

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Perioperatif

1. Definisi Keperawatan Perioperatif

Keperawatan perioperatif adalah praktik keperawatan yang akan dilakukan secara berkesinambungan sejak keputusan untuk operasi diambil hingga sampai meja pembedahan, dan berakhir di ruang rawat post operasi. Hal ini dilakukan tanpa memandang riwayat atau klasifikasi pembedahan (Maryunani, 2015).

Keperawatan perioperatif merupakan bagian dari ilmu medis yang tidak lepas dari ilmu bedah. Dengan demikian, ilmu bedah yang semakin berkembang akan memberikan implimentasi pada perkembangan keperawatan perioperatif (Muttaqin, 2016).

2. Tahapan dalam Keperawatan Perioperatif

a. Fase Praoperatif

Fase preoperatif merupakan tahap pertama dari perawatan perioperatif yang dimulai ketika pasien diterima masuk di ruang terima pasien dan berakhir ketika pasien dipindahkan ke meja operasi untuk dilakukan tindakan pembedahan (Brunner & Suddarth, 2016).

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, 2013).

Fase pre operasi ini lingkup aktivitas keperawatan selama waktu tersebut dapat mencakup penetapan pengkajian dasar pasien di tatanan klinik ataupun rumah, wawancara pre operatif dan menyiapkan pasien untuk anestesi yang diberikan pada saat pembedahan. Persiapan pembedahan dapat dibagi menjadi 2 bagian, yang meliputi persiapan psikologi baik pasien maupun

keluarga dan persiapan fisiologi (khusus pasien).

1) Persiapan Psikologi

Terkadang pasien dan keluarga yang akan menjalani operasi emosinya tidak stabil. Hal ini dapat disebabkan karena takut akan perasaan sakit, narcosa atau hasilnya dan keadaan sosial ekonomi dari keluarga. Maka hal ini dapat diatasi dengan memberikan penyuluhan untuk mengurangi kecemasan pasien. Meliputi penjelasan tentang peristiwa operasi, pemeriksaan sebelum operasi (alasan persiapan), alat khusus yang diperlukan, pengiriman ke ruang bedah, ruang pemulihan, kemungkinan pengobatan- pengobatan setelah operasi, bernafas dalam dan latihan batuk, latihan kaki, mobilitas dan membantu kenyamanan.

2) Persiapan fisiologi, meliputi :

- a) Diet (puasa) pada operasi dengan anaesthesi umum, 8 jam menjelang operasi pasien tidak diperbolehkan makan, 4 jam sebelum operasi pasien tidak diperbolehkan minum. Operasi dengan anaesthesi lokal/spinal anaesthesi makanan ringan diperbolehkan. Tujuannya supaya tidak aspirasi pada saat pembedahan, mengotori meja operasi dan mengganggu jalannya operasi.
- b) Persiapan perut, yaitu pemberian leuknol/lavement sebelum operasi dilakukan pada bedah saluran pencernaan atau pelvis daerah periferal. Tujuannya mencegah cedera kolon, mencegah konstipasi dan mencegah infeksi.
- c) Persiapan kulit, yaitu daerah yang akan dioperasi harus bebas dari rambut.
- d) Hasil pemeriksaa, yaitu hasil laboratorium, foto roentgen, ECG, USG dan lain-lain.
- e) Persetujuan operasi/*Informed Consent*, yaitu izin tertulis dari pasien/keluarga harus tersedia (Brunner & Suddarth, 2016).

b. Fase Intra Operasi

Fase intra operatif adalah suatu masa di mana pasien sudah beradadi meja operasi pembedahan sampe ke ruang pulih sadar. Asuhan keperawatan intraoperatif merupakan salah satu fase asuhan yang dilewati pasien bedah dan diarahkan pada peningkatan keefektifan hasil pembedahan. Koordinasi seluruh anggota tim intraoperative, dan melibatkan tindakan independent dan dependen (Muttaqin & Sari, 2009). Contoh : memberikan dukungan psikologis selama induksi anestesi, bertindak sebagai perawat scrub, atau membantu mengatur posisi pasien di atas meja operasi dengan menggunakan prinsip-prinsip dasar kesimetrisan tubuh (Brunner & Suddarth, 2016).

Prinsip tindakan keperawatan selama pelaksanaan operasi yaitu pengaturan posisi karena posisi yang diberikan perawat akan mempengaruhi rasa nyaman pasien dan keadaan psikologis pasien. Faktor yang penting untuk diperhatikan dalam pengaturan posisi pasien adalah :

- 1) Letak bagian tubuh yang akan dioperasi.
- 2) Umur dan ukuran tubuh pasien.
- 3) Tipe anaesthesia yang digunakan.
- 4) Sakit yang mungkin dirasakan oleh pasien bila ada pergerakan (*arthritis*).
- 5) Prinsip-prinsip didalam pengaturan posisi pasien : Atur posisi pasien dalam posisi yang nyaman dan sedapat mungkin jaga privasi pasien, buka area yang akan dibedah dan kakinya ditutup dengan duk.

Anggota tim asuhan pasien intra operatif biasanya di bagi dalam dua bagian. Berdasarkan kategori kecil terdiri dari anggota steril dan tidak steril :

- 1) Anggota steril, terdiri dari: ahli bedah utama / operator, asisten ahli bedah, scrub nurse / perawat instrumen.
- 2) Anggota tim yang tidak steril, terdiri dari: ahli atau pelaksana anaesthesia, perawat sirkulasi dan anggota lain (teknisi yang

mengoperasikan alat-alat pemantau yang rumit) (Mutttaqin & Sari, 2013).

c. Fase Post Operasi

Pasca operasi adalah tahap akhir dari keperawatan perioperatif, selama tahap proses keperawatan diarahkan pada upaya untuk menstabilkan kondisi pasien. Bagi perioperatif perawat pasca operasi di mulai sejak pasien dipindahkan keruang pemulihan sampai diserahterimakan kembalikepada perawat ruang rawat inap atau ruang intensif.

Fase post operasi fokus pengkajian meliputi efek agen anestesi dan memantau fungsi vital serta mencegah komplikasi. Aktivitas keperawatan kemudian berfokus pada peningkatan penyembuhan pasien dan melakukan penyuluhan, perawatan tindak lanjut dan rujukan yang penting untuk penyembuhan dan rehabilitasi serta pemulangan ke rumah. Fase post operatif meliputi beberapa tahapan, diantaranya adalah:

- 1) Pemindahan pasien dari kamar operasi ke unit perawatan pasca anestesi (*recovery room*)

Pemindahan ini memerlukan pertimbangan khusus diantaranya adalah letak insisi bedah, perubahan vaskuler dan pemajanan. Pasien diposisikan sehingga ia tidak berbaring pada posisi yang menyumbat drain dan selang drainase. Selama perjalanan transportasi dari kamar operasi ke ruang pemulihan pasien diselimuti, jaga keamanan dan kenyamanan pasien dengan diberikan pengikatan diatas lutut dan siku serta side rail harus dipasang untuk mencegah terjadi resiko injury. Proses transportasi ini merupakan tanggung jawab perawat sirkuler dan perawat anestesi dengan koordinasi dari dokter anestesi yang bertanggung jawab.

- 2) Perawatan post anestesi di ruang pemulihan atau unit perawatan pasca anestesi

Setelah selesai tindakan pembedahan, pasien harus dirawat

sementara di ruang pulih sadar RR (*recovery room*) atau unit perawatan pasca anestesi PACU (*post anesthesia care unit*) sampai kondisi pasien stabil, tidak mengalami komplikasi operasi dan memenuhi syarat untuk dipindahkan ke ruang perawatan. PACU atau RR biasanya terletak berdekatan dengan ruang operasi. Hal ini disebabkan untuk mempermudah akses bagi pasien untuk :

- a) Perawat yang disiapkan dalam merawat pasca operatif (perawat anestesi).
- b) Ahli anestesi dan ahli bedah.
- c) Alat monitoring dan peralatan khusus penunjang lainnya (Brunner & Suddarth, 2016).

3. Klasifikasi Bedah

American Society of Anesthesiology menggolongkan prosedur pembedahan berdasarkan tingkat risiko pada pasien yaitu urgensi, lokasi, luas dan alasan untuk prosedur operasi.

a. *Lokasi* anatomis operasi akan mempengaruhi tingkat risiko pada pasien.

Prosedur operasi yang dilakukan di dalam rongga dada atau tengkorak memiliki risiko lebih besar pada pasien dibanding prosedur operasi yang dilakukan pada tangan dan kaki. Prosedur operasi yang melibatkan organ tubuh vital seperti jantung, paru-paru, atau otak membawa risiko yang lebih tinggi.

b. Tingkat *urgensi* dan prosedur digambarkan sebagai darurat, mendesak atau pilihan.

- 1) Prosedur darurat perlu dilakukan seketika setelah mengidentifikasi perlunya operasi. Contohnya meliputi operasi untuk menghentikan perdarahan akibat trauma, luka tembak, atau tikam, atau bedah aneurisme aorta.
- 2) Prosedur mendesak dijadwalkan setelah penentuan kebutuhan operasi dibuat. Contohnya meliputi operasi pengangkatan tumor dan pengangkatan batu ginjal.

- 3) Prosedur pilihan dijadwalkan di depan pada waktu yang tepat untuk ahli bedah maupun pasien. Penangguhan operasi untuk beberapa minggu atau bahkan bulan tidak akan menyebabkan penderitaan pada pasien. Contohnya meliputi prosedur penggantian sendi dan prosedur kosmetik.
- c. Tingkat *keluasan* operasi akan mempengaruhi risiko pada pasien. Semakin luas prosedur pembedahan, semakin besar potensi risiko pada pasien. Prosedur operasi lebih luas menyebabkan lebih banyak pengaruh fisik pada tubuh dan secara khas memerlukan durasi anestesi lebih panjang. Anestesi juga menyebabkan stres pada sistem pasien, interaksi dengan medikasi pada sistem pasien dan harus dimetabolisasi keluar dari tubuh.
 - d. *Alasan* operasi adalah cara lain untuk mengelompokkan prosedur operasi. Tujuan mungkin adalah diagnostik, kuratif, restoratif, paliatif, atau kosmetik.
 - (a) Prosedur diagnostik : dilakukan untuk memperoleh suatu biopsi untuk diagnosis definitif suatu massa.
 - (b) Prosedur kuratif : dilakukan untuk memindahkan suatu area yang sakit, seperti *lumpectomy* untuk kanker payudara.
 - (c) Prosedur restoratif: dilakukan untuk memperbaiki kembali fungsi, seperti penggantian sendi.
 - (d) Prosedur paliatif : prosedur yang dilakukan terutama untuk ukuran kenyamanan, seperti bedah pengangkatan tumor.
 - (e) Prosedur kosmetik : dilakukan atas permintaan pasien; kadang-kadang beberapa prosedur kosmetik dapat masuk ke prosedur restoratif (perbaikan kerusakan atau cacat sejak lahir, kuratif atau diagnostik (dalam kasus kanker kulit).

(Marry & Donna, 2014)

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

1. Pre Operasi

a. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan upaya untuk mengumpulkan data pasien secara lengkap dan sistematis mulai dari pengumpulan data, identitas pasien, dan validasi status kesehatan pasien. Pengkajian bertujuan untuk menegaskan derajat kesehatan atau kesakitan pasien dan untuk mendiagnosa kemungkinan masalah (Martin dan Griffin, 2014).

Pengkajian kanker payudara berfokus pada hal-hal berikut: berapa lama muncul massa, penebalan massa atau gejala kanker lain dan apakah telah mengalami perubahan payudara, karakteristik nyeri payudara, rabas dari puting, adanya ruam, atau eksem pada puting, riwayat trauma pada payudara, dan riwayat keluarga memiliki penyakit kanker (Martin dan Griffin, 2014).

Pengkajian dalam proses keperawatan meliputi:

1) Anamnesis

Anamnesis atau wawancara merupakan metode pengumpulan data secara langsung antara perawat dan pasien. Data wawancara merupakan semua ungkapan perasaan yang dirasakan pasien atau orang lain yang berkepentingan termasuk keluarga pasien, teman dan orang terdekat pasien.

Data yang mencakup wawancara meliputi:

a) Identitas pasien

Identitas pasien mencakup nama pasien, tanggal lahir/usia, suku/bangsa, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, tanggal masuk rumah sakit, jam masuk rumah sakit, nomor rekam medik dan diagnosa medis.

b) Keluhan utama

Keluhan utama terbagi menjadi dua yaitu keluhan utama saat masuk rumah sakit dan keluhan saat pengkajian. Keluhan utama pada pasien dengan kanker payudara dapat berupa adanya massa

tumor di payudara, rasa sakit di payudara, keluar cairan pada puting, kemerahan pada payudara, payudara terasa restraksi.

c) Riwayat penyakit

(1) Riwayat penyakit sekarang

(a) Riwayat penyakit yang dialami pasien dari penjelasan sebelum terjadinya keluhan utama sampai terjadi keluhan utama dan hingga pada saat pengkajian. Riwayat kanker payudara dari tanda gejala muncul, penetapan biopsi, keluhan yang paling dirasakan hingga penanganan yang sudah diberikan untuk menangani keluhan tersebut.

(b) Riwayat penyakit terdahulu

Riwayat penyakit dahulu adalah riwayat penyakit yang pernah di derita oleh pasien dan berhubungan dengan penyakit yang sekarang ini.

(c) Riwayat penyakit keluarga

Riwayat penyakit keluarga adalah berisi tentang semua anggota keluarga pasien yang memiliki penyakit kronis, menular, menurun dan menahun seperti penyakit jantung, hipertensi, diabetes melitus, TBC, HIV, hepatitis B, penyakit kelamin, dan apakah keluarga ada yang memiliki riwayat kanker payudara.

d) Perilaku yang mempengaruhi kesehatan

Prilaku yang mempengaruhi kesehatan berisi tentang aktivitas atau prilaku sebelum pasien sakit yang dapat mempengaruhi kesehatan pasien, seperti peminum alkohol atau tidak, merokok atau tidak, ketergantungan obat-obatan atau tidak, dan bagaimana dengan aktivitas berolahraga.

e) Data psikososial

Data psikososial diperlukan untuk mengetahui coping yang dimiliki pasien, persepsi pasien tentang penyakitnya dan untuk mengetahui apakah terjadi gangguan konsep diri pada pasien.

f) *Personal hygiene*

Data personal hygiene diperlukan untuk mengetahui frekuensi mandi, kramas, menyikat gigi, memotong kuku dan ganti pakaian dalam sehari.

g) *Pengkajian spiritual*

Pengkajian spiritual dapat ditanyakan bagaimana kebiasaan beribadah selama sebelum sakit dan sesudah sakit ini. Biasanya pada pasien yang mengalami penyakit kronis akan lebih mendekati diri kepada Tuhan guna untuk mencari ketenangan hidupnya.

2) *Observasi*

Observasi merupakan metode pengumpulan data dengan cara melihat kondisi pasien maupun lingkungan sekitar pasien atau respon pasien dengan penyakit kanker, biasanya terdapat nyeri sehingga respon pasien terlihat meringis menahan nyeri.

a) *Pemeriksaan fisik*

Pemeriksaan fisik merupakan proses pemeriksaan fisik dengan menggunakan metode *head to toe* yaitu dari ujung rambut hingga ujung kaki untuk menemukan tanda-tanda klinis atau kelainan pada suatu sistem. Pemeriksaan fisik dapat dilakukan dengan teknik inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi:

Pemeriksaan fisik meliputi:

Keadaan umum berupa keadaan kesadaran pasien, apakah pasien dalam keadaan sadar, apatis, somnolen, sopor atau koma. Pemeriksaan tanda-tanda vital untuk mendapatkan data objektif dari keadaan pasien, pemeriksaan ini meliputi tekanan darah, suhu, respirasi, dan jumlah denyut nadi.

Pemeriksaan pertama di mulai dari kepala sampai leher meliputi pemeriksaan bentuk kepala, penyebaran rambut, warna rambut, struktur wajah, warna kulit, kelengkapan dan kesimetrisan mata, kelopak mata, kornea mata, konjungtiva dan sklera, pupil dan iris, ketajaman penglihatan, lapang pandang

penglihatan, keadaan lubang hidung, kesimetrisan septum nasal, ukuran telinga kanan dan kiri, ketajaman pendengaran, keadaan bibir, keadaan gusi dan gigi, keadaan lidah, keadaan platum dan orofaring, posisi trakea, apakah ada tiroid, kelenjar limfe, apakah ada penonjolan vena jugularis, dan cek denyut nadi karotis.

Inspeksi pada payudara (biasanya terjadi perubahan pigmentasi kulit seperti kemerahan, papila mammae tertarik kedalam, hiperpigmentasi aerola mammae, ada atau tidak pengeluaran cairan pada puting susu, ada atau tidak oedem, dan asimetris payudara serta apakah terlihat adanya ulkus pada bagian payudara). Jika terdapat ulkus pada payudara lakukan pengkajian luka meliputi jenis luka, panjang luka, lebar luka, kedalaman luka, warna luka. Palpasi hasil (biasanya teraba ada massa pada payudara, ada atau tidak pembesaran kelenjar getah bening, kemudian disertai dengan pengkajian nyeri tekan).

Pemeriksaan dada atau torak meliputi inspeksi (bentuk payudara simetris atau tidak, apakah terlihat mempergunakan otot bantu pernafasan dan lihat bagaimana pola nafas), palpasi (penilaian vokal premitus), perkusi (melakukan perkusi di semua lapang paru), auskultasi (penilaian suara nafas, suara ucapan suara).

Pemeriksaan kardiovaskuler meliputi inspeksi dan palpasi melihat bagaimana bentuk dada, mengamati pulsasi dan ictus cordis, dan palpasi menentukan batas-batas jantung untuk mengetahui ukuran jantung, auskultasi mendengarkan bunyi jantung, bunyi jantung tambahan ada atau tidak. Cantumkan juga apakah pasien menggunakan alat bantu pernapasan.

Pemeriksaan abdomen meliputi inspeksi (melihat bentuk abdomen, ada atau tidak benjolan, ada atau tidak bayangan pembuluh darah), auskultasi (bising usus dengan hasil yang normal 5-35x/menit), palpasi (teraba ada atau tidak massa, ada atau tidak pembesaran limfe dan line serta ada atau tidak nyeri tekan) dan

perkusi (penilaian suara abdomen suara normalnya berupa timpani dan jika abdomen terlihat membesar lakukan pemeriksaan *shifting dullnes*).

Pemeriksaan genetalia dan perkemihan meliputi pemeriksaan bagian-bagiangenetalia apakah ada kelainan atau tidak, kebersihan genetalia, kemampuan berkemih, intake dan output cairan serta menghitung balance cairan.

Pemeriksaan muskuloskeletal meliputi pemeriksaan kekuatan otot, kelainan pada tulang belakang, dan kelainan pada ekstremitas.

Pemeriksaan integumen meliputi kebersihan kulit, warna kulit, kelembaban, turgor kulit, apakah ada lesi dan apakah ada penyakit kulit serta berapa hasil penilaian resiko dekubitus.

Sistem persyafan meliputi pemeriksaan *glasgow coma scale and score* (GCS) cantumkan hasil pemeriksaan hasil *eye, verbal, dan best motor*, pemeriksaan ingatan memory, cara berkomunikasi, kognitif, orientasi (tempat, waktu, orang), saraf sensorik (nyeri tusuk, suhu, dan sensorik), pemeriksaan syaraf otak (NI-NXII), fungsi motorik dan sensorik, serta pemeriksaan reflek fisiologis.

b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan praoperatif memungkinkan perawat untuk melakukan tindakan pencegahan dan perawatan sehingga asuhan keperawatan yang diberikan selama tahap intraoperatif dan pascaanestesi sesuai dengan kebutuhan pasien. Berikut ini adalah diagnosis keperawatan berdasarkan pengkajian keperawatan yang lazim dilaksanakan.

- 1) Ansietas berhubungan dengan krisis situasional : suasana menjelang pembedahan dan kurang terpapar informasi.
- 2) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis: inflamasi, iskemia, neoplasma

c. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala jenis treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan. Intervensi keperawatan untuk diagnosa yang muncul pada fase pre, intra dan post operatif berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2017) meliputi:

Tabel 2. 1 Intervensi Keperawatan pada fase pre, intra dan post operatif

NO	DIAGNOSA	TUJUAN	INTERVENSI	Intervensi berdasarkan jurnal/astikel
1.	Ansietas berhubungan dengan krisis situasional operasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil: a. Verbalisasi kebingungan menurun b. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun c. Perilaku gelisah menurun d. Perilaku tegang menurun e. Konsentrasi membaik f. Pola tidur membaik (L.09093)	Reduksi Ansietas (I.09314) Observasi : a. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (misal : kondisi, waktu, stresor) b. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan c. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal) Teraupetik : a. Ciptakan suasana teraupetik untuk menumbuhkan kepercayaan b. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan c. Pahami situasi yang membuat ansietas d. Dengarkan dengan penuh perhatian e. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan f. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan g. Motivasi mengidentifikasi 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	Terapi napas dalam (Sari, 2015)

			Kolaborasi : a. Kolaborasi pemberian obat antiansietas, <i>jika perlu</i>	
2.	Nyeri akut berhubungan dengan pencidera fisiologis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil: a. Keluhan nyeri menurun b. Meringis menurun c. Sikap protektif menurun d. Gelisah menurun e. Kesulitan tidur menurun f. Frekuensi nadi membaik (L.08066)	Manajemen Nyeri (L.08238) Observasi : a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. b. Identifikasi skala nyeri c. Identifikasi nyeri non verbal d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri e. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri f. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri g. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup h. Monitor efek samping penggunaan analgetik Teraupetik : 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 meredakannya Edukasi : 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 eknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi a. Kolaborasi pemberian analgetik , <i>jika perlu</i>	Terapi napas dalam (Putra, 2015)

d. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan (Dermawan, 2012). Implementasi keperawatan pada fase pre operasi yang akan dilakukan oleh perawat disesuaikan dengan rencana keperawatan yang telah disusun, namun dalam pelaksanaan implementasi akan disesuaikan dengan kondisi dan kebutuhan pasien pada fase pre operasi.

e. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah proses keperawatan mengkaji respon pasien setelah dilakukan intervensi keperawatan dan mengkaji ulang asuhan keperawatan yang telah diberikan (Darmawan, 2012). Evaluasi pada fase post operasi ini sesuai dengan luaran Tim Pokja DPP PPNI (2018) yaitu diagnosa resiko pendarahan dengan luaran tingkat pendarahan menurun.

2. Intra Operasi

a. Pengkajian

Fokus tujuan pada fase intra operasi adalah optimalisasi hasil pembedahan dan penurunan risiko cedera. Ruang lingkup keperawatan intra operasi yang dilaksanakan perawat perioperatif meliputi manajemen pengaturan posisi, optimalisasi peran asisten pertama bedah, optimalisasi peran perawat instruen dan optimalisasi peran perawat sirkulasi.

Manajemen pemberian posisi bedah merupakan suatu kebutuhan yang mendukung kondisi keamanan pasien selana pembedahan. Perawat perioperatif harus mengkaji dan memikirkan kembali berbagai prinsip, prosedur dan dampak pemberian posisi pasien serta menggunakan proses keperawatan dalam perencanaan asuhan pasien. Pengaturan posisi bedah biasanya dilakukan setelah pasien mencapai tahap relaksasi yang lengkap. Posisi yang dipilih biasanya ditentukan oleh teknik bedah yang digunakan. Idealnya, posisi pasien diatur agar dokter bedah mudah

mencapai tempat pembedahan dan fungsi status sirkulasi serta pernapasan adekuat (Muttaqin dan Sari, 2013).

b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan intra operasi yang lazim ditegakkan adalah sebagai berikut:

- 1) Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.
- 2) Risiko perdarahan dibuktikan dengan tindakan pembedahan
- 3) Risiko cedera dibuktikan dengan prosedur pembedahan : pengaturan posisi pembedahan

c. Rencana Keperawatan

Tabel 2.2 Rencana Keperawatan intra operasi

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
1.	Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan: 1. Kekuatan nadi meningkat. 2. Pengisian vena meningkat. 3. Frekuensi nadi membaik. 4. Tekanan darah membaik. 5. Frekuensi nadi membaik.	Manajemen Syok Hipovolemik (I.02050) Observasi 1. Monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, TD, MAP). 2. Monitor status oksigenasi (oksimetri nadi). 3. Monitor status cairan (masukan dan haluaran) Terapeutik 1. Pertahankan jalan napas paten. 2. Berikan oksigen untuk 3. Monitor status cairan (masukan dan haluaran). 4. Pertahankan jalan napas paten. 5. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi >94%. 6. Lakukan hemostatis untuk menghentikan perdarahan. Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian infus cairan kristaloid 1 – 2 L pada dewasa. 2. Kolaborasi pemberian infus cairan kritaloid 20mL/KgBB pada anak.
3	Risiko Perdarahan dibuktikan dengan tindakan pembedahan (D.0149)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat perdarahan menurun, dengan KH: 1. Kelembapan membrane mukosa meningkat 2. Kelembapan kulit meningkat 3. Hemoptysis menurun 4. Hematemesis menurun 5. Hematuria menurun 6. Hemoglobin membaik	Pencegahan Perdarahan (I.02067) 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

		7. hematokrit membaik (L.02017)	<p>d. Hindari pengukuran suhu rektal</p> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Jelaskan tanda dan gejala perdarahan Anjurkan menggunakan kaus kaki saat ambulasi Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk mencegah konstipasi Anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlu Kolaborasi pemberian produk darah , jika perlu
3.	Risiko cedera dibuktikan dengan prosedur pembedahan pengatur posisi pembedahan	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan ansietas pasien teradaptasi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Kejadian cedera menurun. Luka/lecet menurun. Perdarahan menurun. Tekanan darah membaik. Frekuensi nadi membaik 	<p>Pencegahan Cedera (I.14537)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi area lingkungan yang berpotensi menyebabkan cedera. Identifikasi obat yang berpotensi menyebabkan cedera. Identifikasi kesesuaian alas kaki pada ekstremitas bawah <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Sediakan pencahayaan yang memadai. Sosialisasikan kepada pasien dan keluarga tentang lingkungan ruang rawat Pertahankan posisi tempat tidur dengan posisi yang rendah Pastikan roda tempat tidur?kursi roda dalam keadaan terkunci <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Jelaskan alasan intervensi pencegahan jatuh ke pasien dan keluarga Anjurkan berganti posisi secara perlahan dan duduk selama beberapa menit sebelum berdiri

d. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan (Dermawan, 2012). Implementasi keperawatan pada fase intra operasi yang akan dilakukan oleh perawat disesuaikan dengan rencana keperawatan yang telah disusun, namun dalam pelaksanaan implementasi akan disesuaikan dengan kondisi dan kebutuhan pasien pada fase intra operasi.

e. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah proses keperawatan mengkaji respon pasien setelah dilakukan intervensi keperawatan dan mengkaji ulang asuhan keperawatan yang telah diberikan (Darmawan, 2012). Evaluasi pada fase post operasi ini sesuai dengan luaran Tim Pokja DPP PPNI (2018) yaitu diagnosa nyeri akut dengan luaran tingkat nyeri menurun dan diagnosa ansietas dengan luaran tingkat ansietas menurun.

3. Post Operasi

a. Pengkajian

Pengkajian awal yang dilakukan oleh perawat di ruang pulih sadar sebagai berikut :

- 1) Diagnosa medis dan jenis pembedahan yang dilakukan.
- 2) Usia dan kondisi umum pasien, kepatenan jalan napas, tanda-tanda vital.
- 3) Anestesi dan medikasi lain yang digunakan (misalnya : narkotik, relaksan otot, antibiotik).
- 4) Segala masalah yang terjadi dalam ruang operasi yang mungkin mempengaruhi perawatan pascaoperatif (misalnya : hemoragi berlebihan, syok dan henti jantung).
- 5) Patologi yang dihadapi (jika malignasi, apakah pasien atau keluarga sudah diberitahukan).
- 6) Cairan yang diberikan, kehilangan darah dan penggantian.
- 7) Segala selang, drain, kateter atau alat bantu pendukung lainnya.

8) Informasi spesifik tentang siapa ahli bedah atau ahli anestesi yang akan diberitahu.

Sasaran penatalaksanaan keperawatan untuk pasien di PACU adalah untuk memberikan asuhan sampai pasien pulih dari efek anestesi, terorientasi, menunjukkan tanda-tanda vital yang stabil dan tidak terbukti mengalami perdarahan.

Perawat mengkaji secara sering saturasi oksigen pasien, volume dan keteraturan denyut nadi, kedalaman dan karakteristik pernapasan, warna kulit, tingkat kesadaran dan kemampuan untuk berespon terhadap perintah. Dalam beberapa kasus, kadar tidal akhir karbondioksida (*end-tidal carbondioxide*, ETCO₂) juga dipantau. Perawat juga melakukan pengkajian dasar yang dilanjutkan dengan pemeriksaan area bedah untuk melihat drainase atau hemoragi dan menghubungkan semua selanh drainase dan selang pemantau.

Setelah pengkajian awal, perawat memantau tanda-tanda vital dan mengkaji status fisik umum pasien minimal setiap 15 menit, termasuk pengkajian fungsi kardiovaskular. Perawat mempertahankan kepatenan jalan napas dan suplemen oksigen, mempertahankan stabilitas kardiovaskuler dengan langkah-langkah pencegahan, pengenalan yang tepat, dan penanganan hemoragi, hipertensi, disritmia, hipotensi dan syok, meredakan nyeri dan ansietas dan mengontrol mual dan muntah. Perawat juga mencatat setiap informasi yang terkait dengan riwayat pasien yang mungkin penting (mis. sulit mendengar, buta, riwayat kejang, diabetes, alergi terhadap obat tertentu atau zat lain).

Biasanya indikator berikut digunakan untuk menentukan kesiapan pasien untuk dipulangkan dari PACU:

- 1) Fungsi paru tidak menurun/terganggu.
- 2) Hasil oksimetri denyut nadi menunjukkan saturasi oksigen yang adekuat.
- 3) Tanda-tanda vital stabil.
- 4) Orientasi terhadap tempat, peristiwa dan waktu.
- 5) Haluaran urine tidak kurang dari 30 mL/jam.

- 6) Mual dan muntah terkontrol.
- 7) Nyeri minimal (Brunner & Suddarth, 2016).

b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan post operasi yang lazim ditegakkan adalah sebagai berikut:

- 1) Resiko Hipotermia dibuktikan dengan efek agek agen farmakologis:
Anastesi
- 2) Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik: prosedur operasi
- 3) Gangguan integritas kulit berhubungan dengan efek tindakan pembedahan
- 4) Gangguan citra tubuh berhubungan dengan efek tindakan pembedahan

c. Rencana Keperawatan

Tabel 2.3 Rencana Keperawatan post operasi

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rencana keperawatan pendukung
1.	Resiko Hipotermi dibuktikan dengan efek agek agen farmakologis : Anastesi	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan termoregulasi membaik, dengan KH : 1. Menggigil menurun 2. Suhu tubuh membaik 3. Suhu kulit (L.14134)	Manajemen Hipotermia (I.14057) Observasi : a. Monitor suhu tubuh b. Identifikasi penyebab hipotermia, (Misal : terpapar suhu lingkungan rendah, kerusakan hipotalamus, penurunan laju metabolisme, kekurangan lemak subkutan) c. Monitor tanda dan gejala hipotermia Teraupetik : a. Sediakan lingkungan yang hangat (misal : atur suhu ruangan) b. Ganti pakaian atau linen yang basah c. Lakukan penghangatan pasif (misal : selimut, menutup kepala, pakaiantebal) d. Lakukan penghatan aktif eksternal (Misal : kompres hangat, botol hangat,selimuthangat, metode kangguru) e. Lakukan penghangatan aktif internal (misal : infus cairan hangat, oksigenhangat, lavase peritoneal dengan cairan hangat)	Pemberian selimut hangat (Maulana, Putradana & Bratasena, 2018)

2.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil: a. Keluhan nyeri menurun b. Meringis menurun c. Sikap protektif menurun d. Gelisah menurun e. Kesulitan tidur menurun f. Frekuensi nadi membaik (L.08066)	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi : a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. b. Identifikasi skala nyeri c. Identifikasi nyeri non verbal d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri e. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri f. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri g. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup h. Monitor efek samping penggunaan analgetik Teraupetik : 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 meredakannya Edukasi : 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 eknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi a. Kolaborasi pemberian analgetik , <i>jika perlu</i>	Terapi Napas Dalam (Putra, 2013)
----	---	---	--	---

3.	Gangguan Integritas Kulit b.d efek tindakan pembedahan (luka operasi) (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Kerusakan jaringan menurun 2. Kerusakan lapisan kulit menurun 3. Nyeri menurun 4. Kemerahan menurun (L.14125)	Perawatan Luka (I.14564) Observasi : a. Monitor karakteristik luka (missal: drainase, warna, ukuran dan bau) b. Monitor tanda-tanda infeksi Teraupetik : a. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan b. Cukur rambut disekitar daerah luka, jika perlu c. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan d. Bersihkan jaringan nekrotik e. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu f. Pasang balutan sesuai jenis luka g. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka h. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase i. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi klien j. Berikan diet kalori 30-35 kkal/kgBB/hari dan protein 1,25-1,5 g/kgBB/hari k. Berikan suplemen vitamin dan mineral (missal: vitamin A, Vit C, Zinc, asam amino) sesuai indikasi l. Berikan terapi TENS (stimulasi saraf transcutaneous), jika perlu Edukasi : a. Jelaskan tanda dan gejala infeksi b. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein c. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri Kolaborasi a. Kolaborasi prosedur debridement (mis. Enzimatik, biologis, mekanis, autolitik) jika perlu b. Kolaborasi pemberian antibiotik, <i>jika perlu</i>	
----	---	---	---	--

3.	Gangguan citra tubuh b.d efek tindakan pembedahan: mastektomi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan citra tubuh meningkat dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> 1. Melihat bagian tubuh meningkat 2. Menyentuh bagian tubuh meningkat 3. Verbalisasi kecacatan bagian tubuh meningkat 4. Verbalisasi kehilangan bagian tubuh meningkat. (L.09067)	Promosi Koping (I.09312) Observasi <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi kegiatan jangka pendek dan panjang sesuai tujuan b. Identifikasi kemampuan yang dimiliki c. Identifikasi sumber daya yang tersedia untuk memenuhi tujuan d. Identifikasi pemahaman proses penyakit e. Identifikasi dampak terhadap peran dan hubungan f. Identifikasi metode penyelesaian masalah g. Identifikasi kebutuhan dan keinginan terhadap dukungan social Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> a. Diskusikan perubahan peran yang dialami b. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan c. Diskusikan alasan mengkritik diri sendiri d. Diskusikan untuk mengklarifikasi kesalahpahaman dan mengevaluasi perilaku sendiri e. Diskusikan konsekuensi tidak menggunakan rasa bersalah dan malu f. Diskusikan risiko menimbulkan bahaya pada diri sendiri g. Fasilitasi dalam memperoleh informasi yang dibutuhkan h. Berikan pilihan realistis mengenai aspek-aspek tertentu dalam perawatan i. Motivasi untuk menentukan harapan yang realistis j. Tinjau kembali kemampuan dalam pengambilan keputusan k. Hindari mengambil keputusan saat pasien berada dibawah tekanan l. Motivasi terlibat dalam kegiatan social m. Motivasi mengidentifikasi sistem pendukung yang tersedia n. Damping saat berduka o. Dukung penggunaan mekanisme yang tepat p. Kurangi rangsangan lingkungan yang mengancam Edukasi <ol style="list-style-type: none"> a. Anjurkan menjalin hubungan yang memiliki kepentingan 	Dukungan social (Rika, 2017)
----	--	---	--	--

			<p>dan tujuan yang sama</p> <ul style="list-style-type: none">b. Anjurkan penggunaan sumber spiritualc. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsid. Anjurkan keluarga terlibate. Anjurkan membuat tujuan yang lebih spesifikf. Ajarkan cara memecahkan masalah secara konstruktifg. Latih penggunaan teknik relaksasih. Latih keterampilan social,sesuai kebutuhani. Latih mengembangkan penilaian objektif	
--	--	--	---	--

d. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan (Dermawan, 2012). Implementasi keperawatan pada fase post operasi yang akan dilakukan oleh perawat disesuaikan dengan rencana keperawatan yang telah disusun, namun dalam pelaksanaan implementasi akan disesuaikan dengan kondisi dan kebutuhan pasien pada fase post operasi.

e. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah proses keperawatan mengkaji respon pasien setelah dilakukan intervensi keperawatan dan mengkaji ulang asuhan keperawatan yang telah diberikan (Darmawan, 2012). Evaluasi pada fase post operasi ini sesuai dengan luaran Tim Pokja DPP PPNI (2018) yaitu diagnosa risiko hipotermia dengan luaran termoregulasi membaik, selanjutnya untuk gangguan integritas kulit dengan luaran integritas kulit dan jaringan meningkat dan diagnosa gangguan citra tubuh dengan luaran citra tubuh meningkat.

C. Tinjauan Konsep Kanker Payudara

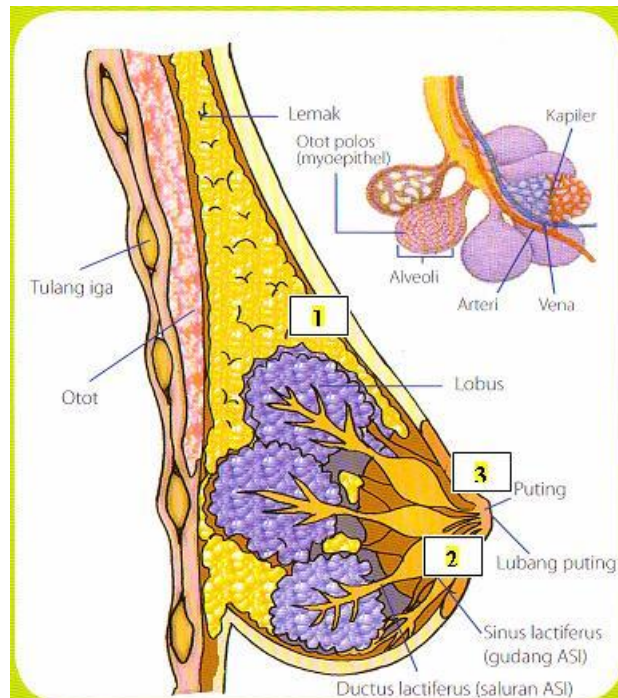
1. Definisi

Carsinoma mammae atau kanker payudara merupakan gangguan dalam pertumbuhan sel normal mammae dimana sel abnormal timbul dari sel-sel normal, berkembang biak dan menginfiltrasi jaringan limfe dan pembuluh darah (Nurarif, 2015).

Kanker payudara adalah suatu tumor yang berkembang dari sel-sel di payudara. Biasanya kanker payudara tumbuh di lobulus yaitu kelenjar yang memproduksi susu, atau pada duktus saluran kelenjar susu yaitu saluran yang menghubungkan lobulus ke puting susu. Kanker payudara tumbuh dan berkembang dengan cepat tanpa terkoordinasi di dalam jaringan dan menyebar ke pembuluh darah (Putra, 2015).

Kanker payudara adalah pertumbuhan sel di jaringan payudara yang tidak normal. Sel tersebut mengalami mutasi, tumbuh lebih cepat dan tidak terkendali serta dapat tumbuh lebih lanjut menyebar ke bagian tubuh lainnya.

2. Anatomi Fisiologi



Gambar 2.1 Anatomi Payudara
(Agustina,2014)

Payudara tersusun dari jaringan lemak yang mengandung kelenjar kelenjar yang bertanggungjawab terhadap produksi susu pada saat hamil dan setelah bersalin. Setiap payudara terdiri dari sekitar 15-25 lobus berkelompok yang disebut lobulus, kelenjar susu, dan sebuah bentukan seperti kantung-kantung yang menampung air susu (*alveoli*). Saluran untuk mengalirkan air susu ke puting susu disebut duktus. Sekitar 15-20 saluran akan menuju bagian gelap yang melingkar di sekitar puting susu (*areola*) membentuk bagian yang menyimpan air susu (*ampullae*) sebelum keluar ke permukaan. (Agustina,2014)

Kedua payudara tidak selalu mempunyai ukuran dan bentuk yang sama. Bentuk otot yang berada pada punggung bawah sampai lengan atas (*latissimus dorsi*) payudara mulai terbentuk lengkap satu atau dua tahun setelah menstruasi pertamakali. Hamil dan menyusui akan menyebabkan payudara bertambah besar dan akan mengalami pengecilan (*atrofi*) setelah menopause. Payudara akan menutupi sebagian besar dinding dada. Payudara dibatasi oleh tulang selangka (*klavikula*) dan tulang dada (*sternum*). Jaringan payudara bisa mencapai ke daerah ketiak dan Kelenjar getah bening terdiri dari sel darah putih yang berguna untuk melawan penyakit. Kelenjar getah bening didrainase oleh jaringan payudara melalui saluran limfe dan menuju nodul-nodul kelenjar di sekitar payudara sampai ke ketiak dan tulang selangka. Nodul limfe berperan penting pada penyebaran kanker payudara terutama nodul kelenjar di daerah ketiak.

3. Etiologi

Menurut Brunner dan Suddart dalam NANDA, (2015), penyebab kanker payudara belum dapat ditentukan, tetapi terdapat beberapa faktor genetik. Kanker payudara memeperlihatkan proliferasi keganasan sel epitel yang membatasi duktus atau lobus payudara. Pada awalnya hanya terdapat hyperplasia sel dengan perkembangan sel-sel yang atipikal dan kemudian berlanjut menjadi karsinoma insitu dan sel menjadi massa. Hormon steroid yang dihasilkan oleh ovarium juga berperan dalam pembentukan kanker payudara (estradiol dan progesteron mengalami perubahan dalam lingkungan

seluler).

Menurut Putra (2015) faktor risiko yang dapat menyebabkan kanker payudara terbagi menjadi dua kelompok yaitu faktor resiko yang dapat diubah dan faktor resiko tidak dapat diubah. Faktor-faktor tersebut sebagai berikut :

a. Faktor risiko yang dapat diubah

1) Obesitas

Obesitas adalah kegemukan yang diakibatkan oleh kelebihan lemak dalam tubuh. Jaringan lemak dalam tubuh merupakan sumber utama estrogen, jadi jika memiliki jaringan lemak lebih banyak berarti memiliki estrogen lebih tinggi yang meningkatkan risiko kanker payudara.

2) Pecandu alkohol

Alkohol bekerja dengan meningkatkan kadar darah didalam insulin darah, seperti faktor pertumbuhan atau *insulin like growth factors* (IGFs) dan estrogen. Oleh karena itu alkohol dapat meningkatkan risiko kanker payudara.

3) Perokok berat

Rokok merupakan salah satu faktor risiko kanker payudara pada perempuan, rokok mengandung zat-zat kimia yang dapat mempengaruhi organ – organ tubuh. Menurut penelitian WHO menyatakan setiap jam tembakau rokok membunuh 560 orang di seluruh Dunia. Kematian tersebut tidak terlepas dari 3800 zat kimia yang sebagian besar merupakan racun dan karsinogen (zat pemicu kanker).

4) Stres

Stres dapat menjadi faktor risiko kanker payudara karena stres psikologi yang berat dan terus menerus dapat melemahkan daya tahan tubuh dan penyakit fisik dapat mudah menyerang.

5) Terpapar zat karsinogen

Zat karsinogen di antaranya yaitu zat kimia, radiasi, dan pembakaran asap tembakau. Zat karsinogen dapat memicu tumbuhnya sel kanker payudara (Depkes, 2015).

b. Faktor risiko yang tidak dapat diubah

1) Faktor genetik atau keturunan

Kanker payudara sering dikatakan penyakit turunan, ada dua gen yang dapat mewarisi kanker payudara maupun ovarium yaitu gen BRCA1 (*Brest Care Susceptibility Gene 1*) dan BRCA2 (*Brest Care Susceptibility Gene 2*) yang terlibat dari perbaikan DNA (Deoxyribo Nucleic Acid). Kedua gen ini hanya mencapai 5% dari kanker payudara, jika pasien memiliki riwayat keluarga kanker payudara uji gen BRCA dapat dilakukan. Jika memiliki salah satu atau kedua gen BRCA1 dan BRCA2 risiko terkena kanker payudara akan meningkat, BRCA1 berisiko lebih tinggi kemungkinan 60%-85% berisiko kanker payudara sedangkan BRCA2 berisiko 40% - 60% berisiko kanker payudara.

2) Faktor seks atau jenis kelamin

Perempuan memiliki risiko lebih besar mengalami kanker payudara, tetapi laki-laki juga dapat terserang kanker payudara. Hal ini disebabkan laki-laki memiliki lebih sedikit hormon estrogen dan progesteron yang dapat memicu pertumbuhan sel kanker, selain itu payudara laki-laki sebagian besar adalah lemak, bukan kelenjar seperti perempuan.

3) Faktor usia

Faktor risiko usia dapat menentukan seberapa besar risiko kanker payudara. presentase risiko kanker payudara menurut usia yaitu, dari usia 30-39 tahun berisiko 1 dari 233 perempuan atau 0,43%, usia 40-49 tahun berisiko 1 dari 69 perempuan atau 1,4%, usia 50-59 tahun berisiko 1 dari 38 perempuan atau 2,6%, usia 60-69 tahun berisiko 1 dari 27 perempuan atau 3,7%. Jadi, Semakin tua usia seseorang kemungkinan terjadinya kanker payudara semakin tinggi karena kerusakan genetik (mutasi) semakin meningkat dan kemampuan untuk beregenerasi sel menurun.

4) Riwayat kehamilan.

Perempuan yang belum pernah hamil (*nullipara*) memiliki risiko kanker payudara lebih tinggi. Pertumbuhan sel payudara pada usia remaja bersifat imatur (belum matang) dan sangat aktif. Sel payudara yang imatur lebih rentan mengalami mutasi sel yang abnormal, ketika seseorang hamil akan mengalami kematuran sel pada payudaranya dan menurunkan risiko kanker payudara.

5) Riwayat menstruasi

Perempuan yang mendapatkan menstruasi pertama kali sebelum umur 12 tahun (*menarche* dini) berisiko 2-4 kali lebih tinggi terkena kanker payudara. Risiko yang sama juga dimiliki perempuan yang menopause pada usia di atas 55 tahun. Setelah wanita menstruasi akan mengalami perubahan bentuk tubuh tidak terkecuali payudara, payudara akan mulai tumbuh dan terdapat hormon yang dapat memicu pertumbuhan sel abnormal.

6) Riwayat menyusui

Perempuan yang menyusui anaknya, terutama selama lebih dari satu tahun, berisiko lebih kecil menderita kanker payudara. Selama menyusui, sel payudara menjadi lebih matang (matur). Dengan menyusui menstruasi akan mengalami penundaan. Hal ini akan mengurangi paparan hormon estrogen terhadap tubuh sehingga menurunkan risiko kanker payudara.

4. Tanda dan Gejala

Tanda Kanker Payudara kini mempunyai ciri fisik yang khas, mirip pada tumor jinak, massa lunak, batas tegas, mobile, bentuk bulat dan elips. Gejala carcinoma kadang tak nyeri, kadang nyeri, adanya keluaran dari puting susu, puting eritemme, mengeras asimetik, inversi, gejala lain nyeri tulang, berat badan turun dapat sebagai petunjuk adanya metastase. (Nurarif & Kusuma, 2015).

Beberapa gejala kanker payudara yang dapat terasa dan terlihat cukup jelas menurut Astrid Savitri, dkk. (2015) antara lain :

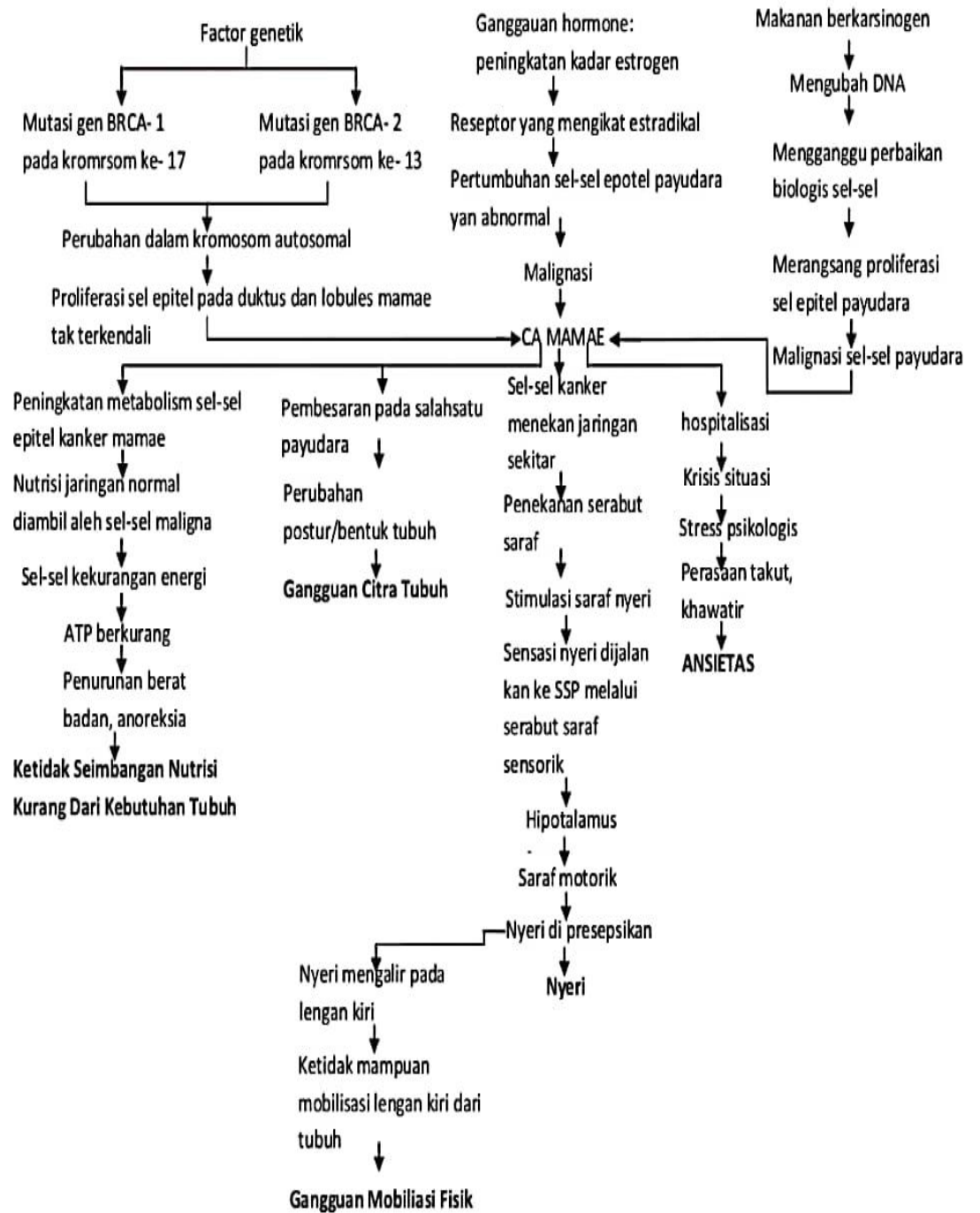
- a. Munculnya benjolan pada payudara
Benjolan di payudara atau ketiak yang muncul setelah siklus menstruasi seringkali menjadi gejala awal kanker payudara yang paling jelas. Benjolan yang berhubungan dengan kanker payudara biasanya tidak menimbulkan rasa sakit, meskipun kadang-kadang dapat menyebabkan sensasi tajam pada beberapa penderita.
- b. Munculnya benjolan di ketiak (aksila)
Kadang-kadang benjolan kecil dan keras muncul di ketiak dan bisa menjadi tanda bahwa kanker payudara telah menyebar hingga kelenjar getah bening. Benjolan ini terasa lunak, tetapi seringkali terasa menyakitkan dan nyeri.
- c. Perubahan bentuk dan ukuran payudara
Bentuk dan ukuran salah satu payudara mungkin terlihat berubah. Bisa lebih kecil atau lebih besar daripada payudara sebelahnya. Bisa juga terlihat turun.
- d. Puting susu, terjadi hanya pada salah satu payudara disertai darah atau nanah berwarna kuning sampai kehijauan, mungkin itu merupakan tanda kanker payudara. Keluarnya cairan dari puting (Nipple Discharge) Jika puting susu ditekan, secara umum tubuh bereaksi dengan mengeluarkan cairan. Namun, apabila cairan keluar tanpa menekan puting susu, terjadi hanya pada salah satu payudara disertai darah atau nanah berwarna kuning sampai kehijauan, mungkin itu merupakan tanda kanker payudara.
- e. Perubahan pada puting susu
Puting susu terasa seperti terbakar, gatal dan muncul luka yang sulit/lama sembuh. Selain itu puting terlihat tertarik masuk ke dalam (retraksi), berubah bentuk atau posisi, memerah atau berkerak. Kerak, bisul atau sisik pada puting susu mungkin merupakan tanda dari beberapa jenis kanker payudara yang jarang terjadi.
- f. Kulit payudara berkerut
Muncul kerutan-kerutan seperti jeruk purut pada kulit payudara. Selain

itu kulit payudara terlihat memerah dan terasa panas.

g. Tanda-tanda kanker telah menyebar

Pada stadium lanjut bisa timbul tanda-tanda dan gejala yang menunjukkan bahwa kanker telah tumbuh membesar atau menyebar ke bagian lain dari tubuh lainnya. Tanda-tanda yang muncul seperti nyeri tulang, pembengkakan lengan atau luka pada kulit, penumpukan cairan disekitar paru-paru (efusi pleura), mual, kehilangan nafsu makan, penurunan berat badan, penyakit kuning, sesak napas, atau penglihatan ganda

5. Pathway



Gambar 2.2 Pathway Kanker Payudara (Sumber: Nurarif, 2015)

6. Patofisiologi

Sel abnormal membentuk sebuah kelompok dan mulai berproliferasi secara abnormal, membiarkan sinyal pengatur pertumbuhan dilingkungan sekitarnya sel. Sel mendapatkan karakteristik invasif sehingga terjadi perubahan jaringan sekitar. Sel menginfiltrasi jaringan dan memperoleh akses ke limfe dan pembuluh darah, yang membawa sel ke area tubuh yang lain. Kejadian ini dinamakan metastasis (kanker menyebar ke bagian tubuh yang lain). Sel-sel kanker disebut neoplasma ganas/ maligna dan diklasifikasikan serta diberi nama berdasarkan tempat jaringan yang tumbuhnya sel kanker tersebut. Kegagalan sistem imun untuk menghancurkan sel abnormal secara cepat dan tepat tersebut menyebabkan sel-sel tumbuh menjadi besar untuk dapat ditangani dengan menggunakan imun yang normal. Kategori agen atau faktor tertentu yang berperan dalam karsinogenesis (transformasi maligna) mencakup virus dan bakteri, agen fisik, agen kimia, faktor genetik atau familial, faktor diet, dan agen hormonal (Smeltzer, 2016).

Neoplasma merupakan pertumbuhan baru. Menurut seorang ankiolog dari Inggris menemukan neoplasma sebagai massa jaringan yang abnormal, tumbuhan berlebih, dan tidak terkoordinasi dengan jaringan yang normal, dan selalu tumbuh meskipun rangsangan yang menimbulkan sudah hilang. Proliferasi neoplastik menimbulkan massa neoplasma sehingga menimbulkan pembengkakan atau benjolan pada jaringan tubuh, sehingga terbentuknya tumor. Istilah tumor digunakan untuk pembengkakan oleh sebab jaringan atau perdarahan. Tumor dibedakan menjadi dua yaitu jinak dan ganas. Jika tumor ganas dinamakan kanker (Padila, 2013).

7. Klasifikasi

Secara umum jenis kanker payudara dapat dibagi menjadi

tiga yaitu kanker payudara non-invasif, kanker payudara invasif dan kanker payudara *paget's disease*. Uraian lengkapnya sebagai berikut: (Putra, 2015)

a. Kanker payudara *non-invasive*

Kanker terjadi pada kantong (*tube*) susu (penghubung antara alveolus, kelenjar yang memproduksi susu, dan puting payudara). Jenis kanker ini biasanya disebut dengan kanker *carcinoma insitu*, dimana kanker payudara belum menyebar ke bagian luar jaringan kantong susu.

b. Kanker payudara *invasive*

Sel kanker merusak seluruh kelenjar susu serta menyerang lemak dan jaringan di sekitarnya. Pada tahap ini kanker telah menyebar keluar dari kantong susu dan menyerang jaringan disekitarnya, bahkan menyebabkan metastase seperti ke jaringan kelenjar limfe.

c. *Paget's Disease*

Kanker bermula tumbuh di saluran susu, kemudian menyebar ke kulit areola dan puting. Tandanya terlihat kulit pecah-pecah, memerah, dan mengeluarkan cairan. Penyembuhan pada jenis kanker ini lebih baik jika tidak disertai dengan massa.

Klasifikasi kanker payudara menurut stadium dan harapan hidup: (*National Cancer Institute-surveillance, Epidemiology and Result (SEER)*, 2001 dalam NANDA, 2015).

a. Stadium 0

Tidak terbukti adanya tumor primer, tidak ada tumor dalam kelenjar getah bening region, tidak ada metastase ke bagian lain, dan memiliki harapan hidup 99% selama 5 tahun kedepan. Pengobatan kanker payudara stadium ini adalah dengan prosedur operasi untuk mengangkat sel kanker dan dilanjutkan dengan terapi untuk memastikan sel kanker tidak muncul kembali.

b. Stadium I

Tumor berukuran kurang atau sama dengan 2 cm, tidak ada tumor dalam kelenjar getah bening region, tidak ada metastase jauh dan memiliki harapan hidup 92% selama 5 tahun kedepan. Prosedur pengobatan pada stadium ini yaitu operasi pengangkatan sel kanker dilanjutkan dengan terapi radiasi pada area sebelumnya yang terserang kanker, pada tahap ini terapi hormon dan kemoterapi juga mungkin dianjurkan untuk mengurangi resiko sel kanker tumbuh kembali.

c. Stadium IIA

Tumor tidak ditemukan pada payudara, tetapi sel-sel kanker ditemukan di kelenjar getah bening di ketiak yang terletak di bawah lengan dapat berpindah- pindah, tidak mengalami metastase jauh dan memiliki harapan hidup 82% selama 5 tahun kedepan. Pengobatan pada stadium ini yaitu dengan pembedahan tumor, terapi radiasi, pengangkatan payudara (mastektomi), kemoterapi untuk mengecilkan ukuran payudara sebelum operasi, serta terapi hormon dan terapi target.

d. Stadium IIB

Tumor berukuran lebih besar dari 2 cm tidak lebih dari 5 cm, sel-sel kanker ditemukan di kelenjar getah bening di ketiak yang terletak di bawah lengan dapat berpindah- pindah dan tidak mengalami metastase jauh. Pengobatan pada stadium ini yaitu dengan pembedahan tumor, terapi radiasi, pengangkatan payudara (mastektomi), kemoterapi untuk mengecilkan ukuran payudara sebelum operasi, serta terapi hormon dan terapi target.

e. Stadium IIIA

Tumor tidak ditemukan di payudara, tetapi ditemukan di kelenjar getah bening melekat bersama atau pada

struktur yang lain, tidak ada metastase jauh dan memiliki harapan hidup 47% selama 5 tahun kedepan. Pengobatan stadium ini yaitu dengan kombinasi operasi (lumpektomi dan mastektomi) dan kemoterapi untuk mengecilkan tumor sebelum operasi. Setelah itu dilanjutkan dengan terapi radiasi pada dinding dada atau kelenjar getah bening.

d. Stadium IIIB

Tumor telah menyebar ke dinding dada atau menyebabkan pembengkakan, juga terdapat luka bernanah di payudara atau didiagnosis sebagai *inflammatory breast cancer*, menyebar ke kelenjar getah bening dan memiliki harapan hidup 44% selama 5 tahun kedepan. Pengobatan stadium ini yaitu dengan kombinasi operasi (lumpektomi dan mastektomi) dan kemoterapi untuk mengecilkan tumor sebelum operasi. Setelah itu dilanjutkan dengan terapi radiasi pada dinding dada atau kelenjar getah bening.

e. Stadium IV

Ukuran tumor sudah tidak dapat ditentukan dan telah menyebar atau bermetastasis ke lokasi yang jauh, seperti tulang, paru-paru, liver, tulang rusuk, atau organ-organ tubuh lainnya dan memiliki harapan hidup 15% selama 5 tahun kedepan. Pengobatan pada stadium ini yang bisa dilakukan meliputi: terapi hormon, terapi bertarget, kemoterapi, imunoterapi, radiasi dan atau pembedahan.

8. Pemeriksaan Penunjang

Adapun pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan :
(Nurarif, 2015)

- a. Scan (misalnya, MRI, CT). Dilakukan untuk diagnostik, identifikasi metastatik dan evaluasi.
- b. Termografi yaitu suatu cara yang menggunakan sinar infra red.
- c. Mamografi untuk mendeteksi massa maligna kecil dalam

2 tahun sebelum kanker dapat dipalpasi.

- d. Biopsi untuk mendiagnosis adanya BRCA1 dan BRCA2 (*Breast Cancer Susceptibility Gene*).
- e. USG (ultrasonografi) untuk membedakan lesi solid dan kistik.
- f. Pemeriksaan laboratorium berupa darah lengkap dan kimia darah.

9. 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:

- a. Klasik Radikal Mastektomi 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 fascia atau otot pectoral tanpa ada metastasis jauh. Jenis operasi ini mulai ditinggalkan karena morbiditas tinggi sementara nilai kuratif sebanding dengan MRM.
- b. Modifikasi Radikal Mastektomi adalah operasi pengangkatan seluruh jaringan payudara beserta tumor, nipple areola 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.
- c. *Skin Sparing Mastectomy* adalah operasi pengangkatan seluruh jaringan payudara beserta tumor dan nipple areola 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

musculotaneous 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* 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, 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. 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.
- f. Biopsi nodus limfe sentinel : dianggap sebagai standar asuhan untuk terapi kanker payudara 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 : siklofosamid (*Cytosan*), metotreksat, fluorourasil, regimen berbasis antrasiklin misalnya dokpasiensin (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 anastrozol (*Arimidex*), letrozol (*Femara*), dan eksemestan (*Aromasin*).
- j. Terapi target : trastuzumab (*Herceptin*), bevacizumab (*Avastin*).
- k. Rekonstruksi payudara.

10. Komplikasi

Komplikasi yang dapat terjadi pada penyakit kanker payudara stadium lanjut atau pasca mastektomi yaitu, metastase ke organ lain seperti tulang rusuk menjadi kanker tulang, terjadi limfederma karena saluran limfe untuk menjamin aliran balik limfe ke sirkulasi umum tidak berfungsi dengan adekuat karena noduseksilaris dan sistem limfe diangkat.

11. Skrining

Skrining untuk kanker payudara berguna untuk mendeteksi seorang atau kelompok orang yang mempunyai kelainan atau abnormalitas yang mungkin kanker payudara dan selanjutnya memerlukan diagnosa konfirmasi. Skrining juga ditujukan untuk mendapatkan kanker payudara dini sehingga hasil pengobatan menjadi efektif dengan demikian menurunkan mortalitas dan memperbaiki kualitas hidup. (Yustiana, Olfah dkk. 2013)

Tindakan untuk skrining antara lain sebagai berikut:

- a. Pemeriksaan payudara sendiri (SADARI)

SADARI adalah pengembangan kepedulian seorang perempuan terhadap kondisi payudaranya sendiri. Tindakan ini dilengkapi dengan langkah-langkah

khusus

untuk mendeteksi secara awal penyakit kanker payudara untuk mengetahui perubahan-perubahan yang terjadi pada payudara. SADARI dilakukan setiap bulan sekitar 7-10 hari setelah menstruasi (Putra, 2015).

b. Pemeriksaan payudara klinis (SADANIS)

Pemeriksaan payudara klinis dilakukan oleh tenaga kesehatan yang profesional dengan cara seperti pemeriksaan payudara sendiri biasanya dilakukan setiap setahun sekali. Pemeriksaan SADANIS sangat penting untuk umur 40 tahun lebih saat risiko kanker payudara mulai meningkat, untuk perempuan usia 20-30an tahun di anjurkan pula untuk melakukan pemeriksaan ini disamping tenaga kesehatan menguatkan SADARI (Martin dan Griffin, 2014).

c. Termografi (*clinical infrared imaging*)

Termografi adalah tes yang digunakan untuk mendeteksi dan mencatat perubahan suhu pada permukaan kulit. Pencitraan termal inframerah digital digunakan dalam skrining kanker payudara, menggunakan kamera termal inframerah untuk memotret area suhu yang berbeda di sekitar payudara. Area payudara yang terkena kanker biasanya memiliki suhu lebih tinggi yang akan terdeteksi melalui prosedur termografi.

d. Mammografi

Mammografi adalah prosedur skrining dan diagnostik yang menggunakan sinar X untuk mengetahui kondisi payudara. Lebih dari 90% kanker payudara dapat terdeteksi dengan mammografi tetapi hanya 20% sampai 50% lesi pada payudara hanya dapat terdeteksi oleh mammografi. Mammografi lebih dini menemukan kanker yang lebih kecil dalam 2 tahun sebelum kanker dapat

dipalpasi, dengan lebih sedikit metastase ke nodus limfe (Martin dan Griffin, 2014). Skrining mammografi dianjurkan untuk perempuan berusia 40 tahun dengan resiko standar dan untuk wanita yang berisiko tinggi dapat dilakukan pada umur 25 tahun.

D. Tinjauan Konsep Klasik Radikal Mastektomi

1. Pengertian

Klasik Radikal Mastektomi adalah jenis operasi kanker payudara yang paling luas. Pada tipe ini, dokter bedah akan mengangkat seluruh bagian payudara, termasuk kelenjar getah bening aksila (ketiak) dan otot dinding dada di bawah payudara. (Pamungkas, 2011).

2. Indikasi dilakukannya Klasik Radikal Mastektomi

Klasik Radikal Mastektomi dapat dianjurkan bagi pasien yang didiagnosis dengan:

a) Karsinoma stadium lanjut atau kanker payudara

Prosedur ini dapat digunakan untuk memastikan apakah sel kanker telah menyebar ke luar jaringan payudara dan menyerang rongga dada di sekitarnya. Pasien tidak memenuhi syarat untuk menjalani prosedur operasi skin-sparing atau tissue-sparing karena penyakit ini tidak berada pada satu bagian payudara saja.

b) Tumor dengan diameter lebih dari 5 cm dan berada di dalam payudara serta berdekatan dengan rongga dada.

c) Tumor dengan diameter kurang dari 5 cm namun berada di bagian luar payudara, dengan indikasi menyebar ke kelenjar getah bening di dekatnya. Mastektomi radikal dikategorikan sebagai prosedur operasi besar dan dilakukan di rumah sakit. Pasien perlu beristirahat selama beberapa minggu setelah operasi. Lengan pasien yang terkena dampak dari pembedahan

akan ditempatkan pada sling untuk mengurangi gerakan dan mengurangi kemungkinan luka kembali terbuka. Pasien juga disarankan untuk ikut serta dalam program rehabilitasi fisik untuk mempercepat proses penyembuhan serta menghindari atrofi otot. Karena prosedur ini sangat memengaruhi bentuk anatomi dada pasien, maka disarankan untuk mengikuti kelompok pendukung atau mencari bantuan ahli untuk mengatasi tekanan psikologis dan mental yang mungkin muncul. Prosedur mastektomi radikal memiliki tingkat keberhasilan tinggi dalam menghilangkan sel-sel kanker. Seperti jenis kanker lainnya, tingkat kesembuhan pasien juga bergantung pada tingkat stadium kanker pada saat prosedur dilakukan. Pasien juga mungkin perlu menjalani pengobatan kanker tambahan seperti kemoterapi atau terapi radiasi setelah prosedur ini untuk meningkatkan tingkat kesembuhan dari kanker.

3. Cara Kerja Klasik Radikal Mastektomi

Pasien ditempatkan dengan posisi terlentang dan tangan terentang serta ditinggikan. Kemudian, dokter akan memberikan bius total. Daerah sekitar dada pasien akan dibersihkan untuk mempersiapkan prosedur. Kemudian, dokter akan membuat sayatan berbentuk lonjong, memotong daerah sekitar puting dan areola dengan menggunakan pisau bedah. Setelah itu, dokter mulai melakukan evaluasi dan memeriksa jaringan payudara yang menyebabkan kanker. Jaringan payudara ini akan dibedah melalui otot pektoralis dan jaringan ini akan dipisahkan dari otot-otot, kulit, dan pembuluh getah bening yang berkaitan. Seluruh jaringan payudara akan diangkat dan sampelnya dikirim ke laboratorium

patologi untuk diperiksa. Lalu, dokter bedah akan membuat sayatan ke dalam fascia, sehingga memisahkan otot pektoralis mayor dan minor. Setiap jaringan payudara yang tersisa akan diangkat. Dokter akan menyayat otot pektoralis mayor dan juga membuka otot pektoralis minor. Dengan mengangkat otot ini dari tendonnya, bagian aksila atau ketiak akan terlihat. Kelenjar getah bening dan jaringan lemaknya akan dipotong dan diangkat. Selama prosedur ini berlangsung, dokter akan menjaga sebanyak mungkin saraf dan pembuluh darah di sekitar daerah prosedur. Pembuluh darah yang perlu dipotong akan diikat atau dijahit tertutup. Selanjutnya, dokter akan mengangkat seluruh otot dada. Setelah seluruh jaringan yang perlu diangkat telah selesai diangkat dan dokter yakin tidak terjadi perdarahan, daerah bedah akan diirigasi dengan larutan garam steril.

Jika pasien diindikasikan menderita penyakit kanker, prosedur rekonstruksi payudara dapat dilakukan setelah pengangkatan jaringan yang sakit. Alat pembuka jaringan steril akan ditempatkan pada lubang atau ruang bekas daerah prosedur. Ruang yang terbuka ini akan diisi dengan larutan garam untuk memperluas daerah bekas prosedur dan mengurangi munculnya rongga-rongga. Karena dalam prosedur ini seluruh payudara diangkat, dokter bedah mungkin perlu menutup daerah bekas operasi dengan cangkok kulit. Biasanya, kulit yang akan dicangkok diambil dari bagian tubuh lainnya, seperti perut atau punggung, untuk menutupi luka yang besar.

Kemudian, dokter akan menempatkan *drainage* sebelum menutup luka. *Drainage* tersebut diletakkan pada ketiak pasien selanjutnya luka ditutup

menggunakan supratule, kassa steril dan di plester.

4. Kemungkinan Resiko dan Komplikasi Klasik Radikal Mastektomi

Sebagai prosedur operasi mayor yang membutuhkan bius total dan sayatan besar, mastektomi radikal memiliki kemungkinan resiko dan komplikasi, yang meliputi:

a. Perdarahan berlebihan

Hal ini dapat terjadi selama dan setelah operasi serta merupakan salah satu masalah dalam prosedur ini.

b. Infeksi pada daerah operasi

c. Kerusakan saraf

Pasien sering mengeluh kesemutan dan mati rasa pada daerah operasi akibat kerusakan saraf. Hilangnya sensasi rasa sakit dapat menyebabkan pasien tidak menyadari adanya luka pada tubuhnya. Otot melemah dan atrofi, terutama jika pasien tidak menjalani pemeriksaan fisik yang tepat setelah prosedur.

d. Seroma

Gangguan aliran cairan di dalam pembuluh darah getah bening dapat menyebabkan munculnya seroma atau akumulasi cairan pada daerah operasi.

e. Pembengkakan kelenjar getah bening

f. Nyeri

Banyak pasien yang melaporkan nyeri pada payudaranya, yang serupa dengan rasa nyeri yang dialami pasien amputasi. Kondisi ini ditandai dengan rasa nyeri berdenyut dan tekanan, dan perasaan bahwa payudara yang telah diangkat masih tetap terasa ada.

g. Depresi

Prosedur ini memiliki dampak yang cukup besar pada status mental pasien, serta sering menyebabkan pasien depresi. Tekanan mental juga mungkin muncul akibat kecacatan yang muncul akibat prosedur, yang mungkin sulit untuk diatasi oleh beberapa pasien.

E. 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 Test diperoleh hasil (0,000)
2. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Verdiansyah (2018) yang berjudul Komunikasi Terapeutik Terhadap Tingkat Kecemasan Pasien Sebelum Dilakukan Anestesi Regional. Hasil penelitian didapatkan hasil rata-rata kecemasan pasien sebelum dilakukan anestesi regional sebelum dilakukan tindakan

komunikasi terapeutik adalah 23,17 dengan standar deviasi 3,141, sedangkan rata-rata kecemasan pasien sebelum dilakukan anestesi regional setelah dilakukan tindakan komunikasi terapeutik adalah 5,57 dengan standar deviasi 1,140. terlihat nilai Mean mengalami penurunan setelah dilakukan tindakan komunikasi terapeutik adalah 5,57 dengan standar deviasi 1,040. hasil Uji Statistik menunjukkan bahwa nilai $P=0,000$

3. Menurut penelitian yang dilakukan oleh (Rika, 2017) tentang Hubungan Dukungan Sosial Dengan Citra Tubuh Pasien Kanker Payudara Post Op Mastektomi, Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara dukungan sosial dengan citra tubuh pasien kanker payudara post op mastektomi yaitu diperoleh $p \text{ value} = 0,003 < \alpha (0,05)$. Disarankan kepada keluarga, teman, dan anggota masyarakat untuk dapat memberikan dukungan psikologi, sosial dan material kepada pasien post op mastektomi sebagai upaya untuk meningkatkan citra tubuh pasien post op mastektomi.
4. Menurut penelitian yang dilakukan oleh (Agung, 2013) tentang terapi relaksasi napas dalam untuk menurunkan kecemasan pada pasien pre operasi, Hasil penelitian menunjukkan bahwa teknik relaksasi napas dalam ini mampu dilakukan oleh seluruh responden (100%), sebagian besar tingkat nyeri yang dirasakan responden sebelum diberikan teknik relaksasi nafas dalam adalah skala 6 atau nyeri sedang dan setelah diberikan teknik relaksasi nafas dalam menjadi skala 3 atau nyeri ringan. Dari hasil analisa bivariat diperoleh nilai $z \text{ hitung}$ sebesar 4,830 dengan angka signifikan (p) 0,000. Berdasarkan hasil tersebut diketahui $z \text{ hitung} (4,830) > z \text{ tabel} (1,96)$ dan angka signifikan (p) $< 0,05$ sehingga ada pengaruh signifikan pemberian teknik relaksasi nafas dalam terhadap tingkat nyeri pada pasien post operasi dengan anestesi umum.