

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Fibroadenoma Mammae (FAM)

1. Pengertian fibroadenoma mammae (FAM)

Tumor payudara adalah benjolan tidak normal akibat pertumbuhan sel yang terjadi secara terus menerus (Kumar dkk, 2007). FAM adalah benjolan padat dan kecil dan jinak pada payudara yang terdiri dari jaringan kelenjar dan fibrosa. Benjolan ini biasanya ditemukan pada wanita muda, seringkali pada remaja putri (Prawirohardjo, 2008). FAM muncul sebagai nodus diskret, biasanya tunggal, mudah digerakkan dan bergaris tengah 1 hingga 10 cm. Walaupun jarang, tumor mungkin multiple dan bergaris tengah lebih dari 10 cm (Sarjadi, 2007).

FAM berasal dari proliferasi kedua unsur lobulus, yaitu asinus atau duktus terminalis dan jaringan fibroblastik. Terdapat dua jenis FAM, yaitu FAM intrakanalikuler atau stroma yang tumbuh mendesak kanalikulus pada sistem duktulus intralobulus dan FAM perikanalikuler atau stroma yang tumbuh proliferasif mengitari sistem kanalikulus sistem duktulus intralobulus (Nasar et al., 2010).

Sifat lesi jinak ini berupa benjolan yang mobile atau dapat digerakkan, lobulasi tidak nyeri tekan, kenyal seperti karet berukuran satu sampai dengan empat sentimeter, dan banyak ditemukan pada kuadran lateral kanan atas payudara kiri pada penderita yang right handed. Benjolan ini dapat bertambah besar satu sentimeter dibawah pengaruh estrogen haid normal, kehamilan, laktasi atau penggunaan kontrasepsi oral. Secara makroskopik, benjolan ini berbeda morfologinya dari lesi ganas, yaitu tepi

tajam dan permukaannya putih keabuan sampai merah muda serta homogen.

2. Etiologi fibroadenoma mammae (FAM)

Penyebab dari FAM menurut Price (2005), 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. FAM 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, 2007).

3. Tanda dan gejala fibroadenoma mammae (FAM)

Menurut Nugroho (2011) tanda dan gejalanya sebagai berikut :

- 1) FAM dapat multiple
- 2) Benjolan berdiameter 2-3 cm
- 3) Benjolan tidak menimbulkan reksi radang, mobile dan tidak menyebabkan pengerutan kulit payudara.
- 4) Benjolan berlobus – lobus
- 5) Pada pemeriksaan mammografi , gambaran jelas jinak berupa rata dan memiliki batas jelas.

4. Patofisiologi fibroadenoma mammae (FAM)

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, 2005). 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 (2007) FAM dapat dibagi menjadi:

1) 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.

2) Pericanalicular fibroadenoma

FAM yang menyerupai kelenjar atau kista yang dilingkari oleh jaringan epitel pada satu atau banyak lapisan. Sebagian lainnya tertekan oleh poliferasi ekstensif stroma sehingga pada potongan melintang rongga tersebut tampak sebagai celah atau struktur irregular mirip bintang.

5. Pemeriksaan penunjang fibroadenoma mammae (FAM)

Menurut Pamungkas (2011) 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 (asimptomatik).

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 beast ultrasound, digunakan untuk mengevaluasi adanya ketidaknormalan pada payudara yang telah ditemukan pada hasil pemeriksaan mammografi.

6. Komplikasi penyakit fibroadenoma mammae (FAM)

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 fibroadenoma mammae (FAM)

Terapi untuk FAM tergantung dari beberapa hal sebagai berikut:

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

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).

B. Keperawatan Perioperatif

1. Defenisi

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.

2. Etiologi

Operasi dilakukan untuk berbagai alasan seperti (Brunner dan Suddarth,2002):

- 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 perifer. 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.

b) 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 anaesthesia, 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 anastesi (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 anastesi dengan koordinasi dari dokter anastesi yang bertanggung jawab.
2. Perawatan post anastesi di ruang pemulihan atau unit perawatan pasca anastesi, Setelah selesai tindakan pembedahan, pasien harus dirawat sementara di ruang pulih sadar (recovery room : RR) atau unit perawatan pasca anastesi (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 :

- 1) Perawat yang disiapkan dalam merawat pasca operatif (perawat anastesi)
- 2) Ahli anastesi dan ahli bedah
- 3) Alat monitoring dan peralatan khusus penunjang lainnya.

4. Klasifikasi Perawatan Perioperatif

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

- 1) 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.
- 2) Urgen, pasien membutuhkan perhatian segera. Operasi dapat dilakukan dalam 24-30 jam. Contoh: infeksi kandung kemih akut, batu ginjal atau batu pada uretra.
- 3) Diperlukan, pasien harus menjalani operasi. Operasi dapat direncanakan dalam beberapa minggu atau bulan. Contoh: Hiperplasia prostat tanpa obstruksi kandung kemih, gangguan tyroid dan katarak.
- 4) Elektif, Pasien harus dioperasi ketika diperlukan. Indikasi operasi, bila tidak dilakukan operasi maka tidak terlalu membahayakan. Contoh: perbaikan Scar, hernia sederhana dan perbaikan vaginal.
- 5) 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: insisi 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 penatalaksanaanya

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.

C. Asuhan Keperawatan Perioperatif

1. Pre operasi

a. Pengkajian Fokus Keperawatan Pre Operasi

Pada pengkajian anamnesis biasanya didapatkan adanya keluhan benjolan pada payudara. Faktor bertambahnya usia mempunyai risiko

yang lebih tinggi terhadap kemungkinan mengidap kanker payudara (Muttaqin 2009) .

Pada pengkajian riwayat keluarga terdapat adanya hubungan seorang wanita yang ibu atau saudarinya (saudari dekat, keturunan pertama/ *first degree relatives*) pernah/ sedang menderita kanker payudara , memiliki risiko 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 2009).

Pada pemeriksaan fisik inspeksi sering didapatkan 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 kelengkapan yang berhubungan dengan operasi. Pengkajian ringkas tersebut adalah sbb :

- a) Validasi: perawat melakukan konfirmasi kebenaran identitas pasien sebagai data dasar untuk mencocokkan prosedur jenis pembedahan yang akan dilakukan

- b) Kelengkapan administrasi: Status rekam medik, data-data penunjang (Laboratorium, dan Radiologi) serta kelengkapan *informed consent*.
- c) Tingkat kecemasan dan pengetahuan pembedahan
- d) Pemeriksaan fisik terutama tanda-tanda vital dan kondisi masa pada payudara.

b. Diagnosis 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 akibat dari kondisi yang dihadapi
- 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

2) Defisit pengetahuan b.d kurang terpaparnya informasi

Tanda dan gejala mayor:

Subjektif:

- a) Menanyakan masalah yang dihadapi

Objektif:

- a) Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran
- b) Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah

Tanda dan gejala minor:

Subjektif: -

Objektif:

- a) Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat
- b) Menunjukkan perilaku berlebihan

c. Rencana Intervensi

Menurut SIKI (2018) intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan 2 diagnosa diatas adalah reduksi ansietas dan edukasi kesehatan.

d. Implementasi

1) Reduksi ansietas

Observasi:

- a) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (misal: kondisi, waktu, stresor)

- b) Identifikasi kemampuan mengambil keputusan
- c) Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal)

Teraupetik:

- a) Ciptakan suasana teraupetik untuk menumbuhkan kepercayaan
- b) Temani pasien untuk mengurangi kecemasan
- c) Pahami situasi yang membuat ansietas
- d) Dengarkan dengan penuh perhatian
- e) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
- f) Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan
- g) Motivasi mengidentifikasi situassi yang memicu kecemasan
- h) Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang

Edukasi:

- a) Jelaskan prosedur serta sensasi yang mungkin dialami
- b) Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis
- c) Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien
- d) Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif
- e) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
- f) Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan
- g) Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat
- h) Latih tekhnik relaksasi

Kolaborasi :

- a) Kolaborasi pemberian obat antiansietas, *jika perlu*

2) Edukasi kesehatan

Observasi :

- a) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi

- b) Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat.

Teraupetik :

- a) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan
- b) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
- c) Berikan kesempatan untuk bertanya

Edukasi :

- a) Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan
- b) Ajarkan perilaku hidup dan sehat
- c) Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat

2. Intra Operasi

- a. Pengkajian Fokus Keperawatan Intra Operasi

Pengkajian intraoperatif bedah onkologi secara ringkas mengkaji hal-hal yang berhubungan dengan pembedahan. Diantaranya adalah validasi identitas dan prosedur jenis pembedahan yang akan dilakukan, serta konfirmasi kelengkapan data penunjang laboratorium dan radiologi. (Muttaqin , 2009)

- b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan intraoperatif bedah onkologi payudara yang lazim (SDKI, 2016) adalah sebagai berikut :

- a) Resiko cedera b.d tindakan operasi
- b) Risiko hipotermi perioperatif b.d suhu lingkungan rendah

- c. Rencana Intervensi

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

d. Implementasi

1) Manajemen kesehatan lingkungan

Observasi :

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

Teraupetik :

- a) Hilangkan bahaya keselamatan lingkungan
- b) Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bahaya dan risiko
- c) Sediakan alat bantu keamanan lingkungan
- d) Gunakan perangkat pelindung
- e) Hubungi pihak berwenang sesuai masalah komunitas
- f) Fasilitas relokasi kelingkungan yang aman
- g) Lakukan skrining bahaya lingkungan

Edukasi:

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

2) Manajemen Hipotermia

Observasi :

- a) Monitor suhu tubuh
- b) Identifikasi penyebab hipotermia, (Misal: terpapar suhu lingkungan rendah, kerusakan hipotalamus, penurunan laju metabolisme, kekurangan lemak subkutan)
- c) Monitor tanda dan gejala hipotermia

Teraupetik :

- a) Sediakan lingkungan yang hangat (misal : atur suhu ruangan)
- b) Ganti pakaian atau linen yang basah

- c) Lakukan penghangatan pasif (misal : selimut, menutup kepala, pakaian tebal)
- d) Lakukan penghangatan aktif eksternal (Misal : kompres hangat, botol hangat, selimut hangat, metode kangguru)
- e) Lakukan penghangatan aktif internal (misal: infus cairan hangat, oksigen hangat, lavase peritoneal dengan cairan hangat)

Edukasi :

- a) Anjurkan makan/minum hangat

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.

a) Pengkajian Awal

Pengkajian awal post operasi adalah sebagai berikut

- 1) Diagnosis medis dan jenis pembedahan yang dilakukan
- 2) Usia dan kondisi umum pasien, kepatenan jalan nafas, tanda-tanda vital
- 3) Anastesi dan medikasi lain yang digunakan
- 4) Segala masalah yang terjadi dalam ruang operasi yang mungkin memengaruhi perawatan pasca operasi
- 5) Patologi yang dihadapi
- 6) Cairan yang diberikan, kehilangan darah dan penggantian
- 7) Segala selang, drain, kateter, atau alat pendukung lainnya
- 8) Informasi spesifik tentang siapa ahli bedah atau ahli anastesi yang akan diberitahu

b) Status Respirasi

Kontrol pernafasan

- 1) Obat anastesi tertentu dapat menyebabkan depresi pernapasan
- 2) Perawat mengkaji frekuensi, irama, kedalaman ventilasi pernapasan, kesemitrisan gerakan dinding dada, bunyi nafas, dan arna membran mukosa

Kepatenan jalan nafas

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

c) Status Sirkulasi

- 1) Pasien beresiko mengalami komplikasi kardiovaskuler akibat kehilangan darah secara aktual atau resiko dari tempat pembedahan, efek samping anastesi, ketidakseimbangan elektrolit, dan defresi mekanisme regulasi sirkulasi normal.
- 2) Pengkajian kecepatan denyut dan irama jantung yang teliti serta pengkajian tekanan darah menunjukkan status kardiovaskuler pasien.
- 3) Perawat membandingkan TTV pra operasi dan post operasi

d) Status Neurologi

- 1) Perawat mengkaji tingkat kesadaran pasien dengan cara memanggil namanya dengan suara sedang
- 2) Mengkaji respon nyeri

e) Muskuloskeletal

Kaji kondisi organ pada area yang rentan mengalami cedera posisi post operasi

b. Diagnosis Keperawatan Post Operasi

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

1) Bersihan jalan nafas tidak efektif b.d efek agen farmakologi (anastesi)

Gejala dan tanda mayor:

Subjektif: -

Objektif:

- a) Batuk tidak efektif
- b) Tidak mampu batuk
- c) Sputum berlebih
- d) Mengi, wheezing atau ronkhi kering
- e) Mekonium dijalan nafas (pada neonatus)

Gejala dan tanda minor:

Subjektif:

- a) Dispnea
- b) Sulit bicara
- c) Ortopnea

Objektif:

- a) Gelisah
- b) Sianosis
- c) Bunyi nafas menurun
- d) Frekuensi nafas berubah
- e) Pola nafas berubah

2) Nyeri akut b.d agen pencidera fisik

Gejala dan tanda mayor:

Subyektif:

a) Mengeluh nyeri

Objektif

a) Tampak meringis

b) Bersikap protektif

c) Gelisah

d) Frekuensi nadi meningkat

e) Sulit tidur

Gejala dan tanda minor

Subyektif : -

Objektif :

a) Tekanan darah meningkat

b) Pola napas berubah

c) Nafsu makan berubah

d) Proses berpikir terganggu

e) Menarik diri

f) Berfokus pada diri sendiri

g) Diaforesis

c. Intervensi

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

d. Implementasi

a) Manajemen jalan nafas

Observasi :

1) Monitor pola napas

- 2) Monitor bunyi napas
- 3) Monitor sputum,

Teraupetik

- 1) Pertahankan kepatenan jalan napas dengan *head-tilt* dan *chin lift*
- 2) Posisikan semi fowler atau fowler
- 3) Berikan minum hangat
- 4) Lakukan fisioterapi dada
- 5) Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik
- 6) Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal
- 7) Keluarkan sumbatan benda padat dengan forcep mcgill
- 8) Berikan oksigen

Edukasi

- 1) Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari
- 2) Ajarkan tehnik batuk efektif

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi dalam pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik.

b) Manajemen nyeri

Observasi :

- 1) Monitor efek samping penggunaan analgetik
- 2) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.
- 3) Identifikasi skala nyeri
- 4) Identifikasi nyeri non verbal
- 5) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- 6) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri

- 7) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- 8) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup

Teraupetik :

- 1) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misal : TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, *biofeedback*, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin.)
- 2) Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri (misal : suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan.)
- 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 memonitor nyeri secara mandiri
- 4) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
- 5) Ajarkan eknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian analgetik , *jika perlu*