

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Asuhan Keperawatan Perioperatif

1. Konsep

Post operatif

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

Definisi Post Operasi

Operasi merupakan tindakan pembedahan pada suatu bagian tubuh (Smeltzer dan bare,2022) Post operasi adalah masa setelah dilakukan pembedahan yang dimulai saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan dan berakhir sampai evaluasi selanjutnya (Uliyah dan Hidayat 2018)

a. Tahapan keperawatan post operatif

Pemindahan pasien dari kamar operasi ke ruang pemulihan memerlukan pertimbangan khusus diantaranya letak insisi bedah, perubahan vaskular, dan pemajanan. Pasien diposisikan pada posisi yang tidak menyumbat drain. Hipotensi arteri yang serius dapat terjadi ketika pasien digerakan dari satu posisi ke posisi lainnya. Selama perjalanan dari kamar operasi ke ruang pemulihan pasiendiselimuti dan diberikan pengikatan di atas lutut dan di siku, serta side-rail harus dipasang untuk mencegah terjadinya injuri, untuk mempertahankan keamanan dan kenyamanan. Selang dan peralatan

Drainase ditangani dengan cermat agar dapat berfungsi secara optimal (Majid et al, 2018).

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

Pasien dirawat sementara di ruang pemulihan sampai kondisi stabil, tidak mengalami komplikasi operasi dan memenuhi syarat untuk dipindahkan ke ruang perawatan. Pasien ditempatkan pada tempat tidur khusus yang nyaman dan aman serta memudahkan akses bagi pasien. Alat monitoring yang terdapat di ruang pemulihan digunakan untuk memberikan penilaian terhadap kondisi pasien. Jenis peralatan yang ada diantaranya alat bantu pernafasan: O₂, laringoskop, nasal kateter, ventilator mekanik, set trakheostomi, dan peralatan section. Di ruang ini juga terdapat alat yang digunakan untuk memantau status hemodinamika dan alat- alat untuk mengatasi masalah hemodinamik, seperti: apparatus TD, peralatan parenteral, plasma ekspander, set intravena, defibrilator, dan medikasi kegawatdaruratan (Majid et al, 2018)

c. Transportasi pasien ke ruang rawat

Fokus pengkajian pascaoperasi mencakup B6 yaitu: *breathing* (nafas), *blood* (darah), *brain* (otak), *bladder* (kandung kemih), *bowel* (usus), dan *bone* (tulang). Tindakan keperawatan yang dilakukan perawat terdiri dari 8 tindakan yang harus dilakukan, yaitu: pengelolaan jalan nafas, monitor sirkulasi, monitor cairan dan elektrolit, monitor suhu, menilai aldrete score, pengelolaan keamanan dan kenyamanan pasien, serah terima dengan petugas ruang operasi dan ruang perawatan / bangsal (Majid et al, 2018)

d. Perencanaan

Periode pasca anastesi adalah periode gawat, pemantauan yang efektif untuk mengurangi terjadinya komplikasi adalah melalui identifikasi kelainan sebelum menimbulkan komplikasi yang serius. Setelah operasi selesai pasien dibawa ke ruang pemulihan atau ke ruang perawatan intensif (bila ada indikasi). Tahap pascaoperasi dimulai saat pasien dipindahkan dari ruangan bedah ke unit pasca

bedah dan berakhir saat pasien kembali ke bangsal / ruang perawatan. Ruang pemulihan adalah sebuah ruangan di rumah sakit untuk observasi pasien pascabedah atau anestesi. Ruang ini sebagai batu loncatan sebelum pasien dipindahkan ke bangsal atau masih memerlukan perawatan intensif ICU. Pasien biasanya akan mengalami disorientasi setelah mereka sadar kembali, di ruang pemulihan inilah pasien ditenangkan apabila terjadi anxietas dan dipastikan kalau fisik dan emosional mereka terkendali / stabil (Katzung, 2018)

2. Pengkajian Post Operatif

Beberapa hal yang perlu dikaji setelah tindakan pembedahan diantaranya adalah kesadaran, kualitas jalan nafas, sirkulasi, dan perubahan tanda vital yang lain, keseimbangan elektrolit, kardiovaskuler, lokasi daerah pembedahan dan sekitarnya, serta alat yang digunakan dalam pembedahan (Muttaqin, 2018)

a. Diagnosa keperawatan post operatif

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

1) Nyeri akut

Definisi:

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Etiologi:

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

Gejala dan tanda mayor:

Tabel 2.1 Gejala dan Tanda Mayor Nyeri Akut

| Subjektif | Objektif |
|----------------|--|
| Mengeluh nyeri | Tampak meringis |
| | Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri). |
| | Gelisah |
| | Frekuensi nadi meningkat |
| | Sulit tidur |

Gejala dan tanda minor:

Tabel 2.2 Gejala dan Tanda Minor Nyeri Akut

| Subjektif | Objektif |
|-------------------------|----------------------------|
| <i>(tidak tersedia)</i> | Tekanan darah meningkat |
| | Pola napas berubah |
| | Nafsu makan berubah |
| | Proses berpikir terganggu |
| | Menarik diri |
| | Berfokus pada diri sendiri |
| | Diaforesis |

Kondisi klinis terkait:

- a) Kondisi pembedahan
- b) Cedera traumatis
- c) Infeksi
- d) Sindroma koroner akut
- e) Glaukoma

2) resiko hipotermia perioperative

Definisi:

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

Faktor risiko:

- a) Prosedur pembedahan
- b) Kombinasi anastesi regional dan umum
- c) Skor *american society of anesthesiologist (ASA)* > 1
- d) Suhu pra-operasi rendah < 36°C
- e) Neuropati diabetik
- f) Komplikasi kardiovaskuler
- g) Suhu lingkungan rendah
- h) Transfer panas (mis. volume tinggi infus yang tidak dihangatkan, irigasi > 2 liter yang tidak dihangatkan)

Kondisi klinis terkait:

- a) Tindakan pembedahan

3) Gangguan citra tubuh

Defenisi:

Perubahan

Perubahan persepsi tentang penampilan, struktur dan fungsi individu.

Etiologi:

- a) Perubahan struktur/bentuk tubuh (mis. amputasi, trauma, luka bakar, obesitas, jerawat)
- b) Perubahan fungsi tubuh (mis. proses penyakit, kehamilan, kelumpuhan)
- c) Perubahan fungsi kognitif
- d) Ketidaksesuai budaya, keyakinan atau sistem nilai
- e) Transisi perkembangan
- f) Gangguan psikososial
- g) Efek tindakan/pengobatan (mis. pembedahan, kemoterapi, terapi radiasi)

Gejala dan tanda mayor:

Tabel 2.3 Gejala dan Tanda Mayor Gangguan Citra Tubuh

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

Gejala dan tanda minor:

Tabel 2.4 Gejala dan Tanda Minor Gangguan Citra Tubuh

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

1) Rencana keperawatan

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

Tabel 2.5 Rencana Keperawatan Post Operasi

| No | Diagnosa Keperawatan | Tujuan | Intervensi |
|----|---|--|---|
| 1 | Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisiologis | Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 1 jam, tingkat nyeri pasien berkurang dengan kriteria hasil: (1) Keluhan nyeri menurun (2) Meringis menurun (3) Sikap protektif | Intervensi: Observasi: (1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. (2) Identifikasi skala nyeri |

| | | | |
|---|--|--|--|
| | | <p>menurun (4) Gelisah menurun (5) Kesulitan tidur menurun</p> | <p>(3) Identifikasi nyeri non verbal (4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri (5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri (6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri (7) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup (8) Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik: (1) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misal: TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin). (2) Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri (misal: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan). (3) Fasilitasi istirahat dan tidur (4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri. Edukasi: (1) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri (2) Jelaskan strategi meredakan nyeri (3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri (4) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat (5) Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi: (1) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p> |
| 2 | Gangguan citra tubuh b.d perubahan struktur/ bentuk tubuh (mastektomi) | | <p>Intervensi: Promosi citra tubuh: Observasi (1) Identifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan (2) Identifikasi budaya, agama, jenis kelami, dan umur terkait citra tubuh (3) Identifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi sosial</p> |

| | | | |
|---|--|--|--|
| | | | <p>(4) Monitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri</p> <p>(5) Monitor apakah pasien bisa melihat bagian tubuh yang berubah</p> <p>Terapiutik</p> <p>(1) Diskusikan perubahan tubuh dan fungsinya</p> <p>(2) Diskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri</p> <p>(3) Diskusikan akibat perubahan pubertas, kehamilan dan penuwaan</p> <p>(4) Diskusikan kondisi stres yang mempengaruhi citra tubuh (mis.luka, penyakit, pembedahan)</p> <p>(5) Diskusikan cara mengembangkan harapan citra tubuh secara realistis</p> <p>(6) Diskusikan persepsi pasien dan keluarga tentang perubahan citra tubuh</p> <p>Edukasi</p> <p>(1) Jelaskan kepada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh</p> <p>(2) Anjurkan mengungkapkan gambaran diri terhadap citra tubuh</p> <p>(3) Anjurkan menggunakan alat bantu (mis. Pakaian, wig, kosmetik)</p> <p>(4) Anjurkan mengikuti kelompok pendukung (mis. Kelompok sebaya).</p> <p>(5) Latih fungsi tubuh yang dimiliki</p> <p>(6) Latih peningkatan penampilan diri (mis. berdandan)</p> <p>(7) Latih pengungkapan kemampuan diri kepada orang lain maupun kelompok</p> |
| 3 | Risiko hipotermi perioperatif b.d suhu lingkungan rendah | Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 1 jam, termoregulasi membaik dengan kriteria hasil: (1) Mengigil menurun (2) Suhu tubuh membaik (3) Suhu kulit membaik. | Intervensi: Observasi: (1) Monitor suhu tubuh (2) Identifikasi penyebab hipotermia, (misal: terpapar suhu lingkungan rendah, kerusakan hipotalamus, penurunan laju metabolisme, kekurangan lemak subkutan) (3) Identifikasi penyebab hipotermia, (misal: terpapar |

| | | | |
|--|--|--|---|
| | | | <p>suhu lingkungan rendah, kerusakan hipotalamus, penurunan laju metabolisme, kekurangan lemak subkutan)</p> <p>(4) Monitor tanda dan gejala akibat hipotermi</p> <p>Teraupetik:</p> <p>(1) Sediakan lingkungan yang hangat (misal: atur suhu ruangan)</p> <p>(2) Lakukan penghangatan pasif (misal: Selimut, menutup kepala, pakaian tebal)</p> <p>(3) Lakukan penghangatan aktif eksternal (misal: kompres hangat, botol hangat, selimut hangat, metode kangguru)</p> <p>(4) Lakukan penghangatan aktif internal (misal: infus cairan hangat, oksigen hangat, lavase peritoneal dengan cairan hangat)</p> |
|--|--|--|---|

B. Konsep Kanker Payudara

1. Definisi

Carcinoma 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 (Amin HNuarif, 2015).

Kanker payudara adalah suatu tumor (maligna) yang berkembang dari selsel 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 atau yang biasa disebut carcinoma mammae adalah penyakit seluler yang dapat timbul dari jaringan payudara dengan manifestasi yang dapat mengakibatkan kegagalan untuk mengontrol proliferasi dan maturasesel (Putri, 2013)

2. Etiologi

a. Usia

Kanker payudara umumnya menyerang wanita kelompok usia 40 –

70 tahun, tetapi resiko terus meningkat dengan tajam dan cepat sesuai dengan pertumbuhan usia hal ini disebabkan oleh kemampuan pengendalian sel dan fungsi organ tubuh yang sudah menurun sehingga menyebabkan sel tumbuh tidak terkendali.

b. Genetik

Jika seseorang memiliki riwayat keluarga yang mengidap kanker payudara, maka kemungkinan besar akan berisiko bagi keturunannya. Ada riwayat ca mammae pada ibu atau saudara perempuan tubuh manusia normal memiliki gen yang mengendalikan pertumbuhan tumor yang disebut GEN BRCA1 dan BRCA2. Apabila gen ini bermutasi maka pertumbuhan sel tidak dapat dikendalikan dan akhirnya timbul sel kanker.

c. Riwayat Menstruasi

Early Menarche (sebelum 12 tahun) dan menopause (setelah 55 tahun) menstruasi pertama sebelum usia 12 tahun dan yang mengalami menopause setelah usia 55 tahun memiliki faktor resiko tinggi terkena kanker payudara karena jangka panjang terhadap estrogen dan progesteron meningkatkan resiko pengembangan kanker payudara.

d. Riwayat Kesehatan

Pernah mengalami atau menderita atipikal hiperplasia atau Benigna proliferasi yang pada biopsi payudara, ca endometrial.

e. Riwayat Reproduksi

Melahirkan anak pertama di atas usia 30 tahun di atau usia 30 tahun memiliki resiko 40 persen menderita kanker payudara dibanding wanita yang hamil dan melahirkan di usia 20 tahun hingga 25 tahun hal ini disebabkan karena mutasi genetik menjadi menjadi lebih umum seiring bertambahnya usia dan setiap mutasi genetik menjadi lebih umum seiring bertambahnya usia dan setiap mutasi di payudara akan berlipat ganda dan tumbuh saat hamil.

f. Menggunakan Obat Kontrasepsi Yang Lama

Peningkatan risiko kanker payudara sebagai efek pil KB terjadi karena akibat tingginya kadar estrogen dan progesteron yang

menyebabkan jaringan kelenjar payudara bertumbuh secara cepat pertumbuhan jaringan ini dapat berwujud sebagai sel abnormal atau tumor sehingga akan berkembang sebagai kanker

g. Terpapar zat karsinogen

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

h. 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. (Putri, 2013)

2. Manifestasi Klinis

- a. Ada benjolan yang keras di payudara dengan atau tanpa rasa sakit
- b. Bentuk puting berubah (retraksi nipple atau terasa sakit terus-menerus)
- c. Puting mengeluarkan cairan/darah (nipple discharge)
- d. Ada perubahan pada kulit payudara di antaranya berkerut seperti kulit jeruk (peaud'orange), melekok ke dalam (dimpling) dan borok (ulcus)
- e. Adanya benjolan-benjolan kecil di dalam atau kulit payudara (nodul satelit)
- f. Ada luka puting di payudara yang sulit sembuh (paget disease).
- g. Payudara terasa panas, memerah dan bengkak.
- h. Terasa sakit atau nyeri
- i. Benjolan yang keras itu tidak bergerak (terfiksasi) dan biasanya pada awal-awalnya tidak terasa sakit.
- j. Apabila benjolan itu kanker, awalnya biasanya hanya pada satu payudara
- k. Adanya benjolan di aksila dengan atau tanpa massa di payudara. (Amin HNuarif, 2015)

3. Klasifikasi

a. Stadium 0

Kanker insitu dimana sel kanker berada pada tempatnya didalam jaringan payudara normal

b. Stadium I

Kanker dengan garis tenga kurang 2 cm dan belum menyebar ke luar payudara

c. Stadium IIA

Kanker dengan garis tengah 2-5 cm dan belum menyebar ke kelenjar getah bening ketiak atau tumor dengan garis tengah kurang 2 cm tetapi sudah menyebar ke kelenjar getah bening ketiak.

d. Stadium IIB

Kanker dengan garis tengah lebih besar dari 5 cm dan belum menyebar ke kelenjar getah bening ketiak atau tumor dengan garis tengah 2- 5 cm tetapi sudah menyebar ke kelenjar getah bening ketiak.

e. Stadium III A

Kanker dengan garis tengah kurang dari 5 cm dan sudah menyebar kekelenjar getahbening ketiak disertai perlengketan satu sama lain atau perlengketan ke struktur lainnya atau tumor dengan garis tengah lebih dari dari5 cm dan sudah menyebar ke kelenjar getah bening ketiak.

f. Stadium IIIB

Kanker telah menyusup keluar payudara yaitu kedalam kulit payudara atau ke dinding dada atau telah menyebar ke kelenjar getah bening didalam dinding dada dan tulang dada.

g. Stadium IV

Kanker telah menyebar keluar daerah payudara dan dinding dada misalnya ke hati, tulang atau paru-paru (Pudiastuti, 2011).

4. Patofisiologi

Tumor atau neoplasma merupakan kelompok sel yang berubah dengan ciri proliferasi yang berlebihan dan tak berguna, yang tak mengikuti pengaruh jaringan sekitarnya. Proliferasi abnormal sel kanker akan mengganggu fungsi jaringan normal dengan menginfiltrasi dan

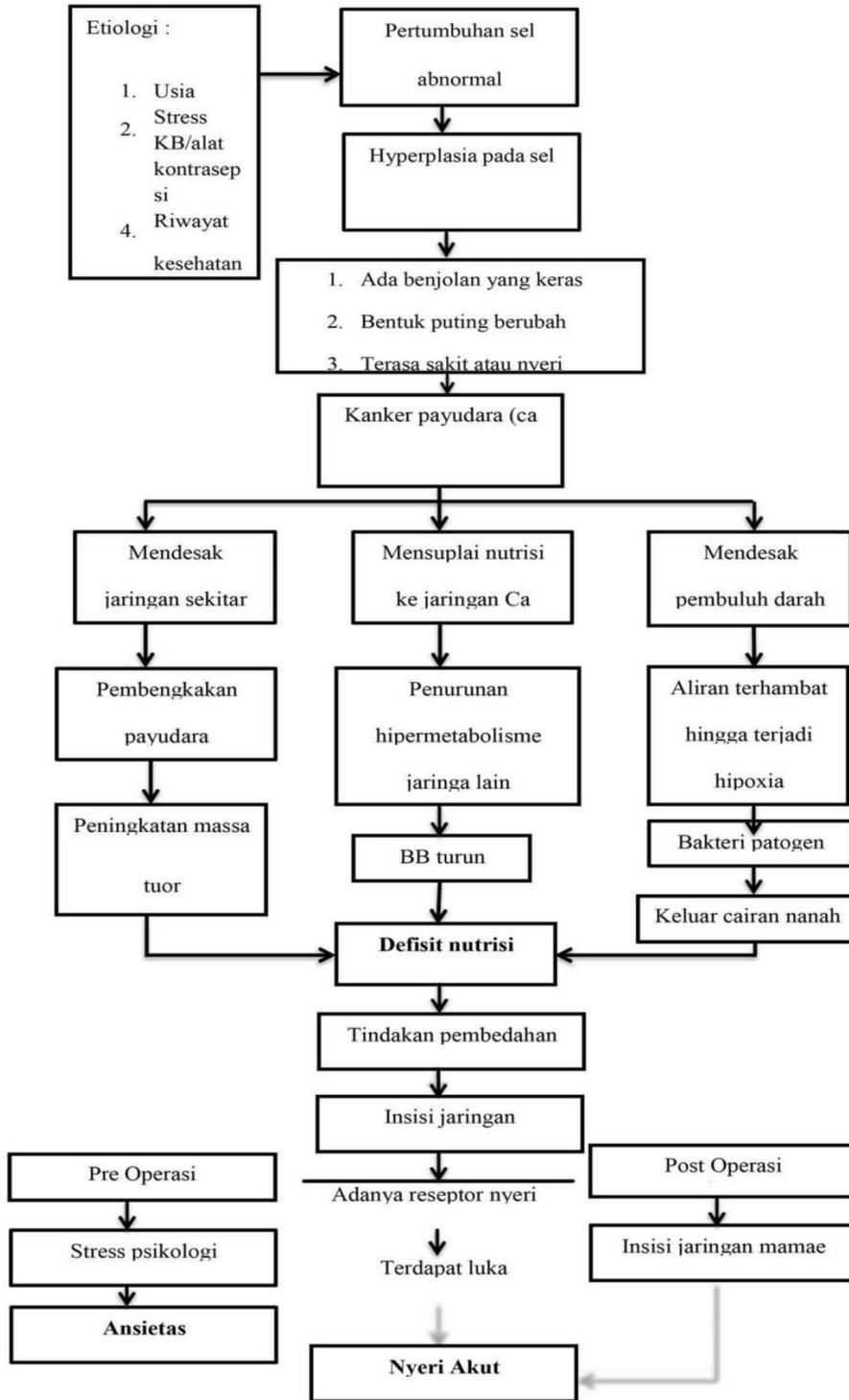
memasukinya dengan cara menyebarkan anak sebar ke organ-organ yang jauh. Di dalam sel tersebut telah terjadi perubahan secara biokimia terutama dalam intinya. Hampir semua tumor ganas tumbuh dari suatu sel yang mengalami transformasi maligna dan berubah menjadi sekelompok sel ganas di antara sel normal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

Sel kanker dapat menyebar melalui aliran pembuluh darah dan permeabilitas kapiler akan terganggu sehingga sel kanker dapat berkembang pada jaringan kulit. Sel kanker tersebut akan terus menginfiltrasi jaringan kulit, menghambat dan merusak pembuluh darah kapiler yang mensuplai darah ke jaringan kulit. Akibatnya jaringan dan lapisan kulit akan mati (nekrosis) kemudian timbul luka kanker. Jaringan nekrosis merupakan media yang baik untuk pertumbuhan bakteri, baik bakteri aerob atau anaerob. Bakteri tersebut akan menginfeksi dasar luka kanker sehingga menimbulkan bau yang tidak sedap.

Selain itu, sel kanker dan proses infeksi itu sendiri akan merusak permeabilitas kapiler kemudian menimbulkan cairan luka (eksudat) yang banyak. Cairan yang banyak dapat menimbulkan iritasi sekitar luka dan juga gatal-gatal. Pada jaringan yang rusak dan terjadi infeksi akan merangsang pengeluaran reseptor nyeri sebagai respon tubuh secara fisiologis, akibatnya timbul gejala nyeri yang hebat.

Sel kanker itu sendiri juga merupakan sel imatur yang bersifat rapuh dan merusak pembuluh darah kapiler yang menyebabkan mudah pendarahan. Adanya luka kanker, bau yang tidak sedap dan cairan yang banyak keluar akan menyebabkan masalah psikologis pada pasien. Akhirnya, pasien cenderung merasa rendah diri, mudah marah atau tersinggung, menarik diri dan membatasi kegiatannya. Hal tersebut yang akan menurunkan kualitas hidup pasien kanker (Astuti, 2016)

5. Pathway



Gambar 2. 1 Pathway Kanker Payudara Nuarif 2015

6. Komplikasi

- a. Gangguan Neurovaskuler
- b. Metastasis (otak, paru, hati, tulang tengkorak, vertebra, iga, tulang panjang)
- c. Fraktur patologi
- d. Fibrosis payudara
- e. Hinga kematian (Amin H Nuarif, 2015)

7. Pemeriksaan Penunjang

- a. Laboratorium meliputi
 - 1) Morfologi sel darah
 - 2) Laju endap darah
 - 3) Tes faal hati
 - 4) Tes tumor marker (carsino Embrionyk serum atauplasma
 - 5) Antigen/CEA) Dalam serum atau plasma
 - 6) Pemeriksaan sitologik

Pemeriksaan ini memegang peranan penting pada penilaian cairan yang keluar spontan dari putting payudar, cairan kista atau cairan yang keluar dari ekskoriasi

- b. Mammagrafi

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

- c. Ultrasonografi

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

- d. Thermography

Mengukur dan mencatat emisi panas yang berasal; dari mammae atau mengidentifikasi pertumbuhan cepat tumor sebagai titik

panas karena peningkatan suplay darah dan penyesuaian suhu kulit yang lebih tinggi.

e. Xerodiography

Memberikan dan memasukkan kontras yang lebih tajam antara 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 diagnosa definitif terhadap massa dan berguna klasifikasi histogi, 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 speredaran darah dengan sendimental dan sentrifugis darah (Fayzun, 2018)

8. Penatalaksanaan

a. Pembedahan

Bedah kuratif yang mungkin dilakukan ialah mastektomi radikal dan bedah konservatif merupakan eksisi tumor luas. Terapi kuratif dilakukan jika tumor terbatas pada payudara dan tidak ada infiltrasi ke dinding dada dan kulit mamma atau infiltrasi dari kelenjar limfe ke struktur sekitarnya.

b. Radioterapi

Radioterapi untuk kanker payudara biasanya digunakan sebagai terapi kuratif dengan mempertahankan mamma, dan sebagai terapi tambahan.

c. Kemoterapi

Merupakan terapi sistemik yang digunakan bila ada penyebaran sistemik dan sebagai terapi adjuvan. Kemoterapi adjuvan diberikan 26 kepada pasien yang pada pemeriksaan histopatologik pascabedah mastektomi ditemukan metastasis di sebuah atau beberapa kelenjar.

d. Terapi hormonal

Diberikan bila penyakit menjadi sistemik akibat metastasis jauh. Biasanya diberikan secara paliatif sebelum kemoterapi karena efek terapinya lebih lama dan efek sampingnya kurang (Sjamsuhidayat, 2005)

9. Pencegahan Kanker Payudara

Kanker payudara dapat dicegah dengan beberapa cara:

- a. Kesadaran akan payudara itu sendiri.
- b. Berikan ASI pada bayi
- c. Jika dalam pemeriksaan payudara sendiri ditemukan gumpalan, segera periksa kedokter
- d. Hindari mengkonsumsi alcohol
- e. Memperhatikan berat badan
- f. Lakukan olahraga secara teratur
- g. Mengurangi makanan berlemak
- h. Lakukan screening pada payudara secara teratur setelah berumur 50 tahun
- i. Mengatasi stres dengan baik

C. Masalah Keperawatan Nyeri Akut

1. Definisi

Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit atau intervensi bedah dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat) serta berlangsung singkat (kurang dari enam bulan) dan menghilang dengan atau tanpa pengobatan setelah pulih pada area yang rusak

(Mubarak, Indrawati, 2015)

Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3bulan(SDKI, 2017)

Nyeri adalah pengalaman sensori nyeri dan emosional yang tidak menyenangkan yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual dan potensial yang tidak menyenangkan yang terlokalisasi pada suatu bagian tubuh ataupun sering disebut dengan istilah destruktif dimana jaringan rasanya seperti di tusuk- tusuk, panas terbakar, melilit, seperti emosi, perasaan takut dan mual (Judha, 2017)

2. Penyebab Nyeri

Menurut (SDKI, 2017)

- a. Agen pencedera fisiologis (misalnya : inflamasi, iskemia, neoplasma)
- b. Agen pencedera kimiawi (misalnya : terbakar, bahan kimia iritan)
- c. Agen pencedera fisik (misalnya : abses, amputasi, trauma, terpotong, prosedur operasi, latihan fisik berlebih, mengangkat berat)

3. Tanda Dan Gejala Nyeri

Menurut (SDKI, 2017)

- a. Tanda dan gejala mayor
 - 1) subjektif Mengeluh nyeri
 - 2) Objektif
 - a) Tampak meringis
 - b) Bersikap protektif (misalnya : menghindari nyeri)
 - c) Gelisah
 - d) Frekuensi nadi meningkat
 - e) Sulit tidur
- b. Tanda dan gejala minor
 - 1) Subjektif
(Tidak tersedia)

- 2) Objektif
 - a) Tekanan darah meningkat
 - b) Pola napas berubah
 - c) Nafsu makan berubah
 - d) Proses berpikir terganggu
 - e) Menarik diri
 - f) Berfokus pada diri sendiri
 - g) Diaphoresis

4. Klasifikasi Nyeri

a. Nyeri akut

Nyeri akut adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan jaringan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung < 6 bulan (Nanda, 2012).

b. Nyeri kronik

Nyeri kronik adalah nyeri konstan yang menetap sepanjang suatu periode waktu. Nyeri ini berlangsung di luar waktu penyembuhan yang diperkirakan dan sering tidak dapat dikaitkan dengan penyebab atau cedera spesifik. Nyeri kronis sering didefinisikan sebagai nyeri yang berlangsung selama enam bulan atau lebih, meskipun enam bulan merupakan suatu periode yang dapat berubah untuk membedakan nyeri akut dan nyeri kronik (Bare, 2010).

5. Pengukuran Nyeri

a. Karakteristik nyeri (Metode P,Q,R,S,T)

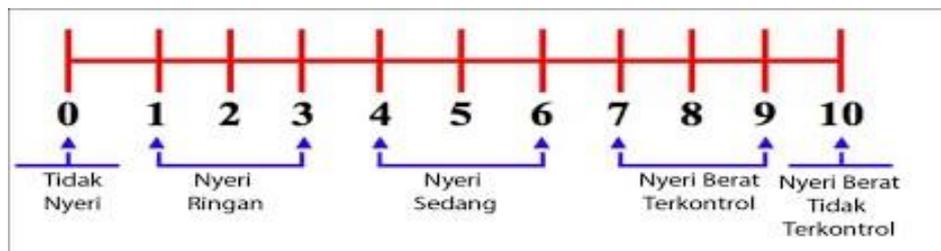
- 1) Faktor pencetus (P: Provocate), perawat mengkaji tentang penyebab atau stimulus-stimulus nyeri klien, dalam hal ini perawat melakukan observasi bagian-bagian tubuh yang mengalami cedera.
- 2) Kualitas (Q: Quality), merupakan suatu yang subjektif yang

diungkapkan oleh klien. Klien mendeskripsikan nyeri dengan kalimat-kalimat : tajam, tumpul berdenyut, berpindah-pindah seperti bertindih, perih, tertusuk, dan lain-lain. Dimana tiap klien mungkin berbeda-beda dalam melaporkan kualitas nyeri yang dirasakan.

- 3) Lokasi (R: Region), untuk mengkaji lokasi nyeri, perawat meminta klien untuk menunjukkan semua bagian daerah yang dirasakan tidak nyaman oleh klien. Untuk melokalisasi nyeri lebih spesifik, maka perawat dapat meminta klien untuk melacak daerah nyeri dari titik yang paling nyeri.
- 4) Keparahan (S:Severe), tingkat keparahan klien tentang nyeri merupakan karakteristik yang paling subjektif. Pengkajian ini klien diminta untuk menggambarkan nyeri yang dirasakan sebagai nyeri ringan, nyeri sedang atau nyeri berat dengan menggunakan skala 1-10.
- 5) Durasi (T:Time), menanyakan pada klien untuk durasi dan rangkaian nyeri seperti kapan mulai terasa adanya nyeri, sudah berapa lama menderita, tingkat kekambuhan dan lain-lain(Zakiyah, 2015)

b. Skala Numerik

Skala Numerik, digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsian kata. Dalam hal ini, klien menilai nyeri dengan skala 0 sampai 10. Angka 0 diartikan kondisi klien tidak merasakan nyeri, angka 10 mengindikasikan nyeri paling berat yang dirasakan klien. Skala ini efektif digunakan untuk mengkaji intensitas terapeutik (Tafrina, 2017)



Gambar 2. 2 Skala Numerik

- 1) Skala nyeri 0: Tidak nyeri
- 2) Skala nyeri 1-3: Nyeri ringan (masih bisa ditahan, aktivitas tak terganggu)
- 3) Skala nyeri 4-6: Nyeri sedang (mengganggu aktivitas)
- 4) Skala nyeri 7-9: Nyeri berat terkontrol (tidak dapat melakukan aktivitas secara mandiri)
- 5) Skala nyeri 10 : Nyeri sudah tidak bisa terkontrol lagi



6. Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri

Menurut (Hawks, 2014) faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri antara lain:

a. Persepsi

Persepsi nyeri dipengaruhi oleh individu pada nyeri. Untuk memahami toleransi, seseorang harus membedakan antara batas nyeri dan toleransi nyeri. Batas nyeri didefinisikan sebagai intensitas terendah dari stimulus menyakitkan yang dapat bervariasi bergantung pada persepsi nyeri atau interpretasi nyeri faktor fisiologis, namun pada dasarnya sama bagi semua individu jika sistem syaraf pusat dan perifer tidak bermasalah.

b. Faktor sosial budaya, ras, budaya, dan etnik

Merupakan faktor yang penting dalam respon individu terhadap nyeri. Faktor-faktor ini mempengaruhi seluruh respon sensori, termasuk respon terhadap nyeri. Kita belajar bagaimana respon nyeri dan pengalaman lainya dari keluarga dan klompok etnik. Respon terhadap nyeri cenderung 30 merefleksikan moral budaya kita masing-masing. Sebagai contoh, mengutarakan nyeri secara verbal mungkin dianggap sesuai sesuai komunitas italia, namun tidak demikian bagi komunitas jerman yang menjunjung tinggi stoicisme.

c. Usia

Dapat mengubah persepsi dan pengalaman nyeri. Terdapat beberapa variasi dalam batas nyeri yang dikaitkan dengan kronologi usia, namun tidak ada bukti terkini yang berkembang secara jelas. Individu dewasa mungkin tidak melaporkan adanya nyeri karena takut bahwa hal tersebut mengindikasikan diagnosis yang buruk.

d. Jenis kelamin

Dapat menjadikan faktor yang signifikan dalam respon nyeri, pria lebih jarang melaporkan nyeri dibandingkan wanita. Di beberapa budaya di Amerika Serikat, pria diharapkan lebih jarang mengekspresikan nyeri dibandingkan wanita. Hal ini tidak berarti bahwa pria jarang merasakan nyeri, hanya saja mereka jarang memperlihatkan hal itu.

e. Tingkat kecemasan

Kecemasan meningkatkan persepsi nyeri. Kecemasan sering kali dikaitkan dengan pengertian atas nyeri. Jika penyebab nyeri tidak diketahui, kecemasan cenderung lebih tinggi dan nyeri semakin memburuk

7. Penatalaksanaan

Beberapa tindakan yang dapat dilakukan untuk mengurangi rasa nyeri, meliputi tindakan non farmakologis dan tindakan farmakologis.

a. Penatalaksanaan non farmakologis

1) Relaksasi napas dalam

Teknik relaksasi memberikan individu kontrol diri ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri, stress fisik dan emosi pada nyeri. Ada tiga hal utama yang diperlukan dalam relaksasi yaitu posisi yang tepat, pikiran beristirahat, lingkungan yang tenang. Posisi tubuh disokong (misal, bantal menyokong leher), persendian fleksi dan otot-otot tidak tertarik (misal tangan dan kaki tidak disilangkan). Untuk menenangkan pikiran klien dianjurkan pelan-pelan memandang sekeliling ruangan. Untuk melestarikan wajah klien dianjurkan untuk tersenyum dan membiarkan geraham bawah kendur. Teknik relaksasi sebagai berikut :

- a) Klien menarik napas dalam dan mengisi paru-paru dengan udara
- b) Perlahan-lahan udara dihembuskan sambil membiarkan tubuh menjadi kendur dan merasakan nyaman
- c) Klien bernapas beberapa kali dengan irama normal
- d) Klien menarik napas dalam lagi dan menghembuskan pelan-pelan.
- e) Anjurkan klien untuk mengkonsentrasikan pikiran klien padakaknya yang terasa ringan dan hangat
- f) Klien mengulang langkah 4 dan mengkonsentrasikan pikiran padalengan, perut, punggung dan kelompok otot-otot yang lain
- g) Setelah merasa rileks, klien dianjurkan untuk bernapas secara pelan-pelan(Tafrina, 2017).

2) Terapi music

Terapi Musik memiliki pengaruh yang besar terhadap pusat fisik dan jaringan saraf pada tubuh manusia. Musik juga memiliki pengaruh terhadap sistem saraf simpatis (tidak sadar) atau otomatis, baik secara langsung maupun tidak langsung. Sementara musik sedatif atau

musik relaksasi menurunkan detak jantung, tekanan darah, menurunkan tingkat rangsang (nyeri) dan secara umum membuat tenang. Terapi musik dapat digunakan individu untuk memonitor dirinya secara terus menerus terhadap indikator ketegangan, serta untuk membiarkan dan melepaskan dengan sadar jika terjadi ketegangan yang dirasakan oleh tubuh. Teknik terapi music sebagai berikut :

- a) Posisikan klien nyaman mungkin
- b) Pilih musik klasik, instrumental, atau slow
- c) Anjurkan klien mendengarkan dengan tenang dan rileks (Purnamasari, 2016)

b. Penatalaksanaan farmakologis

1) Analgesik

Merupakan metode yang paling umum untuk mengatasi nyeri. Ada tiga jenis analgesik, yakni: non narkotik dan obat anti inflamasi nonsteroid (NSAID), analgesik narkotik atau opiate, obat tambahan atau koanalgesik.

2) Antipiretik

Pengobatan serangan akut dengan Colchicine 0,6 mg (pemberian oral), Colchicine 1,0 – 3,000 mg (dalam NaCl intravena) tiap 8 jam sekali untuk mencegah fagositosis dari Kristal asam urat oleh netrofil sampai nyeri berkurang, Phenilbutazone, Indomethacin, Allopurinol untuk menekan atau mengontrol tingkat asam urat dan mencegah serangan (Tafrina, 2017).

c. Konsep Mastektomi

1) Pengertian mastektomi

Mastektomi merupakan pembedahan yang di lakukan untuk mengangkat payudara (Pamungkas, 2018) Mastektomi adalah operasi pengangkatan payudara baik itu sebagian atau seluruh payudara (Suyatno & Pasaribu, 2014). Mastektomi adalah

pemotongan melintang dan pengangkatan jaringan payudara dari tulang selangka (*superior*) ke batas depan *latissimus dorsi* (*lateral*) ke *rectus sheath* (*inferior*) dan *midline* (*medial*).

2) Tujuan tindakan mastektomi

a. Kuratif

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

b. Paliatif

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

3) Indikasi Mastektomi *Carcinoma Mammae*

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

4) Syarat – Syarat Tindakan Mastektomi

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

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

5) Komplikasi Post Mastektomi

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

Selama ini komplikasio yang bersifat masih tinggi (10%-50%). Komplikasi fisik ini terutama dirasakan pada daerah bekas operasi lengan atas dan lengan bawah (Van de Velde, et al, 1999 dalam Sudarto, 2002 dalam Aini, 2015). Keterbatasan gerak bahu sedikitnya bisa muncul dalam 2 minggu immobilisasi. Mobiltas lengan dan bahu adalah.

D. Penelitian Terkait

1. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Yuli Yanti (2022) yang berjudul “Manajemen nyeri teknik non farmakologis tarik nafas dalam pada pasien Post op mastektomi ‘ ’ telah dilakukan asuhan keperawatan pada Ny.s dengan diagnosa medis Ca mammae terjadi penurunan tingkat nyeri dari sebelum dan sesudah dilakukan intervensi relaksasi nafas dalam dari sebelum dilakukan skala nyeri 6 (sedang) setelah dilakukan menjadi 3 (ringan) dapat disimpulkan bahwa adanya pengaruh teknik terhadap penurunan nyeri Post op diruang wijaya kusuma RSUD Prof Dr. Margono soekajo Purwokerto.
2. Penelitian yang dilakukan oleh Eka (2019) yang berjudul “Pemberian Asuhan Keperawatan secara Holistik pada Pasien Post Operasi Kanker Payudara” menyatakan bahwa pasien kanker payudara memerlukan asuhan keperawatan yang menyeluruh (holistik), sehingga kebutuhan pasien dapat terpenuhi. Tujuan pemberian asuhan keperawatan ini agar memahami etiologi, manifestasi klinik, faktor risiko pasien kanker payudara, lebih memahami asuhan keperawatan pasien kanker payudara,

dan mengidentifikasi *evidence based* terkait kondisi pasien kanker payudara. Metode pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan dilakukan melalui beberapa proses pemberian asuhan keperawatan yaitu pengkajian, analisis data, diagnosis keperawatan, intervensi dan evaluasi pasien kanker payudara di Rumah Sakit Garut. Didapatkan 3 masalah keperawatan yang muncul yaitu nyeri akut, hambatan mobilitas fisik, dan kurangnya pengetahuan pasien terkait masalah kesehatan yang dialami pada pasien saat ini. Setelah dilakukan pemberian asuhan keperawatan permasalahan pasien teratasi.