

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Konsep Teori Penyakit

##### 1. Pengertian

Tumor mammae adalah pertumbuhan sel- sel yang abnormal yang mengganggu pertumbuhan jaringan tubuh terutama pada sel epitel di mammae (Sylvia, 2015).

Menurut Andrews (2010), *Fibroadenoma* adalah nodul fibrosa yang solid yang secara histologis mengandung elemen glandular dan jaringan ikat.

##### 2. Etiologi

Menurut Jitowiyono & Kristiyanasari (2010), penyebab *fibroadenoma mammae* yaitu:

- a. Peningkatan aktivitas estrogen yang absolut atau relatif
- b. Genetik: payudara
- c. Faktor- faktor predisposisi:
  - 1) Usia <30 tahun
  - 2) Jenis kelamin
  - 3) Geografi
  - 4) Pekerjaan
  - 5) Hereditas
  - 6) Diet
  - 7) Stress.

##### 3. Patofisiologi

Tumor *fibroadenoma* merupakan tumor jinak payudara yang sering ditemukan pada masa reproduksi yang disebabkan oleh beberapa kemungkinan yaitu akibat sensitivitas jaringan setempat yang berlebihan

terhadap estrogen sehingga kelainan ini sering digolongkan dalam *mamary displasia*.

*Fibroadenoma* biasanya ditemukan pada kuadran luar atas, merupakan lobus yang berbatas jelas, mudah digerakkan dari jaringan disekitarnya. Pada gambaran histologis menunjukkan stroma dengan *proliferasi fibroblast* yang mengelilingi kelenjar dan rongga kistik yang dilapisi epitel dengan bentuk dan ukuran yang berbeda. Pembagian *fibroadenoma* berdasarkan histologik yaitu:

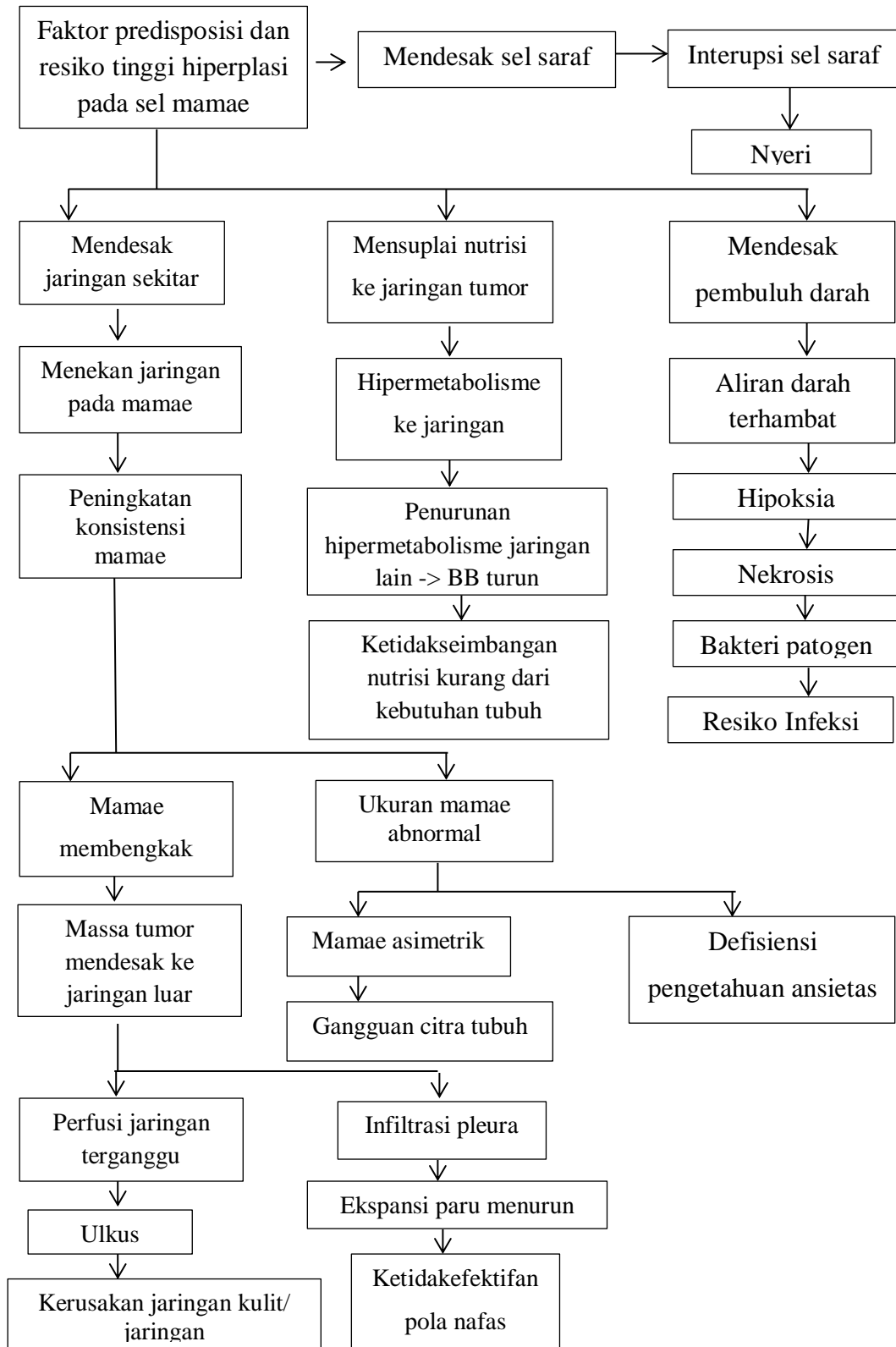
1. *Fibroadenoma Pericanaliculare*

Yakni kelear berbentuk bulat dan lonjong dilapisi epitel selapis atau beberapa lapis.

2. *Fibroadenoma Intracaniculare*

Yakni jaringan ikat mengalami proliferasi lebih banyak sehingga kelenjar berbentuk panjang- panjang (tidak teratur) dengan lumen yang sempit atau menghilang. Pada saat menjelang haid dan kehamilan tampak pembesaran sedikit dan pada saat menopause terjadi regresi. Patofisiologi terjadinya tumor mammae dapat digambarkan dalam bagan 2.1

Bagan 2.1 Pathway Tumor Mamae



(Sumber: Amin&amp;Hardhi, 2016)

#### 4. Manifestasi Klinis

Menurut Jitowiyono & Kristiyanasari (2010), secara mikroskopik *fibroadenoma* tampak: tumor bersimpai, berwarna putih keabu-abuan, pada penampang tampak jaringan ikat berwarna putih, kenyal, ada bagian yang menonjol ke permukaan, ada penekanan pada jaringan sekitar, ada batas tegas, memiliki kapsul dan soliter, benjolan dapat digerakkan, pertumbuhannya lambat, dan terasa nyeri pada payudara. *Fibroadenoma* terasa nyeri bila di tekan, mungkin bulat atau lobular, keras dapat digerakkan, tidak terikat pada jaringan payudara atau dinding dada (Smletzer & Bare, 2002)

#### 5. Pemeriksaan diagnostik

Menurut Jitowoyono & Kristiyanasari (2010), Pemeriksaan diagnostik pada *fibroadenoma mammae* adalah :

- a. Biopsi  
Eksisi Biopsi merupakan prosedur dimana seluruh jaringan lesi diangkat atau diambil sedangkan *eksterfasi* adalah tindakan pengangkatan seluruh masa tumor beserta kapsulnya.
- b. Pembedahan
- c. Hormonal
- d. PET (*Positron Emision Tomografi*)
- e. Mammografi
- f. Angiografi
- g. MRI (*Magnetic Resonance Imaging*)
- h. CT- Scan
- i. Foto Rontgen (*x-ray*)
- j. *Blood Cell*

#### 6. Penatalaksanaan

- a. Pembedahan
  - 1) Biopsi eksisi

Dilakukan dengan mengangkat seluruh jaringan tumor beserta sedikit jaringan sehat di sekitarnya bila tumor <5 cm.

## 2) Eksterfasi FAM

Suatu tindakan pembedahan yang dilakukan untuk pengangkatan tumor yang terdapat pada payudara. Dimana tumor ini sifatnya masih jinak namun jika dibiarkan maka akan terjadi penambahan pada masa tumor dan tumor ini terdapat di bawah kulit dan mempunyai selaput atau seperti kapsul, mudah digoyangkan, dan lunak. Terapi FAM dengan operasi pengangkatan tumor ini tidak akan merubah bentuk payudara, tetapi hanya akan meninggalkan jaringan parut yang nanti akan diganti oleh jaringan normal secara perlahan.

## 3) Biopsi insisi

Dengan mengangkat sebagian jaringan tumor dan sedikit jaringan sehat, dilakukan untuk tumor yang *inoperabel* atau lebih besar dari 5 cm.

## b. Terapi hormonal

Terdapat kecenderungan untuk memberikan terapi hormonal pada pasien *fibroadenoma* dengan menggunakan *tamoxifen*, *danazol* dan *gestogen*.

## B. Konsep Perioperatif

### 1. Pengertian Keperawatan Perioperatif

Keperawatan perioperatif merupakan proses keperawatan untuk mengembangkan rencana asuhan secara individual dan mengkoordinasikan serta memberikan asuhan pada pasien yang mengalami pembedahan atau serta memberikan asuhan pada pasien yang mengalami pembedahan atau prosedur invasif. 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* (Muttaqin, 2009).

Keperawatan perioperatif dilakukan berdasarkan proses keperawatan sehingga perawat perlu menetapkan strategi yang sesuai dengan kebutuhan individu selama periode *perioperatif (pre, intra, dan post operasi)*.

## 2. Fase Pelayanan Perioperatif

Keahlian seorang perawat kamar bedah dibentuk dari pengetahuan keperawatan profesional dan keterampilan psikomotor yang kemudian diintegrasikan kedalam tindakan keperawatan yang harmonis. Kemampuan dalam mengenali masalah pasien yang sifatnya resiko atau aktual pada setiap fase perioperatif akan membantu penyusunan rencana intervensi keperawatan (Muttaqin, 2009).

### a. Fase Pre Operatif

Asuhan keperawatan pre operatif pada prakteknya akan dilakukan secara berkesinambungan, baik asuhan keperawatan pre operatif di bagian rawat inap, poli klinik, bagian bedah sehari (*one day care*), atau di Unit Gawat Darurat (UGD) yang kemudian dilanjutkan di kamar operasi oleh perawat kamar.

### b. Fase Intra Operatif

Pengkajian yang dilakukan perawat kamar bedah pada fase intra operatif lebih kompleks dan harus dilakukan secara cepat dan ringkas agar segera dilakukan tindakan keperawatan yang sesuai. Kemampuan dalam mengenali masalah pasien yang bersifat resiko maupun aktual akan didapatkan berdasarkan pengetahuan dan pengalaman keperawatan. Implementasi dilaksanakan berdasarkan pada tujuan yang di prioritaskan, koordinasi seluruh anggota tim operasi, serta melibatkan tindakan *independen* dan *dependen*.

### c. Fase Post Operatif

Fase post operatif dimulai dengan masuknya pasien ke ruang pemulihan (*recovery room*) atau ruang intensive dan berakhir dengan evaluasi tindak lanjut pada tatanan rawat inap, klinik, maupun di rumah. Lingkup aktivitas keperawatan mencakup rentang aktivitas

yang luas selama periode ini. Pada fase ini fokus pengkajian meliputi efek agen anastesi dan memantau fungsi vital serta mencegah komplikasi. Aktivitas keperawatan kemudian berfokus pada peningkatan penyembuhan pasien dan melakukan penyuluhan, rehabilitasi, dan pemulangan.

### 3. Konsep Asuhan Keperawatan Perioperatif (Post Operasi)

#### a. Pengkajian

Pengkajian adalah langkah pertama proses keperawatan serta disusun agar perawat dan klien dapat merencanakan hasil pasca operasi yang optimal. Muttaqin (2009) mengatakan pengkajian pada tahap *post operatif* adalah meliputi:

- 1) Pengkajian respirasi
- 2) Pengkajian sirkulasi
- 3) Pengkajian status neurologi
- 4) Suhu tubuh
- 5) Kondisi luka dan drainase
- 6) Nyeri
- 7) Gastrointestinal
- 8) Genitourinar
- 9) Cairan dan elektrolit
- 10) Keamanan peralatan.

#### C. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Menurut Mubarak & Chayatin 2008, adapun kebutuhan dasar manusia tersebut dapat dijelaskan sebagai berikut :

##### 1. Kebutuhan Fisiologis (*Physiologic Needs*)

Kebutuhan fisiologis memiliki prioritas tertinggi dalam hierarki Maslow. Kebutuhan fisiologis merupakan hal yang mutlak dipenuhi manusia untuk bertahan hidup. Manusia memiliki delapan macam kebutuhan. Kebutuhan oksigenasi dan pertukaran gas, kebutuhan cairan dan elektrolit, kebutuhan makanan, kebutuhan eliminasi urin dan alvi, kebutuhan istirahat dan tidur,

kebutuhan aktivitas, kebutuhan kesehatan temperatur tubuh, dan kebutuhan seksual.

2. Kebutuhan Keselamatan dan Rasa Aman (*Safety and Security Needs*).

Kebutuhan keselamatan dan rasa aman yang dimaksud adalah aman dari berbagai aspek, baik fisiologis, maupun psikologis.

3. Kebutuhan Rasa Cinta, Memiliki dan dimiliki (*Love and Belonging*)

Kebutuhan ini meliputi memberi dan menerima kasih sayang, perasaan dimiliki dan hubungan yang berarti dengan orang lain, kehangatan, persahabatan, mendapatkan tempat atau diakui dalam keluarga, kelompok serta lingkungan sosial.

4. Kebutuhan Harga Diri (*Self-Esteem needs*)

Kebutuhan ini meliputi perasaan tidak bergantung pada orang lain, kompeten, dan penghargaan terhadap diri sendiri dan orang lain.

5. Kebutuhan Aktualisasi Diri (*Needs For Self Actualization*)

Kebutuhan ini meliputi dapat mengenal diri sendiri dengan baik (mengetahui dan memahami potensi diri), belajar memenuhi kebutuhan diri sendiri, tidak emosional, mempunyai dedikasi yang tinggi, kreatif, dan mempunyai kepercayaan diri yang tinggi.

Gambar 2.2  
Kebutuhan Dasar Manusia



Sumber : Abraham Maslow 1950 dalam (Mubarak & Chayatin, 2008 Buku Ajar Kebutuhan Dasar)



Pada kasus ini, salah satu masalah pada 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 (Wahid Iqbal Mubrak, 2008).

Kenyamanan/ rasa nyaman adalah suatu keadaan telah terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan akan ketentraman (suatu kepuasan yang meningkatkan penampilan sehari-hari), kelegaan (kebutuhan telah terpenuhi), dan transenden (keadaan tentang sesuatu yang melebihi masalah atau nyeri).

Sebagaimana dijelaskan diatas, rasa aman nyaman berupa terbebas dari rasa tidak menyenangkan adalah suatu kebutuhan dasar individu. Nyeri merupakan perasaan yang tidak menyenangkan yang sering kali dialami oleh individu. Kebutuhan terbebas dari rasa nyeri merupakan salah satu kebutuhan dasar yang merupakan tujuan diberikannya asuhan keperawatan kepada seorang pasien. Menurut Wahid Iqbal Mubarak (2008) berikut adalah Manajemen Nyeri :

a. Pengertian nyeri

Nyeri adalah perasaan yang tidak nyaman yang sangat subjektif dan hanya orang yang mengalaminya yang dapat menjelaskan dan mengevaluasi perasaan tersebut. Secara umum nyeri dapat didefinisikan sebagai perasaan tidak nyaman, baik ringan maupun berat. Menurut Kasiati & Rosmalawati 2016: Reaksi terhadap nyeri merupakan bentuk respon seseorang terhadap nyeri, seperti ketakutan, gelisah, cemas, menangis dan menjerit.

b. Fisiologis nyeri

Bagaimana nyeri merambat dan dipeseptikan oleh individu masih belum sepenuhnya dimengerti, akan tetapi, bisa tidaknya nyeri dirasakan dan hingga derajat mana nyeri tersebut mengganggu dipengaruhi oleh

interaksi antara sistem algesia tubuh dan transmisi sistem saraf serta interpretasi stimulus.

c. Jenis nyeri

Ada tiga klasifikasi nyeri:

- 1) Nyeri perifer, nyeri ini ada tiga macam :
  - a) Nyeri superfisial, yakni rasa nyeri yang muncul akibat rangsangan pada kulit dan mukosa.
  - b) Nyeri viseral, yakni rasa nyeri yang muncul akibat stimulasi pada reseptor nyeri di rongga abdomen, kranium, dan toraks.
  - c) Nyeri alih, yakni nyeri yang dirasakan pada daerah lain yang jauh dari jaringan penyebab nyeri.
- 2) Nyeri sentral, nyeri yang muncul akibat stimulasi pada medula spinalis batang otak, dan talamus.
- 3) Nyeri psikogenik, nyeri yang tidak diketahui penyebab fisiknya.
- 4) Faktor yang mempengaruhi nyeri
  - a) Etnik dan nilai budaya  
Latar belakang etnik dan budaya merupakan faktor yang mempengaruhi reaksi terhadap nyeri dan ekspresi nyeri.
  - b) Tahap perkembangan  
Usia dan tahap perkembangan seseorang merupakan variabel penting yang akan mempengaruhi reaksi dan ekspresi terhadap nyeri.
  - c) Lingkungan dan individu pendukung  
Lingkungan yang asing, tingkat kebisingan yang tinggi, pencahayaan, dan aktivitas yang tinggi di lingkungan tersebut dapat memperberat nyeri. Selain itu, dukungan dari keluarga dan orang terdekat menjadi salah satu faktor penting yang mempengaruhi persepsi individu.
  - d) Pengalaman nyeri sebelumnya  
Pengalaman masa lalu juga berpengaruh terhadap persepsi nyeri.
  - e) Ansietas dan stress  
Ansietas sering kali menyertai peristiwa nyeri yang terjadi.

d. Cara pengukuran Nyeri

Menurut Saputra (2013) Skala angka nyeri 0-10 (*comparative pain scale*), dari 10 angka tersebut dapat di kelompokkan yaitu:

- 1) Skala nyeri 0 (tidak terasa nyeri)
- 2) Skala nyeri 1-3 (nyeri ringan) nyeri masih dapat di tahan dan tidak mengganggu pola aktifitas klien.
- 3) Skala nyeri 4-6 (nyeri sedang) nyeri sedikit kuat sehingga dapat mengganggu pola aktifitas klien.
- 4) Skala nyeri 7-10 (nyeri berat) nyeri yang sangat kuat sehingga memerlukan terapi medis dan tidak dapat melakukan pola aktifitas mandiri.

e. Penatalaksanaan nyeri

Distraksi adalah memfokuskan perhatian klien pada sesuatu selain pada nyeri seperti membicarakan kegemaran klien, dan teknik relaksasi seperti melakukan teknik nafas dalam (Saputra, 2013)

## D. Konsep Proses Keperawatan

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

### 1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Pengkajian merupakan pegumpulan data yang dilaksanakan dengan beberapa cara (wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, pemeriksaan diagnostic, dll) untuk mendapatkan informasi tentang kondisi kesehatan klien, yang berfokus pada pemenuhan kebutuhan dasar. (Suarni & Apriyani, 2017).

Adapun pengkajian pada klien post operasi tumor mammae:

a. Pengumpulan Data

1) Identitas klien

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

2) Identitas Penanggung Jawab

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

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan utama saat masuk Rumah Sakit

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

2) Keluhan utama saat dikaji

Klien dengan *fibroadenoma mammae* (FAM) mempunyai keluhan utama nyeri saat dikaji, hal ini dikarenakan terputusnya kontinuitas jaringan, maka dianjurkan menggunakan analisa simptom PQRST, yaitu:

P: *Provoking Incident* atau penyebab nyeri bertambah maupun berkurang. Pada *fibroadenoma* (FAM) nyeri bertambah saat klien bergerak dan berkurang saat beristirahat.

Q: *Qualitatif/ quantitaf* adalah seperti apa keluhan nyeri dirasakan dan bagaimana nyeri dirasakan.

R: *Region* menunjukkan dimana saja gejala nyeri dirasakan timbul. Nyeri *fibroadenoma mammae* (FAM) dirasakan di daerah luka operasi, yaitu di payudara.

S: *Severity Of Scale* adalah skala nyeri.

T: *Time* adalah waktu terjadinya keluhan nyeri, kapan mulai terjadi keluhan, dirasakan terus- menerus atau pada waktu tertentu.

3) Riwayat kesehatan dahulu

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

4) Riwayat kesehatan keluarga

Dari genogram keluarga biasanya ada salah satu atau lebih keluarga yang menderita penyakit yang sama.

5) Riwayat psikososial

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

6) Pola aktivitas sehari-hari

Pada klien *fibroadenoma mammae* (FAM) mengalami tidak cukupnya energi fisiologi untuk menyelesaikan aktivitas harian yang diinginkan, apakah klien merasa istirahat cukup bila nyeri timbul (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2010).

c. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan pada pasien dengan tumor mammae adalah sebagai berikut :

1) Keadaan Umum

Kesadaran dapat berupa *compos mentis* sampai koma tergantung beratnya kondisi penyakit yang dialami, pada penderita *fibroadenoma mammae* (FAM) biasanya sadar penuh dan jarang terjadi kehilangan kesadaran tetapi kadang diiringi dengan kelelahan yang dirasakan terus-menerus disertai lemas.

2) Sistem Pernafasan

Biasanya pasien dengan tumor mammae terjadi perubahan pola dan frekuensi pernafasan akibat adanya penekanan pada dinding dada dikarenakan pertumbuhan massa tumor selain itu pola nafas bisa berubah akibat nyeri sebelum pembedahan maupun akut setelah pembedahan.

3) Sistem Kardiovaskuler

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

4) Sistem Pencernaan

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

5) Sistem Perkemihan

Tumor mammae (FAM) tidak memengaruhi sistem perkemihan, dikarenakan tidak ada kaitan langsung antara pertumbuhan sel tumor dan sistem perkemihan.

6) Sistem Persyarafan

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

7) Sistem Muskuloskeletal

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

8) Sistem Penglihatan

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

9) Sistem Pendengaran

Amati keadaan telinga, kesimetrisan, ada tidaknya lesi, ada tidaknya nyeri tekan, dan uji pendengaran.

10) Sistem Integumen

Kaji warna kulit biasanya pada pasien post operasi tumor mammae 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 mammae.

### 11) Sistem Reproduksi

Dikaji apakah terdapat benjolan di mammae atau tidak, apakah ada perubahan kesimetrisan pada mammae 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 (Muttaqin, 2009).

## 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017).

Diagnosa keperawatan berdasarkan Doengoes (1999) yang muncul pada fase *post operatif* antara lain:

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedure 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
- 2) Kerusakan integritas kulit jaringan berhubungan dengan prosedur pembedahan dengan batasan karakteristik : kerusakan jaringan misalnya: membran mukosa, integument atau sub kutan, dan kerusakan jaringan.
  - a) Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dengan batasan karakteristik : katidakmampuan mengakses kamar mandi, ketidakmampuan mengeringkan tubuh, ketidakmampuan mengambil perlengkapan mandi, ketidakmampuan menjangkau sumber air, ketidakmampuan megatur air mandi, ketidakmampuan membasuh tubuh.
- 3) Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif (pembedahan) dengan batasan karakteristik: klien bebas dari tanda dan gejala infeksi,

menunjukkan perilaku hidup sehat, jumlah leukosit dalam jumlah normal.

### 3. Rencana Keperawatan

Tahapan perencanaan keperawatan adalah perawat merumuskan rencana keperawatan, perawat menggunakan pengetahuan dan alasan untuk mengembangkan hasil yang diharapkan untuk mengevaluasi asuhan keperawatan yang diberikan (Suarni & Apriyani, 2017).

Rencana keperawatan pada pasien post operasi tumor mammae terdapat pada tabel 2.1



Tabel 2.1  
Rencana Keperawatan Pasien *Post* Operasi Tumor Mammae

NO	Diagnosa Keperawatan	TUJUAN	INTERVENSI
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Prosedure 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 nafas membaik	Manajemen nyeri (I. 08238) 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri nonverbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Fasilitas istirahat dan tidur 6. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misalnya teknik nafas dalam) 7. Kolaborasi pemberian analgetik

1	2	3	4
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. 06202)  1. Monitor karakteristik luka, termasuk drainase, warna, ukuran, dan bau 2. Monitor tanda-tanda infeksi 3. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih non toksik, sesuai kebutuhan 4. Pasang balutan sesuai jenis luka 5. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 7. Kolaborasi pemberian antibiotik.
3.	Defisit Perawatan diri berhubungan dengan kelemahan	Perawatan diri (L. 13121) dengan kriteria hasil: 1. Kemampuan mandi meningkat 2. Kemampuan mengenakan	Dukungan perawatan diri (I. 11348)  1. Monitor tingkat kemandirian 2. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan 3. Sediakan lingkungan yang terapeutik (Suasana hangat)

1	2	3	4
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 control risiko	Pencegahan infeksi (I: 14539) 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 3. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko infeksi 4. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 5. Mengajarkan mencuci tangan dengan benar 6. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka bekas operasi

(Sumber: Buku Standard Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI), Standard Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), Standard Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)).

#### 4. Implementasi Keperawatan

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

Dalam pelaksanaannya terdapat tiga jenis implementasi keperawatan yaitu:

##### *a. Independent Implementations*

Adalah implementasi yang diprakarsai sendiri oleh perawat untuk membantu pasien dalam mengatasi masalahnya sesuai dengan kebutuhan, misalnya: membantu dalam memenuhi *activity daily living* (ADL), memberikan perawatan diri, mengatur posisi tidur, menciptakan lingkungan yang terapeutik, memberikan dorongan motivasi, pemenuhan kebutuhan psiko-sosio-kultural, dan lain-lain.

##### *b. Interdependent/collaborative implementations*

Adalah tindakan keperawatan atas dasar kerjasama sesama tim keperawatan atau dengan tim kesehatan lainnya, seperti dokter. Contohnya dalam hal pemberian obat oral, obat injeksi, infus, dan lain-lain.

##### *c. Dependent Implementations*

Adalah tindakan keperawatan atas dasar rujukan dari profesi lain, seperti ahli gizi, physiotherapies, psikologi dan sebagainya, misalnya dalam hal: pemberian nutrisi pada pasien sesuai dengan diit yang telah dibuat oleh ahli gizi.

#### 5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain (Dinarti & Mulyanti, 2017).

Untuk penentuan masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi adalah dengan cara membandingkan antara SOAP dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan. *Subjective* adalah informasi berupa

ungkapan yang didapat dari klien setelah tindakan diberikan. *Objective* adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan. Analisis adalah membandingkan antara informasi *subjective* dan *objective* dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi. *Planning* adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa (Suarni & Apriyani, 2017).