

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Kebutuhan Dasar

1. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Kebutuhan dasar manusia merupakan terpenuhinya kebutuhan dasar manusia dan merupakan prasyarat kelangsungan hidup. Manusia mempunyai kebutuhan dasar atau kebutuhan dasar untuk mempertahankan kelangsungan hidupnya. Walaupun setiap orang mempunyai karakteristik yang berbeda-beda, namun kebutuhan dasarnya tetap sama perbedaannya terletak pada bagaimana kebutuhan dasar tersebut dipenuhi (Susanto & Fitriani 2021).

Jika pemenuhan kebutuhan dasar manusia gagal dilakukan, maka akan menimbulkan kondisi yang tidak seimbang bagi klien. Itulah sebabnya diperlukan bantuan terhadap pemenuhan kebutuhan dasar tersebut. Perawat sebagai salah satu profesi di bidang kesehatan salah satu tujuannya adalah membantu klien dalam memenuhi kebutuhan dasarnya. Jenis kebutuhan dasar manusia yang menjadi lingkup pelayanan keperawatan bersifat holistic yakni mencakup kebutuhan biologis, psikologis, sosial, dan spiritual (Susanto & Fitriani 2021). Dari terpenuhinya kebutuhan dasar manusia dapat diambil kesimpulan mengenai kualitas pertumbuhan pribadi seseorang. Semakin tinggi kebutuhan seseorang terpuaskan, maka semakin optimal orang tersebut mencapai tingkat kemandirian tertentu (Susanto & Fitriani 2021).

Sebagaimana diketahui, teori hierarki kebutuhan dasar manusia yang dikemukakan oleh Abraham Maslow dapat dikembangkan untuk menjelaskan kebutuhan dasar manusia sebagai berikut:

- a. Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan yang paling mendasar, seperti oksigen, air (minuman), gizi (makanan), keseimbangan suhu tubuh, ekskresi, tempat berlindung, istirahat dan tidur, serta hasrat seksual.
- b. Kebutuhan akan rasa aman dan perlindungan terbagi menjadi perlindungan fisik dan perlindungan psikologis. Perlindungan fisik

mencakup perlindungan terhadap bahaya terhadap tubuh atau jiwa. Ancaman tersebut dapat berupa penyakit, kecelakaan, bahaya lingkungan dan lain-lain. Perlindungan psikologis adalah perlindungan dari ancaman yang disebabkan oleh pengalaman baru dan asing. Misalnya saja rasa cemas yang anda rasakan saat ini mulai bersekolah karena merasa terancam dengan interaksi anda dan orang lain.

- c. Kebutuhan rasa memiliki dan dimiliki, meliputi kebutuhan akan kasih sayang, memberi dan menerima kasih sayang, kehangatan keluarga, kehadiran teman, dan penerimaan oleh kelompok sosial.
- d. Kebutuhan harga diri dan perasaan dihargai oleh orang lain. keinginan ini terkait dengan keinginan akan kekuasaan, prestasi, kepercayaan diri, dan kemandirian. Selain itu, masyarakat juga memerlukan persetujuan orang lain.
- e. Kebutuhan aktualisasi diri adalah kebutuhan tertinggi dalam hierarki kebutuhan Maslow, dan diekspresikan dalam keinginan untuk berkontribusi kepada orang lain dan lingkungan, serta untuk mencapai potensi penuh (Haswita&Sulistyowati,2017).



Gambar 1.

Hierarkhi Maslow

Sumber : (Haswita & Sulistyowati, 2017).

2. Konsep Kebutuhan Rasa Nyaman

Kebutuhan dasar manusia adalah unsur-unsur yang dibutuhkan manusia dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun psikologis, yang tentunya untuk mempertahankan kehidupandan kesehatan. Manusia memiliki berbagai macam kebutuhan menurut intensitas kegunaan, menurut sifat, menurut bentuk, menurut waktu danmenurutsubjek (Haswita& Sulistyowati, 2017).

3. Konsep dasar nyeri

a. Definisi

Nyeri merupakan suatu stressor pengalaman sensorik dan emosional seperti sensasi yang tidak nyaman akibat adanya kerusakan suatu jaringan (Machmudah, 2021). Nyeri merupakan perasaan subyektif dari seseorang, setiap orang akan menginterpretasikan nyeri secara berbeda. Sesuai dengan teori gate control yang dikemukakan oleh Melzack dan Wall bahwa impuls nyeri dihambat saat sebuah pertahanan ditutup, sehingga dapat menurunkan intensitas nyeri yang dirasakan (Studi et al., 2021).

Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan tidak menyenangkan bersifat sangat subjektif karena perasaan nyeri berbeda pada setiaporang dalam hal skala atau tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya. Berikut ini adalah pendapat beberapa ahli tentang pengertian nyeri:

1. *Wolf Weifsel Feurst* menurut nyeri merupakan suatu perasaan menderita secara fisik dan mental atau perasaan yang bisa menimbulkan ketegangan.
2. *Mc. Coffery* menurut mendefinisikan nyeri sebagai suatu keadaan yang memengaruhi seseorang yang keberadaannya diketahui hanya jika orang tersebut pernah mengalaminya.
3. *Arthur C. Curton* menurut mengatakan bahwa nyeri merupakan suatu mekanisme produksi bagi tubuh, timbul ketika jaringan sedang dirusak, dan menyebabkan individu tersebut bereaksi untuk menghilangkan rangsangan nyeri.
4. *Scrumum*, mengartikan bahwa nyeri sebagai suatu keadaan yang tidak menyenangkan akibat terjadinya rangsangan fisik maupun dari serabut

saraf dalam tubuh ke otak dan diikuti oleh reaksi fisik, fisiologis, dan emosional (Hidayat & Uliyah, 2014).

a. Teori Nyeri

1. Teori pemisahan (*Specificity Theory*)

Rangsangan sakit masuk ke medulla spinalis melalui kornu dorsalis yang bersinaps di daerah posterior, kemudian naik ke tractus lissur dan menyilang di garis median ke sisi lainnya, dan berakhir di korteks sensoris tempat rangsangan nyeri tersebut diteruskan

2. Teori pola (Teori Pola)

Rangsangan nyeri masuk melalui akar ganglion dorsal ke medulla spinalis dan merangsang aktivitas sel T. Hal ini mengakibatkan suatu respon yang merangsang ke bagian lain yang lebih tinggi yaitu korteks serebri, serta kontraksi menimbulkan persepsi dan otot berkontraksi sehingga menimbulkan nyeri. Persepsi dipengaruhi oleh modalitas respon dari reaksi sel T.

3. Teori pengendalian (*Gate Control Theory*)

Nyeri tergantung dari kerja serat saraf besar dan kecil yang keduanya berada dalam akar ganglion dorsalis. Rangsangan pada serat saraf besar akan meningkatkan aktivitas substansia gelatinosa yang mengakibatkan tertutupnya pintu mekanisme sehingga sel T terhambat dan menyebabkan hantaran rangsangan ikut terhambat. Rangsangan serat saraf besar dapat langsung merangsang korteks serebri. Hasil persepsi ini akan dikembalikan dalam medulla spinalis melalui serateferen dan reaksinya mempengaruhi aktivitas sel T. Rangsangan pada serat saraf kecil akan menghambat substansia gelatinosa dan membuka mekanisme, sehingga rangsangan aktivitas sel T yang selanjutnya akan menghantarkan rangsangan nyeri.

Klasifikasi Nyeri berdasarkan durasi yaitu

1. Nyeri Akut

Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit, atau intervensi bedah dan memiliki proses yang cepat dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat), dan berlangsung untuk waktu yang singkat. Nyeri akut berdurasi singkat (kurang lebih 6 bulan) dan akan menghilang tanpa pengobatan setelah area yang rusak pulih kembali (Prasetyo, 2017).

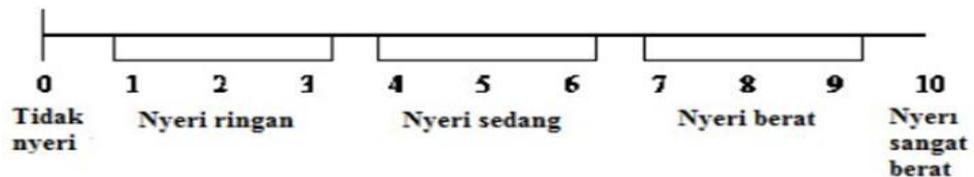
2. Nyeri kronik

Nyeri kronik adalah nyeri konstan yang intermiten yang menetap sepanjang suatu periode waktu, Nyeri ini berlangsung lama dengan intensitas yang bervariasi dan biasanya berlangsung lebih dari 6 bulan (Perry, 2018).

3. Skala Nyeri

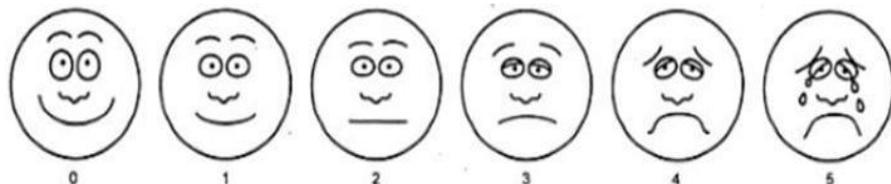
intensitas nyeri dapat dilakukan dengan menggunakan skala sebagai berikut (Perry, 2018)

- a. Skala Deskriptif merupakan alat pengukuran tingkat keparahan nyeri yang lebih objektif. Skala deskriptif verbal (*Verbal Descriptor Scale*) merupakan sebuah garis yang terdiri dari tiga sampai disepanjang garis. Pendeskripsi ini dirangkai dari “tidak terasa nyeri” sampai “nyeri yang tidak tertahankan”. Perawat menunjukkan klien skala tersebut dan meminta klien untuk memilih intensitas nyeri terbaru yang ia rasakan



Gambar 2
Skala Deskriptif Verbal (VDS)
(Sumber : Potter & Perry, 2018 Gambar)

- b. *Wong-Baker Faces Pain Rating Scale* Skala dengan enam gambar wajah dengan ekspresi yang berbeda, dimulai dari senyuman sampai menangis karena kesakitan. Skala ini berguna pada pasien dengan gangguan komunikasi, seperti anak-anak, orang tua, pasien yang kebingungan atau pada pasien yang tidak mengerti dengan bahasa lokal setempat.



Gambar 3
Skala Wong-Baker Faces Pain Rating Scal
(Sumber: Potter & Perry, 2018)

Keterangan :

- 0 : Tidak nyeri
- 1–3 : Nyeri ringan
- 4 – 6 : Nyeri sedang
- 7 – 10 : Nyeri berat

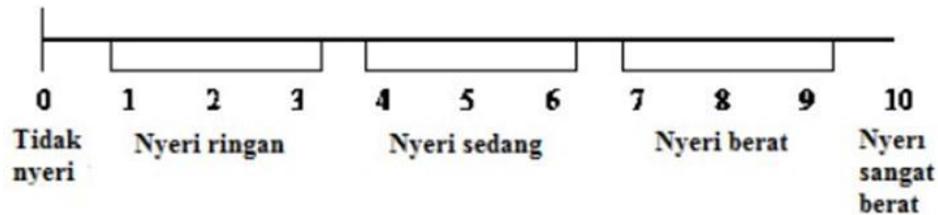
B. Konsep Proses Keperawatan

Proses keperawatan merupakan cara sistematis yang dilakukan oleh perawat bersama pasien dalam menantukan kebutuhan asuhan keperawatan dengan melakukan pengkajian, penentuan diagnosis, perencanaan tindakan, pelaksanaan tindakan, serta pengevaluasian hasil asuhan yang telah diberikandengan berfokus pada pasien dan berorientasi pada tujuan. Setiap tahap saling bergantung dan berhubungan (Hidayat & Uliyah, 2014).

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah pertama dari proses keperawatan melalui kegiatan pengumpulan data atau perolehan data yang akurat dari pasien guna mengetahui berbagai permasalahan yang ada (Hidayat & Uliyah, 2014). Pengkajian pada masalah nyeri yang dapat dilakukan adalah dan riwayat nyeri, serta keluhan nyeri seperti lokasi nyeri, intensitas nyeri, kualitas, dan waktu serangan. Pengkajian dapat dilakukan dengan cara PQRST, yaitu sebagai berikut.

- a. **P (pemacu)**, yaitu faktor yang memengaruhi gawat atau ringannya nyeri.
- b. **Q (quality)**, dari nyeri, seperti apakah rasa tajam, tumpul, atau tersayat.
- c. **R (region)**, yaitu daerah perjalanan nyeri.
- d. **S (severity)** adalah keparahan atau intensitas nyeri.
- e. **T (time)** adalah lama/waktu serangan atau frekuensi nyeri Intensitas nyeri dapat diketahui dengan bertanya kepada pasien melalui skala *Numeric Rating Scale* pada pengukuran skala ini pasien diminta untuk menyebutkan rasa nyerinya terdapat diangka berapa. Perawat menyelaskan tingkatan nyerinya yaitu 0 tidak nyeri, 1-3 nyeriringan, 4-6 nyeri sedang, 7-9 nyeri berat tetapi terkontrol, dan 10 nyeri sangat berat tidak terkontrol



Gambar 4
Skala Deskriptif Verbal (VDS)
 (Sumber : Potter & Perry, 2018)

Pengkajian keperawatan dalam proses keperawatan (Budiono & Pertami, 2016) meliputi :

1. Tahap pengkajian

a. Identitas pasien

Yang perlu dikaji pada identitas pasien meliputi nama, umur, agama, jenis kelamin, status, pendidikan, pekerjaan, suku bangsa, alamat, tanggal pengkajian, diagnosis medis.

b. Keluhan utama

Pasin merasakan nyeri pada area payudara

c. Riwayat kesehatan sekarang

Kapan pasien mengalami post operasi ca mammae, bagaimana terjadinya dan bagian tubuh mana yang terkena.

Riwayat kesehatan masa lalu

Apakah pasien pernah mengalami penyakit tertentu yang dapat mempengaruhi kesehatan sekarang. Misalnya apakah pasien memiliki penyakit tertentu seperti kanker

d. Riwayat kesehatan keluarga

e. Apakah anggota keluarga pasien memiliki penyakit keturunan yang mungkin akan mempengaruhi kondisi sekarang. Penyakit keluarga, misalnya keluarga mempunyai riwayat kanker payudara.

f. Pola nutrisi dan *metabolic*

Data yang perlu dikaji meliputi nafsu makan, jumlah makanan dan minuman serta cairan yang masuk adakah perubahan antara sebelum sakit dan setelah sakit

Pola eliminasi Data yang perlu dikaji meliputi pola buang air besar, dan pola

buang air kecil sebelum sakit dan setelah sakit.

g. Pola aktivitas dan latihan

Kemampuan aktivitas dan latihan meliputi kemampuan melakukan perawatan diri, makan dan minum, mandi, toileting, berpakaian, dan berpindah. Pola latihan sebelum sakit dan saat sakit.

h. Pola tidur dan istirahat

Data yang perlu dikaji meliputi pola tidur dan istirahat sebelum sakit dan saat sakit apakah ada perubahan.

2. Pengkajian fisik

a. Keadaan umum meliputi tingkat kesadaran: composmentis, apatis, somnolen, sopor, coma, dan GCS (Glasgow Coma Scale)

b. Tanda-tanda vital: nadi, suhu, tekanan darah, respiratory rate

c. Pemeriksaan *head to toe*. Pemeriksaan fisik yang dilakukan dengan menggunakan metode atau teknik P.E. (*Physical Examination*) yang terdiri atas:

1. Inspeksi, yaitu teknik yang dapat dilakukan dengan observasi yang dilaksanakan secara sistematis.
2. Palpasi, yaitu suatu teknik yang dapat dilakukan dengan menggunakan indera peraba. Langkah-langkah yang perlu diperhatikan adalah menciptakan lingkungan yang kondusif, nyaman, dan santai. Kemudian tangan harus dalam keadaan kering, hangat, dan kuku pendek. Palpasi pada setiap ekstremitas dan rasakan (kekuatan/kualitas nadi perifer, adanya nyeri tekan atau tidak)
3. Perkusi, adalah pemeriksaan yang perlu dilakukan dengan mengetuk, dengan tujuan untuk membandingkan kiri-kanan pada setiap daerah permukaan tubuh dengan menghasilkan suara. Perkusi bertujuan untuk mengidentifikasi, ukuran, bentuk, dan konsistensi jaringan. Contoh suara-suara yang dihasilkan: sonor, redup, pekak, hipersonor/timpani.
4. Auskultasi merupakan pemeriksaan yang dapat dilakukan dengan mendengarkan suara yang dihasilkan oleh tubuh dengan menggunakan stetoskop.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (SDKI PPNI, 2016).

Tabel 1
Diagnosa Keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan	Penyebab faktor resiko	Tanda dan Gejala		Kondisi klinis terkait
			Mayor	Minor	
1.	Nyeri akut (D.0077) 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	<ol style="list-style-type: none"> 1. Agen pencedera fisiologis (misal inflamasi, iskemia, neoplasma) 2. Agen pencedera kimiawi (misal terbakar, bahan kimia iritan). 3. Agen pencedera fisik (misal abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, latihan fisik berlebihan) 	Subjektif : <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh nyeri Objektif : <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak meringis, gelisah, dan sulit tidur , Bersikap protektif (misal waspada, posisi menghindari Nyeri) 	Subjektif: <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak tersedia Objektif: <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah meningkat, pola nafas berubah Nafsu makan berubah, Proses berfikir terganggu 2. Menarik diri, berfokus pada diri sendiri Diaforesis 	<ul style="list-style-type: none"> - Kondisi pembedahan , cidera traumatis - Infeksi - Sindrom coroner akut - Glaukoma
2.	Resiko infeksi (D.142) Definisi: Beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penyakit kronis (mis. diabetes melitus) 2. Efek prosedur invasif 3. Malnutrisi 4. Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan 5. Ketidakefektifan pertahanan tubuh primer: 	Subjektif (tidak tersedia) Objektif (tidak tersedia)	Subjektif (tidak tersedia) Objektif (tidak tersedia)	<ul style="list-style-type: none"> - AIDS - Luka bakar - Penyakit paru obstruktif kronis - Tindakan invasive - Kanker - Penyalahgunaan obat - Ketuban Pecah Sebelum Waktunya

		6. Gangguan peristaltik 7. Kerusakan integritas kulit 8. Perubahan sekresi pH 9. Penurunan kerja siliaris 10. Ketuban pecah lama 11. Ketuban pecah sebelum waktunya 12. Merokok 13. Statis cairan tubuh 14. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder 15. Supresi respon inflamasi 16. Vaksinasi tidak adekuat 17. Penurunan hemoglobin 18. Imunosupresi 19. Leukopenia			(KPSW) - Gagal ginjal - Imunosupresi - Lymphedema - Leukositopenia - Gangguan fungsi hati
3	Gangguan citra tubuh (D.OO83) Definisi Perubahan persepsi tentang penampilan, struktur dan fungsi fisik individu	1. Perubahan struktur/bentuk tubuh (mis. amputasi, trauma, luka bakar, obesitas, jerawat) 2. Perubahan fungsi tubuh (mis proses penyakit, kehamilan, kelumpuhan) 3. Perubahan fungsi kognitif 4. Ketidaksesuaian budaya, keyakinan atau sistem nilai 5. Transisi perkembangan 6. Gangguan psikososial 7. Efek tindakan/pengobatan (mis pembedahan, kemoterapi, terapi radiasi)	Subjektif 1. Mengungkapkan kecacatan /kehilangan bagian tubuh Objektif : 1. kehilangan bagian tubuh 2. fungsi/stuktur tubuh berulang/hilang	Subjektif 1. tidak mau mengungkapkan perasaan negatif tentang perubahan tubuh 2. Tidak mau mengungkapkan kecacatan /kehilangan bagian tubuh Mengungkapkan kekhawatiran pada penolakan /reaksi orang lain 3. Mengungkapkan perubahan gaya hidup Objektif 1. Menyembunyikan/menunjukkan bagian tubuh	- Mastektomi - Amputasi - Jerawat - Parut atau luka bakar yang terlihat - Obesitas - hiperpigmentasi pada kehamilan

				secara berlebihan	
				2. Menghindari melihat dan/atau menyentuh bagian tubuh	
				3. Fokus berlebihan pada perubahan tubuh	
				4. Respon nonverbal pada perubahan dan persepsi tubuh	
				5. Fokus pada penampilan dan persepsi tubuh	
				6. focus pada penampilan dan kekuatan masa lalu	
				7. hubungan social berubah	

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi atau rencana keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan. (Tim Pokja SIKI DPP PPNI,2018)

Tabel 2
Asuhan keperawatan

NO	Diagnosa Keperawatan	Intervensi Utama	Intervensi Pendukung
1	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan Tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Kesulitan tidur menurun 5. Menarik diri menurun 6. Berfokus pada diri sendiri menurun 7. Diaphoresi smenurun	Manajemen nyeri 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 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri. 6. Identifikasi pengaruh	1. Aromaterapi 2. Dukungan hypnosis diri 3. Dukungan Pengungkapan kebutuhan 4. Edukasi efek samping obat 5. Edukasi proses penyalit 6. Edukasitekniknafas 7. Kompresdingin 8. Komprespanas 9. Konsultasi 10. Latihanpernafasan 11. Manajemen efek

	8. Perasaan depresi menurun 9. Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun 10. Anoreksia menurun	budaya terhadap respon nyeri. 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 2. Kontrol lingkungan yang mempengaruhi rasa nyeri 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. 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 teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi 1. Kolaborasi Pemberian analgetik jika perlu (Manajemen nyeri: I.08238)	samping obat 12. Manajemen kenyamanan lingkungan 13. Manajemen medikasi 14. Manajemen sedasi 15. Manajemen terapi radiasi 16. Pemantauan nyeri 17. Pemberian obat 18. Pemberian obat intravena 19. Pemberian obat oral 20. Pemberian obat topical 21. Pengaturan posisi 22. Perawatan putasi 23. Perawatan kenyamanan 24. Teknik distraksi 25. Teknik imajinasi terbimbing 26. Terapi akupresur. 27. Teknik akupunktur 28. Teknik bantuan hewan 29. Teknik humor 30. Teknik murettal 31. Teknik music 32. Teknik pijatan 33. Teknik relaksasi 34. Teknik sentuhan 35. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS)
2	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan Tingkat gangguan integritas kulit membaik menurun dengan kriteria hasil 1. Demam menurun 2. Kemerahan menurun 3. Nyeri menurun 4. Bengkak menurun 5. Kultur area luka membaik	Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik 1. Berikan perawatan pada area edema 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Edukasi 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 3. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 4. Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi	1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 3. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 4. Berikan kesempatan untuk bertanya 5. Anjurkan menggunakan tabir surya saat berada di luar rumah 6. Anjurkan minum cukup cairan 7. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun

		1. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu	secukupnya 8. Anjurkan menggunakan pelembab 9. Anjurkan melapor jika ada lesi kulit yang tidak biasa 10. Anjurkan membersihkan dengan air hangat bagian perianal selama periode diare
3	setelah dilakukan Asuhan keperawatan maka diharapkan Tingkat gangguan citra tubuh membaik dengan kriteria hasil : 1. diharapkan klien tidak malu 2. diharapkan klien selalu percaya diri	Observasi 1. Identifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan 2. Identifikasi budaya, agama, jenis kelamin, dan umur terkait citra tubuh 3. Identifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi sosial 4. Monitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri 5. Monitor apakah pasien bisa melihat bagian tubuh yang berubah Terapeutik 1. Diskusikan perubahan tubuh dan fungsinya 2. Diskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri 3. Diskusikan perubahan akibat pubertas, kehamilan dan penuaan 4. Diskusikan kondisi stres yang mempengaruhi citra tubuh (mis. luka, penyakit, pembedahan) 5. Diskusikan cara mengembangkan harapan citra tubuh secara realistis 6. Diskusikan persepsi pasien dan keluarga tentang perubahan citra tubuh Edukasi 1. Jelaskan kepada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh 2. Anjurkan mengungkapkan gambaran diri terhadap citra tubuh - Anjurkan menggunakan alat bantu (mis, pakaian, wig, kosmetik) 3. Anjurkan mengikuti kelompok pendukung (mis, kelompok	1. Identifikasi ungkapan verbal dan nonverbal yang tidak sesuai 2. Identifikasi masalah potensial yang dialami 3. Gunakan teknik mendengarkan aktif mengenai harapan pasien 4. Diskusikan kekuatan yang dimiliki (SWOT) serta hal yang penting (SMART) 5. Diskusikan rencana mencapai tujuan yang diharapkan 6. Diskusikan rencana perubahan diri 7. Motivasi berfikir positif dan berkomitmen dalam mencapai tujuan 8. Buat dan pilih keputusan prioritas untuk memecahkan masalah 9. Buat catatan pribadi dalam menentukan pencapaian dan menikmati setiap pencapaian 10. Diskusikan solusi dalam menghadapi masalah 11. Diskusikan cara menangani situasi tidak terduga secara efektif 12. Motivasi tetap tenang saat menghadapi masalah dengan kemampuan yang dimiliki 13. Motivasi efektifitas keputusan yang dibuat dalam mempengaruhi

		sebaya) 4. Latih fungsi tubuh yang dimiliki 5. Latih peningkatan penampilan diri (mis. berdandan) 6. Latih pengungkapan kemampuan diri kepada orang lain maupun kelompok	atau memperbaiki penaan Libatkan anggota keluarga dalam pencapaian tujuan 14. Anjurkan mengevaluasi cara pemecahan masalah yang dilakukan 15. Ajarkan pemecahan masalah dan situasi yang sulit (mis mengancam jiwa) Kolaborasi 16. Kolaborasi dengan tim keperawatan spesialis dalam memodifikasi intervensi
--	--	---	---

Sumber: SDKI 2017

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatanyang dihadapi kestatus kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteriahasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusatkepada kebutuhan pasien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, kegiatan komunikasi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi adalah suatu proses yang dilakukan untuk menilai apakah asuhan keperawatan yang dilakukan berhasil atau masih harus dilanjutkan untuk mendapat hasil yang lebih baik dan mencapai target yang telahditentukan, (SIKI 2018).

C. Konsep Penyakit

1. Definisi *ca mammae*

Ca mammae adalah suatu kondisi dimana sel telah kehilangan pengendalian mekanisme normalnya, sehingga mengalami pertumbuhan yang tidak normal, cepat dan tidak terkendali. Selain itu, kanker payudara (*carcinoma mammae*) didefinisikan sebagai suatu penyakit

neoplasma yang ganas yang berasal dari parenchyma. Penyakit ini oleh WHO dimasukkan kedalam kategori *International Classification Of diseases* (ICD). *Ca mammae* merupakan pertumbuhan dan pembelahan sel khususnya pada sel yang terdapat di jaringan payudara secara abnormal yang terbatas dan tumbuh perlahan karena suplai limpatik yang jarang ketempat sekitar jaringan payudara yang mengandung banyak pembuluh limfe dan meluas dengan cepat kemudian segera bermetastase dan menyebabkan nyeri. Pada awalnya kanker tumbuh local ditempat semula, kemudian menyebar secara sistemik melalui saluran limfe ke organ vital lain seperti paru-paru, tulang, hati, otak dan kulit (Jitowiyono, dkk, 2012).

2. Etiologi ca mammae

Penyebab kanker payudara tidak diketahui tetapi payudara merupakan alat seks sekunder yang selalu menerima rangsangan hormonal setiap siklus menstruasi, pada saat hamil, dan laktasi (menyusui). Sel-sel yang sensitif terhadap rangsangan hormonal mungkin mengalami perubahan degenerasi jinak atau menjadi ganas (Manuaba, 2010).

Meskipun penyebab kanker payudara tidak diketahui, riset mengidentifikasi sejumlah faktor yang dapat meningkatkan risiko pada individu tertentu, yang meliputi

1. Keluarga yang memiliki riwayat penyakit serupa
2. Usia yang makin bertambah
3. Tidak memiliki anak
4. Kehamilan pertama pada usia di atas

3. Tanda Dan Gejala ca mammae

Tanda awal dan kanker payudara adalah ditemukannya benjolan yang terasa berbeda pada payudara. Jika ditekan, benjolan ini tidak terasa nyeri. Awalnya benjolan ini berukuran kecil, tapi lama kelamaan membesar dan akhirnya melekat pada kulit atau menimbulkan perubahan pada kulit payudara atau puting susu. Berikut merupakan gejala kanker payudara, yaitu:

1. Benjolan pada payudara yang berubah bentuk atau ukuran.

2. Kulit payudara berubah warna (dari merah muda menjadi corlas 3. Hingga seperti kulit jeruk). Puting susu masuk ke dalam (retraksi). Bila tumor sudah besar atau hilang.
3. satu puting susu tiba-tiba lepas . Bila tumor sudah besar, muncul rasa sakit yang hilang timbul
4. Kulit payudara terasa seperti terbakar.
5. Payudara mengeluarkan darah atau cairan yang lain, tanpa menyusui
6. Adanya borck (ulkus). Ulkus akan semakin membesar dan mendalam sehingga dapat menghancurkan seluruh payudara. Payudara sering berbau dari mudah berdarah (Anonim, 2009).

4. Patofisiologi ca mammae

Beberapa jenis kanker payudara sering menunjukkan disregulasi hormon HGF dan onkogen Met, serta ekspresi berlebihan enzim PTK-6

1) Transformasi

Sel-sel kanker dibentuk dari sel-sel normal dalam suatu proses rumit yang disebut transformasi, yang terdiri dari tahap inisiasi dan promosi

2) Fase Inisiasi

Pada tahap inisiasi suatu perubahan dalam bahan genetik sel yang memancing sel menjadi ganas. Perubahan dalam bahan genetik sel ini disebabkan oleh suatu agen yang disebut karsinogen

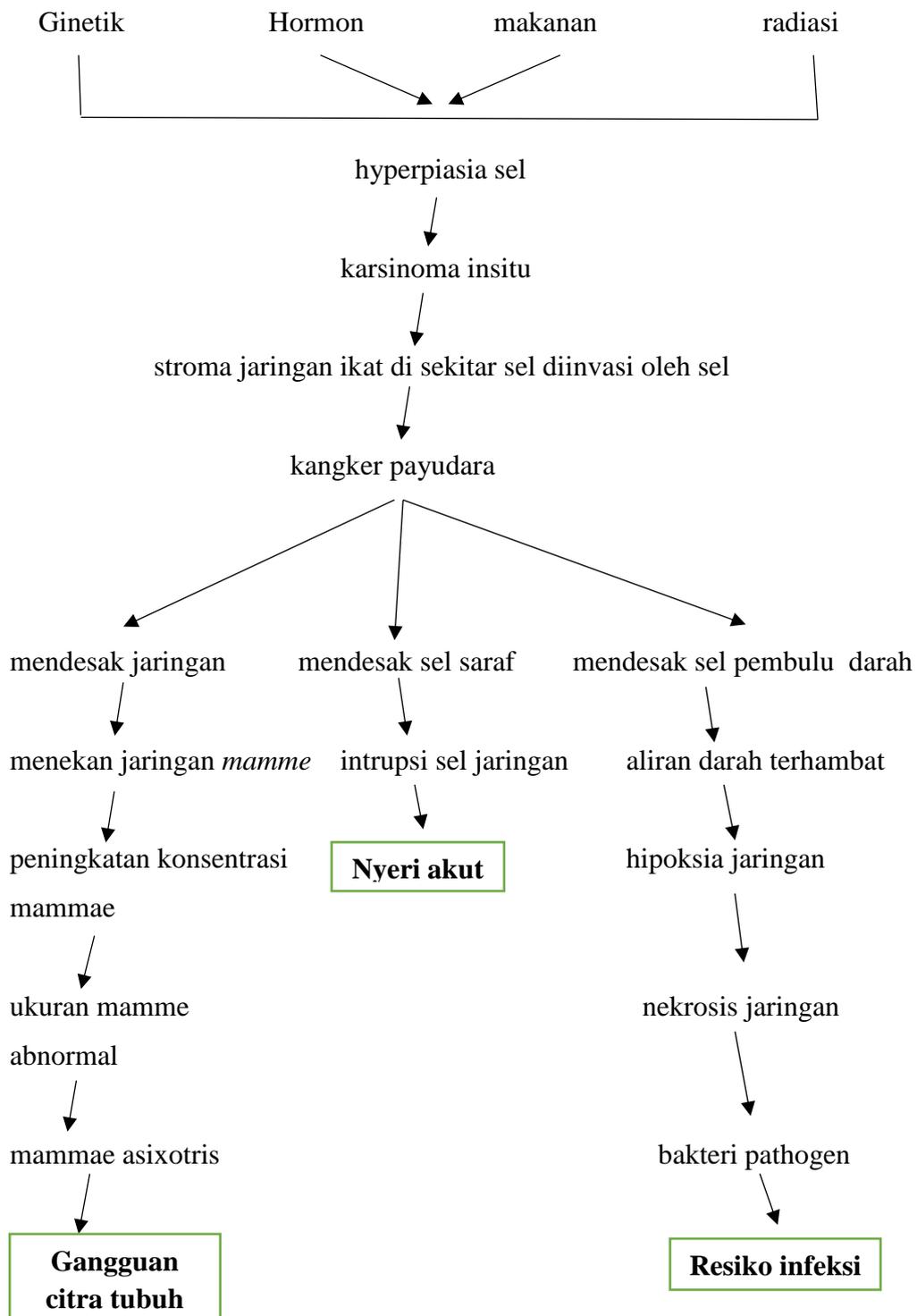
3) Fase promosi

Pada tahap promosi, suatu sel yang telah mengalami inisiasi akan berubah menjadi ganas. Sel yang belum melewati tahap inisiasi tidak akan terpengaruh oleh promosi Karena itu diperlukan beberapa faktor untuk terjadinya keganasan

4) Fase metastasi

Metastasis menuju ke tulang merupakan hal yang kerap terjadi pada kanker payudara. Beberapa diantaranya disertai dengan komplikasi lain (Anonim, 2012)

5. Pathway ca mammae



Gambar 5
Pathway Ca Mammae
 (sumber: Amin & Hardhi, 2016)

6. Komplikasi ca mammae

Ada 2 macam klasifikasi kanker payudara, yakni klasifikasi patologik dan klasifikasi klinik:

1) Klasifikasi patologis

Kanker puting payudara (*Paget's disease*). *Paget's disease* adalah bentuk kanker yang dalam taraf permulaan manifestasinya sebagai eksema menahun puting susu, yang biasanya merah dan menebal.

- a. Kanker duktus laktiferus: papillary, comedo, adeno carcinoma dengan banyak fibrosis (*scirrhus*), *medullary carcinoma* dengan infiltrasi kelenjar.
- b. Kanker dari lobules Ini yang timbul sering sebagai carcinoma in situ dengan lobulus yang membesar.

7. Pemeriksaan diagnostik ca mammae

a. Pemeriksaan laboratorium meliputi:

- Morfologi sel darah,
- LED,
- Test marker dalam serum/plasma,
- Pemeriksaan sitologis.

b. Monografi

Menemukan kanker insito yang kecil yang tidak dapat dideteksi dengan pemeriksaan fisik.

c. Biopsy

Untuk diagnosis banding dan menggambarkan pengobatan. Biopsy ada 2 macam tindakan menggunakan jarum dan 2 macam tindakan pembedahan. Aspirasi biopsy: dengan aspirasi jarum halus, sifat massa dibedakan antar kistik atau padat. *Tirue cut/ care biopsy*: dilakukan dengan perlengkapan stereotatic biopsy mamografi untuk memandu jarum pada massa, incise biopsy dan eksisi biopsy: hasil biopsy dapat digunakan selama 36 jam untuk dilakukan pemeriksaan histologi secara frozen section.

d. USG

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

e. Mamografi

Pada mamografi digunakan sinar X dosis rendah untuk menemukan daerah yang abnormal pada payudara. Para ahli menganjurkan kepada setiap wanita yang berusia di atas 40 tahun untuk melakukan mamografi secara rutin setiap 1-2 tahun dan pada usia 50 tahun ke atas. Mamografi dilakukan sekali/tahun.

f. Termografi

Pada termografi digunakan suhu untuk menemukan kelainan pada *mamae*

g. *Staging* (penentuan stadium kanker)

Penentuan stadium kanker penting sebagai panduan pengobatan, follow-up dan menentukan prognosis, *Staging ca mammae*:

- 1) Stadium 0: kanker in situ dimana sel-sel kanker berada pada tempatnya didalam jaringan *mamae* yang normal.
- 2) Stadium 1: tumor dengan garis tengah kurang dari 2 cm dan belum menyebar keluar payudara
- 3) Stadium IIA: tumor dengan garis tengah 2-5 cm dan belum menyebar ke
- 4) kelenjar getah bening ketiak atau tumor dengan garis tengah kurang dari 2 cm tetapi sudah menyebar ke kelenjar getah bening ketiak.
- 5) Stadium IIB: tumor dengan garis tengah kurang lebih besar dari 5 cm dan belum menyebar ke kelenjar getah bening ketiak atau tumor dengan garis tengah 2-5 cm tetapi sudah menyebar ke kelenjar getah bening ketiak.
- 6) Stadium IIIB: tumor telah menyusup keluar *mamae*, yaitu ke dalam kulit payudara atau ke dinding dada atau telah menyebar ke kelenjar getah bening di dalam dinding dada dan tulang dada
- 7) Stadium IV: tumor telah menyebar keluar daerah payudara dan dinding dada, misalnya ke hati, tulang atau paru-paru.

8. Penatalaksanaan Medis *ca mammae*

Menurut Wijaya dan Putri (2013) ada 2 macam yaitu kuratif (pembedahan).

Penanganan kuratif dengan pembedahan secara mastektomi parsial,

mastektomi total, mastektomi radikal, tergantung dari luas, besar dan penyebaran kanker. Penanganan non pembedahan dengan penyinaran, kemoterapi dan terapi hormonal.

a. Terapi kuratif

Untuk kanker mammae stadium 0, I, II, III

b. Terapi utama adalah mastektomi radikal modifikasi, alternative tomoorektomi+ diseksi aksila

c. Terapi ajuvan

(1) Radioterapi paska bedah 4000-6000 rads.

(2) Kemoterapi untuk pra menopause dengan CMF

(3) Hormone terapi untuk paca menopause dengan tamoksifen untuk 1-2 tahun.

(4) Terapi paliatif

d. Terapi utama

1) Pra menopause, bilateral ovariedektomi

2) Pasca menopause:

a) *hormone reseptor positif* (takmosifen)

b) *hormone reseptor negative* (kemoterapi dengan CMF atau CAF).

e. Terapi sekunder

Kemoterapi dan obat penghambat hormone seringkali diberikan segera setelah pembedahan dan dilanjutkan selama beberapa bulan atau tahun. Pengobatan ini menunda kembalinya kanker dan memperpanjang angka hidup penderita. Pemberian beberapa jenis kemoterapi lebih efektif dibandingkan dengan kemoterapi tunggal.

D. Publikasi Terkait Asuhan Keperawatan

Tabel 3
Publikasi terkait

No	Judul	Peneliti	Tahun terbit	Hasil
1	Asuhan Keperawatan Pasien dengan ca mammae yang dirawat di rumah sakit	Amalia Rosid	2020	Hasil pengkajian pasien ca mammae dengan nyeri akut pada 2 subjek asuhan didapatkan keluhan nyeri pada area post oprasi payudara kiri, nyeri terasa di tusuk-tusuk, nyeri terasa di area dada kiri sampai kelengan dengan skala 5 dan berlangsung terus menerus. rencana keperawatan ke 2 pasien menggunakan slki dan siki dan setelah dilakukan tindakan selama 3x24 masalah teratasi
2	Asuhan keperawatan pemberian kebutuhan aman nyaman pada pasien ca ma,ae di RSUD Dr. M Yunus Bengkulu tahun 2022	Yola atika	2022	Hasil pengkajian pasien ca mammae dengan nyeri akut pada Ny c didapatkan data pasien mengeluh nyeri bukan lagi di bagian payudara melaikan tembus ke bagian punggung belakang seperti di ikat dan di tusuk pasien tampak meringis dan kesakitan skala nyeri 5 durasi lebih dari 6 menit (hilang timbul) intervensi keperawatan pada ny t telah direncanakan sesuai dengan diagnose yang telah di tegakkan yaitu manajemen nyeri implementasi dilaksanakan selama 3 hari dengan evaluasi pada hari 3 pada hai ke 3 masalah teratasi karena hamper sudah tidak ada keluhan yang dirasakan pasien