

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Perioperatif

1. Definisi

Keperawatan perioperatif adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan keragaman fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan pasien. Kata perioperatif adalah gabungan dari tiga fase pengalaman pembedahan yaitu : pre operatif, intra operatif dan post operatif (Hipkabi, 2014)

2. Tujuan

Operasi dilakukan untuk berbagai alasan seperti (Brunner&Suddarth, 2013):

- a. Diagnostik, seperti dilakukan biopsi atau laparatomi eksplorasi
- b. Kuratif, seperti ketika mengeksisi masa tumor atau mengangkat apendiks yang inflamasi
- c. Reparatif, seperti memperbaiki luka yang multipek
- d. Rekonstruktif atau Kosmetik, seperti perbaikan wajah
- e. 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 perioperative

Keperawatan perioperative dilakukan berdasarkan proses keperawatan sehingga perawat perlu menetapkan strategi yang sesuai dengan kebutuhan individu selama periode perioperative (pre, intra, post) (Muttaqin & Sari, 2009). Perioperatif merupakan tahapan dalam proses pembedahan yang dimulai dari prabedah (preoperative), bedah (intraoperative), dan pasca bedah (postoperative) (Alimul H, 2014).

a. Fase pre operasi

Fase pre operatif dimulai ketika ada keputusan untuk dilakukan intervensi bedah dan diakhiri ketika pasien dikirim ke meja

operasi. 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 serta pembedahan (Hipkabi, 2014). Asuhan keperawatan pre operatif pada prakteknya akan dilakukan secara berkesinambungan, baik asuhan keperawatan pre operatif di bagian rawat inap, poliklinik, bagian bedah sehari (one day care), atau di unit gawat darurat yang kemudian dilanjutkan di kamar operasi oleh perawat kamar bedah (Muttaqin & Sari, 2011).

Pasien pra mastektomi akan mengalami masalah psikologis, karena payudara merupakan alat vital seseorang ibu dan wanita, kelainan atau kehilangan akibat operasi payudara sangat terasa (Sjamsuhidajat, 2018),

b. Fase Intra operasi

Fase intra operatif dimulai ketika pasien masuk kamar bedah dan berakhir saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan atau ruang perawatan intensif (Hipkabi, 2014). Pada fase ini lingkup aktivitas keperawatan mencakup pemasangan infus, pemberian medikasi intravena, melakukan pemantauan kondisi fisiologis menyeluruh sepanjang prosedur pembedahan dan menjaga keselamatan pasien. Dalam hal ini sebagai contoh memberikan dukungan psikologis selama induksi anestesi, bertindak sebagai perawat scrub, atau membantu mengatur posisi pasien di atas meja operasi dengan menggunakan prinsip-prinsip kesimetrisan tubuh (Smeltzer, 2010).

c. Fase Post operasi

Fase post operatif dimulai dengan masuknya pasien ke ruang pemulihan (recovery room) atau ruang intensive dan berakhir dengan evaluasi tindak lanjut pada tatanan rawat inap, klinik, maupun di rumah. lingkup aktivitas keperawatan mencakup rentang aktivitas yang luas selama periode ini. Pada fase ini fokus pengkajian meliputi efek agen anestesi dan memantau fungsi vital serta mencegah komplikasi.

Aktivitas keperawatan kemudian berfokus pada peningkatan penyembuhan pasien dan melakukan penyuluhan, perawatan tindak lanjut, serta rujukan untuk penyembuhan, rehabilitasi, dan pemulangan (Hipkabi, 2014).

4. Klasifikasi Perawatan Perioperatif.

Menurut faktor resikonya, pembedahan diklasifikasikan menjadi bedah minor dan bedah mayor, tergantung pada keparahan penyakit, bagian tubuh yang terkena, tingkat kerumitan pembedahan, dan lamanya waktu pemulihan.

Tabel 2.1 Klasifikasi Pembedahan Perioperatif (Sumber Virginia, 2019)

Klasifikasi	Jenis	Pengertian	Contoh
Keseriusan	Mayor	Melibatkan rekonstruksi atau perubahan yang luas pada bagian tubuh, memberikan dampak resiko yang tinggi bagi kesehatan.	<i>Bypass</i> arteri koroner, reseksi kolon, reseksi lobus paru dll.
	Minor	Melibatkan perubahan kecil pada bagian tubuh, sering dilakukan untuk memperbaiki deformitas, dan dengan resiko yang lebih kecil dari pada bedah mayor.	Ekstraksi katarak, <i>graft</i> kulit, operasi plastik.
Urgensi	Elektif	Pembedahan dilakukan berdasarkan pilihan pasien, tidak penting dan tidak dibutuhkan untuk kesehatan.	Rekonstruksi payudara atau vagina, bedah plastik pada wajah.
	Gawat	Pembedahan perlu untuk kesehatan atau mencegah timbulnya masalah tambahan pada pasien.	Eksisi tumor ganas, pengangkatan batu kantung empedu.
	Darurat	Pembedahan harus segera dilakukan untuk menyelamatkan jiwa.	Perforasi apendiks, amputasi traumatik, mengontrol perdarahan.

5. Komplikasi post operatif mastektomi

Komplikasi operasi mastektomi dibedakan menjadi fase dini dan fase lambat. Fase dini meliputi pendarahan, lesi nodul thoracalis longus wing scapula, dan lesi nodul thoracalis dorsalis. Fase lambat meliputi infeksi, nekrosis flap, seroma, edema lengan, kekakuan sendi, dan bahu kontraktur (Engram, 2012).

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

1. Pre operasi

a. Pengkajian 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 saudaranya (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.

b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon pasien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang

berkaitan dengan kesehatan (SDKI, 2017).

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien pre operasi dalam (SDKI,2017) yaitu:

1) Ansietas (D.0080)

Definisi:

Kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.

2) Defisit Nutrisi (D.0019)

Definisi:

Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme

3) 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 3 bulan.

4) Gangguan integritas kulit (D.0129)

Definisi:

Kerusakan kulit (dermis, dan/atau epidermis) atau jaringan (membrane mukosa, kornea, fascia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligament).

c. Rencana keperawatan

Intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan 3 diagnosa diatas adalah :

Tabel 2.2 Rencana Keperawatan Pre Operasi

No	Diagnosa	Tujuan	Intervensi
1.	<p>Ansietas b.d Krisis Situasional (D.0080)</p> <p>Gejala dan tanda mayor</p> <p>Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Merasa bingung • Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi • Sulit berkonsentrasi <p>Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tampak gelisah • Tampak tegang • Sulit tidur <p>Gejala dan tanda minor</p> <p>Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> • mengeluh pusing • Anoreksia • Palpitasi • Merasa tidak berdaya <p>Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> • frek. Nafas meningkat • Frek nadi meningkat • TD meningkat • Diaphoresis • Tremor • Muka tampak pucat • Suara bergetar • Kontak mata buruk • Sering berkemih • Berorientasi pada masa lalu 	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tingkat ansietas menurun, dengan K.H (L.09093)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. verbalisasi kebingungan menurun 2. verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 3. perilaku gelisah menurun 4. Perilaku tegang menurun 5. Konsentrasi membaik 6. Pola tidur membaik 	<p><u>Reduksi ansietas (I.09314)</u></p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (misal:kondisi,waktu,stresor). b) Identifikasi kemampuan mengambil keputusan c) Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal) <p>Teraupetik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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: i) Jelaskan prosedur serta sensasi yang mungkin dialami j) Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis k) Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien l) Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif m) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi n) Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi

			<p>ketegangan</p> <p>o) Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat</p> <p>p) Latih tehnik relaksasi</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>a) Kolaborasi pemberian obat antiansietas, <i>jika perlu</i></p>
2.	<p>Defisit nutrisi b.d peningkatan kebutuhan metabolisme (D.0019)</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <p>Subjektif : (tidak tersedia)</p> <p>Objektif :</p> <p>1. Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal .</p> <p>Gejala dan Tanda Minor</p> <p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cepat kenyang setelah makan • Kram/nyeri abdomen • Nafsu makan menurun . <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bising usus hiperaktif • Otot pengunyah lemah • Otot menelan lemah • Membran mukosa pucat • Sariawan • Serum albumin turun • Rambut rontok 	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan status nutrisi membaik, dengan K.H: (L.03030)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat 2. Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat meningkat 3. BB membaik 4. Frekuensi makan membaik 5. Nafsu makan membaik 6. Bising usus membaik 	<p><u>Manajemen Nutrisi</u> (I. 03119)</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> a) Identifikasi status nutrisi b) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan c) Identifikasi makanan yang disukai d) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient e) Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric f) Monitor asupan makanan g) Monitor berat badan h) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> a) Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu b) Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan) c) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai d) Berikan makan tinggi serat untuk mencegah konstipasi e) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein f) Berikan suplemen makanan, jika perlu g) Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastric jika asupan oral dapat ditoleransi <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> a) Anjurkan posisi duduk, jika mampu b) Ajarkan diet yang diprogramkan <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> a) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan

	berlebihan <ul style="list-style-type: none"> • Diare 		(mis. Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu b) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu
3.	Nyeri akut b.d agen pencidera fisiologis (D.0077) Gejala dan tanda mayor Subjektif: <ul style="list-style-type: none"> • Mengeluh nyeri Objektif: <ul style="list-style-type: none"> • Tampak meringis • Bersikap protektif • Gelisah • Frekuensi nadi meningkat • Sulit tidur Gejala dan tanda minor Subjektif (tidak tersedia) Objektif: <ul style="list-style-type: none"> • TD meningkat • Pola nafas berubah • Nafsu makan berubah • Proses berpikir terganggu • Menarik diri • Berfokus pada diri sendiri • diaforesis 	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun, dengan K.H: (L.08066) <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Frekuensi nadi meningkat 	<u>Manajemen Nyeri</u> : (I.08238) Observasi: <ol style="list-style-type: none"> a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. b) Identifikasi skala nyeri c) Identifikasi nyeri non verbal d) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri e) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri f) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup g) Monitor efek samping penggunaan analgetik Teraupetik: <ol style="list-style-type: none"> a) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misal: TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, <i>biofeedback</i>, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin.) b) Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri (misal: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) c) Fasilitasi istirahat dan tidur d) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri. Edukasi: <ol style="list-style-type: none"> a) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri b) Jelaskan strategi meredakan nyeri c) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri d) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat e) Ajarkan teknik non

			farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi a) Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i>
4.	Gangguan integritas kulit b.d perubahan sirkulasi (D.0129) Gejala dan tanda mayor Subjektif: (tidak tersedia) Objektif: <ul style="list-style-type: none"> • Kerusakan jaringan dan atau lapisan kulit Gejala dan tanda minor Subjektif: (tidak tersedia) Objektif: <ul style="list-style-type: none"> • Nyeri • Perdarahan • Kemerahan • Hematoma 	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat, dengan K.H: (L.14125) 1. kerusakan jaringan menurun 2. kerusakan lapisan kulit menurun 3. nekrosis menurun 4. suhu kulit membaik 5. sensasi membaik	<u>Perawatan Luka</u> (I. 14564) Observasi a) Catat karakteristik luka post operasi b) Catat karakteristik dari beberapa drainase c) Bersihkan luka post operasi tiap hari d) Gunakan unit TENS (Transcutaneous Electric Nerve Stimulation) untuk peningkatan penyembuhan luka post operasi yang sesuai e) Pertahankan teknik septik dan antiseptik dalam perawatan luka post operasi f) Pantau luka setiap mengganti perban g) Bandingkan dan catat secara teratur perubahan – perubahan pada luka Ajarkan pasien dan keluarga dalam proses perawatan luka

(Sumber: SIKI, 2018)

2. Intra operasi

a. Definisi

Fase intra operasi dimulai ketika pasien masuk atau dipindah ke instalasi bedah (meja operasi) dan berakhir saat pasien dipindahkan di ruang pemulihan (Recovery Room) atau istilah lainnya adalah Post Anesthesia Care Unit (PACU). Pada fase ini ruang lingkup aktivitas keperawatan mencakup pemasangan intravena catheter, pemberian medikasi intravena, melakukan pemantauan kondisi fisiologis menyeluruh sepanjang prosedur pembedahan dan menjaga keselamatan pasien.

b. Pengkajian keperawatan

Pengkajian intra operasi secara ringkas mengkaji hal-hal yang berhubungan dengan pembedahan, diantaranya adalah validasi identitas dan prosedur jenis pembedahan yang dilakukan, serta konfirmasi kelengkapan data penunjang laboratorium dan radiologi (Mutaqin, 2009).

c. Diagnosis keperawatan

Prosedur pemberian anastesi, pengaturan posisi bedah, manajemen aseptis dan prosedur bedah laparatomi akan memberikan komplikasi pada masalah keperawatan yang akan muncul dalam (SDKI,2017) yaitu:

1) Resiko perdarahan (D.0012)

Definisi:

Beresiko mengalami kehilangan darah baik internal (terjadi dalam tubuh) maupun eksternal (terjadi hingga keluar tubuh).

2) Resiko cedera (D.0136)

Definisi:

Beresiko mengalami bahaya atau kerusakan fisik yang menyebabkan seseorang tidak lagi sepenuhnya sehat atau dalam kondisi baik.

d. Rencana keperawatan

Intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan diagnosa diatas adalah :

Tabel 2.3 Rencana Keperawatan Intra Operasi

No	Diagnosa	Tujuan	Intervensi
1.	Risiko perdarahan b.d tindakan pembedahan (D.0012)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tingkat perdarahan menurun, dengan K.H: (L.02017)	<u>Pencegahan Perdarahan (I.02067)</u> Observasi: a) Monitor tanda dan gejala perdarahan b) Monitor nilai hematokrit/hemoglobin sebelum dan sesudah kehilangan darah c) Monitor tanda-tanda vital ortostatik d) Monitor koagulasi

		<p>1.Kelembapan membrane mukosa meningkat</p> <p>2.Kelembapan kulit meningkat</p> <p>3.Hemoptysis menurun</p> <p>4.Hematemesis menurun</p> <p>5.Hematuria menurun</p> <p>6.Hemoglobin memmbaik</p> <p>7.Hematocrit membaik</p>	<p>Teraupetik:</p> <p>a) Pertahankan bedrest selama perdarahan</p> <p>b) Batasi tindakan invasif, <i>jika perlu</i></p> <p>c) Gunakan kasur pencegah dekubitus</p> <p>d) Hindari pengukuran suhu rektal</p> <p>Edukasi:</p> <p>a) Jelaskan tanda dan gejala perdarahan</p> <p>b) Anjurkan menggunakan kaus kaki saat ambulasi</p> <p>c) Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk mencegah konstipasi</p> <p>d) Anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan</p> <p>e) Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K</p> <p>f) Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>a) Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, <i>jika perlu</i></p> <p>b) Kolaborasi pemberian produk darah, <i>jika perlu</i></p> <p>c) Kolaborasi pemberian pelunak tinja, <i>jika perlu</i></p>
2.	Resiko cedera b.d perubahan sensasi (prosedur anastesi) (D.0136)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tingkat cedera menurun dengan KH : (L.14136)</p> <p>1. Toleransi aktivitas meningkat</p> <p>2. Kejadian cedera menurun</p> <p>3. Tekanan darah membaik</p> <p>4. Frekuensi nadi, napas membaik</p>	<p><u>Pencegahan cedera (I.14537)</u></p> <p>Observasi:</p> <p>a) Identifikasi area lingkungan yang berpotensi menyebabkan cedera</p> <p>b) Identifikasi obat yang menyebabkan cedera</p> <p>Teraupetik:</p> <p>a) Pertahankan roda tempat tidur dalam kondisi terkunci</p> <p>b) Tingkatkan observasi dan pengawasan pasien sesuai kebutuhan</p> <p>c) Memastikan tindakan operasi dilakukan sesuai prosedur</p>

(Sumber: SIKI, 2018)

e. Evaluasi keperawatan

Evaluasi adalah tahap akhir proses keperawatan yang meliputi evaluasi proses (formatif) dan evaluasi hasil (sumatif) dan mencakup penilaian hasil asuhan keperawatan yang telah dilakukan (Martin dan Griffin, 2014).

3. Post operatif

Fase post operatif dimulai dengan masuknya pasien ke ruang pemulihan (*recovery room*) atau ruang intensive dan berakhir dengan evaluasi tindak lanjut pada tatanan rawat inap, klinik, maupun di rumah. lingkup aktivitas keperawatan mencakup rentang aktivitas yang luas selama periode ini. Pada fase ini fokus pengkajian meliputi efek agen anastesi dan memantau fungsi vital serta mencegah komplikasi. Aktivitas keperawatan kemudian berfokus pada peningkatan penyembuhan pasien dan melakukan penyuluhan, perawatan tindak lanjut, serta rujukan untuk penyembuhan, rehabilitasi, dan pemulangan (Hipkabi, 2014).

a. Tahapan keperawatan post operatif

Pemindahan pasien dari kamar operasi ke ruang pemulihan memerlukan pertimbangan khusus diantaranya letak insisi bedah, perubahan vaskular, dan pemajanan. Pasien diposisikan pada posisi yang tidak menyumbat drain. Hipotensi arteri yang serius dapat terjadi ketika pasien digerakan dari satu posisi ke posisi lainnya. Selama perjalanan dari kamar operasi ke ruang pemulihan pasien diselimuti dan diberikan pengikatan di atas lutut dan di siku, serta side-rail harus dipasang untuk mencegah terjadinya injuri, untuk mempertahankan keamanan dan kenyamanan. Selang dan peralatan drainase ditangani dengan cermat agar dapat berfungsi secara optimal (Majid et al, 2011).

b. Perawatan post anastesi di ruang pemulihan (*recovery room*)

Pasien dirawat sementara di ruang pemulihan sampai kondisi stabil, tidak mengalami komplikasi operasi dan memenuhi syarat untuk dipindahkan ke ruang perawatan. Pasien ditempatkan pada tempat tidur khusus yang nyaman dan aman serta memudahkan akses bagi pasien. Alat monitoring yang terdapat di ruang pemulihan digunakan untuk memberikan penilaian terhadap kondisi pasien. Jenis peralatan yang ada diantaranya alat bantu pernafasan : O₂, laringoskop, nasal kateter, ventilator mekanik, set trakheostomi, dan peralatan section. Di ruang ini juga terdapat alat yang digunakan untuk memantau status hemodinamika dan alat- alat untuk mengatasi masalah hemodinamik, seperti : apparatus

TD, peralatan parenteral, plasma ekspander, set intravena, defibrilator, dan medikasi kegawatdaruratan (Majid et al, 2011).

c. Transportasi pasien ke ruang rawat

Fokus pengkajian pascaoperasi mencakup B6 yaitu : breathing (nafas), blood (darah), brain (otak), bladder (kandung kemih), bowel (usus), dan bone (tulang). Tindakan keperawatan yang dilakukan perawat terdiri dari 8 tindakan yang harus dilakukan, yaitu : pengelolaan jalan nafas, monitor sirkulasi, monitor cairan dan elektrolit, monitor suhu, menilai aldrete score, pengelolaan keamanan dan kenyamanan pasien, serah terima dengan petugas ruang operasi dan ruang perawatan / bangsal (Majid et al, 2011). Data pengkajian pasien pascaoperasi menurut American Societ

d. Perencanaan

Setelah operasi selesai pasien dibawa ke ruang pemulihan atau ke ruang perawatan intensif (bila ada indikasi). Tahap pascaoperasi dimulai saat pasien dipindahkan dari ruangan bedah ke unit pasca bedah dan berakhir saat pasien kembali ke bangsal / ruang perawatan. Ruang pemulihan adalah sebuah ruangan di rumah sakit untuk observasi pasien pascabedah atau anestesi. Ruang ini sebagai batu loncatan sebelum pasien dipindahkan ke bangsal atau masih memerlukan perawatan intensif ICU. Pasien biasanya akan mengalami disorientasi setelah mereka sadar kembali, Di ruang pemulihan inilah pasien ditenangkan apabila terjadi ansietas dan dipastikan kalau fisik dan emosional mereka terkendali / stabil, selain itu juga biasanya pasien pasca bedah dapat mengalami hipotermi yang dapat terjadi pada periode operasi hingga berlanjut pada periode pasca operasi di ruang pemulihan, sebagai akibat sekunder dari suhu yang rendah di ruang operasi, infus dengan cairan yang dingin, inhalasi dengan gas yang dingin, kavitas atau luka yang terbuka, aktivitas otot yang menurun, usia yang lanjut atau agen obat – obatan yang digunakan, seperti anestesi dan vasodilator (Katzung, 2012).

Konsep Keperawatan Post Operatif

1) Pengkajian

Beberapa hal yang perlu dikaji setelah tindakan pembedahan diantaranya adalah kesadaran, kualitas jalan nafas, sirkulasi, dan perubahan tanda vital yang lain, keseimbangan elektrolit, kardiovaskuler, lokasi daerah pembedahan dan sekitarnya, serta alat yang digunakan dalam pembedahan.(mutaqin,2009)

2) Diagnosa keperawatan post operatif

Diagnosa post operasi saat post operatif dalam (SDKI,2017) meliputi:

a) Resiko hipotermia perioperatif (D.0140)

Definisi:

Beresiko mengalami penurunan suhu tubuh dibawah 36°C secara tiba-tiba yang terjadi satu jam sebelum pembedahan hingga 24 jam setelah pembedahan

b) 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 3 bulan.

c) Gangguan citra tubuh (D.0083)

Definisi:

Perubahan persepsi tentang penampilan, struktur dan fungsi fisik individu

d) Gangguan integritas kulit (D.0129)

Definisi

Kerusakan kulit (dermis, dan/atau epidermis) atau jaringan (membrane mukosa, kornea, fascia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligament).

3) Rencana keperawatan

Intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan diagnosa diatas adalah :

Tabel 2.4 Rencana Keperawatan Post Operasi

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
1.	Risiko hipotermi perioperatif b.d suhu lingkungan rendah (D.0140)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan termoregulasi membaik dengan K.H: <ol style="list-style-type: none"> 1. Menggigil meningkat 2. Suhu tubuh membaik 3. Suhu kulit membaik 4. Kulit merah meningkat 	<u>Manajemen Hipotermia</u> (I.14507) Observasi: <ol style="list-style-type: none"> 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 akibat hipotermi Teraupetik: <ol style="list-style-type: none"> a) Sediakan lingkungan yang hangat (misal:atur suhu ruangan) b) Lakukan penghangatan pasif (Misal:Selimut, menutup kepala, pakaian tebal) c) Lakukan penghangatan aktif eksternal (Misal:kompres hangat, botol hangat, selimut hangat, metode kangguru) d) Lakukan penghangatan aktif internal (misal:infus cairan hangat, oksigen hangat, lavase peritoneal dengan cairan hangat)
2.	Nyeri akut b.d agen pencidera fisiologis (D.0077) Gejala dan tanda mayor Subjektif: <ul style="list-style-type: none"> • Mengeluh nyeri Objektif: <ul style="list-style-type: none"> • Tampak meringis • Bersikap protektif • Gelisah • Frekuensi nadi 	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun, dengan K.H: (L.08066) <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Frekuensi nadi 	<u>Manajemen Nyeri :</u> (I.08238) Observasi: <ol style="list-style-type: none"> a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. b) Identifikasi skala nyeri c) Identifikasi nyeri non verbal d) Identi Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri

	<p>meningkat</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sulit tidur <p>Gejala dan tanda minor Subjektif (tidak tersedia)</p> <p>Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> • TD meningkat • Pola nafas berubah • Nafsu makan berubah • Proses berpikir terganggu • Menarik diri • Berfokus pada diri sendiri • diaforesis 	meningkat	<p>e) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</p> <p>f) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</p> <p>g) Monitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p>Teraupetik:</p> <p>a) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misal: TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, <i>biofeedback</i> ,terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin.)</p> <p>b) Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri (misal: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>c) Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>d) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>Edukasi:</p> <p>a) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri</p> <p>b) Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>c) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>d) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</p> <p>e) Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasanyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>a) Kolaborasi pemberian analgetik , <i>jika perlu</i></p>
3.	<p>Gangguan citra tubuh b,d efek tindakan pembedahan (D.0083)</p> <p>Gejala dan tanda mayor Subjektif</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan citra tubuh meningkat, dengan K.H: (L.09067)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melihat bagian tubuh meningkat • Verbalisasi kehilangan bagian 	<p><u>Promosi Citra Tubuh</u> (I.09305)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan • Identifikasi budaya,

	<ul style="list-style-type: none"> • Mengungkapkan kecacauan/kehilangan bagian tubuh <p>Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kehilangan bagian tubuh • Fungsi/struktur tubuh berubah/hilang <p>Gejala dan Tanda Minor</p> <p>Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tidak mau mengungkapkan kecacatan/kehilangan bagian tubuh • Mengungkapkan perasaan negatif tentang perubahan tubuh • Mengungkapkan kekhawatiran pada penolakan/reaksi orang lain • Mengungkapkan perubahan gaya hidup <p>Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menyembunyikan/menunjukkan bagian tubuh secara berlebihan • Menghindari melihat dan/atau menyentuh bagian tubuh • Fokus berlebihan perubahan tubuh • Respon nonverbal pada perubahan dan persepsi tubuh • Fokus pada penampilan dan kekuatan masa lalu • Hubungan sosial berubah 	<p>tubuh meningkat</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verbalisasi perasaan negative tentang perubahan tubuh meningkat • Hubungan social membaik 	<p>agama, jenis kelami, dan umur terkait citra tubuh</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi social • Monitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri • Monitor apakah pasien bisa melihat bagian tubuh yang berubah <p>Teraupetik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diskusikan perubahan tubuh dan fungsinya • Diskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri • Diskusikan akibat perubahan pubertas, kehamilan dan penuaan • Diskusikan kondisi stres yang mempengaruhi citra tubuh (mis. luka, penyakit, pembedahan) • Diskusikan cara mengembangkan harapan citra tubuh secara realistis • Diskusikan persepsi pasien dan keluarga tentang perubahan citra tubuh <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan kepada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh • Anjurkan mengungkapkan gambaran diri terhadap citra tubuh • Anjurkan menggunakan alat bantu(mis. Pakaian , wig, kosmetik) • Anjurkan mengikuti kelompok pendukung(mis. Kelompok sebaya). • Latih fungsi tubuh yang dimiliki • Latih peningkatan
--	---	---	---

			<p>penampilan diri (mis. berdandan)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Latih pengungkapan kemampuan diri kepada orang lain maupun kelompok
4.	<p>Gangguan integritas kulit b.d luka post operasi (D.0129)</p> <p>Gejala dan tanda mayor Subjektif: (tidak tersedia)</p> <p>Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kerusakan jaringan dan atau lapisan kulit <p>Gejala dan tanda minor Subjektif: (tidak tersedia)</p> <p>Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nyeri • Perdarahan • Kemerahan • Hematoma 	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan integritas kulit meningkat dengan KH: (L.14125)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kerusakan jaringan menurun 2. Kerusakan lapisan kulit menurun 3. Nyeri menurun 4. Kemerahan menurun 5. Nekrosis menurun 6. Suhu kulit membaik 	<p><u>Perawatan Luka</u> (I. 14564)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Catat karakteristik luka post operasi b) Catat karakteristik dari beberapa drainase c) Bersihkan luka post operasi tiap hari d) Gunakan unit TENS (<i>Transcutaneous Elektric Nerve Stimulation</i>) untuk peningkatan penyembuhan luka post operasi yang sesuai e) Pertahankan teknik septik dan antiseptik dalam perawatan luka post operasi f) Pantau luka setiap mengganti perban g) Bandingkan dan catat secara teratur perubahan – perubahan pada luka Ajarkan pasien dan keluarga dalam proses perawatan luka

(Sumber: SIKI, 2018)

C. Tinjauan Konsep Penyakit

1. Kanker Payudara (*carcinoma mammae*)

a. Definisi

Kanker payudara atau yang biasa disebut *carcinoma mammae* adalah penyakit seluler yang dapat timbul dari jaringan payudara dengan manifestasi yang dapat mengakibatkan kegagalan untuk mengontrol proliferasi dan maturase sel (Wijaya, Dkk. 2013).

Carcinoma mammae adalah suatu penyakit yang menggambarkan gangguan partumbuhan seluler dan merupakan kelompok penyakit bukan penyakit tunggal. Kanker payudara merupakan penyakit keganasan yang paling banyak menyerang wanita, penyakit ini disebabkan karena terjadinya pembelahan sel - sel tubuh secara tidak teratur sehingga pertumbuhan - pertumbuhan sel tidak dapat dikendalikan dan akan tumbuh menjadi benjolan tumor (kanker). Apabila tumor ini tidak diangkat, dikhawatirkan akan masuk dan menyebar dalam jaringan yang sehat. Ada kemungkinan sel - sel tersebut melepaskan diri dan menyebar ke seluruh tubuh. Kanker payudara umumnya menyerang kelompok wanita umur 40-70 tahun tetapi resiko terus meningkat dengan tajam dan cepat sesuai dengan pertumbuhan usia (Wijaya,dkk 2013).

Berdasarkan kedua penjelasan di atas, penulis dapat menyimpulkan kanker payudara adalah penyakit seluler yang disebabkan karena terjadinya pembelahan sel - sel tubuh secara tidak teratur sehingga pertumbuhan - pertumbuhan sel tidak dapat dikendalikan dan akan tumbuh menjadi benjolan tumor (kanker).

b. Klasifikasi

Menurut Ariani 2015 berdasarkan jenisnya kanker payudara di bagi 4 tipe, yaitu :

1) Karsinoma in situ

Kanker payudara ini merupakan kanker yang masih berada pada tempatnya dan belum menyebar atau menyusup keluar dari tempat asal tumbuh.

- 2) Karsinoma duktal
Merupakan kanker yang tumbuh pada saluran yang melapisi menuju ke puting susu.
- 3) Karsinoma lobuler
Pada tipe ini kanker yang tumbuh di dalam kelenjar susu dan biasanya tumbuh atau diderita oleh perempuan yang telah tumbuh memasuki masa menopause.
- 4) Kanker invasif
Kanker payudara ini telah menyebar dan merusak jaringan lainya. Kanker ini bisa terlokalisir (terbatas pada payudara) dan bisa juga metastatic (menyebar ke bagian tubuh lainnya)

c. Etiologi

Ada beberapa faktor yang berkaitan erat dengan munculnya keganasan kanker payudara yaitu :

- 1) Usia
Kanker payudara umumnya menyerang wanita kelompok usia 40 – 70 tahun, tetapi resiko terus meningkat dengan tajam dan cepat sesuai dengan pertumbuhan usia (Wijaya, dkk, 2013) hal ini disebabkan oleh kemampuan pengendalian sel dan fungsi organ tubuh yang sudah menurun sehingga menyebabkan sel tumbuh tidak terkendali menurut Ralph dkk, (2009), faktor risiko sedang terjadi pada wanita yang telah mengalami menopause >50 tahun.
- 2) Genetik
Jika seseorang memiliki riwayat keluarga yang mengidap kanker payudara, maka kemungkinan besar akan berisiko bagi keturunanya (Nurharyanto, 2009) ada riwayat ca mammae pada ibu/saudari perempuan (Adra dkk, 2013) tubuh manusia normal memiliki gen yang mengendalikan pertumbuhan tumor yang disebut GEN BRCA1 dan BRCA2. apabila gen ini bermutasi maka pertumbuhan sel tidak dapat dikendalikan dan akhirnya timbul sel kanker.

- 3) Riwayat Menstruasi
Early Menarche (sebelum 12 tahun) dan menopause (setelah 55 tahun) menstruasi pertama sebelum usia 12 tahun dan yang mengalami menopause setelah usia 55 tahun memiliki faktor resiko tinggi terkena kanker payu dara karena jangka panjang Terhadap estrogen dan progesterone meningkatkan resiko pengembangan kanker payudara.
- 4) Riwayat Kesehatan
Pernah mengalami atau menderita atipikal hiperplasia atau Benigna proliferasi yang pada biopsi payudara, ca endometrial.
- 5) Riwayat Reproduksi
Melahirkan anak pertama di atas usia 30 tahun. Wanita yang hamil di atas usia 30 tahun memiliki resiko 40 persen menderita kanker payudara dibanding wanita yang hamil dan melahirkan di usia 20 tahun hingga 25 tahun hal ini disebabkan karena mutasi genetik menjadi menjadi lebih umum seiring bertambahnya usia dan setiap mutasi genetik menjadi lebih umum seiring bertambahnya usia dan setiap mutasi di payudara akan berlipatganda dan tumbuh saat hamil.
- 6) Menggunakan Obat Kontrasepsi Yang Lama
Peningkatan risiko kanker payudara sebagai efek pil KB terjadi karena akibat tingginya kadar estrogen dan progesteron yang menyebabkan jaringan kelenjar payudara bertumbuh secara cepat pertumbuhan jaringan ini dapat berwujud sebagai sel abnormal atau tumor sehingga akan berkembang sebagai kanker.
- 7) Penggunaan Terapi Estrogen
Kanker payudara paling sering terjadi pada wanita paska menopause jaringan payudara mengandung sel-sel lemak yang memproduksi enzim yang disebut dengan aromatase yang memproduksi estrogen. Semakin tua seorang wanita, sel-sel lemak di payudara cenderung akan menghasilkan enzim aromatase dalam jumlah yang besar yang pada akhirnya akan

meningkatkan kadar estrogen local yang memicu kanker payudara pada wanita.

d. Tanda dan gejala

Menurut Dr. Suyatno (2010) tanda dan gejala kanker payudara adalah :

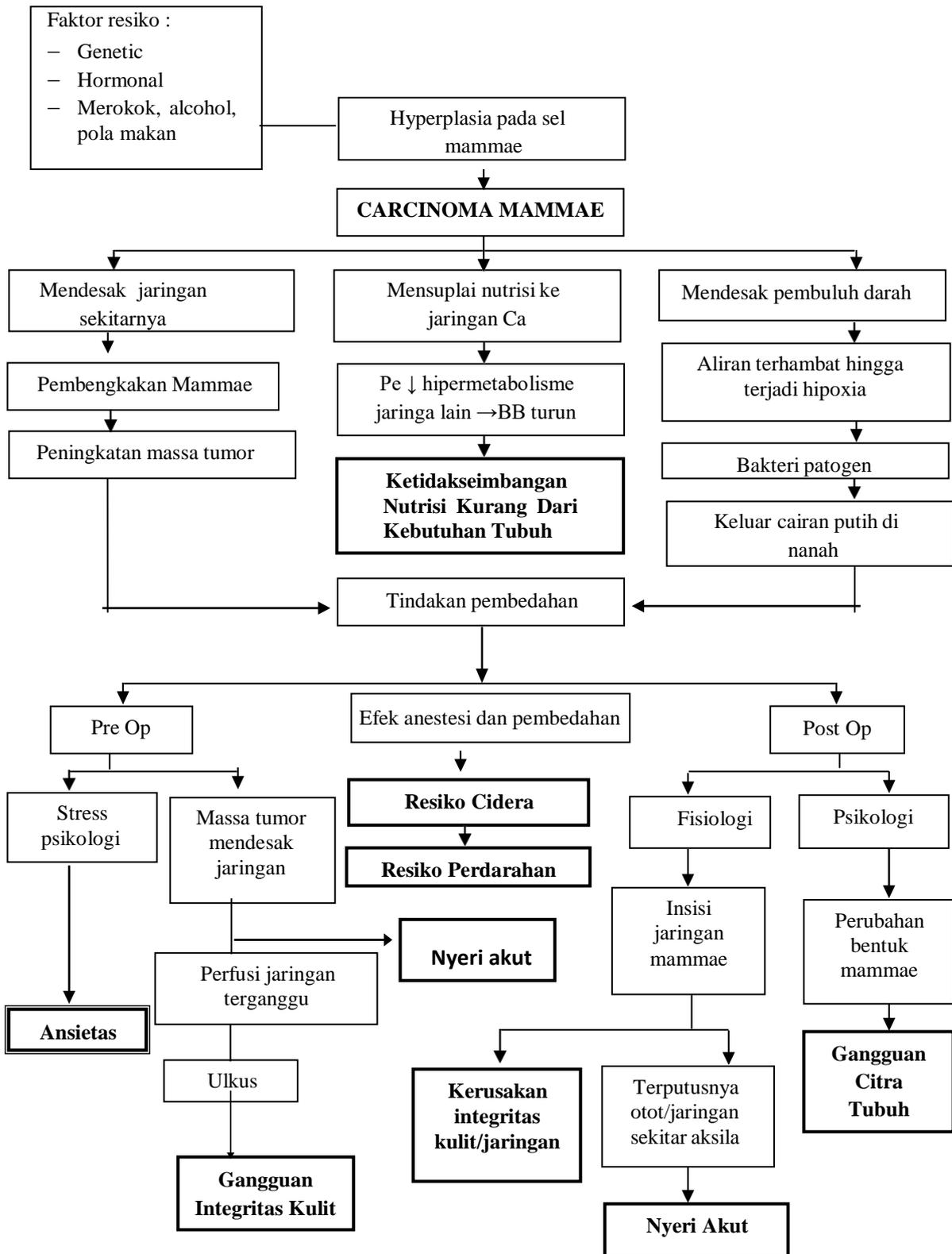
- 1) Ada benjolan yang keras di payudara dengan atau tanpa rasa sakit
- 2) Bentuk puting berubah (retraksi nipple atau terasa sakit terus-menerus) atau puting mengeluarkan cairan/darah (nipple discharge)
- 3) Ada perubahan pada kulit payudara di antaranya berkerut seperti kulit jeruk (peau' u d'orange), melekok ke dalam (dimpling) dan ulkus
- 4) Adanya benjolan-benjolan kecil di dalam atau kulit payudara (nodul satelit)
- 5) Ada luka di puting payudara yang sulit sembuh
- 6) Payudara terasa panas, memerah dan bengkak
- 7) Terasa sakit/ nyeri
- 8) Benjolan yang keras itu tidak bergerak dan biasanya pada awal-awalnya tidak terasa sakit
- 9) Apabila benjolan itu kanker, awalnya biasanya hanya pada satu payudara
10. Adanya benjolan di aksila dengan atau tanpa masa di payudara

e. Patofisiologi

Untuk dapat menegakkan diagnosa kanker dengan baik, terutama untuk melakukan pengobatan yang tepat, diperlukan pengetahuan tentang proses terjadinya kanker dan perubahan strukturnya. Tumor atau neoplasma merupakan kelompok sel yang berubah dengan ciri proliferasi yang berlebihan dan tak berguna, yang tak mengikuti pengaruh jaringan sekitarnya. Proliferasi abnormal sel kanker akan mengganggu fungsi jaringan normal dengan menginfiltrasi dan

memasukinya dengan cara menyebarkan anak sebar ke organ-organ yang jauh. Di dalam sel tersebut telah terjadi perubahan secara biokimia terutama dalam intinya. Hampir semua tumor ganas tumbuh dari suatu sel yang mengalami transformasi maligna dan berubah menjadi sekelompok sel ganas di antara sel normal (Wijaya dan Putri, 2013).

Sel kanker dapat menyebar melalui aliran pembuluh darah dan permeabilitas kapiler akan terganggu sehingga sel kanker dapat berkembang pada jaringan kulit. Sel kanker tersebut akan terus menginfeksi jaringan kulit, menghambat dan merusak pembuluh darah kapiler yang mensuplai darah ke jaringan kulit. Akibatnya jaringan dan lapisan kulit akan mati (nekrosis) kemudian timbul luka kanker. Jaringan nekrosis merupakan media yang baik untuk pertumbuhan bakteri, baik bakteri aerob atau anaerob. Bakteri tersebut akan menginfeksi dasar luka kanker sehingga menimbulkan bau yang tidak sedap. Selain itu, sel kanker dan proses infeksi itu sendiri akan merusak permeabilitas kapiler kemudian menimbulkan cairan luka (eksudat) yang banyak. Cairan yang banyak dapat menimbulkan iritasi sekitar luka dan juga gatal-gatal. Pada jaringan yang rusak dan terjadi infeksi akan merangsang pengeluaran reseptor nyeri sebagai respon tubuh secara fisiologis, akibatnya timbul gejala nyeri yang hebat. Sel kanker itu sendiri juga merupakan sel imatur yang bersifat rapuh dan merusak pembuluh darah kapiler yang menyebabkan mudah pendarahan. Adanya luka kanker, bau yang tidak sedap dan cairan yang banyak keluar akan menyebabkan masalah psikologis pada pasien. Akhirnya, pasien cenderung merasa rendah diri, mudah marah atau tersinggung, menarik diri dan membatasi kegiatannya. Hal tersebut yang akan menurunkan kualitas hidup pasien kanker (Astuti, 2013).



Gambar 2.1 : Pathway Ca Mammae (Sumber : Nurarif dan Kusuma, 2015)

f. Stadium Kanker Payudara

Sistem staging atau tahapan kanker payudara ini sangat berguna untuk menentukan prognosinya. Terdapat perbedaan yang signifikan di antara stadium kanker payudara. Menurut Pujiastuti (2011) stadium kanker payudara sebagai berikut :

- 1) **Stage 0** : pada kelenjar payudara, tanpa invasi ke dalam jaringan payudara normal yang berdekatan
- 2) **Stage 1** : terdapat tumor dengan ukuran 2 cm atau kurang dan batas yang jelas (kelenjar getah bening normal)
- 3) **Stage IIA** : tumor tidak ditemukan pada payudara tapi sel-sel kanker ditemukan di kelenjar getah bening ketiak, atau tumor dengan ukuran 2 cm atau kurang dan telah menyebar ke kelenjar getah bening ketiak/ aksilla, atau tumor yang lebih besar dari 2 cm, tapi tidak lebih besar dari 5 cm dan belum menyebar ke kelenjar getah bening ketiak.
- 4) **Stage II** : tumor dengan ukuran 2-5 cm dan telah menyebar ke kelenjar getah bening yang berhubungan dengan ketiak, atau tumor yang lebih besar dari 5 cm tapi belum menyebar ke kelenjar getah bening ketiak
- 5) **Stage III** : tidak ditemukan tumor di payudara. Kanker ditemukan di kelenjar getah bening ketiak melekat bersama atau dengan struktur lainnya, atau kanker ditemukan di kelenjar getah bening di dekat tulang dada, atau tumor dengan ukuran berapa pun yang telah menyebar ke kelenjar getah bening ketiak, terjadi perlekatan dengan struktur lainnya.
- 6) **Stage IIIB** : tumor dengan ukuran tertentu dan telah menyebar ke dinding dada dan/ atau kulit payudara dan mungkin telah menyebar ke kelenjar getah bening ketiak yang terjadi perlekatan dengan struktur lainnya, atau kanker mungkin telah menyebar ke kelenjar getah bening di dekat tulang dada. Kanker payudara inflamatori dipertimbangkan paling tidak pada tahap IIIB

- 7) **Stage III C** : ada atau tidak tanda kanker di payudara mungkin telah menyebar ke dinding dada dan/ atau kulit payudara dan kanker telah menyebar ke kelenjar getah bening baik di atas atau di bawah tulang belakang dan kanker mungkin telah menyebar ke kelenjar getah bening ketiak atau ke kelenjar getah bening di dekat tulang dada
- 8) **Stage IV** : kanker telah menyebar atau metastasis ke bagian lain dari tubuh.

g. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Wijaya dan Putri, (2013) pemeriksaan penunjang kanker payudara adalah :

1) Pemeriksaan laboratorium meliputi :

- a) Morfologi sel darah
- b) LED
- c) Test fal marker (CEA) dalam serum/plasma
- d) Pemeriksaan sitologis

3) Monografi

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

4) SCAN (CT, MRI, Galfum),

Untuk tujuan diagnostic, identifikasi metastatic, respon pengobatan.

5) Biopsi (aspirasi, eksisi)

Untuk diagnosis banding dan menggambarkan pengobatan.

a) Biopsi, ada 2 macam tindakan menggunakan jarum dan 2 macam tindakan pembedahan.

(1) Aspirasi biopsi (FNAB)

Dengan aspirasi jarum halus, sifat massa dibedakan antar kistik atau padat.

(2) True cut/care biopsy

Dilakukan dengan perlengkapan stereotactic biopsy

mamografi untuk memandu jarum pada massa.

b) Incisi biopsy

c) Eksisi biopsy

Hasil biopsy dapat digunakan selama 36 jam untuk dilakukan pemeriksaan histologik secara frozen section.

6) Penanda tumor

Zat HCG asam fosfat). Dapat menambah dalam mendiagnosis kanker tetapi lebih bermanfaat sebagai prognosis/monitor terapeutik.

7) Foto thoraks

8) USG

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

9) Mammografi

Pada mammografi digunakan sinar X dosis rendah untuk menemukan daerah yang abnormal pada payudara

10) Termografi

Pada termografi digunakan suhu untuk menemukan kelainan pada payudara.

11) SADARI (Pemeriksaan Payudara Sendiri)

Jika SADARI dilakukan secara rutin, seorang wanita akan dapat menemukan benjolan pada stadium dini. Sebaiknya SADARI dilakukan pada waktu yang sama setiap bulan. Bagi wanita yang masih mengalami menstruasi, waktu yang paling tepat untuk melakukan SADARI adalah 7-10 hari sesudah 1 hari menstruasi. Bagi wanita pasca menopause, SADARI bisa dilakukan kapan saja tetapi secara rutin dilakukan setiap bulan (misalnya setiap awal bulan).

h. Penatalaksanaan

Brunner & Suddarth (2018) mengatakan berbagai pilihan penatalaksanaan tersedia. Pasien dan dokter dapat memutuskan pembedahan, terapi radiasi, kemoterapi atau terapi hormonal atau

kombinasi terapi. Berbagai jenis operasi pada kanker payudara adalah

- 1) CRM (*Classic Radical Mastectomy*) adalah operasi pengangkatan seluruh jaringan payudara beserta tumor, *nipple* areola kompleks, kulit diatas tumor, otot pektoralis mayor dan minor serta diseksi aksila level I-III. Operasi ini dilakukan bila ada infiltrasi tumor ke fasia atau otot pectoral tanpa ada metastasis jauh. Jenis operasi ini mulai ditinggalkan karena morbiditas tinggi sementara nilai kuratif sebanding dengan MRM.
- 2) MRM (*Modified Radical Mastectomy*) adalah operasi pengangkatan seluruh jaringan payudara beserta tumor, *nipple* aerola kompleks, kulit di atas tumor dan fascia pektoral serta diseksi aksila level I-II. Operasi ini dilakukan pada kanker payudara stadium dini dan lokal lanjut. Merupakan jenis operasi yang banyak dilakukan. Kuratif sebanding dengan CRM.
- 3) SSM (*Skin Sparing Mastectomy*) adalah operasi pengangkatan seluruh jaringan payudara beserta tumor dan *nipple* aerola kompleks dengan mempertahankan kulit sebanyak mungkin serta diseksi aksila level I-II. Operasi ini harus disertai rekonstruksi payudara secara langsung yang umumnya TRAM flap (*transverse rektus abdominis musculotaneus flap*), LD flap (*latissimus dorsi flap*) atau implant (silicon). Dilakukan pada tumor stadium dini dengan jarak tumor ke kulit jauh (>2cm) atau stadium dini yang tidak memenuhi syarat untuk BCT.
- 4) NSP (*Nipple Sparing Mastectomy*) adalah operasi pengangkatan seluruh jaringan payudara beserta tumor dengan mempertahankan *nipple* aerola kompleks dan kulit serta diseksi aksila level I-II. Operasi ini juga harus disertai rekonstruksi payudara secara langsung yang umumnya adalah TRAM flap (*transverse rektus abdominis musculotaneus flap*), LD flap (*latissimus dorsi flap*) atau implant (silicon). Dilakukan tumor

stadium dini dengan ukuran 2 cm atau kurang, lokasi perifer, secara klinis NAC tidak terlibat, kelenjar getah bening N0, histopatologi baik, dan potong beku sub aerola : bebas tumor

- 5) BCT (*Breast Conserving Treatment*) adalah terapi yang kompenannya terdiri dari lumpektomi atau segmentektomi atau kuadrantektomi dan diseksi aksila serta radioterapi. Jika terdapat fasilitas, *lymphatic mapping* dengan *Sentinel Lymph Node Biopsy* (SNLB) dapat dilakukan untuk menggantikan diseksi aksila. Terapi ini memberikan survival yang sama dengan MRM namun rekurensinya lebih besar.
- 6) Biopsi nodus limfe sentinel : dianggap sebagai standar asuhan untuk terapi kanker payudara stadium dini.
- 7) Terapi radiasi sinar eksternal : biasanya radiasi dilakukan pada seluruh payudara, tetapi radiasi payudara parsial (radiasi ke tempat lumpektomi saja) kini sedang dievaluasi di beberapa institusi pada pasien tertentu secara cermat.
- 8) Kemoterapi untuk menghilangkan penyebaran mikrometastatik penyakit : siklofosamid (Cytoxan), metotreksat, fluorourasil, regimen berbasis antrasiklin misalnya dokpasiensrubisin (Adriamycin), epirubisin (Ellence), taksans (paklitaksel seperti Taxol), dosetaksel (Taxoter).
- 9) Terapi hormonal berdasarkan indeks reseptor estrogen dan progesteron : Tamoksifen (Pasielntamox) adalah agen hormonal; primer yang digunakan untuk menekan tumor yang bergantung hormonal lainnya adalah inhibitor anastrazol (Arimidex), letrozol (Femara), dan eksemestan (Aromasin).
- 10) Terapi target : trastuzumab (Herceptin), bevacizumab (Avastin).
- 11) Rekonstruksi payudara.

2. Mastektomi

a. Pengertian Mastektomi

Mastektomi merupakan pembedahan yang dilakukan untuk mengangkat payudara (Pamungkas, 2011). Mastektomi adalah operasi pengangkatan payudara baik itu sebagian atau seluruh payudara (Suyatno & Pasaribu, 2014). Mastektomi adalah pemotongan melintang dan pengangkatan jaringan payudara dari tulang selangka (superior) ke batas depan latissimus dorsi (lateral) ke rectus sheath (inferior) dan midline (medial).

b. Tujuan tindakan mastektomi

Menurut Bedahumum.wordpress.com (2009),

1) Kuratif

Prinsip terapi bedah kuratif adalah pengangkatan seluruh sel kanker tanpa meninggalkan sel kanker secara mikroskopik. Terapi bedah kuratif ini dilakukan pada kanker payudara stadium dini (0, I, dan II).

2) Paliatif

Prinsip terapi bedah paliatif adalah mengangkat kanker payudara secara makroskopik dan masih meninggalkan sel kanker secara mikroskopik. Ini dilakukan pada kanker payudara stadium lanjut yaitu stadium III dan IV, untuk mengurangi keluhan, seperti perdarahan, pengobatan ulkus.

c. Indikasi mastektomi kanker payudara

Menurut Engram (2011) indikasi operasi mastektomi dilakukan pada kanker payudara stadium 0 (insitu), keganasan jaringan lunak pada payudara, dan tumor jinak payudara yang mengenai seluruh jaringan payudara (misal: phyllodes tumor).

d. Syarat – Syarat Tindakan Mastektomi

Menurut Black dan Hawks (2014), mastektomi adalah terapi pilihan jika terpenuhi hal-hal berikut :

1. Tumor meliputi seluruh puting-aerola
2. Tumor lebih besar 7 cm

3. Tumor memperlihatkan penyakit intraductal eksentif yang meliputi beberapa kuadran payudara.

e. Komplikasi Post Mastektomi

Prosedur mastektomi menyebabkan banyak dampak komplikasi meskipun teknik pembedahan terus mengalami perbaikan. Banyak dampak yang diterima pasien post mastektomi seperti: lymphedema, pembentukan seroma, penurunan mobiltas lengan dan kekuatan kompleks lengan, kesulitan yang berhubungan dengan pasca operasi bekas luka (Winer, et al dalam Botwala, et al, 2013, dalam Aini 2015).

Selama ini komplikasio yang bersifat masih tinggi (10%-50%), Komplikasi fisik ini terutama dirasakan pada daerah bekas operasi lengan atas dan lengan bawah (Van de Velde, et al, 1999 dalam Sudarto, 2002 dalam Aini, 2015). Keterbatasan gerak bahu sedikitnya bisa muncul dalam 2 minggu immobilisasi. Mobiltas lengan dan bahu adalah salah satu yang harus diperhatikan karena akan berdampak pada aktivitas kehidupan sehari-hari penderita kanker payudara (Delburck, 2007 dalam Aini 2015).

3. Kehilangan dan Berduka

A. Kehilangan

1) Pengertian Kehilangan

Kehilangan adalah suatu keadaan individu berpisah dengan sesuatu yang sebelumnya ada, kemudian menjadi tidak ada, baik terjadi sebagian atau keseluruhan . Seseorang dapat kehilangan citra tubuh, orang terdekat, perasaan sejahtera, pekerjaan, barang milik pribadi, keyakinan, atau sense of self baik sebagian ataupun keseluruhan. Peristiwa kehilangan dapat terjadi secara tiba tiba atau bertahap sebagai sebuah pengalaman traumatik. Kehilangan sendiri dianggap sebagai kondisi krisis, baik krisis situasional ataupun krisis perkembangan (Yosep, 2011).

2) Faktor – Factor Yang Mempengaruhi Kehilangan

- a) Arti dari kehilangan
- b) Sosial budaya
- c) Kepercayaan / spiritual
- d) Peran seks
- e) Status social ekonomi
- f) Kondisi fisik dan
- g) Psikologi individu

3) Jenis-jenis Kehilangan

Menurut Hidayat (2012) terdapat beberapa jenis kehilangan yakni sebagai berikut.

- a) Kehilangan objek eksternal, misalnya kecurian atau kehancuran akibat bencana alam.
- b) Kehilangan lingkungan yang dikenal misalnya berpindah rumah, dirawat di rumah sakit, atau berpindah pekerjaan.
- c) Kehilangan sesuatu atau seseorang yang berarti misalnya pekerjaan, anggota keluarga, dan teman dekat.
- d) Kehilangan suatu aspek diri misalnya anggota tubuh dan fungsi psikologis atau fisik.
- e) Kehilangan hidup misalnya kematian anggota keluarga di rumah dan diri sendiri

4) Fase Kehilangan

a) Fase penyangkalan (*Denial*)

Reaksi pertama individu yang mengalami kehilangan adalah syok, tidak percaya, atau mengingkari kenyataan bahwa kehilangan benar benar terjadi. Sebagai contoh, orang atau keluarga dari orang yang menerima diagnosis terminal akan terus berupaya mencari informasi tambahan. Reaksi fisik yang terjadi pada tahap ini adalah letih, lemah, pucat, mual, diare, gangguan pernapasan, detak jantung cepat, menangis, gelisah, dan sering kali individu tidak tahu harus berbuat

apa. Reaksi ini dapat berlangsung beberapa menit hingga beberapa tahun.

b) **Fase marah (*Anger*)**

Pada fase ini individu menolak kehilangan. Kemarahan yang timbul sering diproyeksikan kepada orang lain atau dirinya sendiri. Orang yang mengalami kehilangan juga tidak jarang menunjukkan perilaku agresif, berbicara kasar, menyerang orang lain, menolak pengobatan, bahkan menuduh dokter atau perawat tidak kompeten. Respon fisik yang sering terjadi, antara lain muka merah, deyt nadi cepat, gelisah, susah tidur, tangan menggepal, dan seterusnya.

c) **Fase tawar menawar (*Bargaining*)**

Pada fase ini terjadi penundaan kesadaran atas kenyataan terjadinya kehilangan dan dapat mencoba untuk membuat kesepakatan secara halus atau terang-terangan seolah kehilangan tersebut dapat dicegah. Individu mungkin berupaya untuk melakukan tawar-menawar dengan memohon kemurahan Tuhan.

d) **Fase depresi (*Depression*)**

Pada fase ini pasien sering menunjukkan sikap menarik diri, kadang-kadang bersikap sangat penurut, tidak mau berbicara menyatakan keputusan, rasa tidak berharga, bahkan bisa muncul keinginan bunuh diri. Gejala fisik yang ditunjukkan, antara lain, menolak makan, susah tidur, letih, turunnya dorongan libido, dan lain-lain.

e) **Fase penerimaan (*Acceptance*)**

Pada fase ini berkaitan dengan reorganisasi perasaan kehilangan, pikiran yang selalu berpusat pada objek yang hilang mulai berkurang atau hilang. Individu telah menerima kenyataan kehilangan yang dialaminya dan mulai memandang kedepan. Gambaran tentang objek yang hilang akan mulai dilepaskan secara bertahap. Perhatiannya akan

beralih pada objek yang baru. Apabila individu dapat memulai tahap tersebut dan menerima dengan perasaan damai, maka dia dapat mengakhiri proses berduka serta dapat mengatasi perasaan kehilangan secara tuntas. Kegagalan untuk masuk ke tahap penerimaan akan mempengaruhi kemampuan individu tersebut dalam mengatasi perasaan kehilangan selanjutnya

B. Berduka

1) Pengertian Berduka

Berduka merupakan respon emosi yang diekspresikan terhadap kehilangan yang dimanifestasikan dengan adanya perasaan sedih, gelisah, cemas, sesak nafas, susah tidur, dan lain-lain Hidayat (2012).

2) Jenis-jenis Berduka

a) Berduka Normal

Terdiri atas perasaan, perilaku, dan reaksi yang normal terhadap kehilangan. Misalnya, kesedihan, kemarahan, menangis, kesepian, dan menarik diri dari aktivitas untuk sementara.

b) Berduka Antisipatif

Proses melepaskan diri“ yang muncul sebelum kehilangan atau kematian yang sesungguhnya terjadi. Misalnya, ketika menerima diagnosis terminal, seseorang akan memulai proses perpisahan dan menyelesaikan berbagai urusan di dunia sebelum ajalnya tiba.

c) Berduka yang Rumit

Dialami oleh seseorang yang sulit untuk maju ke tahap berikutnya, yaitu tahap kedukaan normal. Masa berkabung seolah-olah tidak kunjung berakhir dan dapat mengancam hubungan orang yang bersangkutan dengan orang lain.

d) Berduka Tertutup

Yaitu kedukaan akibat kehilangan yang tidak dapat diakui secara terbuka. Contohnya, kehilangan pasangan karena AIDS, anak yang mengalami kematian orang tua tiri, atau ibu yang kehilangan anaknya di kandungan atau ketika bersalin.

3) Fase Berduka

a) Fase Awal

Pada fase awal seseorang menunjukkan reaksi syok, tidak yakin, tidak percaya, perasaan dingin, perasaan kebal, dan bingung. Perasaan tersebut berlangsung selama beberapa hari, kemudian individu kembali pada perasaan berduka berlebihan. Selanjutnya, individu merasakan konflik dan mengekspresikannya dengan menangis dan ketakutan. Fase ini akan berlangsung selama beberapa minggu.

b) Fase Pertengahan

Fase kedua dimulai pada minggu ketiga dan ditandai dengan adanya perilaku obsesif. Sebuah perilaku yang terus mengulang-ulang peristiwa kehilangan yang terjadi.

c) Fase Pemulihan

Fase terakhir dialami setelah tahun pertama kehilangan. Individu memutuskan untuk tidak mengenang masa lalu dan memilih untuk melanjutkan kehidupan. Pada fase ini individu sudah mulai berpartisipasi kembali dalam kegiatan sosial.

D. Jurnal Terkait

1. Menurut penelitian lain yang dilakukan oleh Desvianti (2019) yang berjudul Pengaruh Psikoedukasi terhadap Kecemasan Ibu Pre Operasi Kanker Payudara didapatkan hasil penelitian data distribusi rata rata kecemasan sebelum dilakukan terapi psikoedukasi dengan hasil 47,93, standar deviasi 83,29, nilai minimum 30, dan skor maksimum 61. Dimana 47,93 masuk dalam kategori kecemasan sedang (45-59). Setelah dilakukan terapi psikoedukasi tampak adanya penurunan distribusi rata-rata, hasil penelitian ini diperoleh data distribusi rata- rata kecemasan responden setelah dilakukan terapi psikoedukasi dengan hasil 40,53, standar deviasi 6,334, nilai minimum 27, dan nilai maksimum 49. Secara kuantitatif penelitian ini bermakna karena menunjukkan adanya perbedaan skor kecemasan sebelum dan sesudah dilakukan terapi psikoedukasi. Rata rata kecemasan berkurang menjadi 40,53 termasuk kecemasan ringan. Hasil analisis bivariat penelitian yang telah dilakukan dengan menggunakan uji Wilcoxon Signed Ranks Testdiperoleh hasil $(0,000) < \alpha (0,05)$ yang berarti H_0 ditolak, sehingga dapat disimpulkan bahwa melakukan psikoedukasi berpengaruh terhadap penurunan tingkat kecemasan pasien pre operasi kanker payudara di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung 2018.
2. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Melvia (2015) yang berjudul Gambaran Persiapan Perawatan Fisik Dan Mental Pada Pasien Pre Operasi Kanker Payudara menyatakan bahwa Asuhan keperawatan pada pasienyang akan dioperasi ditujukan untuk mempersiapkan pasiensemaksimal mungkin agar bisa dioperasi dengan baik pemulihan dengan cepat serta terbebas dari komplikasi pasca bedah. Kesiapan yang paling utama adalah kesiapan fisik dan mental. Operasi bisa berjalan dengan baik bila didukung oleh persiapan yang baik termasuk persiapan fisik dan mental, terbebas dari gangguan konsep diri pasienyang akan dioperasi.Perawatan persiapan fisik yang harus dilakukan sebelum menghadapi operasi terdiri dari pemeriksaan status kesehatan fisik secara umum, status nutrisi, keseimbangan cairan dan elektrolit, kebersihan

lambung dan kolon, pencukuran daerah operasi, personal hygiene, pembersihan luka serta latihan pra operasi.

Peranan perawat dalam persiapan mental pasien dapat dilakukan dengan memberikan informasi, gambaran, penjelasan tentang tindakan persiapan operasi dan memberikan kesempatan bertanya tentang prosedur operasi serta kolaborasi dengan dokter terkait pemberian obat pre medikasi.

Perawatan persiapan fisik dan mental apabila tidak dilakukan dengan baik akan menyebabkan pasien mengalami berbagai komplikasi pasca bedah seperti infeksi pasca operasi, dehesiensi, demam, penyembuhan luka yang lama dan kondisi mental pasien yang tidak siap atau labil dapat menimbulkan kecemasan dan ketakutanyang akan berpengaruh terhadap kondisi fisiknya.

3. Penelitian yang dilakukan oleh Putri (2019) yang berjudul Pemberian Asuhan Keperawatan secara Holistik pada Pasien Post Operasi Kanker Payudara. Menyatakan bahwa Pasien kanker payudara memerlukan asuhan keperawatan yang menyeluruh (holistik), sehingga kebutuhan pasien dapat terpenuhi. Tujuan pemberian asuhan keperawatan ini agar memahami etiologi, manifestasi klinik, faktor risiko pasien kanker payudara, lebih memahami asuhan keperawatan pasien kanker payudara, dan mengidentifikasi evidence based terkait kondisi pasien kanker payudara. Metode pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan dilakukan melalui beberapa proses pemberian asuhan keperawatan yaitu pengkajian, analisis data, diagnosis keperawatan, intervensi dan evaluasi pasien kanker payudara di Rumah Sakit Garut. Didapatkan 3 masalah keperawatan yang muncul yaitu nyeri akut, hambatan mobilitas fisik, dan kurangnya pengetahuan pasien terkait masalah kesehatan yang dialami pada pasien saat ini. Setelah dilakukan pemberian asuhan keperawatan permasalahan pasien teratasi .

4. Penelitian yang dilakukan oleh Yodang (2021) yang berjudul Pengkajian dan Symptom Mangement pada pasien dengan *Fungating Breast Cancer* di pelayanan perawatan paliatif, penelitian ini dilakukan dengan menggunakan metode literature review. Dari 114 artikel sebanyak 17 artikel yang memenuhi kriteria inklusi. Kajian Literature merupakan suatu pendekatan ilmiah yang bertujuan untuk menganalisis, mengevaluasi, mensintesa dan mengkritisi suatu temuan penelitian pada suatu topik atau bahasan tertentu yang telah terpublikasi baik secara online maupun cetak (Fink, 2019), hasil penelitiannya bahwa penanganan yang lebih kompleks yang dilakukan secara holistik melalui pendekatan perawatan paliatif dapat membantu meningkatkan kualitas hidup pasien kanker payudara yang disertai dengan fungating wound. Selain itu, kemampuan pasien untuk mengontrol keluhan fisik dan non-fisik secara mandiri dapat meningkat

5. Penelitian yang dilakukan Azizah (2019) yang berjudul asuhan keperawatan pada klien kanker payudara stadium IIIB dengan masalah keperawatan gangguan integritas kulit di ruang melati Rumah Sakit Umum Daerah Bangil Pasuruan. Penelitian di ambil sebanyak 2 klien dengan diagnosa medis kanker payudara dengan masalah gangguan integritas kulit. Hasil penelitian pengolahan pre survei data di ambil di Ruang Melati, RSUD Bangil Pasuruan. Berdasarkan data yang diperoleh dari RSUD Bangil Pasuruan pada tahun 2019 penderita Kanker Payudara Stadium IIIB sebanyak 459 pasien dan yang dirawat di Ruang Melati 118 pasien. Pembahasan klien 1 dan 2 mengatakan terdapat luka di payudara kiri, dengan data obyektif warna luka coklat kehitaman, mengeluarkan darah bercampur sedikit pus, saat balutan dibuka bau tidak sedap. Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari luka dapat dapat membaik dengan kriteria warna luka merah,tidak ada jaringan nekrosis, tidak berbau, tidak keluar pus dan sedikit mengeluarkan darah.