

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit

1. Pengertian

Fibroadenoma adalah suatu tumor jinak yang merupakan pertumbuhan yang meliputi kelenjar dan stroma jaringan ikat. Fibroadenoma adalah tumor jinak pada payudara yang bersampai jelas, Terbatas, Soliter, berbentuk benjolan yang dapat digerakan (Jitowiyono, Kristiyanasari, 2010)

Fibroadenoma dapat bertambah besar, dapat tetap sama, atau menghilang. Apabila pemindaian ultrasonografi dilakukan, pengukuran dapat dilakukan, dan ketika pasien dilakukan pengkajian ulang pada kunjungan berikut, pemindaian ultrasonografi dan pengukuran dapat dilakukan kembali untuk melihat setiap perubahan ukuran. Jika uji diatas telah dilakukan dan ditetapkan bahwa benjolan tersebut fibroadenoma, pasien dapat diberi pilihan apakah akan menjalani eksisi atau observasi. Jika uji diatas tidak dapat dilakukan, eksisi biasanya dilakukan untuk menyingkirkan dugaan keganasan. Fibroadenoma surut seiring dengan bertambahnya usia, dan kalsifikasi nodular kasar karena nekrosis tampak pada mamogram. Kondisi ini diketahui sebagai fibroadenoma degeneratif dan pengobatan tidak diperlukan. (Andrews Gilly, 2010).

2. Etiologi

Etiologi pada tumor payudara yaitu dipengaruhi beberapa faktor antara lain Peningkatan aktivitas Eksrogen yang absolut atau relatif, Genetik : payudara, Faktor-faktor predisposisi, usia : < 30 tahun, jenis kelamin. Geografi, Pekerjaan, hereditas, diet, stress, lesi prekanker

3. Klasifikasi tumor payudara

Menurut Taufan (2018) kebanyakan benjolan jinak pada payudara berasal dari perubahan normal pada perkembangan payudara, siklus hormonal, dan perubahan reproduksi. Terdapat 3 siklus kehidupan yang dapat menggambarkan perbedaan fase reproduksi pada kehidupan wanita yang berkaitan dengan perubahan payudara, yaitu : Pada fase reproduksi awal (15-25 tahun) terdapat pembentukan duktus dan stoma payudara. Pada periode ini umumnya dapat terjadi benjolan FAM dan juvenil hipertrofi (perkembangan payudara berlebihan), periode reproduksi matang (25-40 tahun), perubahan siklus hormonal mempengaruhi kelenjar dan stoma payudara, fase ketiga adalah involusi dari lobulus dan duktus yang terjadi sejak usia 35-55 tahun.

Jenis-jenis benjolan jinak pada payudara diantaranya :

a) Penyakit fibrokistik (Fibrokistik Mastopati).

Penyakit fibrokistik atau dikenal juga sebagai mammary displasia adalah benjolan payudara yang sering dialami oleh sebagian besar wanita. Benjolan ini harus dibedakan dengan keganasan, penyakit fibrokistik pada umumnya terjadi pada wanita berusia 25-50 tahun (>50%) Tanda dan gejala: Benjolan fibrokistik biasanya multipel (lebih dari 1), kertas, serta

teraba dan berfluktuasi sesuai dengan siklus menstruasi, Biasanya payudara teraba lebih keras dan benjolan pada payudara membesar sesaat sebelum menstruasi. Gejala tersebut menghilang seminggu setelah menstruasi selesai. Benjolan biasanya menghilang setelah wanita memasuki fase menopause.

b) Papiloma Intraduktal

Papiloma intraduktal adalah benjolan jinak yang biasanya soliter (satu) dan biasanya ditemukan pada kelenjar utama dekat puting pada lokasi subareolar (sekitar puting). Papiloma intraduktal sering terjadi pada dekade ke-4, wanita tersebut dapat dapat mengeluarkan keluarnya cairan berupa darah dari salah satu payudara tanpa terabanya massa atau benjolan dipayudara. Penyebab tersering hal tersebut adalah papiloma intraduktal, benjolan yang ada tidak teraba karena biasanya berukuran $<5\text{mm}$. Mammografi sebaiknya dilakukan untuk menyingkirkan keganasan karena biasanya keganasan memiliki gejala keluarnya darah dari puting.

c) Fibroadenoma

Fibroadenoma atau sering dikenal dengan fibroadenoma Mammariae (FAM) merupakan Tumor jinak yang paling sering terjadi pada payudara wanita. FAM biasanya terjadi pada wanita muda atau remaja. Sebelum usia 25 tahun, FAM lebih sering terjadi dibanding kista payudara. FAM jarang terjadi setelah masa menopause, yang berarti bahwa FAM responsif terhadap rangsangan estrogen

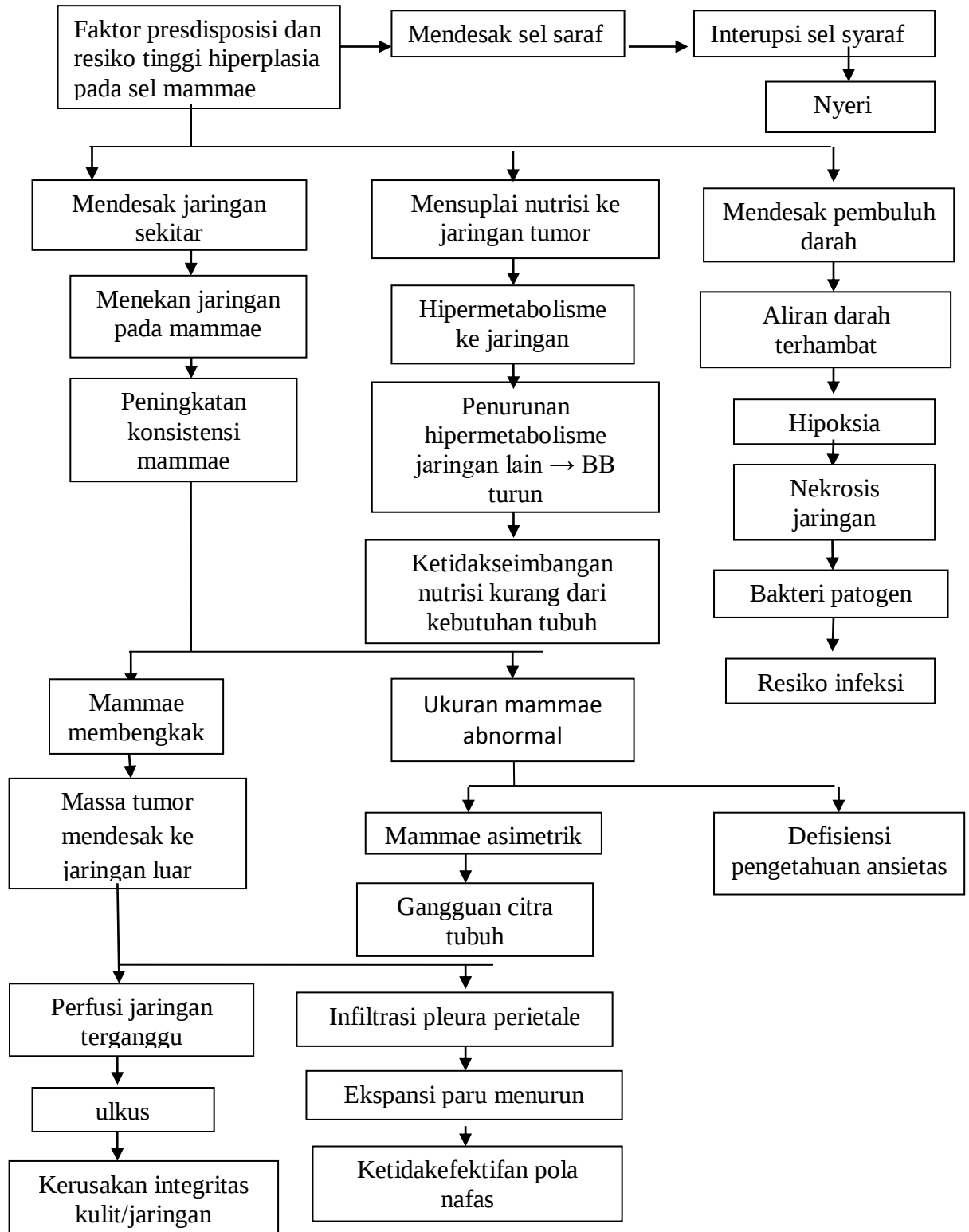
d) Tumor filodes jinak

Tumor filodes atau dikenal dengan sistosarkoma filodes adalah tumor fibroepitelial yang ditandai dengan hiperselular stroma dikombinasikan dengan komponen epitel. Tumor filodes umum terjadi pada dekade 5 atau 6. Benjolan ini jarang bilateral (terdapat pada kedua payudara), dan biasanya muncul sebagai benjolan yang terisolasi dan sulit dibedakan dengan FAM. Ukuran bervariasi, meskipun tumor filodes biasanya lebih besar dari FAM, mungkin karena pertumbuhannya yang cepat. Berdasarkan pemeriksaan histologi (sel), diketahui bahwa tumor filodes jinak berkisar 10%, dimana tumor filodes ganas berkisar 40%.

4. Patofisiologi

Menurut Jitowiyono Kristiyanasari (2010) Fibroadenoma merupakan tumor jinak payudara yang sering ditemukan pada masa reproduksi yang disebabkan oleh beberapa kemungkinan yaitu akibat sensitivitas jaringan setempat yang berlebihan terhadap estrogen sehingga kelainan ini sering digolongkan dalam mamary displasia. Fibroadenoma biasanya ditemukan pada kuadran luar atas, merupakan lobus yang terbatas jelas, mudah digerakan dari jaringan di sekitarnya. Pada gambaran histologis menunjukkan stroma dengan proliferasi fibroblast yang mengelilingi kelenjar dan rongga kistik yang dilapisi dengan bentuk dan ukuran yang berbeda. Pembagian fibroadenoma berdasarkan histologik yaitu: Fibroadenoma pericanaliculare & intracanaliculate

Gambar 2.1
Pathway Tumor payudara



(Sumber: Amin & Hardhi, 2016)

5. Manifestasi klinis

Menurut Jitowoyono & Kristiyanasari (2010), secara makroskopik, tumor bersimpai, berwarna putih keabu-abuan, pada penampang tampak jaringan ikat berwarna putih, kenyal, ada bagian menonjol dipermukaan ada penekanan di jaringan pada jaringan sekitar, ada batas yang tegas memiliki kapsul dan soliter, bila diameter mencapai 10-14 cm muncul fibroadenoma raksasa (*Giant Fibroadenoma*), benjolan dapat digerakan, pertumbuhannya lambat, mudah diangkat dengan lokal *surgery*, bila segera ditangani tidak menyebabkan kematian.

6. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan diagnostik pada Tumor payudara meliputi: Biopsi, pembedahan, hormonal, PET (Positron Emision Tomografi), mammografi, angiografi, MRI, Ct-Scan, foto Rontgen (x- ray), *Blood Study*.

7. Pemeriksaan penunjang

Menurut Tjokronegoro & Utama (2000), ada beberapa pemeriksaan penunjang untuk menuju diagnosa akhir suatu tumor payudara.

a. Mammografi :

Mammografi adalah suatu teknik pemeriksaan foto rotgen untuk jaringan lunak yang memberikan petunjuk adanya kelainan, Keganasan akan memberikan tanda-tanda primer dan sekunder. Tanda primer berupa fibrosis reaktif, comet sign (Stelata), adanya perbedaan yang nyata antara

ukuran klinis dan rontgenologis adanya mikrokalsifikasi, adanya spikulae dan distorsi pada struktur arsitektur payudara.

Tanda-tanda sekunder berupa: retraksi, penebalan, kulit, bertambahnya vaskularisasi, perubahan posisi papilla dan areola, adanya “bridge of tumor”, keadaan daerah tumor dan jaringan fibroglanduler tidak teratur, infiltrasi dalam jaringan lunak dibelakang mammae dan adanya metastasis ke kelenjar (gambaran ini tidak khas).

b. Termografi

Suatu cara yang menggunakan sinar *intra red* Pemeriksaan ini ditemukan oleh Lawson tahun 1956 di mana diperlihatkan bahwa: Suhu kanker payudara lebih tinggi dari jaringan disekitarnya, darah vena yang keluar dari lesi kanker lebih panas dari darah arteria yang mendarahi lesi tersebut. Perubahan pada termogram yang dapat menimbulkan kecurigaan kepada keganasan: adanya bintik-bintik yang mengeluarkan panas yang lebih tinggi dari 1.5° (hot spot), Perdarahan yang meningkat setempat disertai lebih banyak pembuluh atau darah yang melebar, Peninggian suhu secara umum, bertambahnya panasnya areola payudara. Perlu juga diketahui bahwa kenaikan suhu di sini tidak hanya khas untuk keganasan tetapi dapat juga terjadi pada setiap peninggian kegiatan sel, misalnya abses yang lama.

c. Ultrasonografi

Berdasarkan pemantulan gelombang suara yang berbeda dalam dan kepadatannya. Terutama hanya dapat membedakan lesi/tumor yang solid dan kistik ; dan hanya dapat membuat diagnosa dugaan.

d. Xerografi :

- 1) Suatu “*fotoelectric imaging system*” berdasarkan pengetahuan xerografi.
- 2) Ketepatan diagnostik cukup tinggi 95.3% di mana dapat terjadi “*faise positive*” $\pm 5 \%$.

e. Scintimammografi

Scintimammografi adalah teknik pemeriksaan radionuklir dengan menggunakan radioisotop Tc 99^m sestamibi. Pemeriksaan ini mempunyai sensitifitas tinggi untuk menilai aktifitas sel kanker pada payudara selain itu dapat pula mendeteksi lesi multipel dan keterlibatan KGB regional. Saat ini sedang diuji coba di bagian Radiologi FKUI/RSCM. Dalam protokol penanganan kanker payudara di FKUI/RSUPN-CM pemeriksaan pembantu yang dianjurkan adalah mamografi dan ultrasonografi, namun pada pelaksanaannya masih tergantung pada faktor sosial ekonomi penderitanya. Pemeriksaan gabungan ultrasonografi dan mamografi memberikan angka ketepatan diagnostik yang lebih tinggi.

8. Penatalaksanaan

Menurut Nugroho Taufan (2018) ada beberapa tatalaksana :

- a. Eksisi lokal atau pengambilan benjolan dari payudara merupakan terapi utama. Hal ini dapat dilakukan dengan bius lokal.
- b. Apabila biopsi pada benjolan menunjukkan hasil atipikal hiperplasia pada papiloma ini, maka risiko kanker payudara meningkat dibandingkan dengan hasil penyakit proliferasi dengan atipia.

- c. Pada saat fibroadenoma Mammae (FAM) diketahui, diagnosis ini dikonfirmasi dengan biopsi atau analisis sitologi (sel).Biopsi tersebut dapat mengkonfirmasi adanya sel keganasan.
- d. Tumor yang besar dan ganas dengan batas infiltratif mungkin membutuhkan mastektomi (pengambilan jaringan payudara).
- e. Mastektomi sebaiknya dihindari apabila memungkinkan. Apabila pemeriksaan patologi memberikan hasil tumor filodes ganas, maka re-eksisi komplit dari seluruh area harus dilakukan agar tidak ada sel keganasan yang tersisa.

9. Komplikasi

Menurut Wibisana & Sobri (2020) komplikasi yang sering terjadi nyeri, edema, trauma psikologis, perdarahan minor, dan reaksi vasovagal, relatif sering dilaporkan. Kasus perdarahan pasca biopsi care umumnya terjadi pada wanita dengan hipertensi atau payudara yang telah mendapatkan radiasi, sehingga pembuluh darahnya lebih *friable*. Penggunaan obat antikoagulan bukan kontraindikasi mutlak, namun *latrenta* merekomendasikan penggunaan obat antikoagulan dihentikan 2-5 hari sebelum biopsy. Harus dipertimbangkan antara risiko trombosis terhadap risiko hematoma pasca biopsi.

B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Menurut Abraham Maslow kebutuhan dasar manusia digambarkan dalam piramida hierarki kebutuhan dasar Maslow pada gambar

Gambar 2.2

Piramida Kebutuhan Dasar Manusia



Sumber gambar: Mubarak & Chayatin 2007

Kebutuhan fisiologis memiliki prioritas tertinggi dalam Hierarki Maslow. Kebutuhan fisiologis merupakan hal yang mutlak harus dipenuhi manusia untuk bertahan hidup. Saat seseorang dalam kondisi sakit, ia tidak akan mampu memenuhi kebutuhannya sendiri sehingga membutuhkan bantuan orang lain untuk memenuhi kebutuhan dasarnya.

Kebutuhan dasar yang terganggu pada pasien Post Operasi Tumor payudara, yaitu: kebutuhan akan rasa aman nyaman aman, aman pada berbagai aspek, baik fisiologis maupun psikologis. Perlindungan fisiologis contohnya perlindungan diri dari udara dingin, panas, kecelakaan dan infeksi.

Perlindungan psikologis contohnya bebas dari takut dan kecemasan, serta bebas dari perasaan terancam karena pengalaman baru dan asing bebas dari nyeri atau rasa ketidaknyamanan.

Kebutuhan rasa aman nyaman (safety and security needs) kebutuhan rasa aman nyaman dimaksud adalah aman dari berbagai aspek, baik secara fisiologis, maupun psikologis. Kebutuhan ini meliputi :

a. Nyeri dan keamanan

Respon nyeri terjadi karena ada nya inflamasi, inflamasi merupakan respon segera terhadap injury seluler. Jika ini terjadi, vasodilatasi cepat terjadi menyebabkan lebih banyak darah mendekati daerah injury, peningkatan aliran darah lokal menyebabkan warna kemerahan di daerah inflamasi. Rasa sakit di daerah inflamasi juga disebabkan oleh volume darah yang meningkat vasodilatasi lokal mengirimkan darah dan sel darah putih ke jaringan yang injuri. Protein serum memegang peranan utama dalam inflamasi (Potter & Perry, 2010).

b. Kebutuhan keamanan dan proteksi Keselamatan Merupakan suatu keadaan seseorang atau lebih yang terhindar dari ancaman bahaya atau kecelakaan. Kecelakaan merupakan kejadian yang tidak dapat diduga dan tidak diharapkan yang dapat menimbulkan kerugian, sedangkan keamanan adalah keadaan aman dan tentram (Tarwoto & Waetonah, 2015)

c. Konsep dasar infeksi

Merupakan suatu kondisi penyakit yang disebabkan oleh masuknya kuman patogen atau mikroorganisme lain ke dalam tubuh yang dapat menimbulkan reaksi tertentu. Contoh reaksi tersebut adalah perubahan infeksi, Bebas dari sakit dan kecemasan.

C. Konsep teori asuhan keperawatan

1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal proses keperawatan dan merupakan suatu proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi status kesehatan klien (Suarni & Apriyani, 2017).

Data fokus yang perlu dikaji menurut Dongoes, (1999:750 adalah :

a. Demografi

1) Biodata

Umur : biasanya terjadi pada usia > 35 tahun Jenis kelamin : wanita > laki-laki

2) Riwayat kesehatan

Klien mengatakan nyeri pada payudara, terdapat benjolan dan kesulitan untuk bernafas. Riwayat kesehatan sekarang yaitu sejak pasien mengeluh nyeri dan ada benjolan pada payudara sampai kerumah sakit. Riwayat kesehatan dahulu yaitu tidak pernah

mengalami sakit sebelumnya. riwayat kesehatan keluarga yaitu adanya anggota keluarga yang menderita penyakit yang sama.

3) Aktivitas/Istrahat

Gejala : kerja, aktifitas yang melibatkan banyak gerakan tangan, pola tidur (tidak tengkurap).

4) Sirkulasi

Tanda : kongestif unilateral pada lengan yang terkena (sistem limfe)

5) Makanan/cairan

Gejala : Kehilangan nafsu makan, ada nya penurunan berat badan

6) Integritas ego

Gejala : stressor konstan dalam pekerjaan /pola di rumah. Stress akut tentang diagnosa, prognosis, harapan yang akan datang.

7) Nyeri/kenyamanan

Gejala : nyeri pada penyakit yang luas, (nyeri lokal jarang terjadi pada keganasan dini), beberapa pengalaman ketidaknyamanan pada jaringan payudara. Payudara berat, nyeri sebelum menstruasi biasaya mengindikasikan penakiy *fibrokistik*.

8) Keamanan

Tanda : massa nodul aksila edema, aritema pada kulit sekitar

9) Seksualitas

Gejala : adanya benjolan payudara, perubahan pada ukuran dan kesimetrisan payudara. Perubahan pada warna kulit payudara atau suhu, raba puting, gatal, rasa terbakar, atau puting meregang.

Riwayat menerke dini (lebih muda dari usia 12 tahun) menopause lambat (setelah 50 tahun), kehamilan pertama lambat (setelah usia 35 tahun), masalah tentang seksualitas atau keintiman. Tanda : perubahan pada postur/ massa payudara, asimetris,kulit cekung, berkerut, perubahan pada warna tekstur kulit, pembengkakan, kemerahan atau panas pada payudara.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (SDKI, 2016). Diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus Tumor payudara yaitu:

- a) Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (mis. Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan) d.d klien mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif (mis. Waspada,posisi menghindari nyeri), gelisah.
- b) Nausea b.d efek agen farmakologis d.d mengeluh mual,klien tampak pucat
- c) Gangguan citra tubuh b.d efek tindakan/pengobatan (mis. Pembedahan, kemoterapi, terapi radiasi) d.d klien mengungkapkan kecacatan/kehilangan bagian tubuh, klien mengungkapkan

kekhawatiran pada penolakan/reaksi orang lain, menyembunyikan/menunjukkan bagian tubuh secara berlebihan

- e) Gangguan integritas kulit/jaringan b.d faktor mekanis (mis. faktor mekanis (penekanan pada tonjolan tulang, gesekan) atau faktor elektris (elektrodiatermi, energi listrik bertegangan tinggi) d.d kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit, nyeri, kemerahan.
- f) Gangguan rasa nyaman b.d efek samping terapi (mis. Medikasi, radiasi, kemoterapi) d.d mengeluh tidak nyaman, gelisah, mengeluh mual, tampak merintih/menangis

3. Perencanaan Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan (SIKI, 2018).

Tabel 2.1 Rencana asuhan keperawatan Tumor payudara

No	Diagnosa keperawatan	SLKI	SIKI
1	2	3	4
1.	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (mis. Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan) d.d Data subjektif (DS) - Klien mengatakan nyeri pada bagian bekas operasi payudara kiri - Klien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk - Klien mengatakan nyeri saat bergerak Data objektif - Klien tampak meringis - Klien tampak bersikap protektif posisi menghindari nyeri - Skala nyeri 8 (1-10) - Klien tampak gelisah	Tingkat nyeri (L.08066) - Keluhan nyeri menurun - Meringis menurun - Sikap protektif menurun - Gelisah menurun Kontrol nyeri (L.08063) - Melaporkan nyeri terkontrol meningkat - Kemampuan mengenali onset nyeri meningkat - Kemampuan pengenali penyebab nyeri meningkat - Keluhan nyeri menurun	Manajemen nyeri (L.08238) - Identifikasi, lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup - Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan - Monitor efek samping penggunaan Analgetik - Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aroma terapi teknik imajinasi, terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)

1	2	3	4
			8. Kontrol lingkungan yang memperbaiki berat rasa nyeri (mis.suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 9. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 10. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 11. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu Pemberian analgesik (1.08243) 1. Identifikasi karakteristik nyeri (mis.pencetus, pereda, kualitas, Intensitas, frekuensi, durasi) 2. Identifikasi riwayat alergi obat 3. Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesik 4. Dokumentasikan respons terhadap efek analgesik dan efek yang tidak diinginkan 5. Jelaskan efek terapi dan efek samping 6. Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgetik, sesuai indikasi.

1	2	3	4
2.	Nausea b.d efek agen farmakologis d.d Data subjektif (DS) a. Klien mengeluh mual Data objektif (DO) a. Klien tampak pucat	Tingkat nausea (L.08065) 1. Perasaan ingin muntah menurun 2. Pucat membaik Kontrol mual/muntah (L.10099) 1. Kemampuan mengenali gejala meningkat 2. Kemampuan melakukan tindakan untuk mengobrol mual/dan muntah terkontrol meningkat 3. Melaporkan mual dan muntah terkontrol meningkat	Manajemen mual (L.03117) 1. Identifikasi pengalaman mual 2. Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mis.nafsu makan,aktivitas,kinerja,tanggung jawab peran,dan tidur) 3. Identifikasi faktor penyebab mual (mis. Pengobatan dan prosedur) 4. Monitor mual (mis. Frekuensi,durasi,dan tingkat keparahan) 5. Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual (mis.bau tak sedap,suara,dan rangsangan visual yang tidak menyenangkan) 6. Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik 7. Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup 8. Anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual

1	2	3	4
			9. Ajarkan penggunaan teknik non farmakologis untuk mengatasi mual (mis. Biofeedback, hipnosis, relaksasi, terapi musik, akupresur) 10. Kolaborasi pemberian antiemetik, jika perlu Edukasi efek samping obat (L.12371) 1. Identifikasi kemampuan pasien dan keluarga menerima informasi 2. Persiapan materi dan media edukasi 3. Jelaskan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan dengan pasien dan keluarga 4. Berikan kesempatan dan pasien bertanya 5. Jelaskan tujuan obat yang diberikan Jelaskan indikasi dan kontraindikasi obat yang akan dikonsumsi 6. Jelaskan cara kerja obat secara umum Jelaskan tanda dan gejala bila obat yang dikonsumsi tidak cocok untuk pasien

1	2	3	4
3.	Gangguan citra tubuh b.d efek tindakan/pengobatan (mis. Pembedahan, kemoterapi, terapi radiasi) d.d Data subjektif (DS) : klien mengungkapkan kecacatan/kehilangan bagian tubuh, klien mengungkapkan kekhawatiran pada penolakan/reaksi orang lain. Data objektif (DO) Respon nonverbal pada perubahan dan persepsi tubuh	Citra tubuh (L.09067) 1. Verbalisasi kekhawatiran pada penolakan/reaksi orang lain menurun 2. Verbalisasi kecacatan bagian tubuh membaik 3. Verbalisasi perasaan negatif tentang perubahan tubuh menurun 4. Respon nonverbal pada perubahan tubuh membaik Harga diri (L.09069) 1. Penilaian diri positif meningkat 2. Perasaan malu menurun 3. Perasaan tidak mampu melakukan apapun menurun	Promosi citra tubuh (L.09305) 1. Identifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan 2. Identifikasi budaya, agama, jenis kelamin, dan umur terkait citra tubuh 3. Monitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri 4. Diskusikan perubahan tubuh dan fungsinya 5. Diskusikan perbedaan penampilan terhadap harga diri 6. Diskusikan kondisi stres yang mempengaruhi citra tubuh (mis. luka, penyakit, pembedahan) 7. Jelaskan kepada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh 8. Anjurkan mengungkapkan gambaran diri terhadap citra tubuh

1	2	3	4
			Promosi kepercayaan diri (1.09310) 1. Identifikasi masalah potensial yang dialami 2. Gunakan teknik mendengarkan aktif mengenai harapan pasien 3. Motivasi berfikir positif dan berkomitmen dalam mencapai tujuan 4. Motivasi tetap tenang saat menghadapi masalah dengan kemampuan yang dimiliki

1	2	3	4
4.	Gangguan integritas kulit/jaringan b.d faktor mekanis (mis.faktor mekanis (penekanan pada tonjolan tulang, gesekan) atau faktor elektrik (elektrodiatermi, energi listrik bertegangan tinggi) d.d Data subjektif (DS) - Data objektif (DO) kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit, nyeri, kemerahan	Integritas kulit dan jaringan (L.14125) 1. Kerusakan jaringan menurun 2. Kerusakan lapisan kulit menurun 3. Kemerahan menurun Pemulihan pascabedah (L.14129) 1. Kenyamanan meningkat 2. Area luka operasi membaik 3. Waktu penyembuhan menurun	Perawatan integritas kulit (I.11353) 1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. Perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembapan, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas) 2. Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring 3. Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare 4. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitif 5. Anjurkan menggunakan pelembab (mis. <i>Lotion, serum</i>) 6. Anjurkan minum air yang cukup 7. Anjurkan meningkatkan nutrisi Anjurkan meningkatkan buah dan sayur

1	2	3	4
			Perawatan luka (I.14564) 1. Monitor karakteristik luka (drainase, warna, ukuran, bau) 2. Monitor tanda tanda infeksi 3. Lepaskan balutan dan plester secara bertahan 4. Bersihkan dengan cairan NACL atau pembersih nontoksik, <i>sesuai kebutuhan</i> 5. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 6. ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase 7. anjarkan prosedur perawatan secara mandiri

1	2	3	4
5.	Gangguan rasa nyaman b.d efek samping terapi (mis. Medikasi, radiasi, kemoterapi) d.d Data subjektif (DS) mengeluh tidak nyaman, mengeluh mual Data objektif (DO) tampak merintih/menangis dan gelisah	Status kenyamanan (L.08064) 1. keluhan tidak nyaman menurun 2. gelisah menurun 3. mual menurun 4. merintih menurun Tingkat nyeri (L.08066) 1. keluhan nyeri menurun 2. meringis menurun 3. sikap protektif menurun 4. gelisah menurun 5. mual menurun	Manajemen nyeri (I.08238) 1. Identifikasi, lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup 5. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 6. Monitor efek samping penggunaan analgetik 7. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 8. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 9. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 10. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

1	2	3	4
			Terapi relaksasi (I.09326) 1. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan 2. Identifikasi kesediaan, kemam-puan dan penggunaan teknik sebelumnya 3. Monitor respon terhadap terapi relaksasi 4. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang 5. Periksa ketegangan otot, frekuensi, nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan 6. Anjurkan mengambil posisi nyaman 7. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis. musik, meditasi, 8. tersedia (mis. musik, meditasi, 9. nafas dalam, relaksasi. 10. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi 11. Anjurkan sering mengulangi/ atau melatih teknik yang dipilih

4. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (suarni dan Apriyani,2017).

5. Evaluasi

Tahap evaluasi merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan (Suarni dan Apriyani, 2017).