

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Tinjauan Konsep Perioperatif

1. Pengertian Keperawatan Perioperatif

Keperawatan perioperatif adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan pasien. Kata “perioperatif” adalah suatu istilah gabungan yang mencakup tiga fase pengalaman pembedahan, yaitu praoperatif, intra operatif, dan pasca operatif. Dalam setiap fase tersebut dimulai dan diakhiri dalam waktu tertentu dalam urutan peristiwa yang membentuk pengalaman bedah, dan masing-masing mencakup rentang perilaku dan aktivitas keperawatan yang luas yang dilakukan oleh perawat dengan menggunakan proses keperawatan dan standart keperawatan (Brunner & Suddarth, 2010).

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 perioperative. Keperawatan perioperative dilakukan berdasarkan proses keperawatan sehingga perawat perlu menetapkan strategi yang sesuai dengan kebutuhan individu selama periode perioperative (pre, intra, post) (Muttaqin & Sari, 2009).

Menurut Alimul (2009) perioperatif merupakan tahapan dalam proses pembedahan yang dimulai dari prabedah (preoperative), bedah (intraoperative), dan pasca beda (postoperative).

2. Fase Pelayanan Perioperatif

Keahlian seorang perawat kamar bedah dibentuk dari pengetahuan keperawatan professional dan keterampilan psikomotor yang kemudian diintegrasikan kedalam tindakan keperawatan yang harmonis. Kemampuan dalam mengenali masalah pasien yang sifatnya risiko atau aktual pada setiap

fase perioperative akan membantu penyusunan rencana intervensi keperawatan (Muttaqin & Sari, 2009).

a. Fase Pre Operatif

Fase praoperatif adalah waktu sejak keputusan untuk operasi diambil hingga sampai ke meja pembedahan, tanpa memandang riwayat atau klasifikasi pembedahan. 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, 2009).

b. Fase Intra Operatif

Fase intra operatif adalah suatu masa dimana pasien sudah berada di meja pembedahan sampai ke ruang pulih sadar. Asuhan keperawatan intraoperative merupakan salah satu fase asuhan yang dilewati pasien bedah dan diarahkan pada peningkatan keefektifan hasil pembedahan. Pengkajian yang dilakukan perawat intraoperative lebih kompleks dan harus dilakukan secara cepat dan ringkas agar dapat segera dilakukan tindakan keperawatan yang sesuai. Kemampuan dalam mengenali masalah pasien yang bersifat risiko atau aktual akan didapatkan berdasarkan pengetahuan dan pengalaman keperawatan. Implementasi dilaksanakan berdasarkan pada tujuan yang di prioritaskan, kordinasi seluruh anggota tim intraoperative, dan melibatkan tindakan independent dan dependen.

Pada fase intraoperative, pasien akan mengalami berbagai prosedur, prosedur pemberian anestesi, pengaturan posisi tubuh, manajemen aseptis, dan prosedur tindakan invasive akan memberikan implikasi pada masalah keperawatan yang akan muncul (Muttaqin & Sari, 2009).

c. Fase Post Operatif

Fase pasca operatif adalah suatu kondisi dimana pasien sudah masuk di ruang pulih sadar sampai pasien dalam kondisi sadar betul untuk dibawa ke ruang rawat inap. Ruang pulih sadar (*recovery room*) atau unit perawatan

pasca anestesi (PACU) merupakan suatu ruangan untuk pemulihan fisiologis pasien pasca operatif. PACU biasanya terletak berdekatan dengan ruang operasi (Muttaqin & Sari, 2009).

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

3. Klasifikasi Perawat Perioperatif

Menurut urgensimmaka tindakan operasi dapat diklasifikasikan menjadi 5 tingkatan, yaitu :

- 1) Kedaruratan/Emergency, pasien membutuhkan perhatian segera, gangguan mungkin mengancam jiwa. Indikasi dilakukan operasi tanpa di tunda. Contoh: perdarahan hebat, obstruksi kandung kemih atau usus, fraktur tulang tengkorak, luka tembak atau tusuk, luka bakar sanagat luas.
- 2) Urgen, pasien membutuhkan perhatian segera. Operasi dapat dilakukan dalam 24-30 jam. Contoh: infeksi kandung kemih akut, batu ginjal atau batu pada uretra.
- 3) Diperlukan, pasien harus menjalani operasi. Operasi dapat direncanakan dalam beberapa minggu atau bulan. Contoh: Hiperplasia prostat tanpa obstruksi kandung kemih, gangguan tyroid dan katarak.
- 4) Elektif, Pasien harus dioperasi ketika diperlukan. Indikasi operasi, bila tidak dilakukan operasi maka tidak terlalu membahayakan. Contoh: perbaikan Scar, hernia sederhana dan perbaikan vaginal.

- 5) Pilihan, Keputusan tentang dilakukan operasi diserahkan sepenuhnya pada pasien. Contoh: bedah kosmetik.

Sedangkan menurut faktor resikonya, tindakan operasi dibagi menjadi:

- 1) Minor, menimbulkan trauma fisik yang minimal dengan resiko kerusakan yang minim. Contoh : insisi. Drainage kandung kemih, sirkumsisi.
- 2) Mayor, menimbulkan trauma fisik yang luas, resiko kematian sangat serius. Contoh : total abdominal histerektomi, reseksi colon, dan ;ain-lain.

4. Komplikasi Post Operatif dan Penatalaksanaanya

1) Syok

Syok yang terjadi pada pasien operasi biasanya berupa syok hipovolemik. Tanda-tanda syok adalah: Pucat , Kulit dingin, basah, pernafasan cepat, sianosis pada bibir, nadi cepat, lemah, 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.

2) 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.

3) 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.

(1) Retensi urin

Retensi urine 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.

(2) 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.

(3) Sepsis

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

(4) 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.

(5) 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 Perioperatif

1. Pengkajian

a. Pre Operatif

Pengkajian pasien pada fase pre operatif secara umum dilakukan untuk menggali permasalahan pada pasien sehingga perawat dapat melakukan intervensi yang sesuai dengan kondisi pasien (Muttaqin & Sari, 2009).

1) Pengkajian Umum

Pada pengkajian pasien di unit rawat inap, poliklinik, bagian bedah sehari, atau unit gawat darurat dilakukan secara komprehensif di mana seluruh hal yang berhubungan dengan pembedahan pasien perlu dilakukan secara seksama.

- (a) Identitas pasien : pengkajian ini diperlukan agar tidak terjadi duplikasi nama pasien. Umur pasien sangat penting untuk diketahui guna melihat kondisi pada berbagai jenis pembedahan. Selain itu juga diperlukan untuk memperkuat identitas pasien.
- (b) Jenis pekerjaan dan asuransi kesehatan : diperlukan sebagai persiapan finansial yang sangat bergantung pada kemampuan pasien dan kebijakan rumah sakit tempat pasien akan menjalani proses pembedahan.
- (c) Persiapan umum : persiapan informed consent dilakukan sebelum dilaksanakannya tindakan.

2) Riwayat Kesehatan

Pengkajian riwayat kesehatan pasien di rawat inap, poliklinik, bagian bedah sehari, atau unit gawat darurat dilakukan perawat melalui Teknik wawancara untuk mengumpulkan riwayat yang diperlukan sesuai dengan klasifikasi pembedahan.

- (a) Riwayat alergi : perawat harus mewaspadaai adanya alergi terhadap berbagai obat yang mungkin diberikan selama fase intraoperative
- (b) Kebiasaan merokok, alcohol, narkoba : pasien perokok memiliki risiko yang lebih besar mengalami komplikasi paru-paru pasca operasi, kebiasaan mengonsumsi alcohol mengakibatkan reaksi yang merugikan terhadap obat anestesi, pasien yang mempunyai riwayat pemakaian narkoba perlu diwaspadai atas kemungkinan besar untuk terjangkit HIV dan hepatitis
- (c) Pengkajian nyeri : pengkajian nyeri yang benar memungkinkan perawat perioperative untuk menentukan status nyeri pasien.

Pengkajian nyeri menggunakan pendekatan P (Problem), Q (Quality), R (Region), S (Scale), T (Time).

3) Pengkajian Psiko sosio spiritual

- (a) Kecemasan praoperatif : bagian terpenting dari pengkajian kecemasan perioperative adalah untuk menggali peran orang terdekat, baik dari keluarga atau sahabat pasien. Adanya sumber dukungan orang terdekat akan menurunkan kecemasan
- (b) Perasaan : pasien yang merasa takut biasanya akan sering bertanya, tampak tidak nyaman jika ada orang asing memasuki ruangan, atau secara aktif mencari dukungan dari teman dan keluarga.
- (c) Konsep diri : pasien dengan konsep diri positif lebih mampu menerima operasi yang dialaminya dengan tepat.
- (d) Citra diri : perawat mengkaji perubahan citra tubuh yang pasien anggap terjadi akibat operasi. Reaksi individu berbeda-beda bergantung pada konsep diri dan tingkat harga dirinya
- (e) Sumber coping : perawat perioperative mengkaji adanya dukungan yang dapat diberikan oleh anggota keluarga atau teman pasien.
- (f) Kepercayaan spiritual : kepercayaan spiritual memainkan peranan penting dalam menghadapi ketakutan dan ansietas.
- (g) Pengetahuan, persepsi, pemahaman : dengan mengidentifikasi pengetahuan, persepsi, pemahaman, pasien dapat membantu perawat merencanakan penyuluhan dan tindakan untuk mempersiapkan kondisi emosional pasien.
- (h) Inform consent : suatu izin tertulis yang dibuat secara sadar dan sukarela oleh pasien sebelum suatu pembedahan dilakukan.

4) Pemeriksaan Fisik

Ada berbagai pendekatan yang digunakan dalam melakukan pemeriksaan fisik, mulai dari pendekatan head to toe hingga pendekatan per system. Perawat dapat menyesuaikan konsep pendekatan pemeriksaan fisik dengan kebijakan prosedur yang digunakan institusi

tempat ia bekerja. Pada pelaksanaannya, pemeriksaan yang dilakukan bisa mencakup sebagian atau seluruh system, bergantung pada banyaknya waktu yang tersedia dan kondisi preopratif pasien. Focus pemeriksaan yang akan dilakukan adalah melakukan klarifikasi dari hasil temuan saat melakukan anamnesis riwayat kesehatan pasien dengan system tubuh yang akan dipengaruhi atau memengaruhi respons pembedahan.

5) Pemeriksaan Diagnostik

Sebelum pasien menjalani pembedahan, dokter bedah akan meminta pasien untuk menjalani pemeriksaan diagnostic guna memeriksa adanya kondisi yang tidak normal. Perawat bertanggung jawab mempersiapkan dalam klien untuk menjalani pemeriksaan diagnostic dan mengatur agar pasien menjalani pemeriksaan yang lengkap. perawat juga harus mengkaji kembali hasil pemeriksaan diagnostic yang perlu diketahui dokter untuk membantu merencanakan terapi yang tepat.

b. Intra Operatif

Pengkajian intraoperative secara ringkas mengkaji hal-hal yang berhubungan dengan pembedahan. Diantaranya dalah validasi identitas dan prosedur jenis pembedahan yang akan dilakukan, serta konfirmasi kelengkapan data dan penunjang laboratorium dan radiologi (Muttaqin & Sari, 2009).

c. Post Operatif

Pengkajian pascaanestesi dilakukan sejak pasien mulai dipindahkan dari kamar operasi ke ruang pemulihan. Pengkajian di ruang pemulihan berfokus pada keselamatan jiwa pasien (Muttaqin & Sari, 2009).

- 1) Status respirasi, meliputi : kebersihan jalan nafas, kedalaman pernafasaan, kecepatan dan sifat pernafasan dan bunyi nafas.
- 2) Status sirkulatori, meliputi : nadi, tekanan darah, suhu dan warna kulit.
- 3) Status neurologis, meliputi tingkat kesadaran.

- 4) Balutan, meliputi : keadaan drain dan terdapat pipa yang harus disambung dengan sistem drainage.
- 5) Keselamatan, meliputi : diperlukan penghalang samping tempat tidur, kabel panggil yang mudah dijangkau dan alat pemantau dipasang dan dapat berfungsi.
- 6) Perawatan, meliputi : cairan infus, kecepatan, jumlah cairan, kelancaran cairan. Sistem drainage : bentuk kelancaran pipa, hubungan dengan alat penampung, sifat dan jumlah drainage.
- 7) Nyeri, meliputi : waktu, tempat, frekuensi, kualitas dan faktor yang memperberat /memperingan.

2. Diagnosa Keperawatan

Tabel 2.1 Diagnosa Keperawatan

Tahapan	Masalah Keperawatan	Etiologi
Pre Operasi	Ansietas	Krisis Situasional
Intra Operasi	Resiko Perdarahan	Tindakan Pembedahan
Post Operasi	Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif	Efek Agen Farmakologi (Anastesi)

(Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

3. Intervensi Keperawatan

Fokus intervensi adalah optimalisasi agar pembedahan bisa dilaksanakan secara optimal. Tujuan utama keperawatan pada jenis pembedahan onkologi payudara adalah mencegah kontaminasi intraoperative dan optimalisasi hasil pembedahan (Muttaqin & Sari, 2009). Intervensi keperawatan yang diberikan sebagai berikut:

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan

NO	DX	TUJUAN	INTERVENSI
Pre Operatif			
1	Ansietas b.d Krisis Situasional	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan Ansietas dapat terkontrol dengan KH:	Observasi: 1) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (misal : kondisi, waktu, stresor)

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Secara verbal dapat mendemonstrasikan teknik menurunkan cemas 2. Perilaku gelisah menurun 3. Perilaku tegang menurun 	<ol style="list-style-type: none"> 2) Identifikasi kemampuan mengambil keputusan 3) Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal). <p>Teraupetik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ciptakan suasana teraupetik untuk menumbuhkan kepercayaan. 2) Temani pasien untuk mengurangi kecemasan 3) Pahami situasi yang membuat ansietas 4) Dengarkan dengan penuh perhatian 5) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 6) Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan 7) Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan 8) Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Jelaskan prosedur serta sensasi yang mungkin dialami 2) Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis 3) Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien 4) Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif 5) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 6) Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

			<p>7) Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat</p> <p>8) Latih tehnik relaksasi</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>1) Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu</p>
Intra Operatif			
2	<p>Resiko Perdarahan b.d Tindakan Pembedahan</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tidak terjadi perdarahan dengan KH:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tanda-tanda perdarahan minimal 2. CRT <3 detik 3. Perdarahan terkontrol 4. Tekanan darah dan denyut nadi membaik 	<p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala perdarahan 2. Monitor nilai hemoglobin/hematocrit sebelum dan setelah kehilangan darah 3. Monitor tanda-tanda vital ortostatik 4. Monitor koagulasi <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batasi tindakan invasive, jika perlu <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlu 2. Anjirkan beri prodik darah, jika perlu.
Post Operatif			
3	<p>Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif b.d Efek Agen Farmakologis</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan bersihan jalan nafas adekuat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Produksi sputum menurun 2. Saturasi oksigen >98% 	<p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) 2) Monitor bunyi napas tambahan (mis: gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering) 3) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)

		<p>3. Frekuensi nafas membaik</p> <p>4. Pola nafas membaik</p>	<p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pertahankan kepatenan jalan nafas dengan head-tilt dan chin-lift (jaw-thrust jika curiga trauma servikal) 2) Posisikan semi-fowler atau fowler 3) Berikan minum hangat 4) Lakukan fisioterapi dada, jika perlu 5) Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 6) Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal 7) Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill 8) Berikan oksigen, jika perlu <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Anjurkan asupan cairan 2000ml/hari, jika tidak kontraindikasi 2) Ajarkan Teknik batuk efektif <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.
--	--	----------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

C. Teori Kanker Payudara

a. Definisi Kanker Payudara

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 (NANDA NIC-NOC, 2015). Kanker payudara adalah sekelompok sel tidak normal pada payudara yang terus

menerus berlipat ganda. Pada akhirnya sel-sel ini menjadi bentuk benjolan di payudara (Sutiningsih, 2016).

b. Etiologi

Penyebab kanker payudara belum dapat ditentukan, tetapi terdapat beberapa faktor resiko yang telah ditetapkan, keduanya adalah lingkungan dan genetik. Kanker payudara memperlihatkan proliferasi keganasan sel epitel yang membatasi duktus atau lobus payudara. Pada awalnya hanya terdapat hiperplasia sel dengan perkembangan sel-sel yang atipikal dan kemudian berlanjut dan kemudian berlanjut menjadi karsinoma insitu dan menginvasi stroma. Kanker membutuhkan waktu 7 tahun untuk tumbuh dari satu sel menjadi massa. Hormon steroid yang dihasilkan oleh ovarium juga berperan dalam pembentukan kanker payudara (estradiol dan progesterone mengalami perubahan dalam lingkungan seluler) (NANDA NIC-NOC, 2015).

Faktor resiko terjadinya kanker payudara:

1. Riwayat pribadi tentang kanker payudara
2. Anak perempuan atau saudara perempuan (hubungan keluarga langsung) dari wanita dengan kanker payudara
3. Nulipara dan usia maternal lanjut saat kelahiran anak pertama
4. Menopause pada usia lanjut
5. Riwayat penyakit payudara jinak
6. Pemajanan terhadap radiasi ionisasi setelah masa pubertas dan sebelum usia 30 tahun beresiko hampir 2 kali lipat
7. Obesitas-resiko terendah diantara wanita pascamenopause
8. Kontrasepsi oral

c. Tanda dan Gejala

Tanda carcinoma kanker payudara kini mempunyai ciri fisik yang khas, mirip pada tumor jinak, masa lunak, batas tegas, mobile, bentuk bulat dan elips. Gejala carcinoma kadang tak nyeri, kadang nyeri, adanya keluaran dari puting

susu, puting eritema, mengeras, asimetik, inversi, gejala lain nyeri tulang, berat badan turun dapat sebagai petunjuk adanya metastase (NANDA NIC-NOC, 2015).

Adapun tanda dan gejala kanker payudara :

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

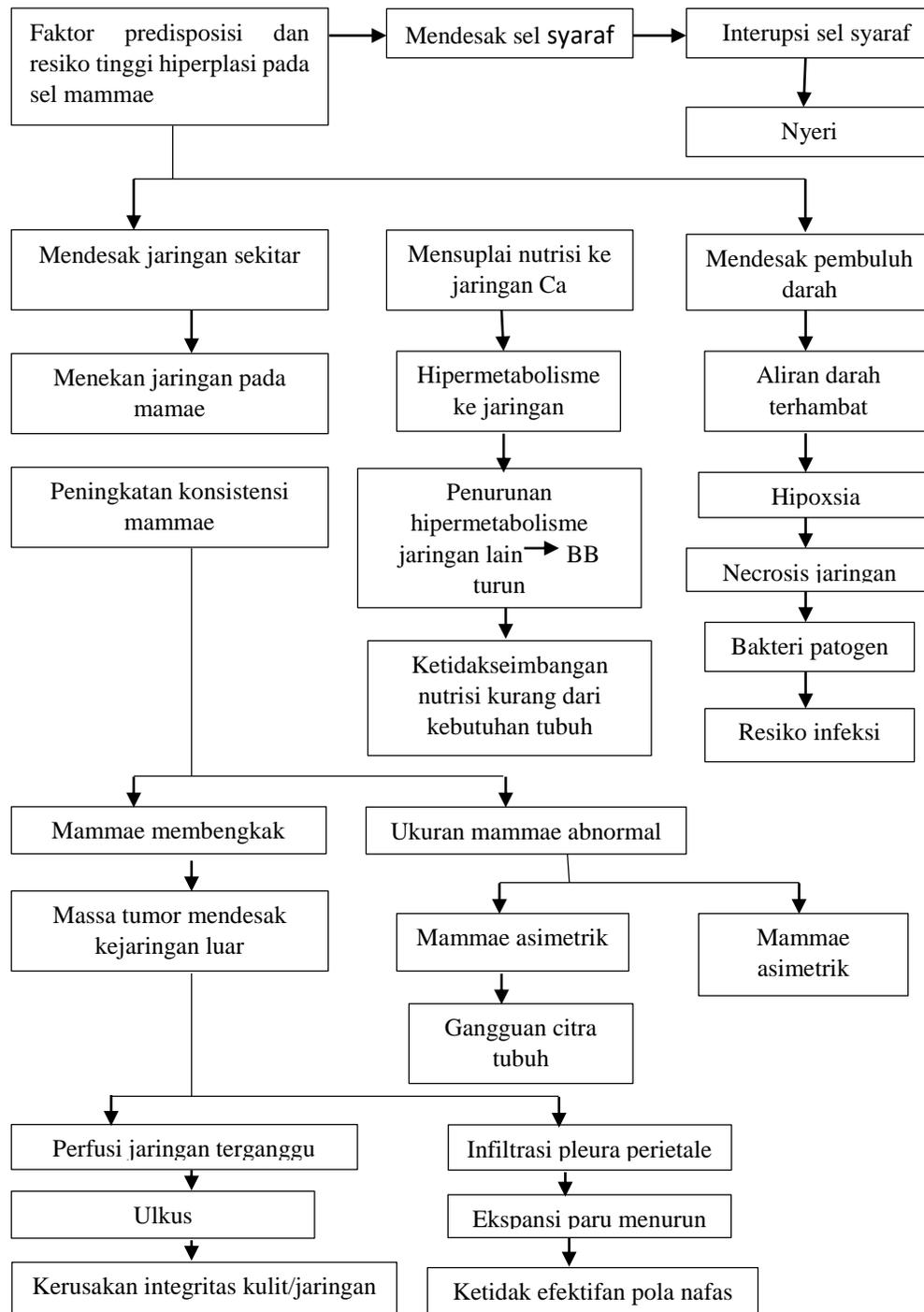
d. Faktor Resiko

- 1) Kanker payudara yang terdahulu terjadi malignitas sinkron di payudara lain karena mammae adalah organ berpasangan.
- 2) Keluarga, diperkirakan 5% semua kanker adalah predisposisi keturunan ini, dikuatkan bila 3 anggota keluarga terkena *carsinoma mammae*.
- 3) Kelainan payudara (benigna) kelainan fibrokistik (benigna) terutama pada periode fertil, telah ditunjukkan bahwa wanita yang menderita / pernah menderita yang porliferatif sedikit meningkat.
- 4) Faktor endokrin dan reproduksi graviditas matur kurang dari 20 tahun dan graviditas lebih dari 30 tahun, menarche kurang dari 12 tahun.
- 5) Obat anti konseptiva oral, penggunaan pil anti konsepsi jangka panjang lebih dari 12 tahun (NANDA NIC-NOC, 2015).

e. Patofisiologis Kanker Payudara

Gambar 2.1 Pathway Kanker Payudara

Sumber: NANDA NIC-NOC (2015)



f. Pemeriksaan Penunjang

1) MRI (*Magnetic Resonance Imaging*)

MRI sangat baik untuk deteksi local recurrence pasca BCT atau augmentasi payudara dengan implant, deteksi multifocal cancer dan sebagai tambahan terhadap mamografi pada kasus tertentu. MRI sangat berguna dalam skrining pasien usia muda dengan densitas payudara yang padat yang memiliki resiko kanker payudara yang tinggi. Sensitivitas MRI mencapai 98%.

2) Ultrasonografi

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

3) 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.

4) 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.

5) CT. Scan

Dipergunakan untuk diagnosis metastasis carcinoma payudara pada organ lain.

6) *Bone scan*, foto toraks, USG abdomen

Pemeriksaan bone scan bertujuan untuk evaluasi metastasi di tulang. *Bone scan* secara rutin tidak dianjurkan pada stadium dini yang asimtomatis karena berdasarkan beberapa penelitian hanya 2% hasil yang positif pada kondisi ini, berbeda dengan halnya pada yang simtomatis stadium III, insiden positif bone scan mencapai 25% oleh karenanya pemeriksaan bone scan secara rutin sangat bermanfaat.

7) Pemeriksaan laboratorium dan marker

Pemeriksaan laboratorium darah yang dianjurkan adalah darah rutin, alkaline phosphatase, SGOT, SGPT dan tumor marker. Tumor marker untuk kanker payudara yang dianjurkan adalah carcinoembryonic antigen (CEA), cancer antigen (CA) 15-3, dan CA 27-29.

g. Penatalaksanaan

Menurut NANDA *NIC-NOC* (2015) Ada beberapa penanganan kanker payudara yang tergantung pada stadium klinik penyakitnya, yaitu:

1. Mastektomi

Mastektomi adalah operasi pengangkatan seluruh payudara. Ada 3 jenis mastektomi, yaitu:

- 1) *Modified radical mastectomy*, yaitu operasi pengangkatan seluruh payudara, jaringan payudara di tulang dada, tulang iga, serta benjolan di sekitar ketiak.
- 2) *Total (simple) mastectomy*, yaitu pengangkatan di seluruh payudara saja, tetapi bukan kelenjar ketiak.
- 3) *Radical mastectomy*, yaitu operasi pengangkatan sebagian payudara. Biasanya disebut lumpectomy, yaitu pengangkatan hanya pada bagian yang mengandung sel kanker, bukan seluruh payudara.

2. Kemoterapi

Kemoterapi adalah penggunaan obat anti kanker (sitostatika) untuk menghancurkan sel kanker. Pengobatan kemoterapi bersifat sistemik, berbeda dengan pembedahan atau radiasi yang lebih bersifat lokal/setempat. Obat sitostatika dibawa melalui aliran darah atau diberikan langsung ke dalam tumor.

3. Radioterapi

Radioterapi (RT) merupakan modalitas terapi yang cukup penting pada kanker payudara. Mekanisme utama kematian sel karena radiasi adalah kerusakan DNA dengan gangguan proses replikasi. RT menurunkan jangka

panjang penderita kanker payudara. Walaupun beberapa studi memperlihatkan bahwa RT setelah kemoterapi menghasilkan *long term survival* yang lebih baik di banding sebaliknya, namun studi terbaru oleh Bellon et al dan Joint Center randomized trial memperlihatkan tidak ada perbedaan yang bermakna antara kemoterapi pertama dan RT pertama.

4. Lintasan metabolisme

Asam bifosfonat merupakan penghambat aktivitas osteoklas dan resorpsi tulang yang sering digunakan untuk melawan osteoporosis yang di induksi oleh suppression, dan kelainan metabolisme tulang, menunjukkan efektivitas untuk menurunkan metastasis sel kanker payudara menuju tulang.

D. Teori Mastektomi

a. Definisi Mastektomi

Mastektomi adalah pengobatan kanker payudara dengan cara mengangkat seluruh jaringan payudara, termasuk pusing. Penderita dapat menjalani mastektomi bersamaan dengan biopsi kelenjar getah bening sentinel jika tidak ada indikasi penyebaran kanker pada kelenjar getah bening, sebaliknya penderita dianjurkan untuk menjalani proses pengangkatan kelenjar getah bening di ketiak jika kanker sudah menyebar (Harahap, 2015).

Tipe mastektomi dan penanganan kanker payudara pada beberapa faktor meliputi usia, kesehatan secara menyeluruh, status menopause, dimensi tumor, tahapan tumor dan seberapa luas penyebarannya, stadium tumor dan keganasannya, status reseptor hormone tumor, dan penyebaran tumor telah mencapai simpul limfe atau belum (Kozier, 2008).

b. Klasifikasi

Tipe mastektomi menurut Kozier (2008) dikelompokan menjadi tiga, yaitu:

- 1) Mastektomi radikal, yaitu pengangkatan seluruh payudara kulit otot pectoralis mayor dan minor, nodus limfe ketiak, kadang-kadang nodus limfe mammary internal atau supraklavikular.

- 2) Mastektomi total (sederhana), yaitu mengangkat semua jaringan payudara tetapi kebanyakan nodus limfe dan otot dada tetap utuh.
- 3) Prosedur terbatas (Lumpektomi), yaitu hanya beberapa jaringan sekitarnya diangkat.

c. Indikasi Operasi Mastektomi

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

d. Kontra Indikasi Operasi Mastektomi

Kontra indikasi operasi mastektomi adalah tumor melekat didinding dada, edema lengan, nodul satelit yang luas, dan mastitis inflamator (Engram, 2009).

e. Komplikasi Operasi Mastektomi

Komplikasi operasi mastektomi dibedakan menjadi fase dini dan fase lambat. Fase dini meliputi pendarahan, lesi nodul *thoracalis longus wing scapula*, dan lesi nodul *thoracalis dorsalis*. Fase lambat meliputi infeksi, nekrosis flap, seroma, edema lengan, kekakuan sendi, dan bahu kontraktur (Engram, 2009).

f. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang sebelum dilakukan mastektomi meliputi, yaitu: mandatory, mamografi (USG payudara), foto thoraks, FNAB tumor payudara, USG liver/abdomen, dan pemeriksaan kimia darah lengkap untuk persiapan operasi (Engram, 2009).

g. Pre Operasi Mastektomi

Menurut Sjamsuhidajat (2010) pasien pra mastektomi akan mengalami masalah psikologis, karena payudara merupakan alat vital seseorang ibudan wanita, kelainan atau kehilangan akibat operasi payudara sangat terasa oleh pasien,

haknya seperti dirampas sebagai wanita normal, ada rasa kehilangan tentang hubungannya dengan suami, dan hilangnya daya tarik serta pengaruh terhadap anak dari segimenyusui.

E. Penelitian Terkait

1. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Inayati (2017) yang berjudul Hubungan Tingkat Kecemasan Dengan Peningkatan Tekanan Darah Pada Pasien Praoperasi Elektif Diruang Bedah menyatakan bahwa Kecemasan merupakan suatu keadaan emosi tanpa suatu objek yang spesifik dan pengalaman subjektif dari individu serta dan tidak dapat diobservasi dan dilihat secara langsung. Kecemasan diartikan sebagai suatu kebingungan, kekhawatiran pada sesuatu yang akan terjadi dengan penyebab atau objek yang tidak jelas dan dihubungkan dengan perasaan tidak menentu dan tidak berdaya. Sebagai contoh kekhawatiran menghadapi operasi (misalnya takut sakit waktu operasi, takut terjadi kecacatan), kekhawatiran terhadap anestesi atau pembiusan (misalnya takut terjadi kegagalan anestesi/ meninggal, takut tidak bangun lagi).

Fase preoperasi merupakan peristiwa kompleks yang menegangkan Kecemasan merupakan perasaan takut yang tidak jelas dan tidak didukung oleh situasi hal ini dapat menimbulkan berbagai respon fisiologi salah satunya adalah peningkatan tekanan darah. Meningkatnya tekanan darah akan mengganggu operasi karena bias menyebabkan pendarahan dan bisa menggagalkan penatalaksanaan operasi. Ketakutan dan kecemasan yang sangat berlebihan, akan membuat klien menjadi tidak siap secara emosional untuk menghadapi pembedahan, dan akan menghadapi masalah praoperatif seperti Tertundanya operasi karena tingginya denyut nadi perifer dan mempengaruhi palpasi jantung. Hasil dari penelitian ini adalah analisis univariat menunjukkan bahwa 17 responden (56,7%) yang mengalami kecemasan berat dan 13 responden (43,3%) mengalami kecemasan ringan-sedang. Responden yang memiliki tingkat kecemasan ringan-sedang,

sebagian besar mengalami hipertensi yaitu sebesar 61,5% dan responden yang memiliki tingkat kecemasan berat-berat sekali sebagian besar memiliki tekanan darah hipertensi yaitu sebesar 58,8%. Hasil uji bivariat antara Tingkat Kecemasan dengan Tekanan Darah didapat nilai P-Value 0,023 yang berarti ada hubungan tingkat kecemasan dengan tekanan darah. Sedangkan odd ratio/ faktor resiko (OR) yaitu 0,893 artinya responden yang memiliki tingkat kecemasan berat-berat sekali mempunyai kemungkinan 0,893 kali untuk terjadi Hipertensi.

2. Dari hasil penelitian yang dilakukan Puspita, Armiyati dkk (2014) yang berjudul Efektifitas Waktu Penerapan Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Kecemasan Pada Pasien Pre operasi Bedah Mayor Abdomen di RSUD Tugurejo Semarang menyatakan Pembedahan terutama bedah mayor akan menimbulkan respon psikologis yaitu kecemasan. Teknik relaksasi nafas dalam dapat dipilih sebagai intervensi keperawatan untuk menurunkan kecemasan pada pasien pre operasi. Teknik relaksasi nafas dalam membutuhkan waktu penerapan yang tepat. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui efektifitas waktu penerapan teknik relaksasi nafas dalam, penelitian yang dilakukan pada 16 responden menunjukkan bahwa terdapat perbedaan signifikan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dengan didapatkan p-value 0,000. Waktu penerapan teknik relaksasi nafas dalam 1 jam sebelum pasien masuk ruang operasi lebih efektif dibandingkan 4 jam sebelum pasien masuk ruang operasi terhadap penurunan kecemasan pasien pre operasi bedah mayor sehingga kecemasan pasien pre operasi benar-benar berkurang dan hilang.
3. Menurut penelitian 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 $(0,000) < \alpha (0,05)$ yang berarti H_0 ditolak, sehingga dapat disimpulkan bahwa melakukan psikoedukasi berpengaruh terhadap penurunan tingkat kecemasan pasien pre operasi kanker payudara di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung 2018.

4. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Prasetyowati dan Kusri Katharina pada tahun 2014 di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek dengan judul faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian kanker payudara di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung yang dilakukan pada 76 responden yang terdiri dari 38 sampel kasus dan 38 sampel control menunjukkan bahwa hasil penelitian pada wanita yang terkena kanker payudara (kelompok kasus) didapatkan proporsi riwayat keluarga penderita kanker payudara 51,3%, proporsi usia menarche 41,0%, proporsi penggunaan kontrasepsi hormonal sebesar 46,2% dan proporsi menyusui < 2 tahun sebesar 56,4%. Hasil uji statistik ada hubungan riwayat keluarga p value= 0,019 dan OR = 3,509, kontrasepsi hormonal p value= 0,031 dan OR = 3,321, tidak menyusui p value= 0,040 dan OR = 2,912, dan tidak ada hubungan usia menarche p value = 1,000 dengan kejadian kanker payudara. Upaya untuk menurunkan angka kejadian kanker payudara melalui beberapa langkah seperti penyuluhan tentang kanker payudara dan kontrasepsi hormonal, pemeriksaan mamografi, dan pola hidup sehat.
5. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Berty, Mlyadi dan reginus pada tahun 2013 di RSUP Prof. Dr. D. Kandou Manado dengan judul pengaruh

Tindakan penghisapan lender endotrakeal tube (ETT) terhadap kadar saturasi oksigen pada pasien yang di rawat di ICU dengan jumlah sampel sebanyak 16 orang menunjukkan adanya perbedaan kadar saturasi oksigen sebelum dan sesudah diberikan tindakan penghisapan lender dimana terdapat selisih nilai kadar saturasi oksigen sebesar 5,174 % dan nilai p-value =0,000 ($\alpha < 0.05$). Hal ini menunjukkan terdapat tindakan penghisapan lendir ETT terhadap kadar saturasi oksigen.