

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Asuhan Keperawatan Perioperatif

1. Konsep Perioperatif

a. 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).

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 *Carsinoma Mammaen* (Muttaqin, 2013).

Pada pengkajian riwayat keluarga terdapat adanya hubungan seorang wanita yang ibu atau saudarinya (saudari dekat, keturunan pertama/ *first degree relatives*) pernah/ sedang menderita *Carsinoma Mammae*, 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, 2013).

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 klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (SDKI, 2018).

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien pre operasi dalam (SDKI, 2018) yaitu:

(1) Ansietas

(a) 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.

(b) Penyebab

- Krisis situasional
- Kebutuhan tidak terpenuhi
- Krisis maturasional
- Ancaman terhadap konsep diri
- Ancaman terhadap kematian
- Kekhawatiran mengalami kegagalan
- Disfungsi sistem keluarga
- Hubungan orang tua-anak tidak memuaskan

- Faktor keturunan (temperamen mudah teragitasi sejak lahir)
- Penyalahgunaan zat
- Terpapar bahaya lingkungan (mis. Toksin, polutan, dan lain-lain)
- Kurang terpapar informasi

Gejala dan tanda mayor

Tabel 2.1 Gejala dan Tanda Mayor Ansietas

Subjektif	Objektif
1. Merasa bingung	1. Tampak gelisah
2. Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi	2. Tampak tegang
3. Sulit berkonsentrasi	3. Sulit tidur

Tabel 2.2 Gejala dan Tanda Minor Ansietas

Subjektif	Objektif
1. Mengeluh pusing	1. Frekuensi napas meningkat
2. Anoreksia	3. Frekuensi nadi meningkat
4. Palpitasi	3. Tekanan darah meningkat
4. Merasa tidak berdaya	4. Diaforesis
	5. Tremor
	6. Muka tampak pucat
	7. Suara bergetar
	8. Kontak mata buruk
	9. Sering berkemih
	10. Orientasi pada masa lalu

(2) Nyeri akut

(a) 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.

(b) Penyebab

- Agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma)
- Agen pencedera kimiawi (mis. Terbakar, bahan kimia iritan)
- Agen pencedera fisik (mis. Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, atihan fisik berlebihan)

Gejala dan tanda mayor:

Tabel 2.3 Gejala dan Tanda Mayor Nyeri Akut

Subjektif	Objektif
1. Mengeluh nyeri	1. Tampak meringis
	2. Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri)
	3. Gelisah
	4. Frekuensi nadi meningkat
	5. Sulit tidur

Gejala dan tanda minor:

Tabel 2.4 Gejala dan Tanda Minor Nyeri Akut

Subjektif	Objektif
<i>(tidak tersedia)</i>	1. Tekanan darah meningkat
	2. Pola napas berubah
	3. Nafsu makan berubah
	4. Proses berpikir terganggu
	5. Menarik diri
	6. Berfokus pada diri sendiri
	7. Diaforesis

c) Rencana keperawatan

Menurut (SIKI, 2018) intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan 2 diagnosa diatas adalah:

Tabel 2.5 Rencana Keperawatan Preoperasi

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
1	Ansietas berhubungan dengan Krisis Situasional	Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 1 jam, tingkat ansietas pasien menurun dengan kriteria hasil: a) Verbalisasi kebingungan menurun b) Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun c) Perilaku gelisah menurun d) Perilaku tegang menurun	Intervensi: Observasi: a) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (misal: kondisi, waktu, stresor) b) Identifikasi kemampuan mengambil keputusan c) Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal) Terapeutik: a) Ciptakan suasana terapeutik 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 situasi yang memicu kecemasan h) Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang Edukasi: a) Jelaskan prosedur serta sensasi yang mungkin dialami b) Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis c) Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien d) Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif e) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi f) Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan g) Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat h) Latih tehnik relaksasi Kolaborasi: a) Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu

2	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisiologis	<p>Tujuan: Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 1 jam, tingkat nyeri pasien berkurang dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Keluhan nyeri menurun Meringis menurun Sikap protektif menurun Gelisah menurun Kesulitan tidur menurun 	<p>Intervensi:</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Identifikasi skala nyeri Identifikasi nyeri non verbal Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misal: TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, biofeedback ,terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin). Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri (misal: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan). Fasilitasi istirahat dan tidur Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri. <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri Jelaskan strategi meredakan nyeri Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat Ajarkan eknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
---	---	--	--

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 (Muttaqin, 2013).

c) Diagnosis keperawatan

Pasien yang dilakukan pembedahan akan melewati berbagai prosedur. Prosedur pemberian anastesi, pengaturan posisi bedah, manajemen aseptis dan prosedur bedah mastektomi akan memberikan komplikasi pada masalah keperawatan yang akan muncul dalam (SDKI, 2018) yaitu:

(1) Resiko cedera

Definisi

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

Faktor resiko, antara lain:

Eksternal

- (a) Terpapar patogen
- (b) Terpapar zat kimia toksis
- (c) Terpapar agen nosokomial

(d) Ketidakamanan transportasi

Internal

(a) Tidak normalan profil darah

(b) Perubahan orientasi afektif

(c) Perubahan sensasi

(d) Disfungsi autoimun

(e) Disfungsi biokimia

(f) Hipoksia haringan

(g) Kegagalan mekanisme pertahanan tubuh

(h) Malnutrisi

(i) Perubahan fungsi psikomotor

(j) Perubahan fungsi kognitif

(2) Resiko perdarahan

Definisi

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

Ada beberapa faktor risiko diantaranya:

(a) Aneurisma

(b) Gangguan gastrointestinal (mis. ulkus lambung, polip, varises)

(c) Gangguan fungsi hati (mis. sirosis hepatitis)

(d) Komplikasi kehamilan (mis. ketuban pecah sebelum waktunya, plasenta previa/abruptio, kehamilan kembar)

(e) Komplikasi pasca partum (mis. atoni uterus, retensi plasenta)

(f) Gangguan koagulasi (mis. trombositopenia)

(g) Efek agen farmakologis

(h) Tindakan pembedahan

(i) Trauma

(j) Kurang terpapar informasi tentang pencegahan perdarahan

(k) Proses keganasan

Kondisi klinis terkait:

- (a) Anuerisma
- (b) Koagulopati intravaskular diseminata
- (c) Sirosis hepatis
- (d) Ulkus lambung
- (e) Varises
- (f) Trombositopenia
- (g) Ketuban pecah sebelum waktunya
- (h) Plasenta previa/abrupsi
- (i) Atonia uterus
- (j) Retensi plasenta
- (k) Tindakan pembedahan
- (l) Kanker
- (m) Trauma

d) Rencana keperawatan

Menurut (SIKI, 2018) intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan diagnosa diatas adalah:

Tabel 2.6 Rencana Keperawatan Intra Operasi

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
1	Risiko perdarahan berhubungan dengan tindakan pembedahan	Setelah diberikan tindakan keperawatan diharapkan tingkat perdarahan menurun dengan kriteria hasil: a) Perdarahan pasca operasi menurun b) Hemoglobin membaik c) Tekanan darah dan denyut nadi membaik	Intervensi 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 Teraupetik: a) Pertahankan bedrest selama perdarahan b) Batasi tindakan invasif, jika perlu c) Gunakan kasur pencegah dekubitus d) Hindari pengukuran suhu rektal Edukasi: a) Jelaskan tanda dan gejala perdarahan b) Anjurkan menggunakan kaus kaki saat ambulasi c) Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk mencegah konstipasi d) Anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan e) Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K f) Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan Kolaborasi: a) Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlu b) Kolaborasi pemberian produk darah, jika perlu c) Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu
2	Risiko cedera berhubungan dengan perubahan sensasi	Setelah diberikan tindakan keperawatan diharapkan tingkat cedera menurun dengan kriteria hasil: a) Kejadian cedera menurun b) Luka/lecet menurun	Intervensi dalam buku NIC (Bulechek, 2013) a) Periksa monitor isolasi utama b) Siapkan alat dan bahan oksigenasi dan ventilasi buatan c) Periksa keadekuatan fungsi dari alat-alat tersebut d) Monitor aksesoris spesifik yang dibutuhkan untuk posisi bedah tertentu e) Periksa persetujuan bedah dan tindakan pengobatan lain yang diperlukan f) Periksa bersama pasien atau orang yang berkepentingan lainnya mengenai prosedur dan area pembedahan g) Berpartisipasi dalam fase “time out” dalam pre operatif untuk memeriksa

			<p>terhadap prosedur; benar pasien, benar prosedur, benar area pembedahan, sesuai kebijakan instansi.</p> <ul style="list-style-type: none">h) Dampingi pasien pada fase transfer ke meja operasi sambil melakukan monitor terhadap alati) Hitung kasa perban, alat tajam dan instrumen, sebelum, pada saat dan setelah pembedahanj) Sediakan unit pembedahan elektronik, alas lapang pembedahan dan elektroda aktif yang sesuaik) Periksa ketiadaan pacemaker jantung, implan elektrik lainnya, atau prothesis logam yang merupakan kontraindikasi electrosurgicalsurgeryl) Lakukan tindakan pencegahan terhadap radiasi ionisasi atau gunakan alat pelindung dalam situasi dimana alat tersebut dibutuhkan, sebelum operasi dimulaim) Sesuaikan koagulasi dan arus pemotong sesuai instruksi dokter atau kebijakan institusin) Inspeksi kulit pasien terhadap cedera setelah menggunakan alat pembedahan elektronik.
--	--	--	--

e) Evaluasi keperawatan

Evaluasi adalah tahap akhir proses keperawatan yang meliputi evaluasi proses (formatif) dan evaluasi hasil (sumatif) dan mencakup penilaian hasil tindakan 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 pasiendiselimuti 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, 2016).

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, 2016).

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, 2016).

d) Perencanaan

Periode pasca anastesi adalah periode gawat, pemantauan yang efektif untuk mengurangi terjadinya komplikasi adalah melalui identifikasi kelainan sebelum menimbulkan komplikasi yang serius. 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 anxiety dan dipastikan kalau fisik dan emosional mereka terkendali / stabil (Katzung, 2012).

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 (Muttaqin, 2013)

2) Diagnosa keperawatan post operatif

Diagnosa post operasi saat post operatif dalam (SDKI, 2018) meliputi:

a) Resiko hipotermia perioperatif

Definisi:

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

Faktor risiko:

- (1) Prosedur pembedahan
- (2) Kombinasi anestesi regional dan umum
- (3) Skor *american society of anesthesiologist (ASA)* > 1
- (4) Suhu pra-operasi rendah < 36°C
- (5) Neuropati diabetik
- (6) Komplikasi kardiovaskuler
- (7) Suhu lingkungan rendah
- (8) Transfer panas (mis. volume tinggi infus yang tidak

dihangatkan, irigasi > 2 liter yang tidak dihangatkan)

Kondisi klinis terkait:

- (1) Tindakan pembedahan

b) Nyeri akut

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.

Etiologi:

- (1) Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, atihan fisik berlebihan)

Gejala dan tanda mayor:

Tabel 2.7 Gejala dan Tanda Mayor Nyeri Akut

Subjektif	Objektif
1. Mengeluh nyeri	1. Tampak meringis
	B. Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri).
	C. Gelisah
	D. Frekuensi nadi meningkat
	E. Sulit tidur

Gejala dan tanda minor:

Tabel 2.8 Gejala dan Tanda Minor Nyeri Akut

Subjektif	Objektif
<i>(tidak tersedia)</i>	1. Tekanan darah meningkat
	2. Pola napas berubah
	3. Nafsu makan berubah
	4. Proses berpikir terganggu
	5. Menarik diri
	6. Berfokus pada diri sendiri
	7. Diaforesis

Kondisi klinis terkait:

- (1) Kondisi pembedahan
- (2) Cedera traumatis
- (3) Infeksi
- (4) Sindroma koroner akut
- (5) Glaukoma

c) Gangguan citra tubuh

Defenisi:

Perubahan

Perubahan persepsi tentang penampilan, struktur dan fungsi individu.

Etiologi:

- (1) Perubahan struktur/bentuk tubuh (mis. amputasi, trauma, luka bakar, obesitas, jerawat)
- (2) Perubahan fungsi tubuh (mis. proses penyaakit, kehamilan, kelumpuhan)
- (3) Perubahan fungsi kognitif
- (4) Ketidaksesuain budaya, keyakinan atau sistem nilai
- (5) Transisi perkembangan
- (6) Gangguan psikososial
- (7) Efek tindakan/pengobatan (mis. pembedahan, kemoterapi, terapi radiasi)

Gejala dan tanda mayor:

Tabel 2.9 Gejala dan Tanda Mayor Gangguan Citra Tubuh

Data subyektif	Data obyektif
1. Mengungkapkan kekacauan/kehilangan bagian tubuh	1. Kehilangan bagian tubuh
	2. Fungsi/struktur tubuh berubah/hilang

Gejala dan tanda minor:

Tabel 2.10 Gejala dan Tanda Minor Gangguan Citra Tubuh

Data subyektif	Data obyektif
1. Tidak mau mengungkapkan kecacatan/kehilangan bagian tubuh	1. Menyembunyikan/menunjukkan bagian tubuh secara berlebihan
2. Mengungkapkan perasaan negatif tentang perubahan tubuh	2. Menghindari melihat dan/atau menyentuh bagian tubuh
3. Mengungkapkan kekhawatiran pada penolakan/reaksi orang lain	3. Fokus berlebihan perubahan tubuh
4. Mengungkapkan perubahan gaya hidup	4. Respon nonverbal pada perubahan dan persepsi tubuh
	5. Fokus pada penampilan dan kekuatan masa lalu
	6. Hubungan sosial berubah

3) Rencana keperawatan

Menurut (SIKI, 2018) intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan diagnosa diatas adalah:

Tabel 2.11 Rencana Keperawatan Post Operasi

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisiologis	Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 1 jam, tingkat nyeri pasien berkurang dengan kriteria hasil: (1) Keluhan nyeri menurun (2) Meringis menurun (3) Sikap protektif menurun (4) Gelisah menurun (5) Kesulitan tidur menurun	Intervensi: Observasi: (1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. (2) Identifikasi skala nyeri (3) Identifikasi nyeri non verbal (4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri (5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri (6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri (7) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup (8) Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik: (1) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misal: TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, biofeedback ,terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin). (2) Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri (misal: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan). (3) Fasilitasi istirahat dan tidur (4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri. Edukasi: (1) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri (2) Jelaskan strategi meredakan nyeri (3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri (4) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat (5) Ajarkan eknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi: (1) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2	Gangguan citra tubuh b.d perubahan struktur/ bentuk		Intervensi: Promosi citra tubuh:

	tubuh (mastektomi)		<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Identifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan (2) Identifikasi budaya, agama, jenis kelami, dan umur terkait citra tubuh (3) Identifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi sosial (4) Monitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri (5) Monitor apakah pasien bisa melihat bagian tubuh yang berubah <p>Terapiutik</p> <ol style="list-style-type: none"> (2) Diskusikan perubahn tubuh dan fungsinya (3) Diskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri (4) Diskusikan akibat perubahan pubertas, kehamilan dan penuwaan (5) Diskusikan kondisi stres yang mempengaruhi citra tubuh (mis.luka, penyakit, pembedahan) (6) Diskusikan cara mengembangkan harapan citra tubuh secara realistis (6) Diskusikan persepsi pasien dan keluarga tentang perubahan citra tubuh <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Jelaskan kepada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh (2) Anjurkan mengungkapkan gambaran diri terhadap citra tubuh (3) Anjurkan menggunakan alat bantu (mis. Pakaian, wig, kosmetik) (4) Anjurkan mengikuti kelompok pendukung (mis. Kelompok sebaya). (5) Latih fungsi tubuh yang dimiliki (6) Latih peningkatan penampilan diri (mis. berdandan) (7) Latih pengungkapan kemampuan diri kepada orang lain maupun kelompok
3	Risiko hipotermi perioperatif b.d suhu lingkungan rendah	<p>Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 1 jam, termoregulasi membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Mengigil menurun (2) Suhu tubuh membaik (3) Suhu kulit membaik. 	<p>Intervensi:</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Monitor suhu tubuh (2) Identifikasi penyebab hipotermia, (misal: terpapar suhu lingkungan rendah, kerusakan hipotalamus, penurunan laju metabolisme, kekurangan lemak subkutan) (3) Identifikasi penyebab hipotermia, (misal: terpapar suhu lingkungan rendah, kerusakan hipotalamus, penurunan laju metabolisme, kekurangan lemak subkutan) (4) Monitor tanda dan gejala akibat hipotermi <p>Teraupetik:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Sediakan lingkungan yang hangat (misal: atur suhu ruangan)

			<ul style="list-style-type: none">(2) Lakukan penghangatan pasif (misal: Selimut, menutup kepala, pakaian tebal)(3) Lakukan penghangatan aktif eksternal (misal: kompres hangat, botol hangat, selimut hangat, metode kangguru)(4) Lakukan penghangatan aktif internal (misal: infus cairan hangat, oksigen hangat, lavase peritoneal dengan cairan hangat)
--	--	--	---

B. *Carsinoma Mamame*

1. Definisi

Carsinoma 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).

Carsinoma Mammae adalah suatu penyakit yang menggambarkan gangguan partumbuhan seluler dan merupakan kelompok penyakit bukan penyakit tunggal. *Carsinoma Mammae* 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, dikawatirkan akan masuk dan menyebar dalam jaringan yang sehat. Ada kemungkinan sel - sel tersebut melepaskan diri dan menyebar ke seluruh tubuh. *Carsinoma Mammae* 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 *Carsinoma Mammae* 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).

2. Klasifikasi

Menurut Ariani (2015), berdasarkan jenisnya *Carsinoma Mammae* di bagi 4 tipe, yaitu:

a) Karsinoma in situ

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

- b) Karsinoma duktal
Merupakan kanker yang tumbuh pada saluran yang melapisi menuju ke puting susu.
- c) 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.
- d) Kanker invasif
Carsinoma Mammae ini telah menyebar dan merusak jaringan lainnya. Kanker ini bisa terlokalisir (terbatas pada payudara) dan bisa juga metastatic (menyebarkan ke bagian tubuh lainnya).

3. Etiologi

Ada beberapa faktor yang berkaitan erat dengan munculnya keganasan *Carsinoma Mammae* yaitu:

- a) Usia
Carsinoma Mammae 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.
- b) Genetik
Jika seseorang memiliki riwayat keluarga yang mengidap *Carsinoma Mammae*, maka kemungkinan besar akan berisiko bagi keturunannya (Nurharyanto, 2009) ada riwayat *Carsinoma Mammae* pada ibu/ saudara 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.
- c) 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 *Carsinoma Mammae*.

d) Riwayat Kesehatan

Pernah mengalami atau menderita otipikal hiperplasia atau *Benigna proliveratif* yang pada biopsy payudara, *ca endometrial*.

e) Riwayat Reproduksi

Melahirkan anak pertama di atas usia 30 tahun. Wanita yang hamil di atas usia 30 tahun memiliki resiko 40 persen menderita *Carsinoma Mammae* 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 dipayudara akan berlipatganda dan tumbuh saat hamil.

f) Menggunakan Obat Kotrasepsi yang Lama

Peningkatan risiko *Carsinoma Mammae* 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.

g) Penggunaan Terapi Estrogen

Carsinoma Mammae 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 dipayudara cenderung akan menghasilkan enzim aromatase dalam jumlah yang besar yang pada akhirnya akan meningkatkan kadar estrogen lokal yang memicu kanker

payudara pada wanita.

4. Tanda dan gejala

Menurut Dr. Suyatno (2010) tanda dan gejala *Carsinoma Mammae* adalah:

- a) Ada benjolan yang keras di payudara dengan atau tanpa rasa sakit
- b) Bentuk puting berubah (retraksi nipple atau terasa sakit terus-menerus) atau puting mengeluarkan cairan/darah (*nipple discharge*)
- c) Ada perubahan pada kulit payudara di antaranya berkerut seperti kulit jeruk (*peau 'u d'orange*), melekok ke dalam (*dimpling*) dan ulkus
- d) Adanya benjolan-benjolan kecil di dalam atau kulit payudara (nodul satelit)
- e) Ada luka di puting payudara yang sulit sembuh
- f) Payudara terasa panas, memerah dan bengkak
- g) Terasa sakit/ nyeri
- h) Benjolan yang keras itu tidak bergerak dan biasanya pada awal-awalnya tidak terasa sakit
- i) Apabila benjolan itu kanker, awalnya biasanya hanya pada satu payudara
- j) Adanya benjolan di aksila dengan atau tanpa masa di payudara

5. Patofisiologi

Payudara mengalami tiga macam perubahan yang dipengaruhi hormon. Perubahan pertama adalah mulai dari masa hidup anak melalui pubertas, masa fertilitas, dsampai klimakterium dan menopause. Sejak pubertas pengaruh hormon estrogen dan progesteron yang diproduksi ovarium dan hipofisis, telah menyebabkan duktus berkembang dan timbulnya asinus.

Perubahan kedua adalah perubahan sesuai dengan daur haid. Sekitar hari ke 8 haid, payudara jadi lebih besar dan pada beberapa

hari sebelum haid berikutnya terjadi perbesaran maksimal. Selama beberapa hari menjelang haid, payudara menjadi tegang dan nyeri sehingga pemeriksaan fisik terutama palpasi tidak mungkin dilakukan.

Perubahan ketiga terjadi masa hamil dan menyusui. Pada kehamilan payudara menjadi besar karena epitel duktus lobus dan duktus alveolus berproliferasi dan tumbuh duktus baru. Sekresi hormon prolaktin dan hipofise anterior memicu. Air susu diproduksi oleh sel-sel alveolus, mengisi asinus kemudian dikeluarkan melalui duktus ke puting susu.

Carcinoma Mammariae berasal dari jaringan epitelia dan paling sering terjadi hiperplasia sel-sel dengan perkembangan sel-sel atipik. Sel-sel ini berlanjut menjadi karsinoma insitu dan menginvasi stroma. Kanker membutuhkan waktu 7 tahun untuk bertumbuh dari sebuah sel tunggal sampai menjadi massa yang cukup besar untuk dapat teraba (diameter 1 cm).

Karsinoma payudara 95% merupakan karsinoma, berasal dari epitel saluran dan kelenjar payudara. Karsinoma muncul sebagai akibat sel-sel yang abnormal terbentuk pada payudara dengan kecepatan tidak terkontrol dan tidak beraturan.

Sel tersebut merupakan hasil mutasi gen dengan perubahan perubahan bentuk, ukuran maupun fungsinya. Mutasi gen ini dipicu oleh keberadaan suatu benda asing yang masuk dalam tubuh kita, diantara pengawet makanan, vetsin, radioaktif, oksidan atau karsinogenik yang dihasilkan oleh tubuh sendiri secara alamiah. Pertumbuhan dimulai didalam duktus atau kelenjar lobulus yang disebut karsinoma non invasif. Kemudian tumor menerobos keluar dinding duktus atau kelenjar di daerah lobulus dan invasi ke dalam stroma, yang dikenal dengan nama karsinoma invasif. Pada pertumbuhan selanjutnya tumor meluas menuju fascia otot pektoralis atau daerah kulit yang menimbulkan perlengketan-perlengketan. Pada kondisi demikian tumor dikategorikan stadium lanjut inoperabel.

Penyebaran tumor terjadi melalui pembuluh getah bening, deposit dan tumbuh dikelenjar getah bening sehingga kelenjar getah bening aksiler ataupun supraklavikuler membesar. Kemudian melalui pembuluh darah, tumor menyebar ke organ jauh antara lain paru, hati, tulang dan otak. Akan tetapi dari penelitian para pakar, mikrometastase pada organ jauh dapat juga terjadi tanpa didahului penyebaran limfogen. Sel kanker dan racun racun yang dihasilkannya dapat menyebar keseluruh tubuh kita seperti tulang, paru-paru dan liver tanpa disadari oleh penderita. Oleh karena itu penderita *Carsinoma Mammae* ditemukan benjolan diketiak atau dikelenjar getah bening lainnya. Bahkan muncul pula kanker pada liver dan paru-paru sebagai kanker metastasisnya.

Diduga penyebab terjadinya *Carsinoma Mammae* tidak terlepas dari menurunnya atau mutasi dari aktifitas gen T Supresor atau sering disebut dengan p53. Penelitian yang paling sering tentang gen p53 pada *Carsinoma Mammae* adalah immunohistokimia dimana p53 ditemukan pada insisi jaringan dengan menggunakan parafin yang tertanam di jaringan. Terbukti bahwa gen supresor p53 pada penderita *Carsinoma Mammae* telah mengalami mutasi sehingga tidak bekerja sebagaimana fungsinya. Mutasi dari p53 menyebabkan terjadinya penurunan mekanisme apoptosis sel. Hal inilah yang menyebabkan munculnya neoplasma pada tubuh dan pertumbuhan sel yang menjadi tidak terkendali. (Irianto, 2015).

6. Stadium *Carsinoma Mammae*

Sistem staging atau tahapan *Carsinoma Mammae* ini sangat berguna untuk menentukan prognos nya. Terdapat perbedaan yang signifikan di antara stadium *carcinoma ammae*. Menurut Pujiastuti (2011) stadium *Carsinoma Mammae* sebagai berikut:

- a) **Stage 0:** pada kelenjar payudara, tanpa invasi ke dalam jaringan payudara normal yang berdekatan
- b) **Stage 1:** terdapat tumor dengan ukuran 2 cm atau kurang dan

batas yang jelas (kelenjar getah bening normal)

- c) **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/ aksiller, atau tumor yang lebih besar dari 2 cm, tapi tidak lebih besar dari 5 cm dan belum menyebar ke kelenjar getah bening ketiak.
- d) **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
- e) **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.
- f) **Stage III B:** 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 pelekatan dengan struktur lainnya, atau kanker mungkin telah menyebar ke kelenjar getah bening di dekat tulang dada. *Carsinoma Mammae inflamatori* dipertimbangkan paling tidak pada tahap IIIB
- g) **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
- h) **Stage IV :** kanker telah menyebar atau metastasis ke bagian lain dari tubuh.

7. Pemeriksaan penunjang

Menurut Wijaya dan Putri, (2013) pemeriksaan penunjang *Carsinoma Mammae* adalah:

a) Pemeriksaan laboratorium meliputi:

- 1) Morfologi sel darah
- 2) *LED*
- 3) Test fal marker (CEA) dalam serum/ plasma
- 4) Pemeriksaan sitologis

b) Monografi

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

c) *SCAN (CT, MRI, Galfum)*,

Untuk tujuan diagnostik, identifikasi metastatik, respon pengobatan.

d) Biopsi (aspirasi, eksisi)

Untuk diagnosis banding dan menggambarkan pengobatan.

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

(a) Aspirasi biopsi (FNAB)

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

(b) True cut/care biopsy

Dilakukan dengan perlengkapan stereotactic biopsy mamografi untuk memandu jarum pada massa.

(2)Incisi biopsy

(3)Eksisi biopsy

Hasil biopsi dapat digunakan selama 36 jam untuk dilakukan pemeriksaan histologik secara froxen section.

e) Penanda tumor

Zat HCG asam fosfat). Dapat menambah dalam mendiagnosis

kanker tetapi lebih bermanfaat sebagai prognosis/monitor terapeutik.

f) Foto thoraks

g) *USG*

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

h) Mammografi

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

i) Termografi

Pada termografi digunakan suhu untuk menemukan kelainan pada payudara.

j) 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).

8. Penatalaksanaan

Brunner & Suddarth (2013) mengatakan berbagai pilihan penatalaksanaan tersedia. Pasien dan dokter dapat memutuskan pembedahan, terapi radiasi, kemoterapi atau terapi hormonal atau kombinasi terapi.

Berbagai jenis operasi pada Carcinoma Mammae adalah

a) *Classic Radical Mastectomy (CRM)* adalah operasi pengangkatan seluruh jaringan payudara beserta tumor, *nipple* areola komplek, kulit diatas tumor, otot pektoralis mayor dan minor serta diseksi aksila level I-III. Operasi ini dilakukan bila ada infiltrasi tumor ke fascia atau otot pectoral tanpa ada metastasis jauh. Jenis operasi ini

mulai ditinggalkan karena morbiditas tinggi sementara nilai kuratif sebanding dengan *MRM*.

- b) *Modified Radical Mastectomy (MRM)* 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 *Carcinoma Mammarum* stadium dini dan lokal lanjut. Merupakan jenis operasi yang banyak dilakukan. Kuratif sebanding dengan *CRM*.
- c) *Skin Sparing Mastectomy (SSM)* 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*.
- d) *Nipple Sparing Mastectomy (NSP)* 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
- e) *Breast Conserving Treatment (BCT)* 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.

- f) Biopsi nodus limfe sentinel: dianggap sebagai standar asuhan untuk terapi Carcinoma Mammarum stadium dini.
- g) 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.
- h) Kemoterapi untuk menghilangkan penyebaran mikrometastatik penyakit: siklofosfamid (Cytosan), metotreksat, fluorourasil, regimen berbasis antrasiklin misalnya dokpasiernubisin (Adriamycin), epirubisin (Ellence), taksans (paklitaksel seperti Taxol), dosetaksel (Taxoter).
- i) Terapi hormonal berdasarkan indeks reseptor estrogen dan progesteron: Tamoksifen (Pasientamox) adalah agen hormonal; primer yang digunakan untuk menekan tumor yang bergantung hormonal lainnya adalah inhibitor anastrazol (Arimidex), letrozol (Femara), dan eksemestan (Aromasin).
- j) Terapi target: trastuzumab (Herceptin), bevacizumab (Avastin).
- k) Rekonstruksi payudara.

C. Mastektomi

1. 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)*.

2. Tujuan tindakan mastektomi

- a. Kuratif

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

b. Paliatif

Prinsip terapi bedah paliatif adalah mengangkat *Carsinoma Mammae* 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.

3. Indikasi Mastektomi *Carsinoma Mammae*

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

4. Syarat – Syarat Tindakan Mastektomi

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

- a) Tumor meliputi seluruh puting-aerola
- b) Tumor lebih besar 7 cm
- c) Tumor memperlihatkan penyakit intraductal eksentif yang meliputi beberapa kuadran payudara.

5. 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 bisa muncul dalam 2 minggu immobilisasi. Mobilitas lengan dan bahu adalah salah satu yang harus diperhatikan karena akan berdampak pada aktivitas kehidupan sehari-hari penderita *Carsinoma Mammae* (Delburck, 2007 dalam Aini 2015).

D. Jurnal Terkait

Pada penelitian yang dilakukan oleh Yaqin tahun 2019 yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Operasi Radikal Mastektomi Dekstra Atas Indikasi *Carsinoma Mamae* dengan Nyeri Akut di Ruang Melati 4 RSUD dr.Soekardjo Tasikmalaya” didapatkan hasil setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan teknik benson agar berkurangnya skala nyeri pada pasien post operasi dengan memberikan intervensi keperawatan relaksasi Benson nyeri akut dapat teratasi pada hari ke 3, pada klien I terjadi penurunan skala nyeri dari 5 menjadi 1 dan klien II dari skala 6 menjadi 2.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Astuti, Desvianti, Bangsawan tahun 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 (20- 44).

Penelitian yang dilakukan oleh Wijayanto & Sari tahun 2018 yang berjudul “Pendidikan Kesehatan Terhadap Tingkat Kecemasan Pada Pasien Preoperasi Kanker Payudara” didapatkan hasil bahwa pasien preoperasi kanker payudara di RSUD Pringsewu sebelum diberikan pendidikan kesehatan sebagian besar mengalami cemas sedang (59,4%), dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan paling banyak mengalami cemas ringan (40,6%), sedangkan analisa bivariat didapatkan ada pengaruh signifikan pendidikan kesehatan terhadap kecemasan pasien preoperasi kanker payudara dengan p value $0,001 < \alpha$ (0,05).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Mulqiah tahun 2018 yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Ca Mamae Post Mastectomy Radikal Dan Aplikasi Relaksasi Otot Progresif-Terapi Musik Untuk Kecemasan Di Ruang Bedah Wanita Irna Bedah Rsup Dr. M. Djamil Padang”. Hasil penelitian didapatkan diagnosa yaitu ansietas, nyeri akut, resiko pendarahan dan resiko infeksi dan gangguan citra tubuh, dari masalah tersebut 3 teratasi dan 2 teratasi sebagian yaitu resiko infeksi dan nyeri akut dengan hari rawatan 7 hari dan 4 hari intervensi. Setelah diberikan intervensi masalah pasien dapat teratasi.

Penelitian yang dilakukan oleh Wulandari, Bahar & Ismail tahun 2017 yang berjudul “Gambaran Kualitas Hidup Pada Penderita Kanker Payudara Di Rumah Sakit Umum Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2017”. Hasil penelitian menemukan perasaan positif yang dirasakan oleh penderita kanker payudara antara lain perasaan sabar, optimis dan perasaan damai, keadaan kognisi penderita kanker payudara berupa kemampuan berpikir logis, mengingat dan berkonsentrasi penderita tergolong baik, komponen dari harga diri antara lain kepercayaan diri dan harapan, komponen dari gambaran diri antara lain perubahan dan kepuasan bentuk tubuh, serta perasaan negatif yang dirasakan oleh penderita antara lain cemas, sedih dan takut.