BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teori Penyakit

1. Pengertian

Tumor mamae didefinisikan sebagai benjolan payudara. Timbulnya benjolan pada payudara dapat merupakan indikasi adanya jenis tumor/kanker payudara. Namun untuk memastikannya perlu dilakukan pemeriksaan patologi ((Marice & Aprildah, 2014, hal. 122).

Tumor Mamae adalah pertumbuhan sel-sel yang abnormal yang menggangu pertumbuhan jaringan tubuh terutama pada jaringan sel epitel di mamae (Price & Wilson, 2015, hal. 67).

2. Etiologi

Menurut Jitowiyono & Kristiyanasari (2016, hal. 155) tidak ada satupun penyebab yang spesifik, sebaliknya terdapat serangkaian faktor genetik, hormonal dan kemudian kejadian lingkungan dapat menunjang terjadinya tumor mammae:

a. Peningkatan aktivitas estrogen yang absolut atau relatif.
b. Genetik : payudara
c. Faktor- faktor predesposisi:
    1) usia <30 tahun
    2) Jenis kelamin
    3) Keturunan
    4) Pekerjaan
    5) Diet
    6) Lesi prekanker

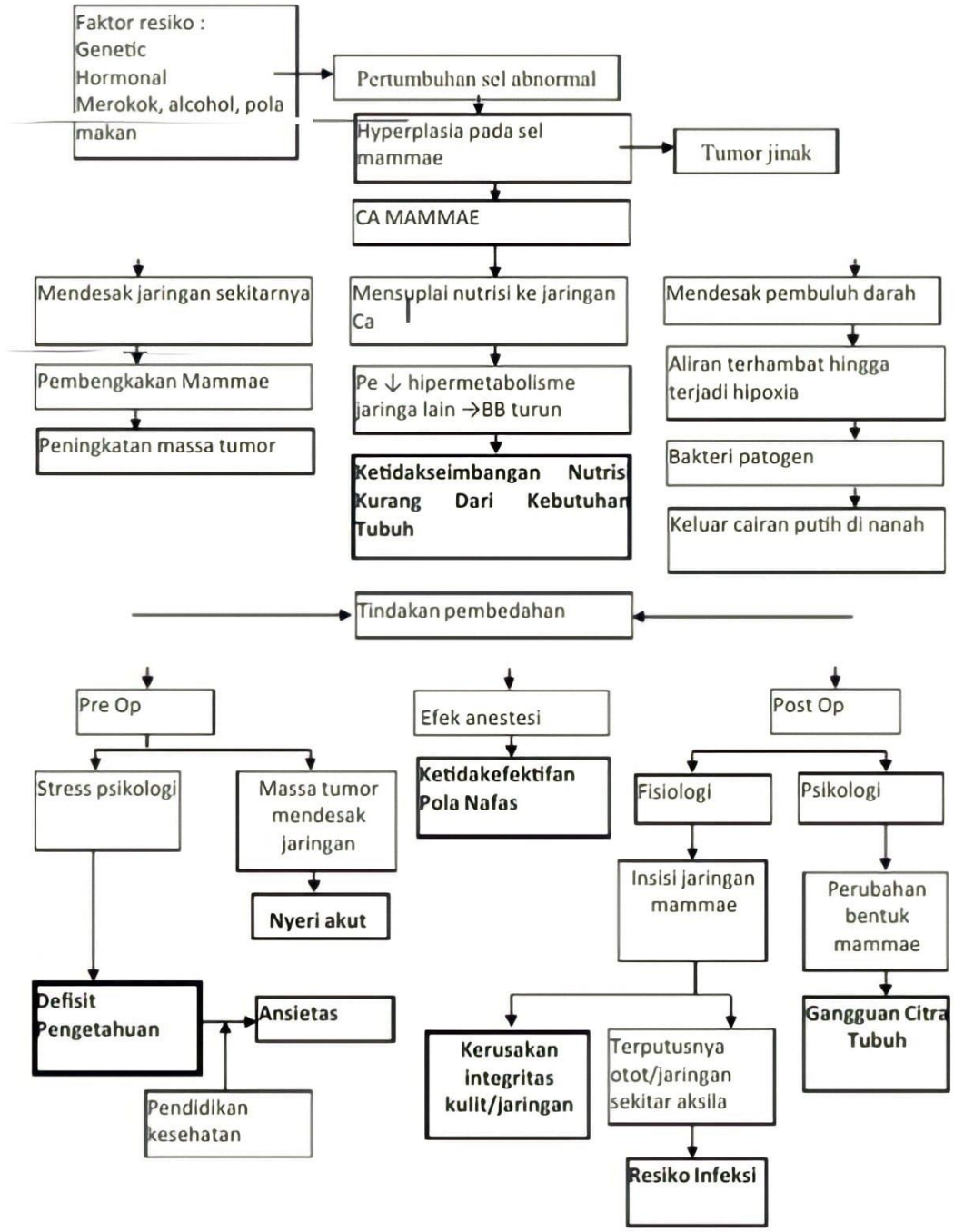
3. Patofisiologi

Untuk dapat menegakan diagnosa kanker dengan baik, terutama untuk melakukan pengobatan yang tepat, diperlukan pengetahuan tentang proses terjadinya kanker dan perubahan strukturnya. Tumor atau neoplasma merupakan kelompok sel yang berubah dengan ciri proliferasi yang berlebihan dan tidak berguna, yang tak mengikuti pengaruh jaringan sekitarnya. Proliferasi abnormal sel kanker akan menggangu fungsi jaringan normal dengan menginfiltrasi dan memasukinya dengan cara menyebarkan anak sebar ke organ-organ yang jauh. Di dalam sel tersebut telah terjadi perubahan secara biokimia terutama dalam intinya. Hampir semua tumor ganas tumbuh dari suatu sel yang mengalami transformasi maligna dan berubah menjadi sekelompok sel ganas di antara sel normal (Wijaya & Putri, 2013, hal. 78).

Kebanyakan benjolan jinak ada payudara berasal dari perubahan normal pada perkembangan payudara berasal dari perubahan normal pada perkembangan payudara, siklus hormonal, dan perubahan reproduksi. Terdapat 3 siklus kehidupan yang dapat menggambarkan perbedaan fase reproduksi ada kehidupan wanita yang berkaitan dengan perubahan yaitu: (Price & Wilson, 2015, hal. 110)

a. Pada fase reproduksi awal (15 – 25 tahun) terdapat pembentukan doktus dan stroma payudara. Pada periode ini umumnya dapat terjadi benjolan dan juvenil hipertrofi (perkembangan payudara berlebihan)
b. Pada reproduksi matang (25 – 40 tahun) perubahan hormonal mempengaruhi kelenjar dan stroma payudara.
c. Fase ketiga adalah involusi dari lobulus dan duktus yang terjadi sejak usia (33 – 55 tahun)

Bagan 2.1 Pathway Tumor Mamae



Sumber : Nurarif dan Kesuma, (2015)

4. Manisfestasi Klinis

Tanda ca mamame kini mempunyai ciri fisik yang khas, mirip pada tumor jinak, massa lunak, batas tegas, mobile, bentuk bulat dan elips. Gejala kanker payudara terkadang tidak terasa nyeri, adanya keluaran dari puting susu, puting eritemme, mengeras asimetik, inversi, gejala lain nyeri tulang, berat badan turun dapat sebagai petunjuk adanya mestase (Nurarif & Hardhi, 2015, hal. 98).

5. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan diagnostik pada tumor payudara meliputi: Biopsi, pembedahan hormonal, PET (Positron Emision Tomografi), Mammografi, Anggiorafi, MRI, *CT- Scan*, Foto rontgen (x-ray), *Blood Study*.

6. Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Wijaya & Putri, 2013, hal. 154)

a. Pemeriksaan laboratorium meliputi:
   1) Morfologi sel darah
   2) LED
   3) Test fal marker (CEA) dalam serum/plasma
   4) Pemeriksaan sitologis
b. Monografi

   Menemukan kanker insito yang kecil yang tidak dapat dideteksi dengan pemeriksaan fisik
c. SCAN (CT, MRI, Galfum, Ultra Sound)

   Untuk tujuan diagnostik, identifikasi metastatic, respon pengobatan
d. Biopsi

   Untuk diagnosis banding dan menggambarkan pengobatan.
   1) Biopsi ada 2 macam tindakan menggunkan jarum dan 2 macam tindakan pembedahan.
      a) Aspirasi biopsi (FNAB)

         Dengan aspirasi jarum halus, sifat massa dibedakan antar kistik atau padat.
      b) True cut/care biopsy

Dilakukan dengan perlengkapan stereotactic biopsy mamografi untuk memandu jarum pada massa.

2) Incisi biopsy
3) Eksisi biopsy

Hasil biopsi dapat digunakan selama 36 jam untuk dilakukan pemeriksaan histologik secara frozen section.

e. Tes skrining kimia : elektrolit, tes hepar, hitung sel darah.
f. Foto thoraks
g. USG

USG digunakan untuk membedakan kista (kantung berisi cairan) dengan benjolan padat.

h. Mammografi

Pada mammografi digunakan sinar X dosis rendah untuk menemukan daerah yang abnormal pada payudara.

i. Termografi

Pada termografi digunakan suhu untuk menemukan kelainan pada payudara.

j. SADARI (Pemeriksaan Payudara Sendiri)

Jika SADARI dilakukan secara rutin,seseorang wanita akan dapat menemukan benjolan pada stadium didni. Sebaiknya SADARI dilakukan pada waktu yang sama setiap bulan. Bagi wanita yang masih mengalami menstruasi, waktu yang digunakan untuk melakukan SADARI adalah 7-10 hari sesudah 1 hari menstruasi. Bagi wanita pasca menopause, SADARI bisa dilakukan kapan saja tetapi secara rutin dilakukan setiap bulan (misalnya setiap awal bulan) (Ns.Boby Febri Krisdianto, 2019, hal. 44).

7. Penatalaksanaan

   Ada beberapa tata laksana yaitu (Nugroho, 2018, hal. 233) :

   a. Eksisi lokal atau pengambilan benjolan dari payudara merupakan terapi utama. Hal ini dapat dilakukan dengan bius secara lokal.
   b. Apabila biopsi pada benjolan menunjukan hasil atipikal hiperlasia pada papiloma ini, maka risiko kanker payudara akanmeningkat dibandingkan dengan hasil penyakit proliferatif dengan atipia.
   c. Pada saat Fibroadeneoma 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 inflitratif membutuhkan mastektomi (pengambilan jaringan payudara)
   e. Mastektomi sebaiknya dihindari apabila memungkinkan. Apabila pemeriksaan patologi memeberikan hasil tumor filodes ganas, maka reeksisi komplit dari seluruh area harus dilakukan agar tidak ada sel keganasan yang tersisa.

8. Komplikasi

   Komplikasi yang sering terjadi nyeri, edema, trauma psikologis, perdarahan minor, dan reaksi vasovagal, relatif sering di temukan laporan. Kasus perdarahan pasca biopsi care, umumnya terjadi pada wanita dengan riwayat hipertensi atau payudara yang telah mendapatkan radiasi, sehingga pembuluh darahnya lebih *friable.* Penggunaan obat anti koagulan bukan kontraindikasi mutlak, namun *lateranta* merekomendasikan penggunaan obat anti koagulan dihentikan 2-5 hari sebelum biopsy. Harus dipertimbangkan antara risiko trombosis terhadap risiko hematoma pasca biopsi (Wibisan & Sobri, 2020, hal. 154).

B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Menurut Abraham Maslow kebutuhan dasar manusia digambarkan dalam piramida Hieraki Dasar Maslow pada gambar.

Gambar 2.2

Piramida Kebutuhan Dasar Manusia

Sumber : Mubaroq, (2008)

Pada kasus ini salah satu masalah yang di alami pasien Post Operasi Tumor mamae adalah kebutuhan keselamatan dan keamanan. Kebutuhan keamanan dan keselamatan dalam konteks secara fisiologis berhubungan dengan sesuatu yang mengancam tubuh seseorang dan kehidupannya. Ancaman bisa nyata atau imajinasi misalnya: penyakit nyeri, cemas, dan lain sebagainya (Mubaroq, 2008, hal. 135).

Kebutuhan rasa aman nyaman (*safety and security needs*) kebutuhan rasa aman nyaman dimaksud adalah aman dari segala aspek baik secara fisiologis maupun psikologis di mana kebutuhan ini meliputi:

1. Nyeri dan keamanan, nyeri merupakan perasaan yang tidak menyenangkan bagi sebagian orang. Nyeri seringkali dikaitkan dengan kerusakan pada tubuh yang merupakan peringatan terhadap adanya ancaman yang bersifat aktual maupun tensial. Kebutuhan terbebas dari rasa nyeri merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia menurut (Ruzzmesia, 2013, hal. 1)
2. 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 mana dapat menimbulkan suatu kerugian , sedangkan keamanan adalah keadaan yang aman dan tentram ((Tarwoto & Wartonah, 2015, hal. 146).
3. 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 kecemasaan.
4. Jenis Nyeri

   Berdasarkan proses terjadinya nyeri dibedakan menjadi :

   a. Nyeri nosiseptif

      Nyeri terjadi bila ada kerusakan pada jaringan tubuh seseorang dengan nyeri nosiseptif akan mengalami nyeri yang bersifat tajam, kadang terasa seperti ditusuk, dapat dirasakan sepanjang (konstan) atau hilang timbul.

   b. Nyeri neuropatik

      Nyeri yang terjaadi karena kerusakan saraf. Penderita pada umumnya mengeluhkan sensasi kesemutan, ditusuk-tusuk jarum, rasa terbakar, hinga rasa seperti kesetrum.

   c. Nyeri psikogenik

      Nyeri yang terjadi bila ada kondisi psikologis. Penderita pada umumnya menyebabkan kecemasaan, stress, hinga depresi
5. Cara pengukuran Nyeri

   Menurut skala nyeri 0-10 *(comprative pain scale)* dari 10 angka tersebut dapat di kelompokan yaitu: (Saputra, 2013, hal. 155).

a. Skala nyeri 0 (tidak merasa nyeri)
b. Skala nyeri 1-3 (nyeri sedang) nyeri masih dapat untuk ditahan dan tidak mengganggu pola aktivitas pasien.
c. Skala nyeri 4-6 (nyeri sedang) nyeri sedikit kuat sehingga dapat mengganggu pola aktivitas pasien.
d. Skala nyeri 7-10 (nyeri berat) nyeri yang sangat kuat sehingga memerlukan terapi medis dan tidak dapat melakukan aktivitaas secara mandiri.

6. Penatalaksanaan nyeri

Distraksi adalah memfokuskan perhatian pasien pada sesuatu selain pada nyeri seperti membicarakan kegemaraan pasien, teknik relaksasi seperti melakukan teknik napas dalam (Saputra, 2013, hal. 159).

a. Teknik nafas dalam atau relaksasi merupakan suatu tindakan yang membebaskan mental maupun fisik dari ketegangan dan stress sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri. Dengan tujuan mengatur frekuensi pola nafas, memperbaiki fungsi difragma, menurunkan kecemasaan dan meningkatkan relaksasi otot (Lusianah, Indaryani, & Suratun, 2012).
b. Langkah-langkah teknik relaksasi nafas dalam (Potter & Perry, 2021, hal. 1-4).
   1) Atur posisi pasien dengan posisi duduk di tempat tidur atau di kursi
   2) Letakan satu tangan pasien di atas perut dan tangan lainnya berada di dada
   3) Keluarkan nafas dengan perlaham-lahan
   4) Tarik nafas dalam melalui hidung secara perlahan selama 4 detik, jaga mulut tetap tertutup selama menarik nafas
   5) Tahan nafas selama 3 detik
   6) Hembuskan dan keluarkan nafas secara perlahan-lahana melalui mulut
   7) Lakukan berulang dalam 5 siklus selama 15 menit dengan periode istirahat 2 menit (1 siklus adalah 1 kali proses mulai dari tarik nafas, tahan dan hembuskan).

7. Konsep Luka

Luka dapat diartikan sebagai gangguan atau kerusakan integritas dan fungsi jaringan pada tubuh (Aminuddin, Sukmana, Nopriyanto, & Sholichin, 2020, hal. 19-24).

a. Klasifikasi Luka

1) Berdasarkan sifatnya:

a) Luka Akut

Luka akut adalah luka yang sembuh sesuai dengan periode waktu yang di harapkan. Luka akut dapat dikategorikan sebagai :

Luka akut pembedahan, contoh : insisi, eksisi dan skin graft

Luka akut bukan pembedahan, contoh : luka bakar

Luka akut akibat faktor lain, contoh : abrasi, laserasi, atau injuri pada lapisan kulit superfisial.

b) Luka Kronis

Luka kronis adalah luka yang proses penyembuhannya menggalami keterlambatan. Contoh : luka decubitus, luka diabetes, dan leg ulcer.

2) Berdasarkan Kehilangan Jaringan

a) Superfisial : luka hanya terbatas pada lapisan epidermis.

b) Parsial *(partial-thickness)* : luka meliputi laisan epidermis dan dermis.

c) Penuh *(full-thickness)* : luka meliputi eidermis, dermis dan jaringan subcutan bahan dapat juga melibatkan otot, tendon, dan tulang.

3) Berdasarkan Stadium

a) Stage I

Lapisan eidermis utuh, namun terdapat eritema atau perubahan warna.

b) Stage II

Kehilangan kulit superfisial dengan kerusakan lapisan epidermis dan dermis. Eritema di jaringan sekitar yang nyeri, panasa, dan edema. Exudate sedikit sampai sedang.

c) Stage III

Kehilangan jaringan sampai dengan jaringan sub cutan, dengan terbentuknya rongga (*cavity*), exudate sedang sampai banyak.

d) Stage IV

Hilangnya jaringan sub cutan dengan terbentuknya rongga (*cavity*) yang melibatkan otot, tendon dan tulang. Exudat sedang sampai banyak.

4) Berdasarkan mekanisme terjadinya.

a) Luka insisi *(incised wounds)*, terjadi karena teriris oleh instrumen yang tajam. Misal yang terjadi akibat pembedahan.

Luka bersih (aseptik) biasanya tertutup oleh sutura seterah seluruh pembuluh darah yang luka diikat (Ligasi)

b) Luka memar (*Contusion Wound*), terjadi akibat benturan oleh suatu tekanan dan dikarakteristikan oleh cedera pada jaringan lunak, perdarahan dan bengkak.

c) Luka lecet (*Abraded Wound*), terjadi akibat kulit bergesekan dengan benda lain yang biasanya dengan benda yang tidak tajam.

d) Luka tusuk *(Punctured Wound),* terjadi akibat adanya benda, seperti peluru atau pisau yang masuk kedalam kulit dengan diameter yang kecil.

e) Luka gores *(Lacerated Wound),* terjadi akibat benda yang tajam seperti oleh kaca atau oleh kawat.

f) Luka tembus *(Penetrating Wound),* yaitu luka yang menembus organ tubuh biasanya pada bagian awal luka masuk diameternya kecil tetapi pada bagian ujung biasanya lukanya akan melebar.

g) Luka bakar *(Combustion)*

C. Konsep Proses Keperawatan

Proses keperawatan adalah suatu metode pemberian asuhan keperawatan yang sistemastis dan rasional. Metode pemberian asuhan keperawatan yang terorganisir dan sistematis, berfokus pada respon yang unik pada individu terhadap masalah kesehatan yang aktual dan potensial (Suarni & Apriyani, 2017).

1. Pengkajian

   Pengkajian dalam keperawatan adalah tahap awal dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi mengenai data pasien. Pengkajian ini harus dilakukan dengan lengkap, akurat dan tepat sesuai dengan kenyataan. Dalam proses pengkajian keperawatan salah satunya ada pengumpulan data. Pengumpulan data ini bisa dilakuikan dengan mengguakan metode: observasi, wawancara, dan pemeriksaan (Jannah, 2019, hal. 12).

   Adapun pengkajian pada pasien post operasi tumor mamae (Triyanti & Weningsih, 2018, hal. 47)

   a. Pengumpulan Data

      1) Identitas Pasien

         Meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, status perkawinan, suku bangsa, nomor register, tanggal masuk RS, dan diagnosa medis.

      2) Identitas Penangung Jawab

         Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, hubungan keluarga dengan pasien dan alamat.

   b. Riwayat Kesehatan

      1) Keluhan utama saat masuk rumah sakit

         Merupakan alasan pasien masuk rumah sakit yang mengalami *fibroadenoma mamae* (FAM). Biasanya keluhan yang paling menonjol adalah nyeri pada bagian payudara.

2) Keluhan utama saat dikaji

Pasien dengan *fibroadenoma mamae* (FAM) mempunyai keluhan utama nyeri pada saat pertama kali dilakukan pengkajian, hal ini dikarenakan terputusnya kontinuitas jaringan, maka sangat dianjurkan menggunakan analisa simptom PQRST, yaitu :

P : *ProvokingIncident* atau penyebab nyeri bertambah maupun berkurang. Pada fibroadenoma (FAM) nyeri bertambah saat pasien bergerak dan kurang dalam istirahat.

Q : *Qualitatif* adalah seperti apa keluhan yang dirasakan oleh pasien dan bagaimana nyeri yang dirasakan.

R : *Region* menunjukan di mana saja gejala nyeri dirasakan timbul. Nyeri ada tumor mamae biasanya terjadi di daerah luka operasi yaitu di payudara.

S: *Severity of scale* adalah skala nyeri yang dirasakan.

T : *Time* adalah waktu terjadi keluhan nyeri yang dirasakan, apakah nyeri tesebut hilang timbul ataukah terus-menerus atau pada waktu tertentu.

3) Riwayat Kesehatan dahulu

Biasanya penyakit yang diderita pasien yang berhubungan dengan penyakit saat ini atau penyakit yang mungkin dipengaruhi atau memengaruhi penyakit yang diderita saat ini.

4) Riwayat kesehataan keluarga

Dari genogram keluarga biasanya salah satu atau lebih dari anggota keluarga biasanya mengalami penyakit yang sama.

5) Riwayat psikososial

Informasi mengenai prilaku pasien, perasaan dan emosi yang dialami penderita sehubungan dengan penyakitnya.

6) Pola aktivitas sehari- hari

Pada pasien fibroadenoma mamae (FAM) mengalami tidak cukupnya energi fisiologi untuk menyelesaikan aktivitas harian yang diinginkan, apakah pasien merasa istirahat cukup bila nyeri timbul (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2016, hal. 155).

c. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik pada pasien tumor mamae adalah sebagai berikut :

1) Kesadaran Umum

Kesadaran dapat berupa compos mentis sampai koma tergantung beratnya penyakit yang dirasakan oleh pasien. Pada penderita tumor mamae biasanya memiliki kesadaran penuh dan jarang terjadi untuk kehilangan kesadaran tetapi terkadang diiringi dengan kelelahan yang dirasakan secara terus-menerus disertai lemas.

2) Sistem pernapasan

Terdapat perubahan pola pernapasan yang dialami oleh pasien dengan penyakit tumor mamae karena adanya penekanan pada dinding dada dikarenakan terdapat pertumbuhan massa tumor selain itu pola napas bisa berubah akibat nyeri sebelum pembedahan maupun akut setelah dilakukan pembedahan.

3) Sistem kardiovaskuler

Ada pasien ini tekanan darah dan nadi menurun, bisa juga meningkat pada saat pasien mengeluh nyeri.

4) Sistem pencernaan

Kemungkinan adanya mual dan muntah bisa terjadi akibat kelemahan dan rasa nyeri yang timbul.

5) Sistem perkemihan

Tumor mamae (FAM) tidak mempengaruhi sistem perkemihan dikarenakan tidak ada kaitan langsung antara pertumbuhan sel tumor dan sistem perkemihan.

6) Sistem persarafan

Pada umumnya sistem persarafan tidak terdapat kelainan, keadaan umum baik dan kesadaran compos mentis.

7) Sistem muskuloskletal

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

8) Sistem penglihatan

Diperiksa kesimetrisaan kedua mata, reflek pupil terhadap cahaya positif atau tidak, kaji lapang pandang dan ketajaman penglihatan.

9) Sistem pendengaran

Melihata kesimetrisaan telinga, keadaan telinga, ada tidaknya lesi, ada tidaknya nyeri tekan dan uji pendengaran.

10) Sistem integumen

Kaji warna kulit biasanya pada pasien post operasi tumor mamae ditemukan warna kulit kemerahan, keadaan rambut, tekstur rambut, kulit kepala bersih atau tidak. Kaji kelembapan kulit dan turgor kulit. Biasanya ditemukan adanya luka sayatan pada mamae.

11) Sistem reproduksi

Dikaji adakah terdapat benjolan di mamaae atau tidak, apakah ada perubahan kesimetrisan pada mamae dan riwayat menopause lambat.

12) Sistem endokrin

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

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons pasien individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2016).

Diagnosa keperawatan berdasarkan Dongoes, (1999) yang muncul pada pasien post operatif antara lain:

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fisik (prosedur operasi) dengan batasan karakteristik sikap melindungi area nyeri, perubahan posisi untuk menghindari nyeri, sikap tubuh melindungi, melaporkan nyeri secara verbal, fokus pada diri sendiri, gangguan tidur.
b. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan prosedur pembedahan dengan batasan karakteristik kerusakan jaringan

misalnya: membran mukosa, integument atau sub kutan dan kerusakan jaringan.

c. Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur ditandai dengan pasien mengatakan sulit tidur, tidur hanya 5-6 jam di malam hari saja, mudah terjaga tidak puas akan tidurnya, pasien tampak lemas, dan lesu.

d. Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif (pembedahan) dengan batasan karakteristik: pasien bebas dari tanda dan gejala infeksi, menunjukkan perilaku hidup sehat

3. Rencana Keperawatan

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

Setelah ditegakan diagnosa keperawatan (Dongoes, 1999) yang muncul pada post operasi ada 4 diagnosa yang akan dijelasakan sebagai berikut

Tabel 2.1

Rencana Asuhan Keperawatan Tumor Payudara

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1	*2*	*3*	*4*
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fisik (prosedur operasi)	Tingkat Nyeri (L 08066) dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Tidak meringis 3. Frekuensi nadi membaik 4. Tekanan darah membaik 5. Pola napas membaiik	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri

1	*2*	*3*	*4*
			1. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 2. Identifikasi keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 3. Monitor efek samping penggunaan analgetik Teraupetik 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri mis: teknik napas dalam 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 3. Fasilitasi istirahat tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meringankan nyeri Edukasi 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunajan analgetik secara tepat Kolaborasi Kolaborasi pemberian analgetik.
2.	Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan prosedur pembedahan	Integritas kulit dan jaringan (L.14125) dengan kriteria hasil : 1. Kerusakan jaringan menurun 2. Kerusakan lapisan kulit menurun 3. Nyeri menurun 4. Kemerahan menurun	Perawatan Luka (I.14564) Observasi 1. Monitor karakteristik luka, termasuk drainase, warna, ukuran dan bau. 2. Monitor tanda-tanda infeksi Teraupetik 1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 2. Cukur rambut disekitar luka, jika perlu 3. Bersihkan dengan

1	*2*	*3*	*4*
			cairan NaCl atau pembersih non toksik, sesuai kebutuhan 4. Bersihkan jaringan nekrotik 5. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu 6. Pasang balutan sesuai jenis luka 7. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 8. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase 9. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien 10. Berikan diet kalori 30-35 kkal/kgBB/hari dan protein 1,25-1,5 g/kgBB/hari 11. Berikan suplemen vitamin dan mineral 12. Berikan terapi TENS Edukasi 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 3. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian antibiotik 2. Kolaborasi prosedur debridement
3.	Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan efek samping terapi	Citra tubuh (L.09067) dengan kriteria hasil : 1. Verbalisasi kekhawatiran pada penolakan/reaks orang menurun 2. Verbalisasi kecacatan bagian tubuh membaik 3. Verbalisasi perasaan negatif tentang perubahan tubuh menurun	Promosi citra tubuh (I.09305) Observasi 1. Identifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan 2. Identifikasi budaya, agama, jenis kelamin, dan umur terkait citra tubuh 3. Identifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi

1	*2*	*3*	*4*
		4. Respon non verbal pada perubahan tubuh membaik	sosial 4. Monitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri 5. Monitor apakah pasien bisa melihat bagian tubuh yang berubah Teraupetik 1. Diskusikan perubahan tubuh dan fungsinya 2. Diskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri 3. Diskusikan perubahan akibat pubertas, kehamilan dan penuaan 4. Diskusikan kondisi stres yang mempengaruhi citra tubuh (mis: luka, penyakit, pembedahan) 5. Diskusikan persepsi pasien dan keluarga tentang perubahan citra tubuh Edukasi 1. Jelaskan kepada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh 2. Anjurkan menggungkapkan gambaran diri terhadap citra tubuh 3. Jelaskan kepada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh 4. Anjurkan menggungkapkan gambaran diri terhadap citra tubuh 5. Anjurkan menggunakan alat bantu (mis. Pakaian, wig, kosmetik) 6. Anjurkan mengikuti kelompok pendukung (mis. Kelompok sebaya) 7. Latih fungsi tubuh yang dimiliki 8. Latih peningkatan penampilan diri (mis.berdandan)

1	*2*	*3*	*4*
			9. Latih pengungkapan kemampuan diri keadaorang lain maupun kelompok
4.	Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif	Kontrol risiko (L. 14128) dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan mencari informasi tentang faktor risiko 2. Kemampuan mengidentifikasi faktor risiko 3. Kemampuan melakukan strategi kontrol risiko	Pencegahan infeksi (I. 14539) Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Teraupetik 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Berikan perawatan kulit pada area edema 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko infeksi Edukasi 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Mengajarkan mencuci tanagn dengan benar 3. Ajarkan etika batuk 4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka bekas operasi 5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 6. Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi 7. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu

4. Implementasi Keperawatan

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

5. Evaluasi

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