

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Medik

1. Pengertian

Kanker Payudara adalah tumor ganas pada payudara salah satu pada payudara, kanker payudara juga merupakan benjolan massa tunggal yang sering terdapat di daerah kuadran atas bagian luar, sering benjolan ini keras dan bentuknya tidak beraturan dan dapat digerakkan (Olfah, dkk, 2013).

Kanker payudara (Carcinoma Mammae) adalah suatu penyakit neoplasma ganas yang berasal dari parenchyma (Mansjoer dkk, 2003 dalam Olfah, 2013).

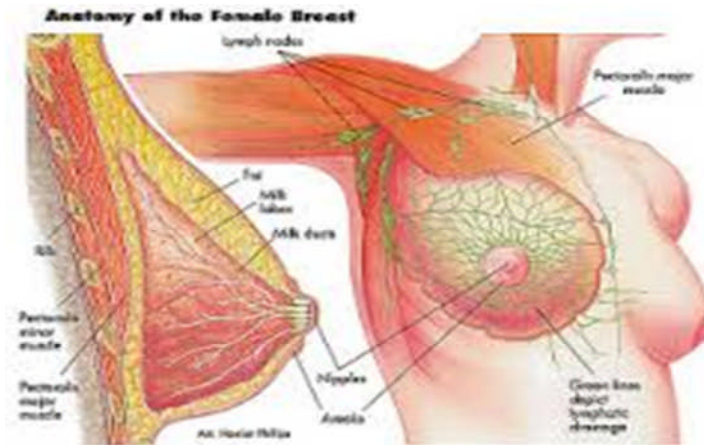
Kanker payudara merupakan gangguan dalam pertumbuhan sel normal mammae dimana sel abnormal timbul dari sel-sel normal berkembang biak dan menginfiltrasi jaringan limfe dan pembuluh darah (Amin Huda Nurarif, dk, 2013; h. 77).

Mastektomi adalah pengangkatan semua jaringan payudara, tetapi semua atau kebanyakan nodus limfe dan otot dada tetap utuh (Doengoes, 1999; h. 751).

2. ANATOMI FISIOLOGI

Kelenjar mammae pada wanita mulai berkembang pada permulaan masa pubertas (adolescence) pada umur 11-12 tahun. Kelenjar mammae tumbuh menjadi besar pada bagian lateral linea

aksilaris anterior/media sebelah kranial ruang interkostalis III dan sebelah kaudal ruang interkostalis VII-VIII.



Gambar: 2.1 Anatomi Payudara

Struktur kelenjar mammae, terdapat diatas bagian luar fasia torakalis superfisialis di daerah jaringan lemak subkutis.

- Kearah lateral sampai ke linea aksilaris media.
- Ke arah medial melewati linea media mencapai kelenjar mammae sisi yang lain.
- Ke arah bawah: mencapai daerah aksila (lipatan ketiak).

Kelenjar mammae menyebar di sekitar areola mammae dan mempunyai lobus antara 15-20 lobus. Tiap lobus berbentuk piramid dengan puncak mengarah ke areola mammae. Masing-masing lobus dibatasi oleh septum yang terdiri atas jaringan fibrosa yang padat. Serat jaringan ikat fibrosa terbentang dari kulit ke fasia pektoralis yang menyebar di atas jaringan kelenjar

Tiap lobus kelenjar mammae mempunyai saluran keluar yang disebut duktus laktiferus (duktus lactiferi) yang bermuara ke papila mammae. Pada daerah areola mammae, duktus laktiferus melebar

disebut sinus laktiferus (sinus lactiferi), di daerah terminalis lumen sinus ini mengecil dan bercabang-cabang ke alveoli. Di antara jaringan kelenjar dan jaringan fibrosa, ruangnya diisi oleh jaringan lemak yang membentuk postur dari mammae sehingga permukaan mammae terlihat rata. Kelenjar mammae dapat dipisahkan dengan mudah dari fascia sehingga kedudukan mammae mudah bergeser.

Pembuluh darah mammae berasal dari arteria mammaeria interna dan arteri torakalis lateralis (artery thoracica lateralis) vena superfisial mammae mempunyai banyak anastomis bermuara ke vena mammaeria interna dan vena torakalis interna (vena thoracica interna)/epigastrika, sebagian besar bermuara ke vena torakalis lateralis (vena thoracica lateralis).

Pembuluh limfe mammae terdiri dari:

1. Aliran limfe superfialis 75% mengalir ke saluran torakalis lateralis berjalan bersama arteri dan vena dipinggir lateral musculus pektoralis mayor (musculus pectoralis major) bermuara di nervus ke 11 aksilaris dan nervus supraklavikularis (nervus supraclavicularis).
2. Aliran limfe profunda mengalir ke dinding torak menembus musculus pektoralis mayor bermuara ke nervus ke 11 pektoralis sepanjang arteri dan vena mammaeria interna.
3. Bagian medial aliran limfe subkutan berhubungan antara kedua mammae dan bermuara ke nervus 11 supraklavikularis (syaifuddin, 2013; h.320).

3. Etiologi

Menurut Prince & Wilson (2006) dalam Olafh (2013) terdapat beberapa faktor yang berkaitan dengan kanker payudara:

a. Usia

Wanita yang berumur lebih dari 30 tahun mempunyai kemungkinan yang lebih besar untuk mendapat kanker payudara dan resiko ini akan bertambah sampai umur 50 tahun dan setelah menopause.

b. Lokasi geografis dan Ras

Eropa Barat dan Amerika Utara: lebih dari 6-10 kali keturunan Amerika Utara perempuan Afrika-Amerika sebelum usia 40 tahun.

c. Status perkawinan

Perempuan tidak menikah 50% lebih sering terkena kanker payudara.

d. Paritas

Wanita yang melahirkan anak pertama setelah usia 30 tahun atau yang belum pernah melahirkan memiliki resiko lebih besar daripada yang melahirkan anak pertama di umur belasan tahun.

e. Riwayat menstruasi

Wanita yang mengalami menstruasi pertama (*menarche*) pada usia kurang dari 12 tahun memiliki resiko 1,7 hingga 3,4 kali lebih besar daripada wanita dengan *menarche* yang datang pada usia lebih dari 12 tahun. Wanita dengan menopause terlambat yang pada usia lebih dari 50 tahun memiliki resiko 2,5 hingga 5 kali lipat lebih tinggi.

f. Riwayat keluarga

Wanita yang memiliki riwayat keluarga dengan kanker payudara beresiko 2-3 kali lebih besar, sedangkan apabila yang terkena bukan saudara perempuan maka resiko menjadi 6 kali lebih tinggi.

g. Bentuk tubuh

Obesitas atau setiap penambahan 10kg maka 80% lebih besar terkena kanker payudara.

h. Penyakit payudara lain

Wanita yang mengalami hiperplasia duktus dan lobules dengan atipia memiliki resiko 8 kali lebih besar terkena kanker payudara.

i. Terpajan radiasi

Peningkatan resiko untuk setiap radiasi pada perempuan muda dan anak-anak bermanifestasi setelah usia 30 tahun.

j. Kanker primer kedua

Dengan kanker ovarium primer resiko kanker payudara 3-4 kali lebih besar. Dengan kanker endometrium primer resiko kanker payudara lebih besar 2 kali lebih besar dengan kanker colorectal resiko kanker payudara 2 kali lebih besar.

4. Insiden

Organisasi kesehatan dunia (WHO) menyatakan bahwa lima Kanker di dunia adalah kanker paru-paru, kanker payudara, kanker usus besar, kanker lambung dan kanker hati. Sementara data dari Pemeriksaan patologi di Indonesia menyatakan bahwa urutan lima

Besar kanker adalah kanker leher rahim, kanker payudara, kelenjar Getah bening, kulit dan kanker nasofaring (Anonim, 2004). Angka kematian akibat kanker payudara mencapai 5 juta pada wanita. Data terakhir menunjukkan bahwa kematian akibat kanker payudara pada wanita menunjukkan angka ke-2 tertinggi penyebab kematian setelah kanker rahim (Harianto, dalam Olfah, 2013).

Prevalensi kasus kanker payudara di Rumah Sakit Umum Daerah Pandan Arang BOYOLALI, menurut data survey didapatkan bahwa penderita *Ca mammae* di tahun 2014 dari bulan Januari sampai September sebanyak 95 kasus.

5. Patofisiologi

Pasien pasca bedah akan mengalami perubahan fisiologis sebagai efek dari anestesi dan intervensi bedah. Efek dari anestesi umum akan memberikan respon pada sistem pernapasan dimana akan terjadi respon depresi pernapasan sekunder dari sisa anestesi inhalasi, penurunan kemampuan terhadap kontrol kepatenan jalan nafas dimana kemampuan memposisikan lidah secara fisiologi masih belum optimal, sehingga cenderung menutup jalan nafas dan juga penurunan kemampuan untuk melakukan batuk efektif dan muntah masih belum optimal. Kondisi ini memberikan manifestasi adanya masalah perawatan jalan nafas tidak efektif dan resiko tinggi pola nafas tidak efektif (Muttaqin, 2009; h.401).

Efek anestesi akan mempengaruhi mekanisme regulasi sirkulasi normal sehingga mempunyai resiko terjadinya penurunan kemampuan jantung dalam melakukan setrok volume efektif yang memberikan

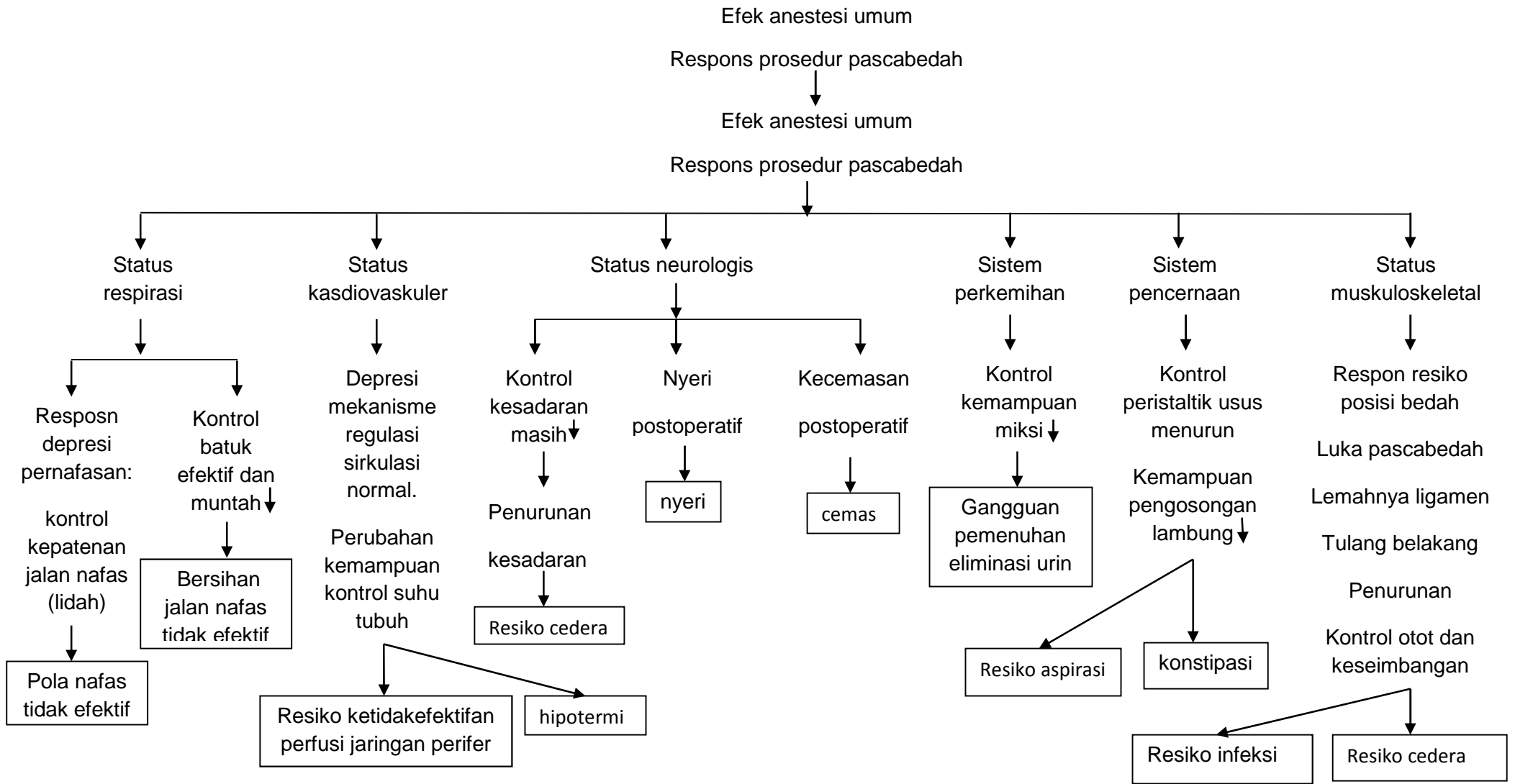
implikasi penurunan curah jantung. Efek intervensi bedah dengan adanya cedera vaskular dan banyaknya jumlah volume darah yang keluar dari vaskular memberikan dampak terjadinya penurunan perfusi perifer perubahan elektrolit dan metabolisme karena terjadi mekanisme kompensasi pengaliran suplay hanya untuk organ vital. Efek anestesi juga mempengaruhi pusat pengatur suhu tubuh sehingga kondisi pasca bedah pasien cenderung mengalami hipotermi (Muttaqin, 2009; h.401).

Efek anestesi pada sistem saraf pusat akan mempengaruhi penurunan kontrol kesadaran dan kemampuan dalam orientasi pada lingkungan sehingga pada pasien yang mulai sadar biasanya gelisah. Kondisi penurunan reaksi anestetik akan bermanifestasi pada munculnya keluhan nyeri akibat kerusakan neuro muskular pasca bedah. Pasien pasca bedah cenderung mengalami kecemasan pasca bedah sehubungan dengan ketidakmampuan dan penurunan kemampuan adaptasi normal (Muttakin, 2009; h.401).

Efek anestesi juga mempengaruhi terhambatnya jaras eferen ke eferen terhadap kontrol miksi, sehingga memberikan implikasi masalah gangguan pemenuhan eliminasi urin. Efek anestesi akan menimbulkan penurunan peristaltik usus dan memberikan implikasi peningkatan resiko paralisis usus dengan distensi otot-otot abdomen dan timbulnya gejala obstruksi gastrointestinal. Efek anestesi juga mempengaruhi penurunan kemampuan pengosongan lambung sehingga cenderung terjadi refluks esofagus dan makanan keluar ke kerongkongan yang berindikasi terjadinya aspirasi makanan ke saluran nafas. Respon pengaturan posisi bedah akan menimbulkan peningkatan resiko terjadinya trombo

embosis, parestesia, dan cedera tekan pada beberapa penonjolan tulang. Efek intervensi bedah akan meninggalkan adanya kerusakan integritas jaringan dengan adanya luka pasca bedah pada sisi luka bedah. Efek anestesi akan mempengaruhi penurunan kontrol otot dan keseimbangan secara sadar sehingga pasien pasca bedah mempunyai resiko tinggi cedera (Muttaqin, 2009; h.402).

Pathway Post Operasi Ca Mammae



Gambar 2.2. Pathway (Muttaqin, 2013)

6. Manifestasi Klinis

Menurut J. Corwin, 2009; h. 804, manifestasi klinis dari kanker payudara adalah :

- a. Benjolan atau massa yang tidak nyeri di payudara. Sebagian besar kanker timbul di kuadran atas luar payudara (50%) atau di bagian tengah (20%). Benjolan biasanya terfiksasi (tidak dapat digerakkan) dengan batas ireguler. Benjolan bersifat unilateral dan biasanya tidak memperlihatkan variasi ukuran dengan daur haid.
- b. Retraksi puting, pengeluaran rabas dari puting, atau kerutan pada jaringan payudara mungkin mengisyaratkan adanya tumor penyebab kanker payudara.
- c. Pembesaran kelenjar getah bening, baik di axila atau di klavikula dapat mengisyaratkan metastases.

7. Pemeriksaan Penunjang

Dapat dilakukan pemeriksaan ultrasonografi (USG) payudara, mammografi dan aspirasi jaringan halus untuk menunjang diagnosis untuk menentukan metastasis dapat dilakukan foto thoraks, bone survey, USG abdomen/hepar.

Pemeriksaan USG hanya dapat membedakan lesi atau tumor yang solid dan kistik. Pemeriksaan mammografi terutama berperan pada payudara yang mempunyai jaringan lemak yang dominan serta jaringan fibroglandular yang relatif lebih sedikit. pada mammografi, keganasan dapat memberikan tanda-tanda primer dan sekunder. Pemeriksaan gabungan USG dan mammografi memberikan ketepatan diagnostik yang lebih baik (Olfah,dkk, 2013).

8. Komplikasi

Menurut J. Corwin, 2009; h. 805, komplikasi dari kanker payudara adalah dapat terjadi metastasis luas. Tempat metastasis antara lain adalah otak, paru, tulang, hati dan ovarium. Angka bertahan hidup bergantung pada stadium: stadium I (tumor <2 cm, tanpa metastasis) 80%, stadium II (tumor 2-5cm, metastasis ke kelenjar getah bening ketiak) 65%; stadium III (tumor >5 cm, metastasis ke kelenjar getah bening ketiak dan menyebar ke kulit atau dinding dada) 40%; stadium IV (metastasis luas) 10%.

9. Penatalaksanaan Medik

Ada beberapa pengobatan kanker payudara yang penerapannya banyak tergantung pada stadium klinik penyakit (Tjindarbumi, 2003 dalam Olfah, 2013).

a. Pembedahan/operasi

Operasi adalah terapi untuk membuang tumor, memperbaiki komplikasi dan merekonstruksi efek yang ada melalui operasi, tetapi tidak semua kanker payudara dapat dilakukan dengan tindakan ini, tergantung pada stadiumnya, semakin kecil stadiumnya ditemukan kemungkinan sembuh dengan operasi semakin besar.

Jenis operasi yang dilakukan untuk mengobati kanker payudara yaitu :

- 1) Mastektomi adalah operasi pengangkatan payudara.
- 2) Pengangkatan kelenjar getah bening (KGB).

b. Radiasi/penyinaran

Radiasi adalah proses penyinaran pada daerah yang terkena kanker dengan menggunakan sinar-x dan sinar gamma yang

bertujuan membunuh sel kanker yang masih tersisa di payudara setelah operasi (Rasjidi, 2007 dalam Olfah, 2013).

c. Kemoterapi

Kemoterapi adalah pemberian obat-obatan anti kanker dalam bentuk pil Cair atau kapsul melalui infus yang bertujuan membunuh sel kanker. Tidak hanya sel kanker pada payudara, tetapi juga seluruh tubuh (Rasjidi, 2007 dalam Olfah, 2013).

B. Konsep Asuhan keperawatan

Menurut Nurarif & Kusuma, 2013 dan Muttaqin 2009:

1. Pengkajian pasien:

a. Aktivitas /Istirahat

Gejala: kerja, aktivitas yang melibatkan banyak gerakan tangan pengul;ngan. Pola tidur (contoh: tidur tengkurap).

b. Sirkulasi

Tanda: kongestif unilateral pada lengan yang terkena (sistem limfe).

c. Makanan/cairan

Gejala: kehilangan nafsu makan, adanya penurunan berat badan.

d. Integritas ego

Gejala: stressor konstan dalam pekerjaan/pola dirumah. Stres/takut tentang diagnosa, prognosis, harapan yang akan datang.

e. Nyeri/kenyamanan

Gejala: nyeri pada penyakit yang luas atau metastatik (nyeri lokal jarang terjadi pada keganasan diri). Beberapa pengalaman ketidaknyamanan atau perasaan "lucu" pada jaringan payudara.

Payudara berat, nyeri sebelum menstruasi biasanya mengindikasikan penyakit fibrokistik.

f. Keamanan

Tanda: massa modul aksila, edema, eritema, pada kulit sekitar.

g. Seksualitas

Gejala: adanya benjolan payudara, perubahan pada ukuran dan kesimetrisan payudara. Perubahan pada warna kulit payudara atau suhu; rabas puting yang tidak biasanya; gagal rasa membakar, atau puting meregang. Riwayat menarke dini (lebih muda dari usia 12 tahun); menopause lambat setelah 50 tahun kehamilan pertama lambat (setelah usia 35 tahun). Masalah tentang seksualitas atau keintiman.

Tanda: perubahan pada kontur atau massa payudara, asimetris. Kulit cekung, berkerut; perubahan pada warna atau tekstur kulit, pembengkakan, kemerahan atau panas pada payudara. Puting retraksi; rabas dari puting (serosa, serosangiosa, sangiosa, rabas berair meningkatkan kemungkinan kanker, khususnya bila disertai benjolan) (Doenges, 1999; h.752).

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut Nurarif & Kusuma, 2013 diagnosa keperawatan Ca mammae adalah:

a. Ketidakefektifan pola napas

1) Pengertian

Pertukaran udara inspirasi dan atau ekspirasi tidak adekuat.

2) Batasan karakteristik

a) Penurunan tekanan inspirasi

b) Penurunan tekanan ekspirasi

- c) Penurunan pertukaran udara per menit
 - d) Menggunakan otot bantu pernapasan tambahan
 - e) Nasal faring
 - f) Dyspnea
 - g) Orthopnea
 - h) Perubahan ekskursi dada
 - i) Fase ekspirasi memanjang
 - j) Pernafasan bibir mecucu
 - k) Peningkatan diameter anterior posterior
 - l) Melakukan posisi tiga titik
 - m) Penurunan kapasitas vital
- 3) Kriteria hasil :
- a) Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara napas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernapas dengan mudah, tidak ada pursed lips).
 - b) Menunjukkan jalan napas yang paten (pasien tidak merasa tercekik, irama napas, frekuensi pernapasan dalam rentan normal, tidak ada suara napas abnormal).
 - c) Tanda-tanda vital dalam rentan normal (tekanan darah, nadi, pernapasan).
- 4) NIC:
- a) Kaji frekuensi kedalaman pernapasan dan ekspansi dada. Catat upaya pernapasan termasuk penggunaan obat bantu napas atau pelebaran sel.

Rasional: Kecepatannya biasanya mencapai kedalaman pernapasan bervariasi tergantung derajat gagal napas. Expansi dada terbatas yang berhubungan dengan atelektasis dan atau nyeri dada.

- b) Auskultasi bunyi napas dan catat adanya bunyi napas seperti krekels, wheezing.

Rasional: Ronchi, wheezing menyertai obstruksi jalan napas atau kegagalan pernapasan.

- c) Tinggikan kepala dan bantu mengubah posisi

Rasional: Duduk tinggi memungkinkan ekspansi paru dan memudahkan pernapasan.

- d) Observasi pola batuk dan sekret

Rasional: Kongesti alveolar mengakibatkan sering batuk atau iritasi.

- e) Dorong atau bantu pasien dalam napas dan latihan batuk.

Rasional: Dapat meningkatkan atau banyaknya sputum dimana gangguan ventilasi dan ditambah ketidaknyamanan upaya bernapas.

b. Ketidakefektifan jalan napas tidak efektif

- 1) Pengertian

Ketidakmampuan untuk membersihkan sekresi atau obstruksi dari saluran pernapasan untuk mempertahankan kebersihan jalan napas.

- 2) Batasan karakteristik

- a) Dispneu, penurunan suara napas

- b) Orthopneu
 - c) Sianosis
 - d) Kelainan suara napas
 - e) Kesulitan bicara
 - f) Batuk
 - g) Mata melebar
 - h) Produksi sputum
 - i) Gelisah
 - j) Perubahan frekuensi dan irama napas
- c. Kriteria hasil:
- a) Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara napas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernapas dengan mudah, tidak ada pursed lips).
 - b) Menunjukkan jalan napas yang paten (pasien tidak merasa tercekik, irama napas, frekuensi pernapasan dalam rentang normal, tidak ada suara napas abnormal).
 - c) Mampu mengidentifikasi dan mencegah faktor yang dapat menghambat jalan napas.
- d. NIC:
- a) Kaji dan monitor kontrol pernapasan
Rasional: obat anestesi tertentu dapat menyebabkan depresi pernapasan.
 - b) Monitor frekuensi, irama, kedalaman ventilasi pernapasan, kesimetrisan gerakan dinding dada, bunyi napas dan warna membran mukosa

Rasional: deteksi awal adanya perubahan terhadap kontrol pola napas pernapasan dari medula oblongata untuk intervensi selanjutnya

- c) Pastikan fungsi pernapasan sudah optimal

Rasional: tindakan evaluasi untuk menentukan dimulainya latihan pernapasan sesuai yang dianjurkan pada saat praoperatif

- d) Instrusikan pasien untuk napas dalam

Rasional: meningkatkan ekspansi paru

- e) Instrusikan untuk melakukan batuk efektif

Rasional: batuk juga didorong untuk melonggarkan sumbatan mukus

c. Hipotermi

- 1) Pengertian

Suhu tubuh di bawah kisaran normal.

- 2) Batasan karakteristik

- a) Suhu tubuh dibawah kisaran normal
- b) Kulit dingin
- c) Dasar kuku sianotik
- d) Hipertensi
- e) Pucat
- f) Piloereksi
- g) Menggigil
- h) Pengisian ulang kapiler lambat
- i) Takikardi

3) Kriteria hasil:

- a) Suhu dibawah kisaran normal
- b) Nadi dan respirasi dalam rentang normal

4) NIC:

- a) Monitor suhu minimal tiap 2 jam

Rasional: suhu tetap dalam rentang normal

- b) Tingkatkan intake cairan dan nutrisi

Rasional: kebutuhan intake cairan dan nutrisi tetap terpenuhi

- c) Monitor suara paru

Rasional: agar tidak ada suara tambahan

d. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik

1) Pengertian

Pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (*internasional Assiciation for the study of pain*) awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitasnya ringga hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau di prediksi dan berlangsung kurang dari 6 bulan.

2) Batasan Karakteristik

- a) Perubahan seler makan.
- b) Perubahan tekanan darah.
- c) Perubahan frekuensi jantung
- d) Perubahan frekuensi pernapasan.

- e) Laporan isyarat.
 - f) Perilaku diistraksi (misal: berjalan mondar mandir mencari orang lain dan atau aktivitas yang berulang).
 - g) Mengekspresikan perilaku (misal: gelisah, merengek, menangis).
 - h) Masker wajah (misal: mata kurang bercahaya, tampak kacau, gerakan mata berpencar atau tetap pada satu fokus meringis).
 - i) Sikap melindungi area nyeri.
 - j) Fokus menyempit (misal: gangguan persepsi nyeri, hambatan proses berfikir, penurunan interaksi dengan orang dan lingkungan).
 - k) Indikasi nyeri yang dapat diamati.
 - l) Perubahan posisi untuk menghindari nyeri.
 - m) Sikap tubuh melindungi.
 - n) Dilatasi pupil.
 - o) Melaporkan nyeri secara verbal.
 - p) Gangguan tidur.
- 3) Faktor yang berhubungan
- Agen cedera fisik
- NOC:
- a) *Pain level*
 - b) *Pain control*
 - c) *Comfort level*

4) Kriteria hasil

- a) Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik non farmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan).
- b) Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan tehnik manajemen nyeri.
- c) Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi, dan tanda nyeri).
- d) Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang.

5) NIC:

- a) Kaji nyeri secara komprehensif (lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, skala dan intensitas nyeri).

Rasional : Untuk mengetahui sejauh mana perkembangan rasa nyeri yang dirasakan oleh pasien sehingga dapat dijadikan sebagai acuan untuk intervensi selanjutnya.

- b) Berikan informasi mengenai nyeri pasien meliputi penyebab nyeri dan intensitas nyeri.

Rasional: Pasien dapat mengontrol nyeri

- c) Posisikan pasien untuk memberikan kenyamanan

Rasional: Dapat mempengaruhi kemampuan pasien untuk rileks/istirahat secara efektif dan dapat mengurangi nyeri.

- d) Ajarkan penggunaan tehnik non farmakologi (relaksasi, guided emergency, terapi musik, distraksi, aplikasi panas dingin, massage, TENS, hipnosis terpai bermain, terapi aktivitas, akupresure).

Rasional: Tehnik relaksasi dapat membuat pasien merasa sedikit nyaman dan distraksi dapat mengalihkan perhatian klien terhadap nyeri yang dirasakan.

e) Tingkatkan tidur/istirahat yang cukup

Rasional: Kebutuhan tidur/istirahat terpenuhi dan cara untuk mngurangi nyeri.

f) Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgetik pertama kali.

Rasional: Kerubahan tanda-tanda vital terutama suhu dan nadi merupakan salah satu indikasi peningkatan nyeri yang dialami oleh pasien.

g) Tentukan analgetik pilihan, rute pemberian dan dosis optimal

Rasional: Obat-obatan analgetik akan memblok reseptor nyeri sehingga nyeri tidak dapat dipersepsikan

e. Resiko infeksi

1) Pengertian

Mengalami peningkatan resiko terserang organisme patogenik.

2) Faktor resiko.

a) Penyakit kronis.

(1) Diabetes melitus.

(2) Obesitas.

b) Pengetahuan yang tidak cukup untuk menghindari

pemanjanaan patogen.

- c) Pertahanan tubuh primer.
 - (1) Gangguan peritalsis.
 - (2) Kerusakan integritas kulit(pemasangan intra vena, prosedur invasif).
 - (3) Perubahan sekresi pH.
 - (4) Penurunan kerja siliaris.
 - (5) Pecah ketuban dini.
 - (6) Pecah ketuban lama.
 - (7) Merokok.
 - (8) Stasis cairan tubuh.
 - (9) Trauma jaringan (misal: trauma, destruksi jaringan).
 - (10) Ketidakadekuatan pertahanan sekunder.
 - (11) Vaksinasi tidak adekuat.
 - (12) Pemajanan terhadap patogen lingkungan meningkat.
 - (13) Prosedur invasif.
 - (14) Malnutrisi.

NOC:

- a) *Immune status.*
- b) *Knowledge: Infection Control.*
- c) *Risk control.*

- 3) Kriteria hasil:
 - a) Pasien bebas dari tanda dan gejala infeksi.
 - b) Mendeskripsikan proses terjadinya penyakit, faktor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaan.

- c) Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi.
- d) Menunjukkan perilaku hidup sehat.

4) NIC:

Infection Control (kontrol infeksi).

- a) Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal.
Rasional: Mengetahui adanya gejala awal dan proses infeksi
- b) Inspeksi kondisi luka/insisi bedah.
Rasional: Deteksi dini perkembangan infeksi memungkinkan untuk melakukan tindakan dengan segera dan pencegahan komplikasi selanjutnya.
- c) Ajarkan cara menghindari infeksi.
Rasional: Meningkatkan pengetahuan pasien mengenai cara mencegah infeksi.
- d) Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain.
Rasional: Mencegah terjadinya infeksi berkembang atau menular melalui lingkungan.
- e) Pertahankan tehnik isolasi.
Rasional: Mencegah infeksi menular kepada pasien lain dan lingkungan perawatan.
- f) Batasi pengunjung bila perlu.
Rasional: Mencegah terjadinya penularan dan pengembangan infeksi nosokomial.

f. Cemas

1) Pengertian.

Perasaan tidak nyaman atau kekhawatiran yang samar disertai respon autonom (sumber sering kali tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu): perasaan takut yang disebabkan oleh antisipasi terhadap bahaya. Hal ini merupakan isyarat kewaspadaan yang memperingatkan individu akan adanya bahaya dan kemampuan individu untuk bertindak menghadapi ancaman.

2) Batasan karakteristik.

a) Perilaku.

- (1) Penurunan produktifitas.
- (2) Gerakan yang ireleven.
- (3) Gelisah.
- (4) Melihat sepintas.
- (5) Insomnia.
- (6) Kontak mata yang buruk.
- (7) Mengekspresikan kekhawatiran karena perubahan dalam peristiwa hidup.
- (8) Agitasi.
- (9) Mengintai.
- (10) Tampak waspada.

b) Affektif .

- (1) Gelisah, distres.
- (2) Kesedihan yang mendalam.

- (3) Ketakutan.
 - (4) Perasaan tidak adekuat.
 - (5) Berfokus pada diri sendiri.
 - (6) Peningkatan kewaspadaan.
 - (7) Iritabilitas.
 - (8) Gugup senang berlebihan .
 - (9) Rasa nyeri yang meningkatkan ketidakberdayaan.
 - (10) Peningkatan rasa ketidakberdayaan persisten.
 - (11) Bingung, menyesal.
 - (12) Ragu/ tidak percaya diri.
 - (13) Khawatir.
- c) Fisiologis.
- (1) Wajah tenang, tremor, tangan.
 - (2) Peningkatan keringat.
 - (3) Peningkatan ketegangan.
 - (4) Gemetar, tremor.
 - (5) Suara bergetar.
- d) Simpatik.
- (1) Anoreksia.
 - (2) Eksitasi kardiovaskuler.
 - (3) Diare, mulut kering.
 - (4) Wajah merah.
 - (5) Jantung berdebar-debar.
 - (6) Peningkatan tekanan darah.
 - (7) Peningkatan denyut nadi.

- (8) Peningkatan reflek.
- (9) Peningkatan frekwensi pernapasan, pupil melebar.
- (10) Kesulitan bernapas.
- (11) Vasokonstriksi superfisial.
- (12) Lemah, kedutan pada otot.

e) Parasimpatik:

- (1) Nyeri abdomen.
- (2) Penurunan tekanan darah.
- (3) Penurunan denyut nadi.
- (4) Diare, mual, vertigo.
- (5) Letih, gangguan tidur.
- (6) Kesemutan pada ekstremitas.
- (7) Sering berkemih.
- (8) Anyang-anyangan.
- (9) Dorongan segera berkemih.

f) Kognitif.

- (1) Menyadari gejala fisiologis.
- (2) Bloking pikiran, konfusi.
- (3) Penurunan lapang persepsi.
- (4) Kesulitan berkonsentrasi.
- (5) Penurunan kemampuan untuk belajar.
- (6) Penurunan kemampuan untuk memecahkan masalah.
- (7) Ketakutan terhadap konsekwensi yang tidak spesifik.
- (8) Lupa, gangguan perhatian.
- (9) Khawatir, melamun.

(10) Cenderung menyalahkan orang lain.

g) Faktor yang berhubungan.

(1) Perubahan dalam (status ekonomi, lingkungan, status kesehatan, pola interaksi, fungsi peran status peran).

(2) Pemajanan toksin.

(3) Terkait keluarga.

(4) Herediter.

(5) Infeksi/kontaminan interpersonal.

(6) Penularan penyakit interpersonal.

(7) Krisis maturasi, krisis situasional.

(8) Stres, ancaman kematian.

(9) Penyalahgunaan zat.

(10) Ancaman pada (status ekonomi lingkungan, status kesehatan, pola interaksi, fungsi peran, status peran, konsep diri).

(11) Konflik tidak didasari mengenal tujuan penting hidup.

(12) Konflik tidak didasari mengenai nilai yang esensial/penting.

(13) Kebutuhan yang tidak terpenuhi.

NOC:

a) Anxiety self-control.

b) Anxiety level.

c) Coping.

3) Kriteria hasil:

a) Pasien mampu mengidentifikasi, mengungkapkan dan menunjukkan tehnik untuk mengontrol cemas.

- b) Megidentifikasi, mengungkapkan dan menunjukkan tehnik untuk mengontrol cemas.
- c) Vital sign dalam batas normal.
- d) Postur tubuh, ekspresi wajah, bahasa tubuh dan tingkat aktivitas menunjukkan berkurangnya kecemasan.

4) NIC:

Anxiety reduction (penurunan kecemasan).

- a) Identifikasi tingkat kecemasan.

Rasional: mengetahui sejauh mana kecemasan tersebut mengganggu pasien.

- 2) Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur.

Rasional: Meningkatkan pengetahuan prosedur bagi pasien.

- 3) Berikan informasi faktual mengenai diagnosis, tindakan prognosis.

Rasional: Menambah pengetahuan pasien sehingga pasien tahu dan mengerti tentang penyakitnya.

- 4) Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan persepsi.

Rasional: Ungkapkan perasaan dapat memberikan rasa lega sehingga mengurangi kecemasan.

- 5) Dengarkan dengan penuh perhatian

Rasional: Dengan mendengarkan keluhan pasien secara empati maka pasien akan merasa diperhatikan.

- 6) Temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut.

Rasional: Menciptakan ketenangan batin sehingga kecemasan dapat berkurang.

7) Instruksikan pasien menggunakan tehnik relaksasi

Rasional: Memberikan ketenangan dan mengurangi kecemasan.

g. Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan perifer

1) Pengertian

Penurunan sirkulasi darah ke perifer yang dapat mengganggu kesehatan.

2) Batasan karakteristik

- a) Tidak ada nadi
- b) Perubahan fungsi motorik
- c) Perubahan karakteristik kulit (warna, elastisitas, rambut, kelembaban, kuku, sensasi, suhu)
- d) Warna tidak kembali ke tungkai saat tungkai diturunkan
- e) Kelambatan penyembuhan luka perifer
- f) Penurunan nadi
- g) Edema
- h) Nyeri ekstremitas
- i) Parastesia
- j) Warna kulit pucat elevasi

3) Kriteria hasil:

- a) Mendemonstrasikan status sirkulasi yang ditandai dengan: tekanan systole, dan diastole dalam rentang yang diharapkan, tidak ada ortostatik hipertensi, tidak ada tanda peningkatan tekanan intrakranial (tidak lebih dari 15 mmHg).

- b) Mendemonstrasikan kemampuan kognitif yang ditandai dengan: berkomunikasi dengan jelas dan sesuai dengan kemampuan, menunjukkan perhatian, konsentrasi dan orientasi, memproses informasi, membuat keputusan dengan benar.
- c) Menunjukkan fungsi sensori motorik cranial yang utuh: tingkat kesadaran membaik, tidak ada gerakan-gerakan involunter.

4) NIC

- a) Monitor adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/dingin/tajam/tumpul
- b) Monitor adanya parastese
- c) Instruksikan keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada isi atau laserasi
- d) Gunakan sarung tangan untuk proteksi
- e) Batasi gerakan pada kepala, leher, dan punggung
- f) Monitor kemampuan BAB
- g) Kolaborasi pemberian analgetik
- h) Monitor adanya tromboplebitis
- i) Diskusikan mengenai penyebab perubahan sensasi

h. Resiko cedera

1) Pengertian

Beresiko mengalami cedera sebagai akibat kondisi lingkungan yang berinteraksi dengan sumber adaptif dan sumber defensif individu.

2) Faktor resiko:

a) Eksternal

(1) Biologis, (mis, tingkat imunisasi mikroorganisme).

(2) Zat kimia (mis, racun, polutan, obat, agen farmasis, alkohol, nikotin, pengawet, kosmetik, pewarna).

(3) Manusia (mis, agen nosokomial, pola ketenagaan, atau faktor kognitif, efektif dan psikomotor)

(4) Cara pemindahan atau transfer

(5) Nutrisi (mis, vitamin, jenis makanan)

(6) Fisik (mis, desain, struktur, dan pengaturan komunitas bangunan, dan atau peralatan).

b) Internal

(1) Profil darah yang abnormal (mis, leukositosis, leukopenia, gangguan faktor koagulasi, trombositopenia, sel sabit, talasemia, dan penurunan hemoglobin).

(2) Disfungsi biokimia

(3) Usia perkembangan

(4) Disfungsi efektor

(5) Disfungsi imun-autoimun

(6) Disfungsi itegratif

(7) Malnutrisi

(8) Disfungsi sensorik

3) Kriteria hasil:

a) Pasien terbebas dari cedera

b) Pasien mampu menjelaskan cara atau metode untuk mencegah cedera/injury.

c) Pasien mampu menjelaskan faktor resiko dari lingkungan/perilaku personal.

- d) Mampu memodifikasi gaya hidup untuk mencegah injury.
- e) Menggunakan fasilitas kesehatan yang ada.
- f) Mampu mengenali perubahan status kesehatan.

4) NIC:

- a) Sediakan lingkungan yang aman untuk pasien
Rasional: agar pasien terhindar dari bahaya.
- b) Identifikasi kebutuhan keamanan pasien, sesuai dengan kondisi fisik dan fungsi kognitif pasien dan riwayat penyakit terdahulu pasien.
Rasional: agar keamanan pasien sesuai dengan kebutuhan pasien.
- c) Menghindarkan lingkungan yang berbahaya (misalnya memindahkan perabotan).
Rasional: agar pasien terhindar dari cedera yang tidak diinginkan.
- d) Memasang side rail tempat tidur
Rasional: keamanan pasien diatas tempat tidur tetap terjaga.
- e) Menyediakan tempat tidur yang nyaman dan bersih
Rasional: agar pasien lebih nyaman diatas tempat tidur
- f) Menempatkan saklar lampu ditempat yang mudah dijangkau pasien

i. Konstipasi

1) Pengertian

Penurunan pada frekwensi normal defekasi yang disertai oleh kesulitan atau pengeluaran tidak lengkap fese atau pengeluaran feses yang kering, keras, dan banyak.

2) Batasan karakteristik:

- a) Nyeri abdomen
- b) Nyeri tekan abdomen dengan/tanpa resistensi otot yang dapat dipalpasi
- c) Anoreksia
- d) Darah merah pada feses
- e) Perubahan pada pola defekasi
- f) Penurunan volume feses
- g) Perasaan rectal penuh
- h) Kelelahan umum
- i) Feses keras dan berbentuk
- j) Sakit kepala
- k) Bising usus hiperaktif atau hipoaktif
- l) Mual tidak dapat makan
- m) Nyeri pada saat defekasi

3) Kriteria hasil:

- a) Mempertahankan bentuk feses lunak setiap 1-3 hari.
- b) Bebas dari ketidaknyamanan dan konstipasi
- c) Mengidentifikasi indicator untuk mencegah konstipasi

4) NIC:

- a) Kaji kemampuan peristaltik setiap 4-8 jam

Rasional: anestesi umum akan mempengaruhi penurunan peristaltik usus.

j. Gangguan eliminasi urin

1) Pengertian

Disfungsi pada eliminasi urine

- 2) Batasan karakteristik
 - a) Disuria
 - b) Sering berkemih
 - c) Anyang-anyangan
 - d) Inkontenensia
 - e) Nokturia
 - f) Retensi
 - g) Dorongan
- 3) Kriteria hasil
 - a) Kandung kemih kosong secara penuh
 - b) Tidak ada residu urine >100-200 cc
 - c) Intake cairan dalam rentang normal
 - d) Bebas dari infeksi saluran kencing
 - e) Tidak ada spasme bladder
 - f) Balance cairan seimbang
- 4) NIC
 - a) Masukkan kateter kemih

Rasional: untuk mempermudah dalam mengeluarkan urin
 - b) Membantu dengan toilet secara berkala, sesuai

Rasional: pasien dalam melakukan kebutuhan toilet secara mandiri, tanpa menggunakan alat bantu
 - c) Anjurkan pasien atau keluarga untuk merekam output urine

Rasional: untuk menghitung balance cairan
 - d) Memantau asupan dan keluaran

Rasional: untuk dilakukan penghitungan balance cairan