

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Perioperatif

1. Definisi

Keperawatan perioperatif merupakan proses keperawatan untuk mengembangkan rencana asuhan secara individual dan mengkoordinasikan serta memberikan asuhan pada pasien yang mengalami pembedahan atau prosedur invasif, keperawatan perioperatif tidak lepas dari salah satu ilmu medis yaitu ilmu bedah. Dengan demikian, ilmu bedah yang semakin berkembang akan memberikan implikasi pada perkembangan keperawatan perioperatif (Muttaqin, 2009).

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 : preoperasi, intraoperasi dan postoperasi (Hipkabi, 2014).

2. Tujuan

Operasi dilakukan untuk berbagai alasan seperti:

- a. Diagnostik, seperti dilakukan biopsi atau laparotomi eksplorasi
- b. Kuratif, seperti ketika mengeksisi masa tumor atau mengangkat apendiks yang inflamasi
- c. Reparatif, seperti memperbaiki luka yang multipek
- d. Rekonstruktif atau Kosmetik, seperti perbaikan wajah
- e. Paliatif, seperti ketika harus menghilangkan nyeri atau memperbaiki masalah, contoh ketika selang gastrostomi dipasang untuk mengkompensasi terhadap kemampuan untuk menelan makanan.

3. Tahap Dalam Keperawatan Perioperatif

a. Tahap Preoperasi

Fase preoperasi 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 operasi. Pada fase 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 operasi. Persiapan operasi 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 operasi, ruang pemulihan, kemungkinan pengobatan-pengobatan setelah operasi, bernafas dalam dan latihan batuk, latihan kaki, mobilitas dan membantu kenyamanan.

2) Persiapan Fisiologi

- a) Diet (puasa), pada operasi dengan anestesi umum, 8 jam menjelang operasi pasien tidak diperbolehkan makan, 4 jam sebelum operasi pasien tidak diperbolehkan minum. Pada operasi dengan anaestesi lokal/spinal anestesi makanan ringan diperbolehkan. Tujuannya supaya tidak aspirasi pada saat pembedahan, mengotori meja operasi dan mengganggu jalannya operasi.

- b) Persiapan Perut, 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, daerah yang akan dioperasi harus bebas dari rambut
- d) Hasil Pemeriksaan, hasil laboratorium, foto roentgen, ECG, USG dan lain-lain.
- e) Persetujuan Operasi / *Informed Consent* → Izin tertulis dari pasien / keluarga harus tersedia.

b. Fase Intraoperasi

Fase intraoperasi dimulai ketika pasien masuk atau dipindahkan ke instalasi bedah dan berakhir saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan. Pada fase ini lingkup aktivitas keperawatan mencakup pemasangan IV cath, pemberian medikasi intravena, melakukan pemantauan kondisi fisiologis menyeluruh sepanjang prosedur pembedahan dan menjaga keselamatan pasien. 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.

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 anasthesi yang digunakan.
- 4) Sakit yang mungkin dirasakan oleh pasien bila ada pergerakan (arthritis).

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 intraoperatif 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 anestesi, perawat sirkulasi dan anggota lain (teknisi yang mengoperasikan alat-alat pemantau yang rumit).

c. Fase Postoperasi

Fase Postoperasi merupakan tahap lanjutan dari perawatan preoperasi dan intraoperasi yang dimulai ketika klien diterima di ruang pemulihan (*recovery room*)/pasca anestesi dan berakhir sampai evaluasi tindak lanjut pada tatanan klinik atau di rumah.

Pada fase ini lingkup aktivitas keperawatan mencakup rentang aktivitas yang luas selama periode ini. Pada fase ini fokus pengkajian meliputi efek agen anestesi dan memantau fungsi vital serta mencegah komplikasi. Aktivitas keperawatan kemudian berfokus pada peningkatan penyembuhan pasien dan melakukan penyuluhan, perawatan tindak lanjut dan rujukan yang penting untuk penyembuhan dan rehabilitasi serta pemulangan ke rumah. Fase postoperasi 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 anastesi dengan koordinasi dari dokter anastesi yang bertanggung jawab.

- 2) Perawatan post anastesi di ruang pemulihan atau unit perawatan pasca anastesi, Setelah selesai tindakan pembedahan, pasien harus dirawat sementara di ruang pulih sadar (*recovery room/ RR*) atau unit perawatan pasca anastesi (*PACU: post anesthesia care unit*) sampai kondisi pasien stabil, tidak mengalami komplikasi operasi dan memenuhi syarat untuk dipindahkan ke ruang perawatan (bangsal perawatan). PACU atau RR biasanya terletak berdekatan dengan ruang operasi, hal ini disebabkan untuk mempermudah akses bagi pasien.

4. Klasifikasi Perawatan Perioperatif

Tindakan operasi dapat diklasifikasikan menjadi 5 tingkatan, yaitu :

- a. *Kedaruratan/Emergency*, pasien membutuhkan perhatian segera, gangguan yang mungkin mengancam jiwa. Indikasi dilakukan operasi tanpa ditunda, contohnya adalah perdarahan hebat, obstruksi kandung kemih atau usus, fraktur tulang tengkorak, luka tembak atau tusuk, luka bakar sangat luas.
- b. *Urgent*, pasien membutuhkan perhatian segera. Operasi dapat dilakukan dalam 24-30 jam contoh adalah infeksi kandung kemih akut, batu ginjal atau batu pada uretra.
- c. Diperlukan, pasien harus menjalani operasi. Operasi dapat direncanakan dalam beberapa minggu atau bulan contohnya Hiperplasia prostat tanpa obstruksi kandung kemih, gangguan tyroid dan katarak.
- d. Elektif, pasien harus dioperasi ketika diperlukan. Indikasi operasi, bila tidak dilakukan operasi maka tidak terlalu membahayakan. Contohnya adalah perbaikan Scar, hernia sederhana dan perbaikan vaginal.
- e. Pilihan, Keputusan tentang dilakukan operasi diserahkan sepenuhnya pada pasien. Indikasi operasi merupakan pilihan pribadi dan biasanya terkait dengan estetika. Contohnya bedah kosmetik.

Sedangkan menurut faktor resikonya, tindakan operasi di bagi menjadi:

- a. Minor, menimbulkan trauma fisik yang minimal dengan resiko kerusakan yang minim. Contohnya insisi dan *drainage* kandung kemih, sirkumsisi
- b. Mayor, menimbulkan trauma fisik yang luas, resiko kematian sangat serius. Contohnya adalah total abdominal histerektomi, reseksi colon, dan lain-lain.

5. Komplikasi Postoperatif dan Penatalaksanaanya

a. Syok

Syok yang terjadi pada pasien operasi biasanya berupa syok hipovolemik. Tanda-tanda syok adalah: Pucat , Kulit dingin, basah, pernafasan cepat, sianosis pada bibir, gusi dan lidah, nadi cepat, lemah dan bergetar, penurunan tekanan darah, urine pekat. Intervensi keperawatan yang dapat dilakukan adalah kolaborasi dengan dokter terkait dengan pengobatan yang dilakukan seperti terapi obat, terapi pernafasan, memberikan dukungan psikologis, pembatasan penggunaan energi, memantau reaksi pasien terhadap pengobatan, dan peningkatan periode istirahat.

b. Perdarahan

Penatalaksanaannya pasien diberikan posisi terlentang dengan posisi tungkai kaki membentuk sudut 20 derajat dari tempat tidur sementara lutut harus dijaga tetap lurus. Kaji penyebab perdarahan, luka bedah harus selalu diinspeksi terhadap perdarahan.

c. Trombosis vena profunda

Trombosis vena profunda adalah trombosis yang terjadi pada pembuluh darah vena bagian dalam. Komplikasi serius yang bisa ditimbulkan adalah embolisme pulmonari dan sindrom pasca flebitis.

d. Retensi urin

Retensi urin paling sering terjadi pada kasus-kasus operasi rektum, anus dan vagina. Penyebabnya adalah adanya spasme spinkter kandung kemih. Intervensi keperawatan yang dapat dilakukan adalah

pemasangan kateter untuk membatu mengeluarkan urine dari kandung kemih.

e. Infeksi luka operasi

Infeksi luka post operasi dapat terjadi karena adanya kontaminasi luka operasi pada saat operasi maupun pada saat perawatan di ruang perawatan. Pencegahan infeksi penting dilakukan dengan pemberian antibiotik sesuai indikasi dan juga perawatan luka dengan prinsip steril.

f. Sepsis

Sepsis merupakan komplikasi serius akibat infeksi dimana kuman berkembang biak. Sepsis dapat menyebabkan kematian karena dapat menyebabkan kegagalan multi organ.

g. Embolisme pulmonal

Embolsime dapat terjadi karena benda asing (bekuan darah, udara dan lemak) yang terlepas dari tempat asalnya terbawa di sepanjang aliran darah. Embolus ini bisa menyumbat arteri pulmonal yang akan mengakibatkan pasien merasa nyeri seperti ditusuk-tusuk dan sesak nafas, cemas dan sianosis. Intervensi keperawatan seperti ambulatori pasca operatif dini dapat mengurangi resiko embolus pulmonal.

h. Komplikasi gastrointestinal

Komplikasi pada gastrointestinal sering terjadi pada pasien yang mengalami operasi abdomen dan pelvis. Komplikasinya meliputi obstruksi intestinal, nyeri dan distensi abdomen.

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

1. Preoperasi

a. Pengkajian Fokus Keperawatan Preoperasi

1)Pengkajian fokus keperawatan preoperasi

Pada pengkajian anamnesis biasanya didapatkan adanya keluhan benjolan pada payudara. Fokus bertambahnya usia mempunyai risiko yang lebih tinggi terhadap kemungkinan mengidap kanker payudara (Muttaqin, 2009).

Pada pengkajian riwayat keluarga terdapat adanya hubungan seorang wanita yang ibu atau sodaranya (saudari dekat, keturunan pertama/*first degree relatives*) pernah/sedang menderita kanker payudara, memiliki resiko paling sedikit dua sampai tiga kali lipat lebih besar dibandingkan dengan populasi umum. Adanya riwayat awitan haid sebelum usia 12 tahun dan nuliparitas, kehamilan cukup bulan pertama setelah usia 35 tahun, awitan menopause yang lambat, atau riwayat haid lebih dari 40 tahun memiliki hubungan peningkatan resiko penyakit payudara jinak (Muttaqin, 2009).

Pada pemeriksaan fisik inspeksi sering didapatkan kondisi asimetri. Retraksi atau adanya skuama pada puting payudara. Tanda-tanda stadium lanjut, yaitu nyeri, pembentukan ulkus, dan edema.

Pada palpasi payudara akan ditemukan/teraba benjolan atau penebalan payudara yang biasanya tidak nyeri. Selain itu juga ada pengeluaran rabas darah atau serosa dari puting payudara, dan cekungan atau perubahan kulit payudara. Apabila ditemukan adanya benjolan di payudara, maka benjolan tersebut harus dievaluasi terhadap satu dari tiga kemungkinan, yaitu: kista, tumor jinak, atau tumor ganas.

Pada pengkajian diruang prabedah, perawat melakukan pengkajian ringkas mengenai kondisi fisik pasien dan lengkapan yang berhubungan dengan operasi. Pengkajian ringkas tersebut adalah sbb:

- 1) Tahap validasi: perawat melakukan konfirmasi kebenaran identitas pasien sebagai data dasar untuk mencocokkan prosedur jenis pembedahan yang akan dilakukan
- 2) Tahap kelengkapan administrasi: status rekam medik, data-data penunjang (laboratorium dan radiologi) serta kelengkapan *informed consent*.
- 3) Tingkat kecemasan dan pengetahuan pembedahan
- 4) Pemeriksaan fisik terutama tanda-tanda vital dan kondisi masa pada payudara.

a. Diagnosa keperawatan

Diagnosa yang sering muncul pada pre operasi (SDKI, 2016) adalah:

1) Ansietas berhubungan dengan rencana operasi

Tanda dan gejala mayor:

Subjektif:

- b) Merasa bingung
- c) Merasa khawatir dengan kondisi yang di hadapi
- d) Sulit berkonsentrasi

Objektif:

- a) Tampak gelisah
- b) Tampak tegang
- c) Sulit tidur

Tanda dan gejala minor:

Subjektif:

- a) Mengeluh pusing
- b) Anoreksia
- c) Palpitasi
- d) Merasa tidak berdaya

Objektif:

- a) Frekuensi nafas meningkat
- b) Frekuensi nadi meningkat
- c) TD meningkat
- d) Diaforesis
- e) Tremor
- f) Muka tampak pucat
- g) Suara bergetar
- h) Kontak mata buruk
- i) Sering berkemih
- j) Berorientasi pada masa lalu

b. Rencana intervensi

Menurut SIKI (2018) intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan diagnosa diatas adalah reduksi ansietas

c. Implementasi

Observasi:

- 1) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (misal: kondisi, waktu, stresor)
- 2) Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal)

Terapeutik:

- 1) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan
- 2) Temani pasien untuk mengurangi kecemasan
- 3) Pahami situasi yang membuat ansietas
- 4) Diskusi perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang

Edukasi:

- 1) Jelaskan prosedur serta sensasi yang mungkin dialami
- 2) Informasi secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis
- 3) Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien
- 4) Latih teknik relaksasi

Kolaborasi:

- 1) Kolaborasi pemberian obat ansietas, jika perlu.

1. Intraoperasi

a. Pengkajian fokus keperawatan intra operasi

Pengkajian intraoperatif bedah onkologi secara ringkas mengkaji hal-hal yang berhubungan dengan pembedahan, diantaranya adalah:

- 1) Validasi identitas dan prosedur jenis pembedahan yang akan dilakukan, serta konfirmasi kelengkapan data penunjang laboratorium dan radiologi.
- 2) Pasien yang dilakukan pembedahan akan melewati berbagai prosedur. Prosedur pemberian anastesi, pengaturan posisi bedah, manajemen aseptis dan prosedur operasi. Efek dari anastesi umum salah satunya yaitu penurunan suhu tubuh akibat suhu ruangan operasi yang rendah, infus dengan cairan

yang dingin, inhalasi gas-gas yang dingin dan luka terbuka pada tubuh. respon pengaturan posisi bedah yang terlentang, tekanan berlebih pada tonjolan-tonjolan tulang berada dibawah (bokong dan skapula) dan cedera otot tungkai akan menimbulkan peningkatan resiko cedera.

b. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan intraoperatif yang lazim adalah sebagai berikut (SDKI, 2016):

1) Resiko cedera berhubungan dengan tindakan operasi

c. Rencana intervensi

Menurut SIKI (2018) intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan diagnosa diatas adalah manajemen kesehatan lingkungan

d. Implementasi

1) Manajemen kesehatan lingkungan

Observasi:

- a) Identifikasi kebutuhan keselamatan
- b) Monitor perubahan status keselamatan lingkungan

Terapeutik:

- a) Hilangkan bahaya keselamatan lingkungan
- b) Sediakan alat bantu keamanan lingkungan
- c) Gunakan perangkat pelindung
- d) Lakukan skrining bahaya lingkungan

Edukasi:

- a) Ajarkan individu, keluarga dan kelompok risiko tinggi bahaya lingkungan

2. Postoperasi

a. Pengkajian fokus keperawatan post operasi

Pengkajian postoperasi dilakukan secara sistematis mulai dari pengkajian awal saat menerima pasien, pengkajian status respirasi, status sirkulasi, status neurologis dan respon nyeri, status integritas kulit dan status genitourinarius.

1) Pengkajian awal

Pengkajian awal postoperasi adalah sebagai berikut

- a) Diagnosis medis dan jenis pembedahan yang dilakukan
- b) Usia dan kondisi umum pasien, kepatenan jalan nafas, tanda-tanda vital.
- c) Anastesi dan medikasi lain yang digunakan
- d) Segala masalah yang terjadi dalam ruang operasi yang mungkin mempengaruhi perataan pasca operasi
- e) Patologi yang dihadapi
- f) Cairan yang diberikan, kehilangan darah dan penggantian.
- g) Segala selang, drain, kateter, atau alat pendukung lainnya
- h) Informasi spesifik tentang siapa ahli bedah atau ahli anastesi yang akan diberitahu

2) Status respirasi

Kontrol pernafasan

- a) Obat anastesi tertentu dapat menyebabkan depresi pernafasan
- b) Perawat mengkaji frekuensi, irama, kedalaman ventilasi pernafasan, kesimetrisan gerakan dinding dada, bunyi nafas, dan warna membran mukosa.

Kepatenan jalan nafas

- a) Jalan nafas oral atau oral airway masih dipasang untuk mempertahankan kepatenan jalan nafas sampai tercapai pernafasan yang nyaman dengan kecepatan normal
- b) Salah satu khawatiran terbesar perawat adalah obstruksi jalan nafas akibat aspirasi muntah, okumulasi sekresi, mukosa di faring, atau bengkaknya spasme faring.

3) Status sirkulasi

Pasien beresiko mengalami komplikasi kardiovaskuler akibat kehilangan darah secara aktual atau resiko dari tempat

pembedahan, efek samping anastesi, ketidakseimbangan elektrolit, dan depresi mekanisme regulasi sirkulasi normal.

b. Diagnosa keperawatan postoperasi

Diagnosa yang sering muncul pada post operasi (SDKI, 2016) adalah:

Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (postoperasi)

Gejala dan tanda mayor:

Subyektif:

1) Mengeluh nyeri

Objektif:

1) Tampak meringis

2) Bersikap protektif

3) Gelisah

4) Frekuensi nadi meningkat

5) Sulit tidur

Gejala dan tanda minor

Subjektif: -

Objektif:

1) Tekanan darah meningkat

2) Pola nafas berubah

3) Nafsu makan berubah

4) Proses berfikir terganggu

5) Menarik diri

6) Berfokus pada diri sendiri

c. Intervensi

Menurut (SIKI 2018) intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan diagnosa diatas yaitu manajemen jalan nafas dan manajemen nyeri.

d. Implementasi

Manajemen nyeri

Observasi:

- 1) Monitor efek samping penggunaan analgetik
- 2) Identifikasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- 3) Identifikasi skala nyeri
- 4) Identifikasi nyeri non verbal

Terapeutik:

- 1) Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri
- 2) Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri
- 3) 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 menggunakan analgesik secara tepat
- 4) Ajarkan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi:

- 1) Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu

C. Tinjauan Konsep Penyakit

1. Definisi

Tumor mammae adalah adalah karsinoma yang berasal dari parenkim,stroma,areoladanpapillamammae(Lab.UPFBedahRSDS,2010).

Tumor mammae adalah gangguan dalam pertumbuhan sel normalmammaedimanaselabnormaltimbuldarisel-selnormal,berkembangbiak dan menginfiltrasi jaringan limfe dan pembuluh darah.(Kusuma,2015).

2. Etiologi

Menurut (Iskandar,2010), sampai saat ini, penyebab pasti tumor mammae belum diketahui. Namun, ada beberapa faktor resiko yang telah teridentifikasi, yaitu :

1. Jenis Kelamin

Wanita lebih beresiko menderita tumor mammae dibandingkan dengan pria. Prevalensi tumor mammae pada pria hanya 1% dari seluruh tumor mammae.

2. Riwayat keluarga

Penderita memiliki riwayat keluarga yang mana ibu, atau saudara perempuan yang mengalami penyakit yang sama akan beresiko tiga kali lipat untuk menderita tumor mammae.

3. Faktor genetik dan hormonal

Kadar hormonal yang berlebihan akan menumbuhkan sel-sel genetik yang rusak yang akan menyebabkan tumor mammae.

4. Penggunaan Kontrasepsi Oral

Pemakaian kontrasepsi oral dapat meningkatkan resiko tumor mammae. Penggunaan pada usia kurang dari 20 tahun beresiko lebih tinggi dibandingkan penggunaan pada usia lebih tua.

5. Terpapar Radiasi

3. Tanda dan gejala

Gejala penyakit tumor mammae menurut (Pudiastuti 2011) adalah

1. Terdapat massa utuh (kenyal). Biasanya pada kuadran atas dan bagian dalam, dibawah lengan, bentuknya tidak beraturan dan terfiksasi (tidak dapat digerakkan)
2. Terdapat benjolan dan Perubahan bentuk payudara
3. Nyeri daerah masa
4. Adanya lekukan kedalam/dimping, tarik dan retraksi pada areola mammae. Dimpling terjadi karena fiksasi tumor pada kulit atau akibat distorsi ligamentum Cooper.

Carapemeriksaan:kulit areola mammae

dipegang antara ibu jari dan jari telunjuk tangan pemeriksa lalu didekatkan untuk menimbulkan dimpling.

5. Kemerahan dan bengkak pada payudara
Edema dengan peau d'orange kulit (kulit di atas tumor berkeriput seperti kulit jeruk)
6. Puting susu gatal dan bersisik
7. Adanya cairan abnormal pada payudara (Pudiastuti, 2011).

3. Patofisiologi

Payudara mengalami berbagai perubahan yang dipengaruhi hormon. Perubahan pertama adalah mulai dari masa hidup anak melalui pubertas, masa fertilitas, sampai klimakterium dan menopause. Sejak pubertas pengaruh hormon estrogen dan progesteron yang diproduksi ovarium dan hipofisis, telah menyebabkan ductus 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 pembesaran maksimal. Selama beberapa hari menjelang haid, payudara menjadi tegang dan nyeri sehingga pemeriksaan fisik terutama palpasi tidak mungkin dilakukan.

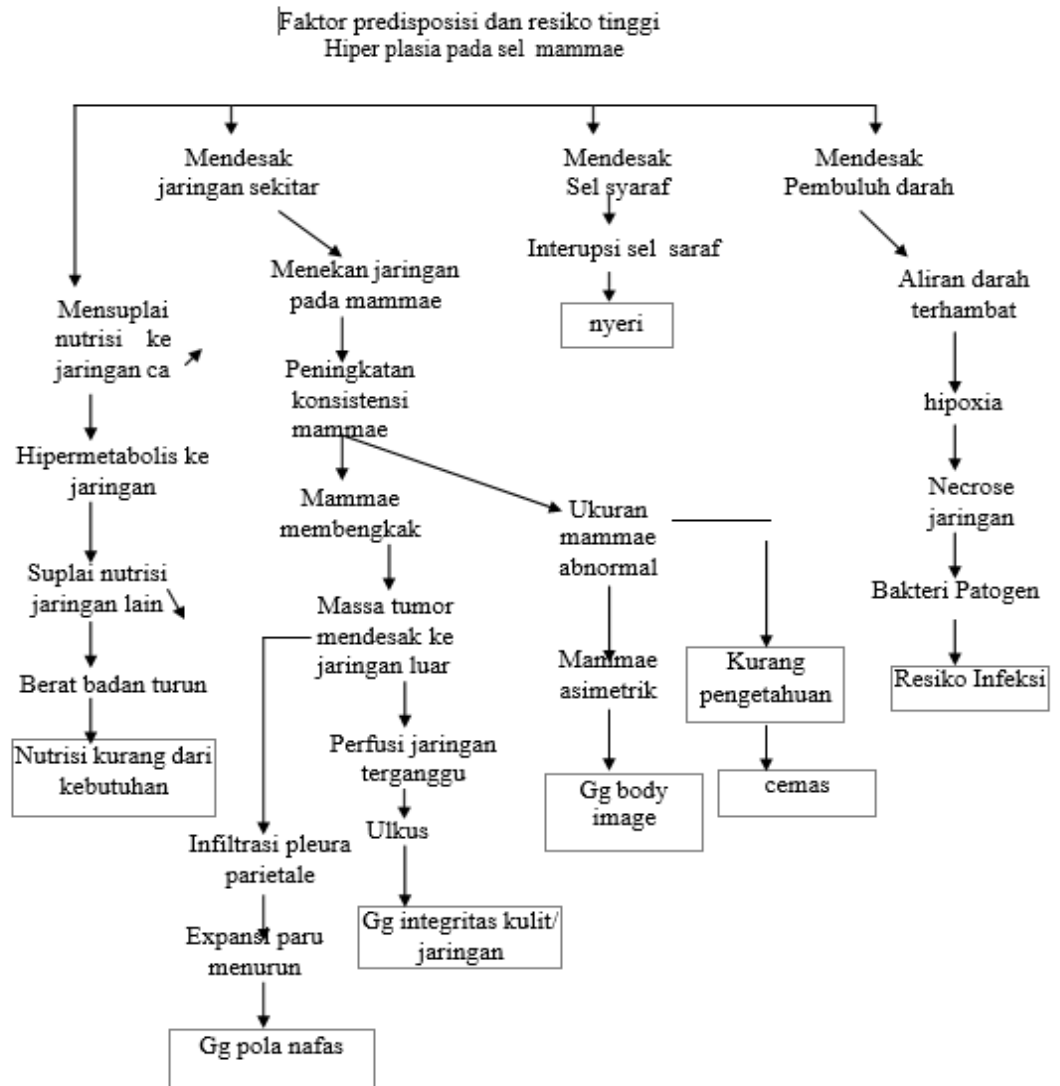
Perubahan ketiga terjadi masa hamil dan menyusui. Pada kehamilan payudara menjadi besar karena epitel ductus lobus dan ductus alveolus berproliferasi dan tumbuh ductus baru. Sekresi hormon prolaktin dan hipofise anterior memicu. Air susu diproduksi oleh sel-sel alveolus, mengisi asinus kemudian dikeluarkan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

Tumor merupakan kelompok sel yang berubah dengan ciri-ciri: proliferasi sel yang berlebihan dan tidak berguna yang tidak mengikuti pengaruh struktur jaringan sekitarnya. Neoplasma yang maligna terdiri dari sel-sel kanker yang menunjukkan proliferasi yang tidak terkendali yang mengganggu fungsi jaringan normal dengan menginfiltrasi dan memasukinya dengan cara menyebarkan anak sebar ke organ-organ yang jauh. Di dalam sel tersebut terjadi perubahan secara biokimia terutama dalam intinya. Hampir semua tumor ganas tumbuh dari suatu sel di mana telah

terjadi transformasi maligna dan berubah menjadi sekelompok sel-sel ganas di antarsel-sel normal.

Penyebaran tumor terjadi melalui pembuluh getah bening, deposit dan tumbuh di kelenjar getah bening sehingga kelenjar getah bening aksilerataupun supraclavikuler 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 dan pada dahulu penyebaran limfogen. Sel kanker dan racun racun yang dihasilkannya dapat menyebar keseluruh tubuh kita seperti tulang, paru-paru dan liver dan pada sadari oleh penderita, oleh karena itu penderita kanker payudara dapat ditemukan benjolan di ketiak atau di kelenjar getah bening lainnya. Bahkan muncul pula kanker pada liver dan paru-paru sebagai kanker metastasisnya.

Pathway



Gambar 2.1 Pathway Tumor Mammae

3) **Pemeriksaan penunjang**

Pemeriksaan penunjang yang perlu dilakukan (Fayzuni et al, 2018):

a. Laboratorium meliputi

- 1) Morfologi sel darah
- 2) Laju endap darah
- 3) Tes faal hati
- 4) Test tumor marker (*carcinoembryonic antigen/CEA*) dalam serum atau plasma
- 5) Pemeriksaan sitologi

Pemeriksaan ini memegang peranan penting pada penilaian cairan yang keluar spontan dari puting payudara, cairan kista atau cairan yang keluar dari ekskoriasi.

b. Mammografi

Pengujian mammae dengan menggunakan sinar untuk mendeteksi secara dini. Memerlihatkan struktur internal mammae untuk mendeteksi kanker yang tidak teraba atau tumor yang terjadi pada tahap awal. Mammografi pada masa menopause kurang bermanfaat karena gambaran kanker di antara jaringan kelenjar kurang tampak.

c. Ultrasonografi

Biasanya digunakan untuk mendeteksi silukalukapada daerah padat pada mammae ultrasonography berguna untuk membedakan tumor sulit dengan kista. kadang-kadang tampak kista sebesar sampai 2cm.

d. Thermography

Mengukur dan mencatat emisi panas yang berasal; dari mammae atau mengidentifikasi pertumbuhan tumor sebagai titik panas karena peningkatan suplai darah dan penyesuaian suhu kulit yang lebih tinggi.

e. Xerodiography

Memberikan dan memasukkan kontras yang lebih tajam antar pembuluh-

pembuluh darah dan jaringan yang padat. Menyatakan peningkatan sirkulasi sekitar sisi tumor.

f. Biopsi

Untuk menentukan secara menyakinkan apakah tumor jinak atau ganas, dengan cara pengambilan massa. Memberikan diagnosis definitif terhadap massa dan berguna klasifikasi histologi, pentahapan dan seleksi terapi.

g. CT.Scan

Dipergunakan untuk diagnosis metastasis carcinoma payudara pada organ lain

h. Pemeriksaan hematologi

Yaitu dengan cara isolasi dan menentukan sel-sel tumor pada peredaran darah dengan sentrifugasi dan sentri fugis darah.

4) Penatalaksanaan

1) Pembedahan

a. Mastektomi radikal yang di modifikasi

Pengangkatan payudara sepanjang nodus limfe axila sampai otot pectoralis mayor. Lapisan otot pectoralis mayor tidak diangkat namun otot pectoralis minor bisa jadi diangkat atau tidak diangkat.

b. Mastektomi total

Semua jaringan payudara termasuk puting dan areola dan lapisan otot pectoralis mayor diangkat. Nodus axila tidak disayat dan lapisan otot dinding dada tidak diangkat.

c. Lumpektomi/ tumor

Pengangkatan tumor dimana lapisan mayor dari payudara tidak turut diangkat. Eksisi dilakukan dengan sedikitnya 3 cm jaringan payudara normal yang beradadi sekitar tumor tersebut.

d. Wide excision/ mastektomi parsial

Eksisi tumor dengan 12 tepi dari jaringan payudara normal,

Pengangkatan dan payudara dengan kulit yang ada dan lapisan otot pectoralis mayor.

2) Radioterapi

Biasanya merupakan kombinasi dari terapi lainnya tapi tidak jarang pula merupakan terapi tunggal. Adapun efek samping:kerusakan kulit disekitarnya, kelelahan, nyeri karena inflamasi pada nervus atau otot pectoralis, radang tenggorokan.

3) Kemoterapi

Pemberian obat-obatan anti kanker yang sudah menyebar dalam aliran darah. Efek samping: lelah, mual, muntah, hilang nafsu makan, kerontokan membuat, mudah terserang penyakit.

4) Manipulasi hormonal.

Biasanya dengan obat golongan tamoxifen untuk kanker yang sudah bermetastase. Dapat jugadengan dilakukan *bilateraloophorectomy*. Dapat jugadigabung dengan terapi endokrin lainnya.

4. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik pada pasien tumor mammae (dr.tyagita khrisna ayuningtias,2015):

a. Inspeksi :Pemeriksaan inspeksi payudara tidak hanya dilakukan pada payudara saja tetapi juga di daerah sekitar payudara, seperti aksila dan supraklavikula. Inspeksi pada individu wanita terdiri dari beberapa prosedur yaitu:

1. Dalam posisi duduk tegak, minta pasien untuk mengangkat kedua lengan menggantung di samping badan, lalu amati payudara secara menyeluruh
2. Dalam posisi mengangkat kedua lengan sejajar dengan kepala, amati payudara secara menyeluruh. Posisi ini mempermudah pemeriksa mengamati kelainan pada payudara

3. Posisikan kedua tangan di pinggang atau posisi berkacak pinggang, lalu amati ada tidaknya kelainan pada payudara. Pada posisi ini, kelainan payudara seperti retraksi atau benjolan akan tampak lebih jelas
4. Posisikan pasien berdiri dengan membungkukkan badan ke depan, bersandar pada kursi, atau pada lengan pemeriksa. Posisi ini diperlukan terutama pada individu yang memiliki payudara berukuran besar. Dengan posisi ini akan membebaskan payudara dari dinding dada, sehingga kelainan pada payudara lebih mudah ditemukan
5. Lakukan pula inspeksi pada daerah aksila dan supraklavikula. Amati adanya perubahan warna dibandingkan dengan kulit sekitar, adanya infeksi, ulkus atau benjolan

Hal-hal yang perlu diamati pada payudara mencakup hal-hal berikut ini:

1. Perhatikan bentuk kedua payudara secara umum
 2. Amati payudara, bagaimana ukuran dan kesimetrisan kedua payudara, apakah ada perbedaan ukuran baik dari mammae itu sendiri, areola mammae dan papilla mammae yang signifikan. Serta perhatikan pula posisi atau letak papilla mammae
 3. Warna kulit payudara dan sekitar, apakah tampak perbedaan warna kulit, penebalan kulit, edema, adanya kulit berbintik seperti kulit jeruk, adanya ulkus atau adanya gambaran pembuluh darah vena
 4. Adakah tampak massa, retraksi di bagian tertentu atau tonjolan disalah satu bagian mammae
 5. Amati pula papilla mammae meliputi ukuran, bentuk, arah papilla mammae, adanya *discharge* atau adanya ujud kelainan kulit tertentu.
- b. Palpasi : Setelah melakukan inspeksi secara menyeluruh pada payudara dan daerah sekitarnya, lanjutkan dengan pemeriksaan palpasi. Pemeriksaan palpasi payudara memerlukan waktu dan pengalaman dari pemeriksa karena adanya kemungkinan lemak subkutan serta kelenjar susu yang berlobulasi disalahartikan sebagai massa.

Pemeriksaan palpasi juga perlu memperhatikan kapan waktu pemeriksaan dilakukan, apakah saat menjelang menstruasi, setelah menstruasi atau pada wanita hamil atau menyusui. Pada waktu menjelang menstruasi dan pada saat hamil, payudara menjadi membengkak, berlobus dan menjadi lebih

sensitif. Sedangkan pada saat setelah menstruasi, payudara akan mengecil dan lebih lembek. Prosedur pemeriksaan palpasi tetap dilakukan pada semua payudara walaupun individu atau pasien melaporkan terdapat benjolan pada salah satu payudara dan lakukan palpasi pada sisi sehat terlebih dahulu.

Prosedural palpasi payudara adalah sebagai berikut:

1. Minta pasien untuk berbaring dengan memberikan ganjalan menggunakan bantal pada bagian belakang dada
2. Posisikan kedua tangan pasien di bawah kepala untuk memudahkan pemeriksa melakukan pemeriksaan di daerah aksila
3. Palpasi payudara menggunakan satu tangan dan tangan satunya digunakan sebagai penahan. Teknik pemeriksaan palpasi payudara terdiri dari beberapa cara yaitu teknik radier, teknik linier dan teknik sirkuler. Teknik radier yaitu dengan cara dari tengah ke perifer pada seluruh bagian payudara atau seperti jeruji. Teknik linier yaitu dengan cara gerakan linier dari atas ke bawah dengan arah pemeriksaan dimulai dari lateral ke medial. Sedangkan untuk teknik sirkuler yaitu dengan cara gerakan sirkuler searah jarum jam, dengan penekanan ringan pada payudara dimulai dari lateral atas lalu sampai ke medial bagian tengah payudara.
4. Apabila ditemukan adanya benjolan atau teraba massa, pastikan apakah massa tersebut terfiksir atau mobile. Gunakan satu tangan pemeriksa untuk menekan massa yang ditemukan perlahan-lahan. Apabila massa tersebut mobil atau berkapsul, maka massa akan menjauh atau menghilang dan bila penekanan dihentikan, massa tersebut akan muncul kembali
5. Apabila pada pemeriksaan inspeksi ditemukan adanya *discharge* pada papilla mammae, lakukan pijatan pada papilla mammae dan amati perubahan yang terjadi pada papilla mammae
6. Lakukan palpasi pada daerah aksila, diawali dari bagian lateral atas thoraks sampai apex dari aksila. Pemeriksaan harus dilakukan dengan hati-hati dan cermat. Selama melakukan pemeriksaan aksila, penting

untuk melemaskan fascia axillaris, yang dapat dilakukan dengan cara menahan lengan penderita dengan tangan pemeriksa sama sisi. Jadi tangan kanan penderita disangga dengan tangan kanan pemeriksa, begitu pula sebaliknya. Pemeriksaan pada pasien dengan obesitas, hasilnya kurang dapat dipercaya

Lakukan palpasi nodus limfe supraklavikularis pada posisi pasien duduk dan pemeriksa berada di belakang pasien. Lakukan penilaian terhadap adanya benjolan, tepi benjolan, konsistensi dan adanya keterikatan dengan jaringan sekitar.

D. Jurnal Penelitian Terkait

1. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Marice Sihombing, Aprildah Nur Sapardin pada tahun 2014 dengan judul “Faktor Risiko Tumor Payudara Pada Perempuan Umur 25-65 Tahun Di Lima Kelurahan Kecamatan Bogor Tengah”. Berdasarkan penelitian ini dapat disimpulkan Proporsi tumor payudara pada perempuan di lima kelurahan kecamatan Bogor Tengah sebesar 3,4%. Terdapat 3 variabel yang memiliki hubungan yang bermakna dengan tumor payudara, yaitu umur (ORAdj 8,82; 95%CI 2,73-25,51), menggunakan pil kontrasepsi (ORAdj 3,63; 95%CI 1,63-8,10), dan menopause (ORAdj 3,58; 95%CI 1,38-9,28). Tidak ditemukan hubungan yang bermakna antara pendidikan, stress, kolesterol tinggi, kurang konsumsi sayur, umur pertama melahirkan >30 tahun, dan pernah operasi tumor jinak > 1 kali dengan tumor payudara.
2. Hasil penelitian yang dilakukan Salas Putri Rahayu dan Nurbaiti tahun 2020 dengan judul “Efektivitas Penyuluhan Tumor Mamae Dengan Pendekatan Teori Health Belief Model Terhadap Persepsi Dan Perilaku Sadari Pada Siswi Di SMAN Lemahabang” Uji *Mann-whitney* menunjukkan terdapat perbedaan efektivitas penyuluhan tumor payudara dengan pendekatan teori *Health Belief Model* pada persepsi kerentanan (*p value* 0.041) dan persepsi keparahan (*p value* 0.019) terhadap tumor payudara, serta persepsi hambatan (*p value* 0.032) terhadap SADARI, namun tidak terdapat perbedaan efektivitas pada

persepsi manfaat (*p value* 0.273). Terdapat perbedaan efektivitas penyuluhan terhadap perilaku SADARI yang benar (*p value* 0.000) pada siswi remaja di SMAN 1 Lemahabang.

3. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Rokawie, sulastri dan anita pada tahun 2017 di RSUD Jendral Ahmad Yani Metro dengan judul relaksasi nafas dalam menurunkan kecemasan pasien pre operasi bedah abdomen, penelitian yang dilakukan pada 32 responden menunjukkan bahwa rata-rata skor indeks kecemasan pre operasi sebelum diberikan tindakan relaksasi nafas dalam adalah 54,59. Sedangkan pengukuran rata-rata indeks kecemasan setelah diberikan relaksasi nafas dalam didapatkan rata-rata 49,56 nilai perbedaan mean antara kecemasan sebelum dan sesudah diberikan tindakan relaksasi nafas dalam 5,0