

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Perioperatif

1. Konsep Perioperatif

Pembedahan merupakan pengalaman untuk perubahan terencana pada tubuh dan terdiri dari tiga fase yaitu pre-operatif, intra-operatif, dan pasca-operatif. Tiga fase ini bersamaan disebut periode perioperatif (Kozier, 2011). Tiga fase dalam periode perioperatif, yaitu:

a. Fase pre-operatif

Dimulai saat keputusan untuk melakukan pembedahan dibuat dan berakhir ketika klien dipindahkan ke meja operatif. Aktivitas keperawatan yang termasuk dalam fase ini antara lain mengkaji klien, mengidentifikasi masalah keperawatan yang potensial atau aktual, merencanakan asuhan keperawatan berdasarkan kebutuhan individu, dan memberikan penyuluhan pre-operatif untuk klien dan orang terdekat klien.

Fase ini lingkup aktivitas keperawatan selama waktu tersebut dapat mencakup penetapan pengkajian dasar pasien di tatanan klinik ataupun rumah, wawancara pre-operatif dan menyiapkan pasien untuk anestesi yang diberikan pada saat pembedahan. Kegiatan keperawatan yang dilakukan pada pasien yaitu (HIPGABI, 2014):

1) Rumah Sakit

Melakukan pengkajian preoperatif awal, merencanakan metode penyuluhan yang sesuai dengan kebutuhan pasien, melibatkan keluarga dalam wawancara, memastikan kelengkapan pre-operatif, mengkaji kebutuhan pasien terhadap transportasi dan perawatan pasca operatif

2) Persiapan Pasien di Unit Perawatan

Persiapan fisik, status kesehatan fisik secara umum, status nutrisi, keseimbangan cairan dan elektrolit, kebersihan lambung dan kolon, pencukuran daerah operatif, *personal hygiene*, pengosongan kandung kemih, latihan pre-operatif.

3) Faktor Resiko Terhadap Pembedahan

Faktor resiko terhadap pembedahan antara lain: Usia, nutrisi, penyakit kronis, ketidaksempurnaan respon *neuroendokrin*, merokok, alkohol dan obat-obatan.

4) Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dari tindakan pembedahan. Pemeriksaan penunjang yang dimaksud adalah berbagai pemeriksaan radiologi, laboratorium, maupun pemeriksaan lain seperti Electrocardiogram (ECG)

5) Pemeriksaan Status Anastesi

Pemeriksaan status fisik untuk dilakukan pembiusan dilakukan untuk keselamatan pasien selama pembedahan. Pemeriksaan ini dilakukan karena obat dan teknik anastesi pada umumnya akan mengganggu fungsi pernafasan, peredaran darah dan sistem saraf.

6) Informed consent

Aspek hukum dan tanggung jawab dan tanggung gugat, setiap pasien yang akan menjalani tindakan medis, wajib menuliskan surat pernyataan persetujuan dilakukan tindakan medis (pembedahan dan anastesi)

7) Pemeriksaan Mental/Psikis

Tindakan pembedahan merupakan ancaman potensial maupun aktual ada integritas seseorang yang akan membangkitkan reaksi stress fisiologis maupun psikologis.

b. Fase Intraoperatif

Dimulai saat klien dipindahkan ke meja operatif dan berakhir ketika klien masuk ke unit perawatan pasca anastesi (PACU, *post anesthesia, care unit*), yang juga disebut ruang pasca anastesi atau ruang pemulihan. aktivitas keperawatan yang termasuk dalam fase ini antara lain berbagai prosedur khusus yang dirancang untuk

menciptakan dan mempertahankan lingkungan terapeutik yang aman untuk klien dan tenaga kesehatan.

1) Persiapan Pasien di Meja Operatif

Persiapan di ruang serah terima diantaranya adalah prosedur administrasi, persiapan anastesi dan kemudian prosedur *drapping*.

2) Prinsip-Prinsip Umum

Prinsip aseptis ruangan antisepsis dan aseptis adalah suatu usaha untuk agar dicapainya keadaan yang memungkinkan terdapatnya kuman-kuman patogen dapat dikurangi atau ditiadakan. Cakupan tindakan antisepsis adalah selain alat-alat bedah, seluruh sarana kamar operatif, alat-alat yang dipakai personel operatif (sandal, celana, baju, masker, topi, dan lain-lainnya) dan juga cara membersihkan/melakukan desinfeksi dari kulit atau tangan (HIPGABI, 2014)

3) Fungsi Keperawatan Intra Operatif

Perawat sirkulasi berperan mengatur ruang operatif dan melindungi keselamatan dan kebutuhan pasien dengan memantau aktivitas anggota tim bedah dan memeriksa kondisi di dalam ruang operatif. Tanggung jawab utamanya meliputi memastikan kebersihana, suhu sesuai, kelembapan, pencahayaan, menjaga peralatan tetap berfungsi dan ketersediaan berbagai material yang dibutuhkan sebelum, selama, dan sesudah operatif (HIPKABI, 2014).

4) Aktivitas keperawatan secara umum

Aktivitas keperawatan yang dilakukan selama tahap intra operatif meliputi *safety management*, monitor fisiologis, monitor psikologis, pengaturan dan koordinasi *Nursing Care*.

Menurut (Majid et al., 2011) anggota tim asuhan pasienintra operatif biasanya di bagi dalam dua bagian yaitu :

- a) Anggota steril, terdiri dari: ahli bedah utama/operator,

asisten ahli bedah, *Scrub Nurse*/Perawat Instrumen.

- b) Anggota tim yang tidak steril, terdiri dari: ahli atau pelaksana anaestesi, perawat sirkulasi dan anggota lain (operator alat, ahli patologi, dan lainnya).

Pembagian tugas tim operatif antara lain:

- a) Perawat steril :
 - (1) Mempersiapkan pengadaan alat dan bahan yang diperlukan untuk operatif.
 - (2) Membantu ahli bedah dan asisten bedah saat prosedur bedah berlangsung.
 - (3) Membantu persiapan pelaksanaan alat yang dibutuhkan seperti jarum, pisau, kassa dan instrumen yang dibutuhkan untuk operatif.
- b) Perawat sirkuler :
 - (1) Mengkaji, merencanakan, mengimplementasikan dan mengevaluasi aktivitas keperawatan yang dapat memenuhi kebutuhan pasien.
 - (2) Mempertahankan lingkungan yang aman dan nyaman.
 - (3) Menyiapkan bantuan kepada tiap anggota tim menurut kebutuhan.
 - (4) Memelihara komunikasi antar anggota tim di ruang bedah.
 - (5) Membantu mengatasi masalah yang terjadi.

- c) Fase Pascaoperatif

Dimulai saat klien masuk ke ruang pasca anestesi dan berakhir ketika luka telah benar-benar sembuh. Selama fase pasca operatif, tindakan keperawatan antara lain mengkaji respons klien (fisiologik dan psikologik) terhadap pembedahan, melakukan intervensi untuk memfasilitasi proses penyembuhan dan memberikan dukungan kepada klien dan orang terdekat, dan merencanakan perawatan di rumah.

Dalam kondisi ini, tiga fase periode perioperatif dipersingkat dan fase pasca operatif dilanjutkan di rumah. Peran perawat dalam melakukan pengkajian, penyuluhan, dan tindakan lanjut penting untuk keberhasilan tujuan perawatan klien yang menerima tindakan bedahrawat jalan (Kozier, 2011).

B. Tinjauan Konsep Asuhan Keperawatan

Keperawatan perioperatif merupakan proses keperawatan untuk mengembangkan rencana asuhan secara individual dan mengkoordinasikan serta memberikan asuhan pada pasien yang mengalami pembedahan atau prosedur invasif (AORN, 2015). Keperawatan perioperatif tidak lepas dari salah satu ilmu medis yaitu ilmu bedah. Dengan demikian, ilmu bedah yang semakin berkembang akan memberikan implikasi pada perkembangan keperawatan perioperatif (Mutaqqin et al., 2011). Penatalaksanaan pada asuhan keperawatan pada kasus *Gynecomastia*, yaitu:

1. Pre Operatif

a. Pengkajian

Pengkajian keperawatan difokuskan pada area yang bermasalah. Pengkajian psikologis dilakukan untuk menilai tingkat kecemasan pre-operatif disebabkan oleh ketidaktahuan pada pembedahan dan rasa takut terhadap prosedur pembedahan. Berbagai dampak psikologis yang muncul akibat kecemasan pre-operatif seperti marah, menolak, atau apatis terhadap kegiatan keperawatan. Kecemasan juga dapat menimbulkan perubahan secara fisik maupun psikologis yang akhirnya mengaktifkan saraf otonom simpatis sehingga meningkatkan denyut jantung, peningkatan tekanan darah, peningkatan frekuensi napas, dan secara umum dapat mengurangi energi pada pasien. Berdasarkan konsep psikoneuroimunologi, kecemasan merupakan stresor yang dapat menurunkan sistem imunitas tubuh (Mutaqqin et al., 2011).

Rentang respon kecemasan menurut Stuart dan Sandra J.Sundeen, (2005), yaitu:



Gambar 2. 1 Rentang Kecemasan

Pada ansietas ringan dan sedang, individu dapat memproses informasi, belajar, dan menyelesaikan masalah. Pada kenyataannya, tingkat ansietas ini memotivasi pembelajaran dan perubahan perilaku. Ketika individu mengalami ansietas berat dan panik, keterampilan bertahan yang lebih sederhana mengambil alih, proses defensif terjadi, dan keterampilan kognitif menurun secara signifikan. Individu yang mengalami ansietas berat akan sulit berfikir dan melakukan pertimbangan, otot-ototnya menjadi tegang, tanda-tanda vital meningkat, dan memperlihatkan kegelisahan, kemarahan dan iritabilitas (Videbeck & Sheila, 2008).

1) **Identitas Klien**

Menurut (Padila, 2012), identitas klien meliputi nama, jenis kelamin, umur, alamat, agama, bahasa yang dipakai, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, asuransi, golongan darah, nomer register, tanggal masuk rumah sakit, diagnosis medis.

2) **Keluhan Utama**

Menurut penelitian Ayly Soekanto (2017) keluhan utama yang dirasakan oleh penderita tumor regio adalah keluhan nyeri yang dirasakan didaerah yang bermasalah, terdapat pembengkakan di daerah yang bermasalah, benjolan yang semakin lama semakin tampak. Adanya nyeri menunjukkan

tanda ekspansi tumor yang cepat ke jaringan sekitarnya. Untuk memperoleh pengkajian tentang nyeri pada pasien dapat menggunakan metode PQRST, yaitu:

- a) *Provoking Incident*: Hal yang menjadi faktor presipitasi nyeri
- b) *Quality of Pain*: Nyeri yang dirasakan atau digambarkan oleh pasien
- c) *Region, Radiation, Relief*: Nyeri dapat menjalar atau menyebar
- d) *Scale of Pain*: Nyeri yang dirasakan pasien secara subyektif pada rentang skala nyeri 1-10
- e) *Time*: Berapa lama nyeri berlangsung, kapan, apakah bertambah buruk atau tidak.

3) Riwayat Kesehatan

- a) Riwayat penyakit sekarang: pengumpulan data yang dilakukan sejak keluhan muncul dan secara umum mencakup gejala dan bagaimana gejala tersebut berkembang. Pasien mengeluhkan adanya suatu pembengkakan/benjolan. Benjolan ini dapat timbul secara perlahan-lahan dalam jangka waktu yang lama.
- b) Riwayat penyakit dahulu: ditemukannya kemungkinan penyebab tumor. Adanya riwayat jatuh, riwayat infeksi kelenjar linfe, faktor kebiasaan kurang baik, seperti: merokok, makan-makanan siap saji, terpapar sinar radiasi, terapi yang dijalani sebelumnya, pengetahuan mengenai penyakit tersebut, aktivitas yang dilakukan sehari-hari.
- c) Riwayat penyakit keluarga: kaji apakah keluarga dari generasi terdahulu yang mengalami keluhan yang sama dengan pasien, kaji apakah keluarga pasien ada yang mempunyai timbulnya pembengkakan/benjolan di seluruh tubuh, kaji respon keluarga terhadap penyakit yang di derita pasien.

4) Riwayat Alergi

Perawat perlu mewaspadaai adanya alergi terhadap berbagai obat yang mungkin diberikan selama fase intraoperatif maka dari itu saat klien masuk ke ruang rawat inap dilakukan terlebih dahulu pengecekan alergi terhadap obat.

5) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik merupakan proses pemeriksaan fisik dengan menggunakan metode *head to toe* yaitu dari ujung rambut hingga ujung kaki untuk menemukan tanda-tanda klinis atau kelainan pada suatu sistem. Pemeriksaan fisik dapat dilakukan dengan teknik inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi:

Keadaan umum berupa keadaan kesadaran pasien, apakah pasien dalam keadaan sadar, apatis, somnolen, sopor atau koma. Pemeriksaan tanda-tanda vital untuk mendapatkan data objektif dari keadaan pasien, pemeriksaan ini meliputi tekanan darah, suhu, respirasi, dan jumlah denyut nadi.

Pada pemeriksaan pertama di mulai dari kepala sampai leher meliputi pemeriksaan bentuk kepala, penyebaran rambut, warna rambut, struktur wajah, warna kulit, kelengkapan dan kesimetrisan mata, kelopak mata, kornea mata, konjungtiva dan sklera, pupil dan iris, ketajaman penglihatan, lapang pandang penglihatan, keadaan lubang hidung, kesimetrisan septum nasal, ukuran telinga kanan dan kiri, ketajaman pendengaran, keadaan bibir, keadaan gusi dan gigi, keadaan lidah, keadaan palatum dan orofaring, posisi trakea, apakah ada tiroid, kelenjar limfe, apakah ada penonjolan vena jugularis, dan cek denyut nadi karotis.

Pada payudara meliputi inspeksi biasanya terjadi perubahan pigmentasi kulit seperti kemerahan, papilla mammae tertarik kedalam, hiperpigmentasi aerola mammae.

Pada pemeriksaan dada atau torak meliputi inspeksi (bentuk payudara simetris atau tidak, apakah terlihat membesar menggunakan otot

bantu pernafasan dan lihat bagaimana pola nafas), plapasi (penilaian vokal premitus), perkusi (melakukan perkusi di semua lapang paru), auskultasi (penilaian suara nafas, suara ucapan suara).

Pada pemeriksaan dada atau torak meliputi inspeksi (bentuk payudara simetris atau tidak, apakah terlihat mempergunakan otot bantu pernafasan dan lihat bagaimana pola nafas), plapasi (penilaian vokal premitus), perkusi (melakukan perkusi di semua lapang paru), auskultasi (penilaian suara nafas, suara ucapan suara)

Pemeriksaan abdomen meliputi inspeksi (melihat bentuk abdomen, ada atau tidak benjolan, ada atau tidak bayangan pembuluh darah), auskultasi (bising usus dengan hasil yang normal 5-35x/menit), palpasi (teraba ada atau tidak massa, ada atau tidak pembesaran limfe dan line serta ada atau tidak nyeri tekan) dan perkusi (penilaian suara abdomen suara normalnya berupa timpani dan jika abdomen terlihat membesar lakukan pemeriksaan *shifting dullnes*).

Pemeriksaan genetalia dan perkemihan meliputi pemeriksaan bagian-bagian genetalia apakah ada kelainan atau tidak, kebersihan genetalia, kemampuan berkemih, intake dan output cairan serta menghitung balance cairan.

Pemeriksaan muskuloskeletal meliputi pemeriksaan kekuatan otot, kelainan pada tulang belakang, dan kelainan pada ekstremitas.

Pemeriksaan integumen meliputi kebersihan kulit, warna kulit, kelembaban, turgor kulit, apakah ada lesi dan apakah ada penyakit kulit serta berapa hasil penilaian resiko dekubitus.

Sistem persyafan meliputi pemeriksaan *glasgow coma scale and score* (GCS) cantumkan hasil pemeriksaan hasil *eye, verbal, dan best motor*, pemeriksaan ingatan memory, cara berkomunikasi, kognitif, orientasi (tempat,waktu,orang), saraf

sensori (nyeri tusuk, suhu, dan setatuhan), pemeriksaan syaraf otak (NI-NXII), fungsi motorik dan sensorik, serta pemeriksaan ferleks fisiologis.

6) Fase Pre Operasi

a) Premedikasi

Merupakan pemberian obat-obatan sebelum anestesi, kondisi yang diharapkan oleh anesthesiologis adalah pasien dalam kondisi tenang, hemodinamik stabil, post anestesi baik, anestesi lancar. Diberikan pada malam sebelum operasi dan 1-2 jam sebelum anestesi.

b) Tindakan Umum

- (1) Memeriksa catatan pasien dan program pre operasi
- (2) Pasien dijadwalkan untuk berpuasa kurang lebih selama 8 jam sebelum dilakukan pembedahan
- (3) Memastikan pasien sudah menandatangani surat persetujuan pembedah.
- (4) Memeriksa riwayat medis untuk mengetahui obat-obatan, pernafasan dan jantung
- (5) Memeriksa hasil catatan medis pasien seperti hasil laboratorium
- (6) Memastikan pasien tidak memiliki alergi obat

c) Sesaat Sebelum Operasi

- (1) Memeriksa tanda-tanda vital meliputi suhu, nadi, pernafasan dan tekanan darah dan mengecek identitas pasien
- (2) Mengkaji kondisi psikologis, meliputi perasaan takut atau cemas dan keadaan emosi pasien dan melakukan pemeriksaan fisik
- (3) Menyediakan stok darah pasien pada saat persiapan untuk pembedahan
- (4) Pasien melepaskan semua pakaian sebelum menjalani pembedahan dan pasien menggunakan baju operasi

(5) Membantu pasien berkemih sebelum pergi ke ruang operasi

b. Diagnosa keperawatan dala Diagnosa Keperawatan Indonesia (PPNI, 2018)

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D,0077)
- 2) Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (D.0080)

c. Intervensi Keperawatan dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI, 2018)

a. Diagnosa Pre Operatif

1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)

a) Definisi : 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 tiga bulan (SDKI, 2017)

b) Gejala dan tanda mayor:

Data Subjektif :

(1) Mengeluh nyeri

Data Objektif :

(1) Tampak meringis

(2) Bersikap protektif (mis, waspada posisi menghindari nyeri)

(3) Gelisah

(4) Frekuensi nadi meningkat

(5) Sulit tidur

c) Rencana Keperawatan

Manajemen Nyeri (I.08238)

Observasi

(1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri

(2) Identifikasi skala nyeri

- (3) Identifikasi respons nyeri non verbal
- (4) Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri

Terapeutik

- (1) Berikan teknik nonfarmakologis (misal: terapi music, terapi pijat)
- (2) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- (3) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- (4) Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri

Edukasi

- (1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- (2) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- (3) Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri

Kolaborasi

- (4) Kolaborasi pemberian analgetik, *jika perlu*

b) Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (D.0080)

- a) Definisi : kondisi emosi dan pengalaman subjektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu yang melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman (SDKI, 2017)

b) Data dan tanda mayor :

Data subyektif :

- (1) Merasa bingung
- (2) Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi
- (3) Sulit berkonsentrasi

Data Obyektif :

- (1) Tampak gelisah
- (2) Tampak tegang
- (3) Sulit tidur

c) Rencana Keperawatan:

- (1) Memonitor tanda-tanda ansietas
- (2) Menciptakan suasana terapeutik untuk membutuhkan kepercayaan
- (3) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
- (4) Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami
- (5) Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan (relaksasi nafas dalam)

d. Evaluasi keperawatan dalam Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI, 2018)

1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Tujuan keperawatan menurut SLKI (PPNI, 2018) :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil :

- (1)Keluhan nyeri menurun (5)
- (2)Meringis, sikap protektif dan gelisah menurun (5)
- (3)Diaforesis menurun (5)
- (4) Frekuensi nadi, pola napas dan tekanan darah membaik (5)

2) Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (D.0080)

Tujuan asuhan keperawatan menurut SLKI (PPNI, 2018) :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan Ansietas dapat terkontrol, dengan kriteria hasil :

- (1) Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi cukup menurun (5)
- (2) Perilaku tegang dan gelisah cukup menurun (5)
- (3) Frekuensi pernapasan, nadi, dan tekanan darah cukup menurun (5)

2) Intra Operasi

a. Pengkajian

- a) Pengkajian status psikologis, apabila pasien di anestesi lokal dan pasien dalam keadaan sadar maka sebaiknya perawat menjelaskan prosedur yang sedang di lakukan terhadapnya dan memberi dukungan agar pasien tidak cemas atau takut menghadapi operasi
- b) Mengkaji tanda-tanda vital bila terjadi ketidaknormalan maka perawat harus memberitahukan ketidaknormalan tersebut pada ahli bedah
- c) Transfusi dan infuse, monitor cairan sudah habis atau belum (Rosdahl & Kowalski, 2017).

b. Diagnosa keperawatan dala Diagnosa Keperawatan Indonesia (PPNI, 2018)

- 1) Resiko hipotermia berhubungan dengan terpapar suhu lingkungan rendah (D.0140)
- 2) Risiko Aspirasi dibuktikan dengan efek agen farmakologis pemberian anastesi general. (D.0006)

c. Intervensi Keperawatan dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SLKI, 2018)

- 1) Risiko hipotermia perioperatif berhubungan dengan tindakan pembedahan (D.0141)
 - a) Definisi: beresiko mengalami penurunan suhu tubuh di 36°C secara tiba-tiba yang terjadi satu jam sebelum pembedahan hingga 24 jam setelah pembedahan.
 - b) Faktor Risiko
 - (1)Prosedur pembedahan
 - (2)Suhu lingkungan rendah
 - c) Rencana Keperawatan :
Manajemen hipotermia (I.15506)
Observasi
 - (1) Monitor suhu tubuh

(2) Monitor tanda-tanda vital

Terapeutik

(1) Monitor suhu lingkungan

(2) Gunakan warna blanket

Kolaborasi

(1) Lakukan penghangatan aktif internal (infus cairan hangat, oksigen hangat, lavase peritoneal dengan cairan hangat)

2) Risiko Aspirasi dibuktikan dengan efek agen farmakologis (pemberian sedasi).(D.0006)

a) Definisi

Berisiko mengalami masuknya sekresi gastrointestinal, sekresi orofaring, benda cair atau padat kedalam saluran trakeobronkhial akibat disfungsi mekanisme protektif saluran napas (SDKI, 2017).

b) Tanda dan Gejala mayor:

Data Subjektif: -

Data Objektif:

(1) Pernapasan dibantu

(2) Terpasang OPA

(3) Terdapat sekret yang tertahan

c) Rencana Keperawatan

Manajemen Sedasi (I.08239)

Observasi

(1) Identifikasi riwayat dan indikasi penggunaan sedasi

(2) Periksa alergi terhadap sedasi

(3) Monitor tingkat kesadaran

(4) Monitor tanda-tanda vital pasien

(5) Monitor saturasi oksigen pasien

Terapeutik

(1) Berikan *inform consent*

Edukasi

- (1) Jelaskan tujuan dan prosedur pemberian sedasi
- (2) Jelaskan efek samping sedasi

Kolaborasi

- (1) Kolaborasi penentuan jenis dan metode sedasi

d. Evaluasi keperawatan dalam Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI, 2018)

- 1) Risiko hipotermia berhubungan dengan terpapar suhu lingkungan rendah (D.0140)

Tujuan asuhan keperawatan menurut SLKI (PPNI, 2018) :

Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan hipotermia tidak terjadi (L.14134) dengan kriteria hasil :

- (1) Suhu tubuh pasien normal (5)
- (2) Pasien tidak menggigil (5)

- 2) Risiko Aspirasi dibuktikan dengan efek agen farmakologis (pemberian sedasi). (D.0006)

Tujuan asuhan keperawatan menurut SLKI (PPNI, 2018):

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat aspirasi menurun (L.01006), dengan kriteria hasil :

- a) Tingkat kesadaran (5)
- b) Kemampuan menelan (5)
- c) Dispnea (5)
- d) Kelemahan otot (5)
- e) Akumulasi sekret (5)

3. Post Operasi

a. Pengkajian

- 1) Setelah di lakukan pembedahan pasien akan masuk ke ruang pemulihan untuk memantau tanda-tanda vitalnya sampai ia pulih dari anestesi dan bersih secara medis untuk meninggalkan ruangan operasi. Di lakukan pemantauan spesifik termasuk ABC yaitu airway, breathing, circulation. Tindakan di lakukan untuk upaya pencegahan post operasi,

ditakutkan ada tanda-tanda syok seperti hipotensi, takikardi, gelisah, susah bernafas, sianosis, SPO2 rendah.

- 2) Latihan tungkai (ROM)
- 3) Kenyamanan, meliputi : terdapat nyeri, mual dan muntah
- 4) Balutan, meliputi : keadaan drain
- 5) Perawatan, meliputi : cairan infus, kecepatan, jumlah cairan, kelancaran cairan.
- 6) Nyeri, meliputi : waktu, tempat, frekuensi, kualitas.

b. Diagnosa keperawatan dala Diagnosa Keperawatan Indonesia (PPNI, 2018)

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur pembedahan) (D.0077)
2. Resiko hipotermia berhubungan dengan prosedur pembedahan (D.0140)
3. Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0111)

c. Intervensi Keperawatan dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SLKI, 2018)

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur pembedahan) (D.0077)

- 1) Defisini : pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onsets mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari tiga bulan (SDKI, 2017)
- 2) Gejala dan tanda mayor :
Data Subyektif
 - a. Mengeluh nyeriData obyektif
 - (a) Tampak meringis
 - (b) Bersikap protektif (mis. Waspada posisi menghindari nyeri)
 - (c) Gelisah

(d) Frekuensi nadi meningkat

(e) Sulit tidur

3) Rencana keperawatan :

Managemen nyeri (I.08238)\

Observasi

(a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri

(b) Identifikasi skala nyeri

(c) Identifikasi respons nyeri non verbal

(d) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

Terapeutik

(a) Berikan teknik nonfarmakologis (misal: terapi musik, terapi pijat)

(b) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri

(c) Jelaskan strategi meredakan nyeri

(d) Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri

Edukasi

(a) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri

(b) Jelaskan strategi meredakan nyeri

(c) Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri

Kolaborasi

(a) Kolaborasi pemberian analgetik, *jika perlu*

Risiko hipotermia perioperatif berhubungan dengan tindakan pembedahan (D.0141)

a) Definisi: beresiko mengalami penurunan suhu tubuh di 36°C secara tiba-tiba yang terjadi satu jam sebelum pembedahan hingga 24 jam setelah pembedahan.

b) Faktor Risiko

(1) Prosedur pembedahan

- (2) Suhu lingkungan rendah
- c) Rencana Keperawatan :
 - Manajemen hipotermia (I.15506)
 - Observasi
 - (1) Monitor suhu tubuh
 - (2) Monitor tanda-tanda vital
 - Terapeutik
 - (1) Monitor suhu lingkungan
 - (2) Gunakan warna blanket
 - Kolaborasi
 - (1) Lakukan penghangatan aktif internal (infus cairan hangat, oksigen hangat, lavase peritoneal dengan cairan hangat)
- 3) Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0111)
 - a) Definisi
 - Ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu
 - b) Tanda dan Gejala mayor:
 - Data Subjektif
 - (1) Menanyakan masalah yang dihadapi
 - Data Objektif
 - (1) Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran
 - (2) Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah
 - c) Rencana Keperawatan
 - Edukasi Prosedur Tindakan (I.12442)
 - Observasi
 - (1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
 - Terapeutik
 - (1) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan
 - (2) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan

Edukasi

- (1) Jelaskan tujuan dan manfaat tindakan yang akan dilakukan
- (2) Jelaskan perlunya tindakan dilakukan
- (3) Jelaskan keuntungan dan kerugian jika tindakan dilakukan
- (4) Jelaskan langkah-langkah tindakan yang akan dilakukan
- (5) Jelaskan persiapan pasien sebelum tindakan dilakukan
- (6) Informasikan durasi tindakan dilakukan
- (7) Anjurkan bertanya jika ada sesuatu yang tidak dimengerti
- (8) Anjurkan kooperatif
- (9) Ajarkan teknik untuk mengatasi/mengurangi ketidaknyamanan akibat tindakan, jika perlu

d. Evaluasi keperawatan dalam Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI, 2018)

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur pembedahan) (D.0077)

Tujuan asuhan keperawatan menurut SLKI (PPNI, 2018) :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil

- (1) Keluhan nyeri menurun (5)
- (2) Meringis, sikap protektif dan gelisah menurun (5)
- (3) Diaforesis menurun (5)
- (4) Frekuensi nadi, pola nafas dan tekanan darah membaik

- 2) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0111).

Tujuan asuhan keperawatan menurut SLKI (PPNI, 2018):

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat pengetahuan meningkat (L.12111) dengan kriteria hasil:

- (1) Perilaku sesuai anjuran (5)

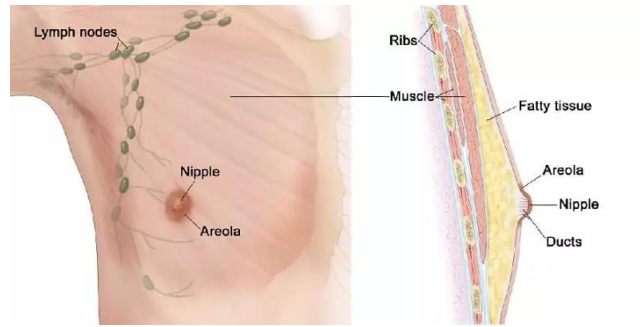
- (2) Verbalisasi minat dalam belajar (5)
- (3) Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik (5)
- (4) Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik (5)
- (5) Perilaku sesuai dengan pengetahuan (5)

C. Tinjauan Konsep Penyakit Gynecomastia

1. Pengertian

Gynecomastia merupakan perkembangan berlebih jaringan payudara pada pria yang biasanya dialami oleh remaja pria dewasa (Suddarth, 2002). *Gynecomastia* merupakan istilah yang berasal dari bahasa Yunani yaitu *gyvee* yang berarti perempuan dan *mastos* yang berarti payudara, yang dapat diartikan sebagai payudara seperti perempuan. *Gynecomastia* berhubungan dengan beberapa kondisi yang menyebabkan pembesaran abnormal dari jaringan payudara pada pria. *Gynecomastia* merupakan pembesaran jinak payudara laki-laki yang diakibatkan proliferasi komponen kelenjar. *Gynecomastia* biasanya atau dapat dalam bentuk benjolan yang terletak dibawah *region* areola baik unilateral maupun bilateral yang nyeri saat ditekan, atau pembesaran payudara yang progresif yang tidak menimbulkan rasa sakit. Kondisi ini mungkin terjadi pada salah satu atau kedua payudara. Fenomena ini umum terjadi pada masa puber. Setengah dari laki-laki mengalami pembesaran pada salah satu atau kedua payudara di masa ini.

2. Anatomi Fisiologi



Gambar 2. 2 Anatomi *Mammae*

Sumber: *anatomystructure.net*

Mammae merupakan kelenjar aksesoris kulit yang berfungsi menghasilkan susu. *Mammae* terdapat pada laki-laki dan perempuan. Bentuk *Mammae* sama pada laki-laki dan perempuan yang belum dewasa. Papilla mammaria kecil dan dikelilingi oleh daerah kulit yang berwarna lebih gelap, disebut areola *mammae*. Jaringan *mammae* tersusun atas sekelompok kecil sistem saluran yang terdapat di dalam jaringan penyambung dan bermuara di daerah areola (Snell, 2006).

Pada masa pubertas, glandula mammaria perempuan lambat laun membesar dan akan berbentuk setengah lingkaran. Pembesaran ini diduga disebabkan oleh pengaruh hormon-hormon ovarium. Salurannya memanjang, meskipun demikian pembesaran kelenjar terutama disebabkan penimbunan lemak. Dasar *mammae* terbentang dari iga kedua sampai keenam dan dari pinggir lateral sternum sampai linea axillaries media. Sebagian besar glandula mammaria terletak didalam *fascia superficialis*. Sebagian kecil, yang disebut *processus axillaris*, meluas ke atas dan lateral, menembus *fascia profunda* pada pinggir *caudal musculus pectoralis major*, dan sampai *axilla* (Snell, 2006).

Setiap payudara terdiri dari 15-20 lobus, yang tersusun radier dan berpusat pada papilla mammaria. Saluran utama dari setiap lobus bermuara di papilla mammaria, dan mempunyai ampulla yang melebar tepat sebelum ujungnya. Dasar papilla mammaria dikelilingi oleh areola. Tonjolan-tonjolan halus pada areola diakibatkan oleh

kelenjar areola di bawahnya. Lobus-lobus kelenjar dipisahkan oleh septa fibrosa. Septa di bagian atas kelenjar berkembang dengan baik dan terbentang dari kulit sampai ke fascia profunda dan berfungsi sebagai ligamentum suspensorium. Glandula mammaria dipisahkan dari fascia profunda yang membungkus otot-otot di bawahnya oleh spatium retromammaria yang berisi jaringan ikat jarang (Snell, 2006).

Vaskularisasi mammae :

a. Arteriae

- 1) Cabang-cabang perforantes mammaria interna. Cabang-cabang I, II, III, IV, V dari arteria mammaria interna menembus di dinding dada dekat tepi sternum pada interkostal yang sesuai, menembus musculus pektoralis mayor dan memberi aliran darah pada tepi medial glandula mamma.
- 2) Rami pektoralis arteri thorako-akromialis. Arteri ini berjalan turun di antara musculus pektoralis minor dan musculus pektoralis mayor. Pembuluh ini merupakan pembuluh utama musculus pektoralis mayor, arteri ini akan memberikan aliran darah ke glandula mamma bagian dalam (*deep surface*)
- 3) A.thorakalis lateralis (arteri mammae eksternal). Pembuluh darah ini berjalan turun menyusuri tepi lateral musculus pektoralis mayor untuk mendarahi bagian lateral payudara.

b. Vena

- 1) Cabang-cabang perforantes v. mammaria interna. Vena ini merupakan vena yang tersebar pada jaringan payudara yang mengalirkan darah dari payudara dan bermuara pada v. Mammaria interna yang kemudian bermuara pada v. minominata.
- 2) Cabang-cabang v. aksillaris, yang terdiri dari v. thorako-akromialis. v. thoraklais lateralis dan v. thorako-dorsalis.
- 3) Vena-vena kecil bermuara pada v. Interkostalis. Vena interkostalis bermuara pada v. Vertebralis, kemudian bermuara pada. Azygos (melalui vena-vena ini,

keganasan pada payudara akan dapat bermetastase langsung ke paru).

b. Aliran Limfe

Aliran limfe glandula mammaria penting sekali di klinik mengingat sering timbulnya karsinoma pada glandula ini dan penyebaran sel-sel ganas sepanjang pembuluh limfe ke kelenjar limfe. Untuk keperluan praktis, aliran limfe mammaria dibagi menjadi kuadran-kuadran. Kuadran lateral mengalirkan cairan limfena ke nodi axillaris anterior atau kelompok pectorales. Kuadran medial mengalirkan cairan limfena melalui pembuluh-pembuluh yang menembus ruangan intercostalis dan masuk ke dalam kelompok nodi thoracales internae. Beberapa pembuluh limfe mengikuti *arteriae intercostales posterior* dan mengalirkan cairan limfena ke posterior ke dalam nodi *intercostales posterior* (Snell, 2006).

Mammae mulai berkembang saat pubertas dan perkembangannya distimulasi oleh estrogen yang berasal dari siklus seksual. Estrogen merangsang pertumbuhan kelenjar mammaria payudara ditambah dengan deposit lemak untuk memberi massa payudara. Selain itu, pertumbuhan yang lebih besar terjadi selama kadar estrogen yang tinggi pada kehamilan dan hanya jaringan kelenjar saja yang berkembang sempurna untuk pembentukan air susu. Terdapat 2 hormon yang berperan dalam proses perkembangan payudara antara lain Estrogen dan Progesteron (Snell, 2006).

3. Tanda dan gejala

- a. Nyeri tekan
- b. Timbul masa lunak dibawah aerola
- c. Retraksi puting
- d. Ulserasi kulit (bila sudah menjadi kanker)
- e. Benjolan tidak nyeri dibawah aerola (Johnson & Ruth, 2010)

4. Etiologi

Keadaan fisiologis terjadi pada bayi baru lahir dan usia dewasa saat memasuki pubertas. Pada bayi baru lahir, jaringan payudara yang membesar berasal dari interaksi estrogen ibu melalui transplasenta. *Gynecomastia* pada orang dewasa sering ditemukan saat pubertas dan sering bersifat bilateral. *Gynecomastia* pada masa remaja terjadi 3/3 remaja. Dan bertahan sampai beberapa bulan. Jika, *Gynecomastia* selama masa puber ini menetap maka disebut *Gynecomastia* esensial.

Kondisi patologik diakibatkan oleh defisiensi testosteron, peningkatan produksi estrogen atau peningkatan konversi androgen ke estrogen. Kondisi patologik juga didapatkan pada anorcia kongenital, klinefelter sindrom, karsinoma adrenal, kelainan hati dan malnutrisi.

Penggunaan obat-obatan juga dapat menyebabkan *Gynecomastia*. Obat-obat penyebab *Gynecomastia* dapat dikategorikan berdasarkan mekanisme kerjanya. Tipe pertama adalah yang bekerja seperti estrogen, seperti diethylstilbestrol, digitalis dan juga kosmetik yang mengandung estrogen. Tipe kedua adalah obat-obat yang meningkatkan pembentukan estrogen, endogen, seperti gonadotropin. Tipe ketiga adalah obat yang menghambat sintesis dan kerja testosterone, seperti ketoconazole, metronidazole, dan cimetidine. Tipe terakhir adalah obat yang tidak diketahui mekanismenya seperti captopril, antidepresan trisiklik, diazepam dan heroin (Swardhof, 2011).

5. Klasifikasi

Klasifikasi yang digunakan untuk membedakan tingkat keparahan dari *Gynecomastia* adalah sebagai berikut:

Grade I : Membesar dalam diameter dan sedikit menonjol, terbatas pada derah areola.

Grade II : *Moderate Hypertrophy* pada seluruh struktur komponen payudara, dengan *Nipple Area Complex* (NAC) berada diatas lekukan *inframammary*.

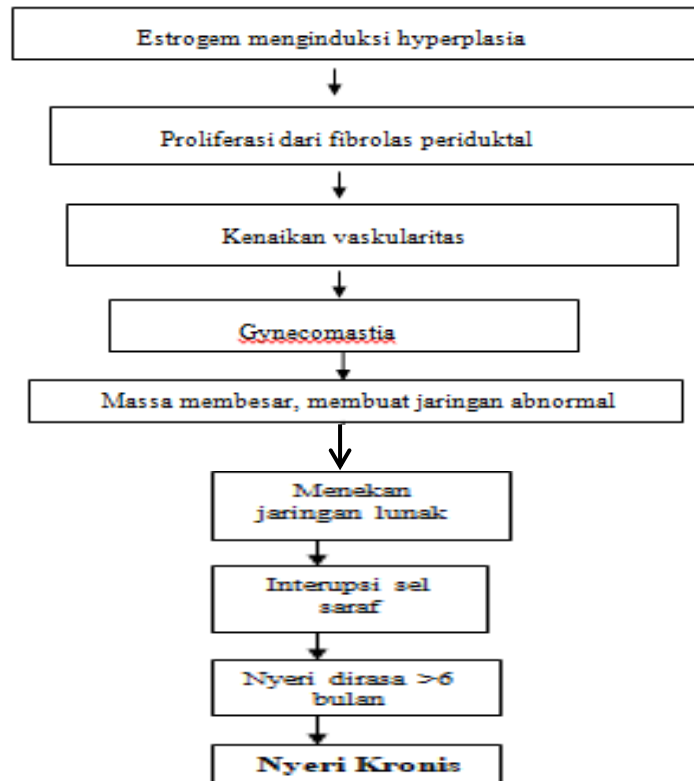
Grade III : Hipertrofi payudara yang lebih besar, *glandular ptosis* dan NAC berada sama tinggi atau hingga 1 cm dibawah *inframammary*.

Grade IV : Hipertrofi payudara yang lebih besar, dengan kelebihan jaringan kulit, ptosis berat dan NAC berada lebih dari 1 cm dibawah lipatan *inframammary* (Johnson & Ruth, 2010)

6. Patofisiologi

Gynecomastia dapat terjadi pada pubertas dan usia lebih tua dan penyebabnya ialah pengaruh estrogen yang berlebihan, biasanya ada kelenjar adrenal. *Gynecomastia* terjadi karena adanya hiperstrinisme, yaitu bila :

- 1) Penghancuran estrogen terganggu. Pada penderita sisrosis hepatis fungsi hati berkurang sehingga terjadi peninggian kda estrogen dalam darah
- 2) Fungsi androgen berkurang. Karena fungsi androgen testis berkurang maka secara relatif estrogen bertambah. Ditemukan pada usia lanjut dan pada sindrom klinefelter.
- 3) Tumor testis. Pada kronik karsinoma testis juga dapat ditemukan *Gynecomastia*. Jadi kelainan ini dapat digolongkan dalam displasia dapat unilateral biasanya dialami oleh pria berusia di atas 50 tahun dan bilateral terjadi pada anak laki-laki selama masa pubertas. Kelainan ini mula-mula dapat diraba sebagai jaringan keras seperti kencing pada daerah subareola, dan bila telah lanjut maka payudara menyerupai payudara wanita. Kelainan dalam gambaran mikroskopik menunjukkan proliferasi serabut kolagen, degenerasi hialin dan hiperplasia epitel duktus.



Gambar 2. 3 Pathway

Sumber: (Johnson & Ruth, 2010)

7. Penatalaksanaan

Penanganan *Gynecomastia* dilakukan berdasarkan penyebabnya. Secara umum tidak ada pengobatan lagi bagi *Gynecomastia* fisiologis. Tujuan utama pengobatan adalah untuk mengurangi kesakitan dan menghindari komplikasi. Penanganan *Gynecomastia* meliputi tiga hal yaitu observasi, medikamentosa dan operatif (Swerdloff, 2011)

a. Observasi

Observasi dilakukan pada pasien-pasien yang mendapatkan terapi obat-obatan yang bisa menyebabkan *Gynecomastia*. Penggunaan obat-obatan tersebut dihentikan dan pasien dievaluasi setelah 1 bulan. Jika *Gynecomastia* terjadi akibat obat-obatan, maka penghentian konsumsi obat-obatan tersebut akan menyebabkan berkurangnya rasa sakit pada payudara. Penggunaan obat yang menyebabkan ginekomasta dengan obat lainnya dapat dilakukan. Sebagai contoh, ketika hendak memberikan obat *calcium channel*

blocker pada orang tua, penggunaan nifedipine lebih berpotensi timbulnya *Gynecomastia*.

b. Medikamentosa

Identifikasi kelainan penyebab *Gynecomastia* dapat membantu meringankan pembesaran payudara. Obat-obat yang dapat digunakan sebagai berikut:

- 1) Clomiphene (anti estrogen) dapat diberikan dengan dosis 50-100 mg setiap hari selama 6 bulan. Efek samping obat ini dapat mengakibatkan gangguan penglihatan, muntah, dan bintik merah.
- 2) Tamoxifen (antagonis estrogen) dapat diberikan dengan dosis 10-20 mg dua kali sehari selama 3 bulan. Efek samping obat ini dapat mengganggu epigastrium dan mual.
- 3) Danazol, obat testosteron sintetik, uanh menghambat sekresi LH dan FSH dan menurunkan sitesi estrogen di testis. Diberikan dengan dosis 200 mg dua kali sehari. Efek samping obat ini adalah penambahan berat badan, retensi cairan, mual, dan hasil fungsi hati yaitu abnormal.
- 4) Testolactone (inhibitor aromatisasi), diberikan 450 mg sehari selama 6 bulan. Efek samping obat ini adalah mual dan muntah.

c. Operatif

Pengobatan dengan bedah bertujuan mengembalikan bentuk normal payudara dan memperbaiki kelainan payudara, puting dan aerola. Pengobatan operatif dilakukan jika respon obat-obatan tidak mencukupi. Pembedahan yang bersifat kreatif dapat dilakukan pada tumor yang menyerang estrogen atau hCG. Jenis pembedahan pada *Gynecomastia* yaitu mastektomi.

1) Mastektomi

Mastektomi adalah suatu tindakan pembedahan onkologis pada keganasan payudara yaitu dengan mengangkat seluruh jaringan payudara yang terdiri dari seluruh stroma dan

parenkhim payudara, aerola dan puting susu serta kulit diatas tumornya disertai diseksi kelenjar getah bening aksila ipsi lateral level I/II/III tanpa mengangkat muskulus pektoralis major dan minor (Sinclair C, 2009). Tipe mastektomi bergantung pada beberapa faktor meliputi usia, kesehatan secara menyeluruh, status rmenopause, dimensi tumor, tahapan tumor dan seberapa luas penyebarannya, stadium tumor dan keganasannya, status resptor hormone tumor, dan penyebaran tumor telah mencapai simpul limfe atau belum (Kozier, 2011).

2) Klasifikasi

Tipe mastektomi menurut (Kozier, 2008) dikelompokkan menjadi tiga, yaitu:

- a) Mastektomi radikal, yaitu pengangkatan seluruh payudara kulit otot pektoralis mayor dan minor, nodus limfe ketiak, kadang-kadang nodus limfe mammaru internal atau supraklavikular
- b) Mastektomi total (sederhana), yaitu mengnkat semua jaringan payudara tetapi kebanyakan nodus limfe dan oto dada tetap utuh
- c) Prosedur terbatas (Lumpektomi) yaitu hanya beberapa jaringan sekitarnya diangkat. Lumpektomi merupakan tindak operasi penyelamatan dengan mengambil/mengangkat tumor (benjolan) bersama jaringan normal payudara sekitarnya. Prosedur penyelamatan payudara dapat dilakukan dengan anastesi (bius) lokal ataupun total. Operasi ini dapat dilakukan jika:
 - (1) Memiliki tumor tunggal dengan diameter kurang dari 5 cm
 - (2) Memiliku cukup jaringan normal sehingga pengangkatan tidak menghilangkan payudara
 - (3) Secara medis layak menjalani operasi, dan jika

wanita dapat melakukan terapi lanjutan. Lumpektomi lebih memberikan hasil payudara yang lebih baik

Operasi ini tidak dapat dilakukan, jika:

- (1) Memiliki tumor jamak (banyak) dalam satu payudara
- (2) Menjalani terapi radiasi payudara untuk penanganan awal kanker payudara

3) Indikasi Operatif Mastektomi

Menurut indikasi operatif mastektomi dilakukan pada kanker payudara stadium 0 (instiu), keganasan jaringan lunak pada payudaram dan tumor jinak payudara yang mengenai seluruh jaringan payudara.

4) Kontra Indikasi Operatif Mastektomi

Kontra indikasi operatif mastektomi adalah tumor melekat dinding dada, edema lengan, nodul satelit yang luas, dan mastitis inflamator

5) Komplikasi Operatif Mastektomi

Komplikasi operatif mastektomi dibedakan menjadi fase dini dan fase lambat. Fase dini meliputi pendarahan, lesi noduk thoracalis longus wing scapula, dan lesi nodul thoracalis dorsalis. Fase lambat meliputi infeksi, nekrosis flap, scroma, edema lengan, kekakuan sendi, dan bahu kontraktur (Engram, 2009).

8. Pemeriksaan Penunjang

a. Anamnesis

Anamnesis harus diawali dengan pencatatan identitas pasien secara lengkap, keluhan apa yang menghindari penderita untuk datang ke dokter.

Keluhan ini dapat berupa masa di payudara yang berbatas tegas atau tidak, benjolan dapat digerakkan dari dasar atau melekat pada jaringan di bawahnya, adanya nyeri, cairan dan putting, adanya

retraksi puting payudara, kemerahan, ulserasi sampai dengan pembengkakan kelenjar limfe.

b. Pemeriksaan fisik'

1) Inpeksi

Pasien diminta duduk tegak atau berbaring atau kedua duanya, kemudian perhatikan bentuk kedua payudara, warna kulit, tonjolan, lekukan, retraksi adanya kulit berbintik seperti kulit jeruk, ulkus dan benjolan (Britto, 2005)

2) Palpasi

Palpasi lebih baik dilakukan berbaring dengan bantal tipis dipunggung sehingga payudara terbentang rata. Pemeriksaan ini dapat dilakukan sendiri oleh pasien atau oleh klinisi menggunakan telapak jari tangan yang digerakkan perlahan-lahan tanpa tekanan pada setiap kuadran payudara. Benjolan yang tidak teraba ketika penderita berbaring kadang lebih mudah ditemukan pada posisi duduk. Perabaan aksila pun lebih mudah dilakukan dalam posisi duduk. Dengan menjahit halus puting susu dapat diketahui adanya pengeluaran cairan darah, atau nanah. Cairan yang keluar dari kedua puting susu harus dibandingkan.

c. *Fine Needle Aspiration Biospi (FNAB)*

Prosedur pemeriksaan ini dengan cara menyuntikkan jarum berukuran 22-25 gauge melewati kulit atau secara peercutaneosuntuk mengambil contoh cairan dari kista payudara atau mengambil sekelompok sel dari massa yang solid pada payudara. Setelah dilakukan FNAB, material sel yang diambil dari payudara akan diperiksa di bawah mikroskop yang sebelumnya terlebih dahulu dilakukan pengecatan sampel.

d. Pemeriksaan Histopatologi

Pemeriksaan ini dapat dilakukan baik dengan menggunakan jarum yang sangat halus maupun dengan jarum yang cukup besar untuk mengambil jaringan. Kemudian jaringan yang

diperoleh menggunakan metode insisi maupun eksisi dilakukan pewarnaan dengan Hematoxylin dan Eosin. Metode biopsi eksisi maupun insisi ini merupakan pengambilan jaringan yang dicurigai patologis disertai pengambilan jaringan normal sebagai perbandingannya. Tingkat keakuratan diagnosis metode ini hampir 100% karena pengambilan sampel jaringan cukup banyak dan kemungkinan kesalahan diagnosis sangat kecil. Tetapi metode ini memiliki kekurangan seperti harus melibatkan tenaga ahli material, mahal, membutuhkan waktu pemulihan yang lebih lama karena harus di insisi, menimbulkan bekas berupa jaringan parut yang nantinya akan mengganggu gambaran mammografi, serta dapat terjadi komplikasi berupa perdarahan ke infeksi.

e. Mammografi dan Ultrasonografi

Mammografi dan ultrasonografi berperan dalam membantu diagnosi lesi payudara yang padat bermanfaat untuk membedakan tumor solid, kistik dan ganas. Teknik ini merupakan dasar untuk program skrining sebagai alat bantu dokter untuk mengetahui lokasi lesi dan sebagai penuntun FNAB.

D. Jurnal Terkait

1. Penelitian yang dilakukan oleh Valadares et al., (2021) yang berjudul Perawatan Gynecomastia Berbantuan Vakum Yang Dipandu Ultrasound Laporan Serangkaian Kasus menyebutkan bahwa Gynecomastia diderita oleh kebanyakan 70% laki-laki.
2. Penelitian yang dilakukan oleh Carlos et al., (2012) yang berjudul *Gynecomastia: Fisiopatologi, Evaluasi dan Pengobatan* menunjukkan bahwa penurunan berat badan, jaminan, farmakoterapi, dengan tamoxifen dan koreksi bedah adalah untuk *Gynecomastia* lama, hasil terbaik umumnya dicapai melalui operatif.
3. Penelitian yang dilakukan oleh Putri & Rahayu, (2019) yang berjudul Pemberian Asuhan Keperawatan secara Holistik pada Pasien Post

Operatif Kanker Payudara, didapatkan 3 masalah keperawatan yang muncul yaitu nyeri akut, hambatan mobilitas fisik, dan kurangnya pengetahuan pasien terkait masalah kesehatan yang dialami pada pasien saat ini. Setelah dilakukan pemberian asuhan keperawatan permasalahan pasien teratasi

4. Penelitian yang dilakukan oleh Guntari & Suariyani, (2016) yang berjudul Gambaran Fisik Dan Psikologis Penderita Kanker Payudara Post Mastektomi Di Rsup Sanglah Denpasar Tahun 2014 menunjukkan bahwa Mastektomi juga akan memunculkan dampak psikologis yang lebih mendalam seperti depresi, stress, kecemasan, dan masalah-masalah psikologis lainnya yang akan menyertai pasien pasca operatif.
5. Penelitian yang dilakukan oleh Solehati et al., (2020) yang berjudul KTI tumor mammae menyebutkan bahwa Masalah fisik yang paling sering muncul setelah operatif mastektomi adalah nyeri akut yang disebabkan oleh tindakan pembedahan. Kerusakan dan inflamasi pada nervus akan memicu rasa nyeri. Rasa nyeri pasien dipengaruhi oleh berbagai factor, termasuk psikologi dari pasien. Sebanyak 80% pasien pasca operatif mengalami nyeri.
6. Penelitian yang dilakukan oleh Studi et al., (2013) yang berjudul Gambaran Kejadian Tumor Payudara Di Rsud Serang Tahun 2013 revalensi tumor payudara adalah 8.4%, 74.8% merupakan tumor jinak dan 25.2% merupakan tumor ganas. Gambaran kejadian tumor jinak payudara adalah sebagai berikut 41.5% pada kelompok usia 20-29 tahun, 35.8% pada tingkat pendidikan SMA, 54.7% pasien tidak mempunyai riwayat pemakaian kontrasepsi oral, 37.7% lokasi tumor pada kuadran lateral atas, 79.2% tindakan operatif adalah ekstirpasi, dan 66% jenis histopatologi merupakan fibroadenoma mammae. Gambaran kejadian tumor ganas payudara adalah sebagai berikut 40.9% pada kelompok usia 40-49 tahun, 59.1% pada tingkat pendidikan SD, 72.7% pasien mempunyai riwayat pemakaian kontrasepsi oral, 40.9% lokasi tumor pada kuadran lateral atas, 72.8% stadium kanker merupakan stadium II, 72.7% tindakan operatif adalah

simpel mastektomi, dan 77.3% jenis histopatologi merupakan karsinoma duktal invasif.