 13 menopause yang lambat, dan kehamilan pertama pada usia yang tua akan beresiko besar terjadinya kanker payudara.

- f. Obesitas pascamenopause : Dimana seseorang yang mengalami obesitas itu akan meningkatkan kadar estrogen pada wanita yang akan beresiko terkena kanker.
- g. Dietilstilbestro : obat untuk mencegah keguguran akan beresiko terkena kanker.
- h. Penyinaran : Ketika masa kanak-kanak sering terkena paparan sinar pada dadanya, dapat menimbulkan resiko terjadinya kanker payudara.

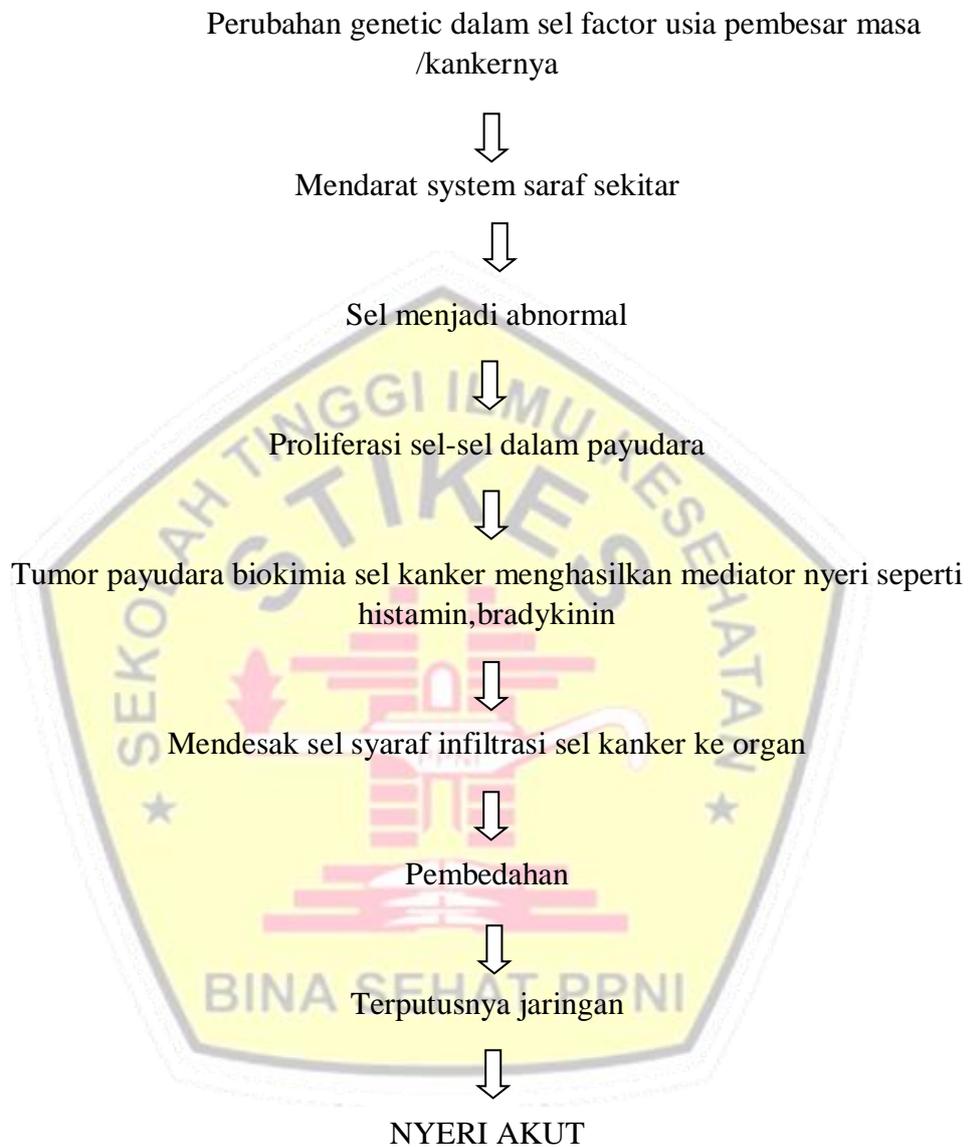
2.1.3 Patofisiologi

Sel abnormal membentuk klon dan mulai berproliferasi secara abnormal, mengabaikan sinyal yang mengatur pertumbuhan dalam lingkungan sel tersebut. Kemudian dicapai suatu tahap dimana sel mendapatkan ciri-ciri invasif, dan terjadi perubahan pada jaringan sekitarnya. Sel-sel tersebut menginfiltrasi jaringan sekitar dan memperoleh akses ke limfe dan pembuluh-pembuluh darah, melalui pembuluh darah tersebut sel-sel dapat terbawa ke area lain dalam tubuh untuk membentuk metastase (penyebaran kanker) pada bagian tubuh yang lain. Neoplasma adalah suatu proses pertumbuhan sel yang tidak terkontrol yang tidak mengikuti tuntutan fisiologik, yang dapat disebut benigna atau maligna. Pertumbuhan sel yang tidak terkontrol dapat disebabkan oleh berbagai faktor, faktor-faktor yang dapat menyebabkan kanker biasanya disebut dengan karsinogenesis. Transformasi maligna diduga mempunyai sedikitnya tiga tahapan proses seluler, diantaranya yaitu inisiasi dimana inisiator atau karsinogen melepaskan mekanisme enzimatik normal dan

menyebabkan perubahan dalam struktur genetic asam deoksiribonukleat seluler (DNA), promosi dimana terjadi pemajanan berulang terhadap agens yang mempromosikan dan menyebabkan eskpresi informal abnormal atau genetik mutan bahkan setelah periode laten yang lama, progresi dimana sel-sel yang telah mengalami perubahan bentuk selama insiasi dan promosi mulai menginvasi jaringan yang berdekatan dan bermetastase menunjukkan perilaku maligna.



2.1.4 Patway



(Nanda,2016)

2.1.5 Klasifikasi

Menurut Brunner dan Suddarth(2013),Tipe Kanker Payudara adalah sebagai berikut:

1. Karsinoma Duktal Menginfiltrasi

Merupakan tipe histologis yang paling umum, merupakan 75% dari semua jenis kanker payudara.Kanker ini sangat jelas karena jelas saat dipalpasi.Kanker jenis ini biasanya bermestasis ke nodus aksila.Prognosisnya lebih buruk dibanding dengan tipe kanker lainnya.

2. Karsinoma Lobular Menginfiltrasi

Tipe jenis ini jarang terjadi, merupakan 5-15% kanker payudara.Tumor ini biasanya terjadi pada suatu area penebalan yang tidak baik pada payudara bila dibandingkan dengan tipe duktal menginfiltrasi.Tipe ini lebih umum multisentris, dengan demikian, dapat terjadi penebalan beberapa area pada salah satu atau kedua payudara.Karsinom duktal menginfiltrasi dan lobular menginfiltrasi mempunyai keterlibatan nodus aksilar yang serupa, meskipun tempat metastasisnya berbeda.Karsinoma duktal bisanya menyebar ke tulang, paru, hepar atau otak, sementara karsinoma lobular biasanya bermetasis ke permukaan meningeal atau tempat-tempat tidak lazim lainnya.

3. Karsinoma Medular

Menempati sekitar 6% dari kanker payudara dan tumbuh dalam kapsul didalam duktus. Tipe ini dapat menjadi besar tetapi meluas dengan lambat, sehingga prognosisnya seringkali lebih baik.

4. Kanker Musinus

Menempati sekitar 3% dari kanker payudara. Penghasil lendir, juga tumbuh dengan lambat, sehingga kanker ini mempunyai prognosis yang lebih baik dari lainnya.

5. Kanker Duktal-Tubular

Kanker jenis ini jarang terjadi, menempati hanya sekitar 2% dari kanker. Karena metastasis aksilaris secara histologi tidak lazim, maka prognosisnya sangat baik.

6. Karsinoma Inflamatori

Tipe kanker payudara yang jarang 1-2% dan menimbulkan gejala-gejala yang berbeda dari kanker lainnya. Tumor setempat ini nyeri tekan dan sangat nyeri, payudara secara abnormal keras dan membesar. Kulit di atas tumor ini merah dan agak hitam. Sering terjadi dan retraksi puting susu. Gejala-gejala ini dengan cepat berkembang dan memburuk dan biasanya mendorong pasien mencari bantuan medis dan lebih cepat dibanding pasien wanita lainnya dengan massa kecil pada payudara. Penyakit dapat menyebar dengan cepat pada bagian tubuh lainnya.

7. Karsinoma Payudara In Situ

Karsinoma payudara in situ lebih sering di deteksi dengan meluasnya penggunaan skrining mammografi. Penyakit ini ditandai oleh proliferasi sel-sel malignan di dalam duktus dan lobulus, tanpa invasi ke dalam jaringan sekitarnya.

2.1.6 Manifestasi Klinis

Tanda Kanker payudara kini mempunyai ciri fisik yang khas, mirip pada tumor jinak, massa lunak, batas tegas, mobile, bentuk bulat dan elips, adanya keluaran dari puting susu, puting eritema, mengeras, asimetik, inversi, gejala lain nyeri tulang, berat badan turun dapat sebagai petunjuk adanya metastase (Nurarif & Kusuma, 2015)

Adapun tanda dan gejala kanker payudara :

- a. Ada benjolan yang keras di payudara dengan atau tanpa rasa sakit
- b. Bentuk puting berubah (retraksi nipple atau terasa sakit terus-menerus) atau puting mengeluarkan cairan/darah (nipple discharge)
- c. Ada perubahan pada kulit payudara di antaranya berkerut seperti kulit jeruk (peaud'orange), melekok ke dalam (dimpling) dan borok (ulcus)
- d. Adanya benjolan-benjolan kecil di dalam atau kulit payudara (nodul satelit)
- e. Ada luka puting di payudara yang sulit sembuh (paget disease).
- f. Payudara terasa panas, memerah dan bengkak.

g. Terasa sakit/ nyeri (bisa juga ini bukan sakit karena kanker).

Benjolan yang keras itu tidak bergerak (terfiksasi) dan biasanya pada awal-awalnya tidak terasa sakit.

i. Apabila benjolan itu kanker, awalnya biasanya hanya pada satu payudara

j. Adanya benjolan di aksila dengan atau tanpa massa di payudara.

2.1.7 Pemeriksaan penunjang

Menurut Wijaya dan Putri (2013), pemeriksaan penunjang kanker payudara adalah

1. Pemeriksaan Laboratorium meliputi :BRCA1 dan BRCA 2
2. Monografi
3. SCAN (CT, MRI, galfum), ultra sound
4. Biopsi (aspirasi, eksisi)
5. Penanda Tumor:CEA 10,Cypra
6. Tes skrining kimia : elektrolit, tes hepar, hitung sel darah

Penentuan stadium kanker penting sebagai paduan pengobatan, follow-up dan menentukan prognosis. Staging kanker payudara (American Joint Committe on Cancer) :

- a. Stadium 0: Kanker in situ dimana sel-sel kanker berada pada tempatnya di dalam jaringan payudara yang normal
- b. Stadium I: Tumor dengan garis tengah kurang dari 2 cm dan belum menyebar keluar payudara

c. Stadium II A: Tumor dengan garis tengah 2-5 cm dan belum menyebar ke kelenjar getah bening ketiak atau tumor dengan garis tengah kurang dari 2cm tetapi sudah menyebar ke kelenjar getah bening ketiak.

d. Stadium III A: Tumor dengan garis tengah kurang dari 5 cm dan sudah menyebar ke kelenjar getah bening ketiak di sertai perleknetan satu sama lain atau perleknetan ke struktur lainnnya, atau tumor lebih dari 5 cm dan sudah menyebar ke kelenjar getah bening ketiak.

e. Stadium III B: Tumor telah menyusup keluar payudara, yaitu ke dalam kulit payudara atau ke dinding dada atau lebih menyebar ke kelenjar getah bening di dalam dinding dada dan tulang dada.

f. Stadium IV: Tumor telah menyebar keluar daerah payudara dan dinding dada, misalnya ke hati, tulang atau paru-paru.

12. SADARI (Pemeriksaan Payudara Sendiri).

➤ Masalah Keperawatan

Pada pasien kanker, gangguan yang biasanya terjadi adalah insomnia. Insomnia merupakan gangguan tidur yang umum terjadi. Pola tidur pasien kanker dapat terganggu karena sakit fisik akibat kanker, nyeri, efek samping obat-obatan atau terapi kanker lainnya (misal mual, muntah, diare), lingkungan (suhu dan kebisingan ruangan), gaya hidup (pola makan, olah raga, rutinitas tidur, kondisi emosional), dan dampak psikologis dari kanker. Kualitas tidur merupakan hal yang penting untuk penyembuhan, serta meningkatkan fungsi imun dan kesehatan mental. Selain itu, kurang tidur diketahui berhubungan dengan depresi,

kecemasan, dan menurunkan fungsi kognitif. Pada pasien kanker, gangguan tidur dapat memengaruhi kualitas hidup pasien, sistem kekebalan tubuh, kemampuan kognitif, dan kemampuan untuk melakukan kegiatan sehari-hari (Hananta et al. 2014).

2.2 Konsep Nyeri

2.2.1 Definisi

Nyeri merupakan suatu kondisi dimana seseorang merasakan perasaan yang tidak nyaman atau tidak menyenangkan yang disebabkan oleh kerusakan jaringan yang telah rusak atau yang berpotensi untuk rusak (Primaya, 2022)

Nyeri merupakan salah satu mekanisme pertahanan tubuh yang menandakan adanya masalah pada tubuh. Saat nyeri hanya berlangsung selama periode pemulihan yang telah diperkirakan, nyeri digambarkan sebagai nyeri akut, baik nyeri memiliki awitan mendadak atau lambat tanpa memperhatikan intensitasnya (Kozier & Barbara, 2011).

Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit, atau intervensi bedah dan memiliki awitan yang cepat, dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat) dan berlangsung untuk waktu yang singkat. Nyeri akut dapat di jelaskan sebagai nyeri yang berlangsung dari beberapa detik hingga enam bulan. Fungsi nyeri akut adalah memberi peringatan akan suatu cedera atau penyakit yang akan datang (Andarmoyo, 2013).

2.2.2 Etiologi, Klasifikasi dan Alat ukur Nyeri

Nyeri berhubungan dengan banyak penyakit. Banyak penyakit yang dapat menimbulkan rasa nyeri contohnya seperti cedera, diabetes, apendiksitis, kanker, Infeksi HIV, penyakit autoimun, herpes, kekurangan vitamin B6, B12, dsb. (Primaya, 2022).

➤ **Klasifikasi Nyeri:**

Nyeri dapat diklasifikasikan berdasarkan durasinya dibedakan menjadi nyeri akut dan nyeri kronis.

1. Nyeri akut

Nyeri Akut adalah nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit atau intervensi bedah dan memiliki awitan yang cepat, dengan ukuran intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat) dan berlangsung untuk waktu singkat. Nyeri akut dapat dijelaskan sebagai nyeri yang berlangsung dari beberapa detik hingga enam bulan (Smeltzer & Bare, 2016).

Nyeri akut terkadang disertai oleh aktivasi sistem saraf simpatis yang akan memperlihatkan gejala-gejala seperti peningkatan respirasi, peningkatan tekanan darah, peningkatan denyut jantung, diaphoresis dan dilatasi pupil.

Secara verbal klien yang mengalami nyeri akan melaporkan adanya ketidaknyamanan berkaitan dengan nyeri yang dirasakan. Klien yang mengalami nyeri akut biasanya juga akan memperlihatkan respon emosi dan perilaku seperti menangis, mengerang kesakitan, mengerutkan wajah atau menyeringai (Andarmoyo, 2017).

2. Nyeri Kronis

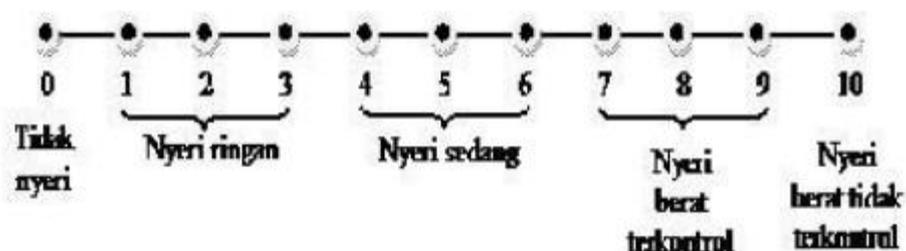
Nyeri kronik adalah nyeri konstan atau intermiten yang menetap sepanjang suatu periode waktu. Nyeri kronik berlangsung lama, intensitas yang bervariasi dan biasanya berlangsung lebih dari 6 bulan. Manifestasi klinis yang tampak pada nyeri kronis sangat berbeda dengan yang diperlihatkan oleh nyeri akut. Dalam pemeriksaan tanda-tanda vital, seringkali didapatkan masih dalam batas normal dan tidak disertai dilatasi pupil. Manifestasi yang biasanya muncul berhubungan dengan respon psikososial seperti rasa keputusasaan, kelesuan, penurunan libido, penurunan berat badan, perilaku menarik diri, iritabel, mudah tersinggung, marah dan tidak tertarik pada aktivitas fisik. Secara verbal klien mungkin akan melaporkan adanya ketidaknyamanan, kelemahan dan kelelahan (Andarmoyo, 2017).

➤ **Alat ukur Nyeri:**

Menurut (Saifullah, 2017) Penilaian intensitas nyeri dengan menggunakan skala sebagai berikut :

1) Numeric Rating Scale (NRS)

Metode Numeric Rating Scale (NRS) ini didasarkan pada skala angka 1-10 untuk menggambarkan kualitas nyeri yang dirasakan pasien. NRS diklaim lebih mudah dipahami, lebih sensitif terhadap jenis kelamin, etnis, hingga dosis. NRS juga lebih efektif untuk mendeteksi penyebab nyeri akut ketimbang VAS dan VRS.



NRS di satu sisi juga memiliki kekurangan, yakni tidak adanya pernyataan spesifik terkait tingkatan nyeri sehingga seberapa parah nyeri yang dirasakan tidak dapat diidentifikasi dengan jelas. Keterangan :

a)0: Tidak nyeri

b)1-3 : Nyeri ringan, pasien dapat berkomunikasi dengan baik.

c)4-6 : Nyeri sedang, pasien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasinya, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik.

d)7-9 : Nyeri berat, pasien 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.

e)10 : Nyeri sangat berat, pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi.

2.2.3 Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala menurut (SDKI, 2022). Yaitu dimana gejala mayor untuk objektif tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat dan sulit tidur, kemudian untuk gejala minor untuk objektifnya tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah,

proses berfikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis.

2.2.4 Kondisi Klinis terkait

Kondisi klinis terkait nyeri menurut (SDKI,2022) yaitu kondisi pembedahan, cedera traumatis, infeksi, sindrom koroner akut, glaukoma,dll.

2.3 Konsep Masalah Keperawatan

2.3.1 Definisi

Masalah keperawatan merupakan label diagnosis keperawatan yang menggambarkan inti dari respon klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya (PPNI, 2017).

2.3.2 Kriteria Mayor & Minor

Kriteria mayor adalah tanda dan gejala yang ditemukan sekitar 80% - 100% untuk validasi diagnosa. Sedangkan kriteria minor adalah tanda dan gejala yang tidak harus ditemukan, namun dapat mendukung penegakan diagnosis (PPNI, 2017). Adapun gejala mayor menurut SDKI yaitu gejala mayor dan minor :

1. Subyektif : mengeluh nyeri
2. Obyektif :
 - a. Tampak meringis
 - b. Bersikap protektif (misal waspada, posisi menghindari nyeri)

- c. Gelisah
 - d. Frekuensi nadi meningkat
 - e. Sulit tidur
- 3 Subjektif : tidak ada
- 4 Obyektif :
- a. Tekanan darah meningkat
 - b. Pola nafas berubah
 - c. Nafsu makan berubah
 - d. Proses berfikir terganggu
 - e. Menarik diri
 - f. Berfokus pada diri sendiri
 - g. Diaforesis

2.3.3 Faktor Yang Berhubungan

Kondisi atau situasi yang berkaitan dengan suatu masalah yang dapat menunjang kelengkapan data untuk menegakkan suatu diagnosis atau masalah keperawatan (PPNI, 2017).

- a. Masalah keperawatan yang akan muncul pada kasus yaitu :
 - 1). Nyeri akut (D.0077).

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 dari 3 bulan.

Penyebab :

- a). Agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi , iskemia , neoplasma).
- b). Agen pencedera kimiawi (mis. Terbakar ,bahan kimia iritan).
- c). Agen pencedera fisik (mis. Abses ,amputasi ,terbakar , trauma).

Gejala dan kriteria :

a). mayor :

(1). Subjektif : Mengeluh nyeri.

(2). Objektif : Tampak meringis, bersikap protektif (mis. Waspada posisi menghindari nyeri)

b). Minor :

(1). Objektif : Tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaphoresis.

2).Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme (D.0019).

1).Definisi : Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

2)Data mayor :

Subjektif : (tidak tersedia)

Objektif : berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal

3)Data minor

Subjektif : Cepat kenyang setelah makan, Kram/nyeri

Objektif : Bising usus hiperaktif, Otot pengunyah lemah, Nafsu makan menurun Otot menelan lemah, Membran mukosa pucat, sariawan, Serum albumin turun, Rambut rontok berlebihan, Diare

Kondisi Klinis Terkait

3). Hipertermia (D.130)

Suhu tubuh meningkat di atas rentang tubuh normal.

Penyebab :

- a). Dehidrasi
- b). Terpapar lingkungan panas.
- c). Proses penyakit (mis. Infeksi, kanker.)
- d). Ketidaksesuaian pakaian dengan suhu lingkungan.
- e). Peningkatan laju metabolisme
- f). Respon trauma.
- g). Aktifitas berlebihan.
- h). Penggunaan incubator.

Gejala dan kriteria :

a). Mayor :

- (1) Objektif : Suhu tubuh diatas nilai normal

b). Minor :

- (1) Objektif : Kulit memerah, kejang, takikardi, takipnea,
kulit terasa hangat

4). Ansietas (D.0080).

Kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap obyek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.

Penyebab :

- a) Krisis situasional
- b) Kebutuhan tidak terpenuhi
- c) Krisis maturasional.
- d) Ancaman terhadap konsep diri
- e) Ancaman terhadap kematian
- f) Kekhawatiran mengalami kegagalan
- g) Disfungsi system keluarga
- h) Hubungan orang tua anak tidak memuaskan
- i) Faktor keturunan (tempramen mudah teragitasi sejak lahir)
- j) Penyalahgunaan zat
- k) Terpapar bahaya lingkungan (mis. Toksin ,polutan dll.)
- l) Kurang terpapar informasi

Gejala dan kriteria :

a). Mayor :

(1). Subyektif : Merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, sulit berkonsentrasi.

(2). Objektif : tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur.

b). Minor :

(1). Subjektif : Mengeluh pusing, anoreksia, palpitasi, merasa tidak berdaya.

(2). Objektif : Frekuensi nafas meningkat, frekuensi nadi meningkat, tekanan darah meningkat, diaphoresis, tremor, muka tampak pucat, suara bergetar, kontak mata buruk, sering berkemih, berorientasi pada masa lalu.

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan

2.4.1 Pengkajian Keperawatan

a. Data demografi

Identitas klien : nama, umur, jenis kelamin, status perkawinan agama, suku/bangsa, pendidikan, pekerjaan, alamat, nomor register (Bickley,2018)

b. Riwayat kesehatan

Riwayat kesehatan menurut (Bickley,2018) yaitu :

1). Keluhan utama

Nyeri pada daerah bagian kanan.

2). Riwayat kesehatan sekarang

Klien mengatakan nyeri pada daerah kanan seperti tertusuk-tusuk.

3). Riwayat kesehatan dahulu

Apakah klien pernah mengalami operasi sebelumnya.

4). Riwayat kesehatan keluarga

Apakah anggota keluarga ada yang mengalami jenis penyakit yang sama.

c. Pemeriksaan Fisik

Menurut (Szilagyi, 2018). Pemeriksaan fisik terdapat beberapa pengkajian yang harus ada yaitu:

- 1). Keadaan umum : kesadaran composmentis, wajah tampak menyeringai, konjungtiva anemis.
- 2). Sistem kardiovaskuler : ada distensi vena jugularis , pucat , edema ,TD > 110/70mmhg : hipertermi.
- 3). Sistem respirasi : frekuensi nafas normal (16-20x/menit), dada simetris , ada tidaknya sumbatan jalan nafas , tidak ada gerakan cuping hidung, tidak terpasang O₂ , tidak ada ronchi, whezing stridor.
- 4). Sistem hematologi : terjadi peningkatan leukosit yang merupakan tanda adanya infeksi dan pendarahan.
- 5). Sistem urogenital : ada ketegangan kandung kemih dan keluhan sakit pinggang serta tidak bisa mengeluarkan urin secara lancar.
- 6). Sistem muskuloskeletal : ada kesulitan dalam pergerakan karena proses perjalanan penyakit.
- 7). Sistem Integumen : terdapat odema , turgor kulit menurun, sianosis , pucat.
- 8). Abdomen : terdapat nyeri lepas , peristaltik pada usus ditandai dengan distensi abdomen.

d. Pola fungsi Gordon.

Keperawatan Menurut Gordon (1982, dalam Bickley, 2018) terdapat pola fungsi yaitu :

1). Pola persepsi

Adakah kebiasaan merokok , penggunaan obat-obatan, dan kebiasaan olahraga.

2). Pola nutrisi

Klien biasanya akan mengalami gangguan pemenuhan nutrisi akibat pembatasan intake makanan atau minuman sampai peristaltik usus kembali normal.

3). Pola eliminasi

★ Pola eliminasi alvi akan mengalami gangguan yang sifatnya sementara karena pengaruh anastesi sehingga terjadi penurunan fungsi.

4). Pola aktifitas

Aktivitas dipengaruhi oleh keadaan dan malas bergerak karena rasa nyeri.

5). Pola sensorik dan kognitif

Ada tidaknya gangguan sensorik nyeri, penglihatan serta pendengaran, dan kemampuan berfikir.

6). Pola tidur dan istirahat

Insisi pembedahan dapat menimbulkan nyeri yang sangat sehingga dapat mengganggu kenyamanan pola tidur klien.

7). Pola Konsep diri

Penderita menjadi ketergantungan dengan adanya kebiasaan gerak segala kebutuhan harus dibantu.

8). Pola hubungan

Dengan keterbatasan gerak kemungkinan penderita tidak bisa melakukan peran baik dalam keluarganya dan dalam masyarakat.

9). Pemeriksaan diagnostik

- a). Ultrasonografi adalah diagnostik untuk akut.
- b). Foto polos abdomen : dapat memperlihatkan distensi sekum.
- c). Pemeriksaan darah rutin : untuk mengetahui adanya peningkatan leukosit yang merupakan tanda adanya infeksi.
- d). Pemeriksaan laboratorium.

1). Darah : Ditemukan leukosit 10.000 – 18.0000 n/ml

2). Urine : Ditemukan sejumlah kecil leukosit dan eritrosit.

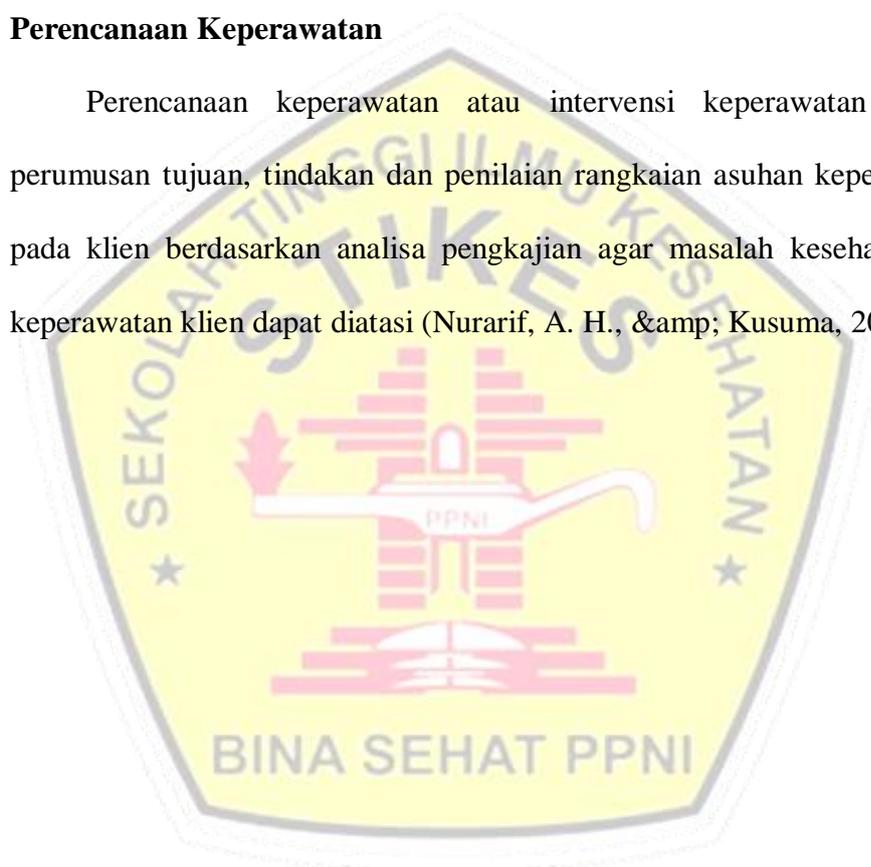
2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (PPNI, 2017).

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

2.4.3 Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan atau intervensi keperawatan adalah perumusan tujuan, tindakan dan penilaian rangkaian asuhan keperawatan pada klien berdasarkan analisa pengkajian agar masalah kesehatan dan keperawatan klien dapat diatasi (Nurarif, A. H., & Kusuma, 2015).



Tabel 2. 1 Intervensi keperawatan

No	Diagnosa	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik .(D.0077)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri (L.08066) dapat menurun dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Keluhan nyeri menurun. 2. Meringis menurun 3.Sikap protektif menurun. 4. Gelisah menurun. 	<p>Manajemen nyeri (I.08238).</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Identifikasi lokasi , karakteristik, durasi, frekuensi, kulaitas nyeri, skala nyeri, intensitas nyeri 1.2 Identifikasi respon nyeri non verbal. 1.3 Identivikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri. <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.4 Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. 1.5 Fasilitasi istirahat dan tidur. 1.6Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri. <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.7 Jelaskan strategi meredakan nyeri 1.8 Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.9 Kolaborasi pemberian analgetik jika perlu

2.4.4 Pelaksanaan tindakan keperawatan

Implementasi merupakan tahap keempat dari proses keperawatan dimana rencana keperawatan dilaksanakan melaksanakan intervensi/aktivitas yang telah ditentukan, pada tahap ini perawat siap untuk melaksanakan intervensi dan aktivitas yang telah dicatat dalam rencana perawatan klien. Agar implementasi perencanaan dapat tepat waktu dan efektif terhadap biaya, pertama-tama harus mengidentifikasi prioritas perawatan klien, kemudian bila perawatan telah dilaksanakan, memantau dan mencatat respons klien terhadap setiap intervensi dan mengkomunikasikan informasi ini kepada penyedia perawatan kesehatan lainnya. Kemudian, dengan menggunakan data, dapat mengevaluasi dan merevisi rencana perawatan dalam tahap proses keperawatan berikutnya (Wilkinson.M.J, 2018).

2.4.5 Evaluasi Keperawatan

Menurut (Setiadi, 2018) dalam buku konsep dan penulisan asuhan keperawatan tahapan penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan klien, keluarga dan tenaga kesehatan lainnya.

Evaluasi Formatif (Proses)

Evaluasi formatif berfokus pada aktivitas proses keperawatan dan hasil tindakan keperawatan. Evaluasi formatif ini dilakukan segera setelah perawat mengimplementasikan rencana keperawatan guna menilai

keefektifan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Perumusan evaluasi formatif ini meliputi 4 komponen yang dikenal

dengan istilah SOAP :

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

