

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Keperawatan perioperatif

1. Definisi

Keperawatan perioperatif adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan keragaman fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan pasien. Kata perioperatif adalah gabungan dari tiga fase pengalaman pembedahan yaitu : pre operatif, intra operatif dan post operatif (Hipkabi, 2016)

2. Etiologi

Operasi dilakukan untuk berbagai alasan seperti (Brunner & Suddarth, 2016):

- 1) Diagnostik, seperti dilakukan biopsi atau laparotomi eksplorasi
- 2) Kuratif, seperti ketika mengeksisi masa tumor atau mengangkat apendiks yang inflamasi
- 3) Reparatif, seperti memperbaiki luka yang multipek
- 4) Rekonstruktif atau Kosmetik, seperti perbaikan wajah
- 5) Paliatif, seperti ketika harus menghilangkan nyeri atau memperbaiki masalah, contoh ketika selang gastrostomi dipasang untuk mengkompensasi terhadap kemampuan untuk menelan makanan.

3. Tahap dalam keperawatan perioperatif

1) Fase pre operasi

Fase pre operasi merupakan tahap pertama dari perawatan perioperatif yang dimulai ketika pasien diterima masuk di ruang terima pasien dan berakhir ketika pasien dipindahkan ke meja operasi untuk dilakukan tindakan operasi. Pada 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 operasi. Persiapan operasi dapat dibagi menjadi

2 bagian, yang meliputi persiapan psikologi baik pasien maupun keluarga dan persiapan fisiologi (khusus pasien).

a. Persiapan Psikologi

Terkadang pasien dan keluarga yang akan menjalani operasi emosinya tidak stabil. Hal ini dapat disebabkan karena takut akan perasaan sakit, narcosa atau hasilnya dan keadaan sosial ekonomi dari keluarga. Maka hal ini dapat diatasi dengan memberikan penyuluhan untuk mengurangi kecemasan pasien. Meliputi penjelasan tentang peristiwa operasi, pemeriksaan sebelum operasi (alasan persiapan), alat khusus yang diperlukan, pengiriman ke ruang operasi, ruang pemulihan, kemungkinan pengobatan-pengobatan setelah operasi, bernafas dalam dan latihan batuk, latihan kaki, mobilitas dan membantu kenyamanan.

b. Persiapan Fisiologi

- a) Diet (puasa), pada operasi dengan anaestesi umum, 8 jam menjelang operasi pasien tidak diperbolehkan makan, 4 jam sebelum operasi pasien tidak diperbolehkan minum. Pada operasi dengan anaestesi lokal /spinal anaestesi makanan ringan diperbolehkan. Tujuannya supaya tidak aspirasi pada saat pembedahan, mengotori meja operasi dan mengganggu jalannya operasi.
- b) Persiapan Perut, Pemberian leuknol/lavement sebelum operasi dilakukan pada bedah saluran pencernaan atau pelvis daerah periferal. Tujuannya mencegah cedera kolon, mencegah konstipasi dan mencegah infeksi.
- c) Persiapan Kulit, Daerah yang akan dioperasi harus bebas dari rambut
- d) Hasil Pemeriksaan, hasil laboratorium, foto roentgen, ECG, USG dan lain-lain.
- e) Persetujuan Operasi / Informed Consent → Izin tertulis dari pasien / keluarga harus tersedia.

2) Fase Intra operasi

Fase intra operatif dimulai ketika pasien masuk atau dipindahkan ke instalasi bedah dan berakhir saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan. Pada fase ini lingkup aktivitas keperawatan mencakup pemasangan IV cath, pemberian medikasi intravena, melakukan pemantauan kondisi fisiologis menyeluruh sepanjang prosedur pembedahan dan menjaga keselamatan pasien. Contoh: memberikan dukungan psikologis selama induksi anestesi, bertindak sebagai perawat scrub atau membantu mengatur posisi pasien di atas meja operasi dengan menggunakan prinsip-prinsip dasar kesimetrisan tubuh.

Prinsip tindakan keperawatan selama pelaksanaan operasi yaitu pengaturan posisi karena posisi yang diberikan perawat akan mempengaruhi rasa nyaman pasien dan keadaan psikologis pasien. Faktor yang penting untuk diperhatikan dalam pengaturan posisi pasien adalah :

1. Letak bagian tubuh yang akan dioperasi.
2. Umur dan ukuran tubuh pasien.
3. Tipe anaesthesia yang digunakan.
4. Sakit yang mungkin dirasakan oleh pasien bila ada pergerakan (arthritis).

Prinsip-prinsip didalam pengaturan posisi pasien: Atur posisi pasien dalam posisi yang nyaman dan sedapat mungkin jaga privasi pasien, buka area yang akan dibedah dan kakinya ditutup dengan duk. Anggota tim asuhan pasien intra operatif biasanya di bagi dalam dua bagian. Berdasarkan kategori kecil terdiri dari anggota steril dan tidak steril :

- 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 (teknisi yang mengoperasikan alat-alat pemantau yang rumit).

3) Fase Post operasi

Fase Post operasi merupakan tahap lanjutan dari perawatan pre operasi dan intra operasi yang dimulai ketika klien diterima di ruang pemulihan (recovery room)/pasca anaestesi dan berakhir sampai evaluasi tindak lanjut pada tatanan klinik atau di rumah.

Pada fase ini lingkup aktivitas keperawatan mencakup rentang aktivitas yang luas selama periode ini. Pada fase ini fokus pengkajian meliputi efek agen anestesi dan memantau fungsi vital serta mencegah komplikasi. Aktivitas keperawatan kemudian berfokus pada peningkatan penyembuhan pasien dan melakukan penyuluhan, perawatan tindak lanjut dan rujukan yang penting untuk penyembuhan dan rehabilitasi serta pemulangan ke rumah. Fase post operasi meliputi beberapa tahapan, diantaranya adalah :

1. Pemindahan pasien dari kamar operasi ke unit perawatan pasca anestesi (recovery room), Pemindahan ini memerlukan pertimbangan khusus diantaranya adalah letak insisi bedah, perubahan vaskuler dan pemajanan. Pasien diposisikan sehingga ia tidak berbaring pada posisi yang menyumbat drain dan selang drainase. Selama perjalanan transportasi dari kamar operasi ke ruang pemulihan pasien diselimuti, jaga keamanan dan kenyamanan pasien dengan diberikan pengikatan diatas lutut dan siku serta side rail harus dipasang untuk mencegah terjadi resiko injury. Proses transportasi ini merupakan tanggung jawab perawat sirkuler dan perawat anestesi dengan koordinasi dari dokter anestesi yang bertanggung jawab.
2. Perawatan post anestesi di ruang pemulihan atau unit perawatan pasca anestesi, Setelah selesai tindakan

pembedahan, pasien harus dirawat sementara di ruang pulih sadar (recovery room : RR) atau unit perawatan pasca anestesi (PACU: post anesthesia care unit) sampai kondisi pasien stabil, tidak mengalami komplikasi operasi dan memenuhi syarat untuk dipindahkan ke ruang perawatan (bangsal perawatan). PACU atau RR biasanya terletak berdekatan dengan ruang operasi. Hal ini disebabkan untuk mempermudah akses bagi pasien untuk :

- a) Perawat yang disiapkan dalam merawat pasca operatif (perawat anestesi)
- b) Ahli anestesi dan ahli bedah
- c) Alat monitoring dan peralatan khusus penunjang lainnya.

4. Klasifikasi Perawatan Perioperatif

Menurut urgensim maka tindakan operasi dapat diklasifikasikan menjadi 5 tingkatan, yaitu :

- a. Kedaruratan/Emergency, pasien membutuhkan perhatian segera, gangguan mungkin mengancam jiwa. Indikasi dilakukan operasi tanpa di tunda. Contoh: perdarahan hebat, obstruksi kandung kemih atau usus, fraktur tulang tengkorak, luka tembak atau tusuk, luka bakar sanagat luas.
- b. Urgen, pasien membutuhkan perhatian segera. Operasi dapat dilakukan dalam 24-30 jam. Contoh: infeksi kandung kemih akut, batu ginjal atau batu pada uretra.
- c. Diperlukan, pasien harus menjalani operasi. Operasi dapat direncanakan dalam beberapa minggu atau bulan. Contoh: Hiperplasia prostat tanpa obstruksi kandung kemih, gangguan tyroid dan katarak.
- d. Elektif, Pasien harus dioperasi ketika diperlukan. Indikasi operasi, bila tidak dilakukan operasi maka tidak terlalu membahayakan. Contoh: perbaikan Scar, hernia sederhana dan perbaikan vaginal.

- e. Pilihan, Keputusan tentang dilakukan operasi diserahkan sepenuhnya pada pasien. Indikasi operasi merupakan pilihan pribadi dan biasanya terkait dengan estetika. Contoh: bedah kosmetik.

Sedangkan menurut faktor resikonya, tindakan operasi di bagi menjadi :

- a. Minor, menimbulkan trauma fisik yang minimal dengan resiko kerusakan yang minim. Contoh: incisi dan drainage kandung kemih, sirkumsisi
- b. Mayor, menimbulkan trauma fisik yang luas, resiko kematian sangat serius. Contoh: Total abdominal histerektomi, reseksi colon, dan lain-lain.

5. Komplikasi post operatif dan penatalaksanaannya

a. Syok

Syok yang terjadi pada pasien operasi biasanya berupa syok hipovolemik. Tanda-tanda syok adalah: Pucat , Kulit dingin, basah, pernafasan cepat, sianosis pada bibir, gusi dan lidah, nadi cepat, lemah dan bergetar, penurunan tekanan darah, urine pekat. Intervensi keperawatan yang dapat dilakukan adalah kolaborasi dengan dokter terkait dengan pengobatan yang dilakukan seperti terapi obat, terapi pernafasan, memberikan dukungan psikologis, pembatasan penggunaan energi, memantau reaksi pasien terhadap pengobatan, dan peningkatan periode istirahat.

b. Perdarahan

Penatalaksanaannya pasien diberikan posisi terlentang dengan posisi tungkai kaki membentuk sudut 20 derajat dari tempat tidur sementara lutut harus dijaga tetap lurus. Kaji penyebab perdarahan, luka bedah harus selalu diinspeksi terhadap perdarahan.

c. Trombosis vena profunda

Trombosis vena profunda adalah trombosis yang terjadi pada pembuluh darah vena bagian dalam. Komplikasi serius yang bisa ditimbulkan adalah embolisme pulmonari dan sindrom pasca flebitis.

d. Retensi urin

Retensi urine paling sering terjadi pada kasus-kasus operasi rektum, anus dan vagina. Penyebabnya adalah adanya spasme spinkter kandung kemih. Intervensi keperawatan yang dapat dilakukan adalah pemasangan kateter untuk membantu mengeluarkan urine dari kandung kemih.

e. Infeksi luka operasi

Infeksi luka post operasi dapat terjadi karena adanya kontaminasi luka operasi pada saat operasi maupun pada saat perawatan di ruang perawatan. Pencegahan infeksi penting dilakukan dengan pemberian antibiotik sesuai indikasi dan juga perawatan luka dengan prinsip steril.

f. Sepsis

Sepsis merupakan komplikasi serius akibat infeksi dimana kuman berkembang biak. Sepsis dapat menyebabkan kematian karena dapat menyebabkan kegagalan multi organ.

g. Embolisme pulmonal

Embolsime dapat terjadi karena benda asing (bekuan darah, udara dan lemak) yang terlepas dari tempat asalnya terbawa di sepanjang aliran darah. Embolus ini bisa menyumbat arteri pulmonal yang akan mengakibatkan pasien merasa nyeri seperti ditusuk-tusuk dan sesak nafas, cemas dan sianosis. Intervensi keperawatan seperti ambulatori pasca operatif dini dapat mengurangi resiko embolus pulmonal.

h. Komplikasi gastrointestinal

Komplikasi pada gastrointestinal sering terjadi pada pasien yang mengalami operasi abdomen dan pelvis. Komplikasinya meliputi obstruksi intestinal, nyeri dan distensi abdomen.

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

1. Pre operasi

a. Pengkajian fokus keperawatan pre operasi

Pada pengkajian anamnesis biasanya didapatkan adanya keluhan benjolan pada payudara. Fokus bertambahnya usia mempunyai risiko yang lebih tinggi terhadap kemungkinan mengidap kanker payudara (Muttaqin, 2019)

Pada pengkajian riwayat keluarga terdapat adanya hubungan seorang wanita yang ibu atau sodara nya (saudari dekat, keturunan pertama/*first degree relatives*) pernah/sedang menderita kanker payudara, memiliki resiko paling sedikit dua sampai tiga kali lipat lebih besar dibandingkan dengan populasi umum. Adanya riwayat awitan haid sebelum usia 12 tahun dan nuliparitas, kehamilan cukup bulan pertama setelah usia 35 tahun, awitan menopause yang lambat, atau riwayat haid lebih dari 40 tahun memiliki hubungan peningkatan resiko penyakit payudara jinak (Muttaqin, 2019).

Pada pemeriksaan fisik inspeksi sering di dapat kan kondisi asimetri. Retraksi atau adanya skuama pada puting payudara. Tanda-tanda stadium lanjut, yaitu nyeri, pembentukan ulkus, dan edema.

Pada palpasi payudara akan ditemukan/teraba benjolan atau penebalan payudara yang biasanya tidak nyeri. Selain itu juga ada pengeluaran rabas darah atau serosa dari puting payudara, dan cekungan atau perubahan kulit payudara. Apabila ditemukan adanya benjolan di payudara, maka benjolan tersebut harus dievaluasi terhadap satu dari tiga kemungkinan, yaitu: kista, tumor jinak, atau tumor ganas.

Pada pengkajian diruang prabedah, perawat melakukan pengkajian ringkas mengenai kondisi fisik pasien dan lengkapan yang berhubungan dengan operasi. Pengkajian ringkas tersebut adalah sbb:

- 1) Validasi: perawat melakukan konfirmasi kebenaran identitas pasien sebagai data dasar untuk mencocokkan prosedur jenis pembedahan yang akan dilakukan
- 2) Kelengkapan administrasi: status rekam medik, data-data penunjang (laboratorium dan radiologi) serta kelengkapan *informed consent*.
- 3) Tingkat kecemasan dan pengetahuan pembedahan
- 4) Pemeriksaan fisik terutama tanda-tanda vital dan kondisi masa pada payudara.

b. Diagnosa keperawatan

Diagnosa yang sering muncul pada pre operasi (SDKI, 2016) adalah:

- 1) Ansietas b/d rencana operasi

Tanda dan gejala mayor:

Subjektif:

- a) Merasa bingung
- b) Merasa khawatir dengan kondisi yang di hadapi
- c) Sulit berkonsentrasi

Objektif:

- a) Tampak gelisah
- b) Tampak tegang
- c) Sulit tidur

Tanda dan gejala minor:

Subjektif:

- a) Mengeluh pusing
- b) Anoreksia
- c) Palpitasi

d) Merasa tidak berdaya

Objektif:

- a) Frekuensi nafas meningkat
- b) Frekuensi nadi meningkat
- c) TD meningkat
- d) Diaforesis
- e) Tremor
- f) Muka tampak pucat
- g) Suara bergetar
- h) Kontak mata buruk
- i) Sering berkemih
- j) Berorientasi pada masa lalu

c. Rencana intervensi

Menurut SIKI (2018) intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan diagnosa diatas adalah reduksi ansietas

d. Implementasi

Observasi:

- 1) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (misal: kondisi, waktu, stresor)
- 2) Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal)

Terapeutik:

- 1) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan
- 2) Temani pasien untuk mengurangi kecemasan
- 3) Pahami situasi yang membuat ansietas
- 4) Diskusi perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang

Edukasi:

- 1) Jelaskan prosedur serta sensasi yang mungkin dialami

- 2) Informasi secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis
- 3) Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien
- 4) Latih teknik relaksasi

Kolaborasi:

- 1) Kolaborasi pemberian obat ansietas, jika perlu

2. Intra operasi

a. Pengkajian fokus keperawatan intra operasi

Pengkajian intraoperatif bedah onkologi secara ringkas mengkaji hal-hal yang berhubungan dengan pembedahan, diantaranya adalah:

- 1) Validasi identitas dan prosedur jenis pembedahan yang akan dilakukan, serta konfirmasi kelengkapan data penunjang laboratorium dan radiologi.
- 2) Pasien yang dilakukan pembedahan akan melewati berbagai prosedur. Prosedur pemberian anastesi, pengaturan posisi bedah, manajemen aseptis dan prosedur operasi. Efek dari anastesi umum salah satunya yaitu penurunan suhu tubuh akibat suhu ruangan operasi yang rendah, infus dengan cairan yang dingin, inhalasi gas-gas yang dingin dan luka terbuka pada tubuh. respon pengaturan posisi bedah yang terlentang, tekanan berlebih pada tonjolan-tonjolan tulang berada dibawah (bokong dan skapula) dan cedera otot tungkai akan menimbulkan peningkatan resiko cedera.

b. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan intraoperatif yang lazim adalah sebagai berikut (SDKI, 2016):

- 1) Resiko cedera b/d tindakan operasi

c. Rencana intervensi

Menurut SIKI (2018) intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan diagnosa diatas adalah manajemen kesehatan lingkungan

d. Implementasi

1) Manajemen kesehatan lingkungan

Observasi:

- a) Identifikasi kebutuhan keselamatan
- b) Monitor perubahan status keselamatan lingkungan

Terapeutik:

- a) Hilangkan bahaya keselamatan lingkungan
- b) Sediakan alat bantu keamanan lingkungan
- c) Gunakan perangkat pelindung
- d) Lakukan skrining bahaya lingkungan

Edukasi:

- a) Ajarkan individu, keluarga dan kelompok risiko tinggi bahaya lingkungan

3. Post operasi

a. Pengkajian fokus keperawatan post operasi

Pengkajian post operasi dilakukan secara sistematis mulai dari pengkajian awal saat menerima pasien, pengkajian status respirasi, status sirkulasi, status neurologis dan respon nyeri, status integritas kulit dan status genitourinarius.

1) Pengkajian awal

Pengkajian awal post operasi adalah sebagai berikut

- a) Diagnosis medis dan jenis pembedahan yang dilakukan

- b) Usia dan kondisi umum pasien, kepatenan jalan nafas, tanda-tanda vital.
- c) Anastesi dan medikasi lain yang digunakan
- d) Segala masalah yang terjadi dalam ruang operasi yang mungkin mempengaruhi perataan pasca operasi
- e) Patologi yang dihadapi
- f) Cairan yang diberikan, kehilangan darah dan penggantian.
- g) Segala selang, drain, kateter, atau alat pendukung lainnya
- h) Informasi spesifik tentang siapa ahli bedah atau ahli anastesi yang akan diberitahu

2) Status respirasi

Kontrol pernafasan

- a) Obat anastesi tertentu dapat menyebabkan depresi pernafasan
- b) Perawat mengkaji frekuensi, irama, kedalaman ventilasi pernafasan, kesimetrisan gerakan dinding dada, bunyi nafas, dan warna membran mukosa.

Kepatenan jalan nafas

- a) Jalan nafas oral atau oral airway masih dipasang untuk mempertahankan kepatenan jalan nafas sampai tercapai pernafasan yang nyaman dengan kecepatan normal
- b) Salah satu khawatiran terbesar perawat adalah obstruksi jalan nafas akibat aspirasi muntah, okumulasi sekresi, mukosa di faring, atau bengkaknya spasme faring.

3) Status sirkulasi

Pasien beresiko mengalami komplikasi kardiovaskuler akibat kehilangan darah secara aktual atau resiko dari tempat pembedahan, efek samping anastesi, ketidakseimbangan elektrolit, dan depresi mekanisme regulasi sirkulasi normal.

b. Diagnosa keperawatan post operasi

Diagnosa yang sering muncul pada post operasi (SDKI, 2016) adalah:

Nyeri akut b/d agen cedera fisik (post operasi)

Gejala dan tanda mayor:

Subyektif:

1) Mengeluh nyeri

Objektif:

1) Tampak meringis

2) Bersikap protektif

3) Gelisah

4) Frekuensi nadi meningkat

5) Sulit tidur

Gejala dan tanda minor

Subjektif: -

Objektif:

1) Tekanan darah meningkat

2) Pola nafas berubah

3) Nafsu makan berubah

4) Proses berfikir terganggu

5) Menarik diri

6) Berfokus pada diri sendiri

c. Intervensi

Menurut SIKI (2018) intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan diagnosa diatas yaitu manajemen jalan nafas dan manajemen nyeri.

d. Implementasi

Manajemen nyeri

Observasi:

- 1) Monitor efek samping penggunaan analgetik
- 2) Identifikasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- 3) Identifikasi skala nyeri
- 4) Identifikasi nyeri non verbal

Terapeutik:

- 1) Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri
- 2) Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri
- 3) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi:

- 1) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri
- 2) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- 3) Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat
- 4) Ajarkan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi:

- 1) Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu

C. Fibroadenoma Mammae (FAM)

1. Definisi

Fibroadenoma Mammae (FAM) adalah adanya ketidak seimbangan yang dapat terjadi pada suatu sel / jaringan di dalam mammae dimana ia tumbuh secara liar dan tidak bisa dikontrol (Dr.Iskandar,2017)

Fibroadenoma Mammae (FAM) adalah benjolan padat dan kecil dan jinak pada payudara yang terdiri dari jaringan kelenjar dan fibrosa. Benjolan ini biasa nya ditemukan pada wanita muda, seringkali pada remaja putri (Prawirohardjo, 2018)

Fibroadenoma Mammae (FAM) adalah benjolan tidak normal akibat pertumbuhan sel yang terjadi secara terus menerus (Kumar dkk, 2017)

2. Etiologi

Penyebab dari Fibroadenoma Mammae (FAM) menurut Price (2016) adalah pengaruh hormonal. Hal ini diketahui karena ukuran fibroadenoma dapat berubah pada siklus menstruasi atau pada kehamilan. Lesi membesar pada akhir daur haid dan selama hamil. Tumor ini terjadi akibat adanya kelebihan hormon estrogen. Namun ada yang dapat mempengaruhi timbulnya tumor, antara lain: konsituasi genetika dan juga adanya kecenderungan pada keluarga yang menderita kanker (Sarjadi, 2017)

3. Tanda dan gejala

Menurut nugroho (2016) tanda dan gejalanya sebagai berikut:

- a. FAM dapat multiple
- b. Benjolan berdiameter 2-3 cm
- c. Benjolan tidak menimbulkan reaksi radang, mobile dan tidak menyebabkan pengerutan kulit payudara
- d. Benjolan berlobus-lobus
- e. Pada pemeriksaan mammografi, gambaran jelas jinak berupa rata dan memiliki batas jelas.

3. Patofisiologi

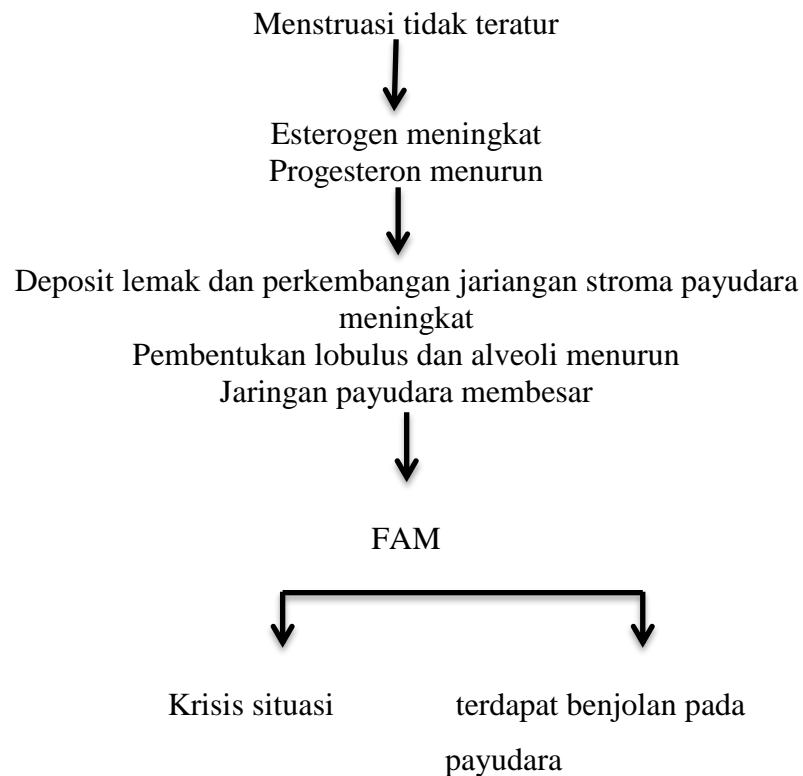
FAM biasa ditemukan pada kuadran luar atas, merupakan lobus yang berbatas jelas, mudah digerakkan dari jaringan sekitarnya. Pada gambaran histologist menunjukkan stroma dengan poliferasi fibroblast yang mengelilingi kelenjar dan rongga kistik yang dilapisi epitel dengan bentuk dan struktur yang berbeda (Elizabeth, 2016). FAM sensitif terhadap perubahan hormon. FAM bervariasi selama siklus menstruasi, kadang dapat terlihat menonjol dan dapat

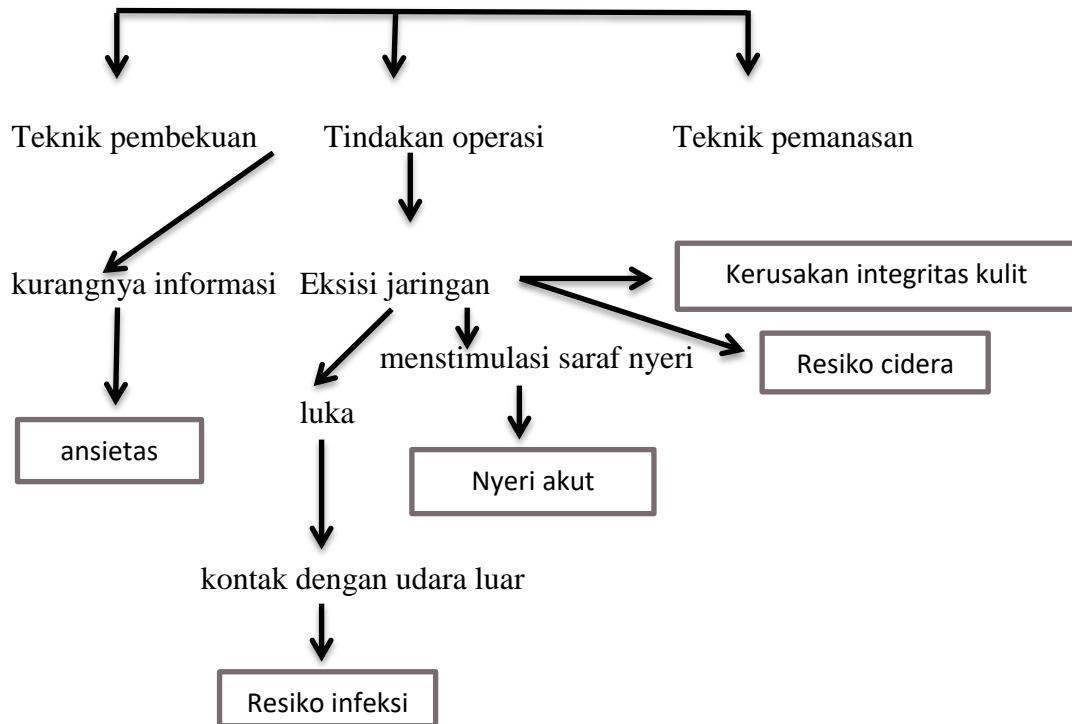
membesar selama masa kehamilan dan menyusui. Akan tetapi tidak mengganggu kemampuan seorang wanita untuk menyusui.

Secara histologi menurut Sarjadi (2017) FAM dapat dibagi menjadi:

- a. Intracanalicular fibroadenoma FAM yang secara tidak teratur dibentuk dari pemecahan antara stroma fibrosa yang mengandung serat jaringan epitel. Rongga mirip duktus atau kelenjar dilapisi oleh satu atau lebih lapisan sel yang regular dengan membran basal jelas dan utuh, dimana sebagian lesi rongga duktus terbuka, bundar sampai oval dan cukup teratur.
- b. Pericanalicular fibroadenoma FAM yang menyerupai kelenjar atau kista yang dilingkari oleh jaringan epitel pada satu atau banyak lapisan. Sebagian lainnya tertekan oleh proliferasi ekstensif stroma sehingga pada potongan melintang rongga tersebut tampak sebagai celah atau struktur irregular mirip bintang.

4. Pathway FAM





5. Pemeriksaan penunjang

Menurut Pamungkas (2016) FAM dapat didiagnosis dengan beberapa cara, yaitu:

a. Mammografi

Adalah proses penyinaran dengan sinar x terhadap payudara. Pemeriksaan ini digunakan untuk mendeteksi adanya penyakit pada payudara yang tidak diketahui gejalanya (asimtomatik).

b. Biopsi

Merupakan tindakan untuk mengambil contoh jaringan payudara dan dilihat di bawah lensa mikroskop, guna mengetahui adakah sel kanker.

c. MRI (Magnetic Resonance Imaging)

Pemeriksaan yang direkomendasikan pada wanita yang memiliki resiko.

d. USG payudara

Dikenal dengan breast ultrasound, digunakan untuk mengevaluasi adanya ketidaknormalan pada payudara yang telah ditemukan pada hasil pemeriksaan mammografi

6. Komplikasi

Jenis tertentu dari FAM bisa meningkatkan risiko kanker payudara. Meski demikian, kebanyakan kasus FAM tidak menyebabkan kanker payudara. Kalaupun ditemukan penderita kanker payudara yang memiliki FAM, biasanya ada komplikasi lainnya atau bisa jadi orang tersebut memiliki risiko kanker payudara yang tinggi baik dari keluarga ataupun lingkungannya.

7. Penatalaksanaan

Terapi untuk FAM tergantung dari beberapa hal sebagai berikut:

- a. Ukuran
- b. Terdapat rasa nyeri atau tidak
- c. Usia pasien
- d. Hasil biopsi

Terapi dari FAM dapat dilakukan dengan operasi pengangkatan tumor tersebut, biasanya dilakukan general anastesi pada operasi. Operasi tidak akan merubah bentuk dari payudara, tetapi hanya akan meninggalkan luka atau jaringan parut yang nanti akan diganti oleh jaringan normal secara perlahan (Nugroho, 2011).

D. Jurnal terkait

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Rokawie, sulastri dan anita pada tahun 2017 di RSUD Jendral Ahmad Yani Metro dengan judul relaksasi nafas dalam menurunkan kecemasan pasien pre operasi bedah abdomen, penelitian yang dilakukan pada 32 responden menunjukkan bahwa rata-rata skor indeks kecemasan pre operasi sebelum diberikan tindakan relaksasi nafas dalam adalah 54,59. Sedangkan pengukuran rata-rata

indeks kecemasan setelah diberikan relaksasi nafas dalam didapatkan rata-rata 49,56 nilai perbedaan mean antara kecemasan sebelum dan sesudah diberikan tindakan relaksasi nafas dalam 5,03.