

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **A. Teori Keperawatan Perioperatif**

##### **1. Defenisi**

Keperawatan perioperatif adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan keragaman fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan pasien. Kata perioperatif adalah gabungan dari tiga fase pengalaman pembedahan yaitu : pre operatif, intra operatif dan post operatif (Majid, 2011).

##### **2. Etiologi**

Operasi dilakukan untuk berbagai alasan seperti (Brunner dan Suddarth,2002):

- 1) Diagnostik, seperti dilakukan biopsi atau laparotomi eksplorasi
- 2) Kuratif, seperti ketika mengeksisi masa tumor atau mengangkat apendiks yang inflamasi
- 3) Reparatif, seperti memperbaiki luka yang multipek
- 4) Rekonstruktif atau Kosmetik, seperti perbaikan wajah
- 5) 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**

###### **1. Fase pre operasi**

Menurut Majid (2011) fase pre operasi 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 selamawaktu 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 anaestesi umum, 8 jam menjelang operasi pasien tidak diperbolehkan makan, 4 jam sebelum operasi pasien tidak diperbolehkan minum. Pada operasi dengan anaestesi lokal /spinal anaestesi 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 pasien / keluarga harus tersedia

## 2. Fase Intra Operasi

Fase intra operatif 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 (Majid, 2011).

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

- 1) Letak bagian tubuh yang akan dioperasi.
- 2) Umur dan ukuran tubuh pasien.
- 3) Tipe anaesthesia yang digunakan.
- 4) Sakit yang mungkin dirasakan oleh pasien bila ada pergerakan (arthritis).

Prinsip-prinsip didalam pengaturan posisi pasien: Atur posisi pasien dalam posisi yang nyaman dan sedapat mungkin jaga privasi pasien, buka area yang akan dibedah dan kakinya ditutup dengan duk. Anggota tim asuhan pasien intra operatif biasanya di bagi dalam dua bagian.

Berdasarkan kategori kecil terdiri dari anggota steril dan tidak steril :

1. Anggota steril, terdiri dari : ahli bedah utama / operator, asisten ahli bedah, Scrub Nurse / Perawat Instrumen
2. Anggota tim yang tidak steril, terdiri dari : ahli atau pelaksana anaesthesia, perawat sirkulasi dan anggota lain (teknisi yang mengoperasikan alat-alat pemantau yang rumit).

### **3. Fase post operasi**

Menurut Majid (2011) fase Post operasi merupakan tahap lanjutan dari perawatan pre operasi dan intra operasi yang dimulai ketika klien diterima di ruang pemulihan (recovery room)/pasca anaestesi 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 post operasi meliputi beberapa tahapan, diantaranya adalah :

- 1) Pemindahan pasien dari kamar operasi ke unit perawatan pasca anestesi (recovery room), Pemindahan ini memerlukan pertimbangan khusus diantaranya adalah letak insisi bedah, perubahan vaskuler dan pemajanan. Pasien diposisikan sehingga ia tidak berbaring pada posisi yang menyumbat drain dan selang drainase. Selama perjalanan transportasi dari kamar operasi ke ruang pemulihan pasien diselimuti, jaga keamanan dan kenyamanan pasien dengan diberikan pengikatan diatas lutut dan siku serta side rail harus dipasang untuk mencegah terjadi resiko injury. Proses transportasi ini merupakan tanggung jawab perawat sirkuler dan perawat anestesi dengan koordinasi dari dokter anestesi yang bertanggung jawab.
- 2) Perawatan post anestesi di ruang pemulihan atau unit perawatan pasca anestesi, Setelah selesai tindakan pembedahan, pasien harus dirawat sementara di ruang pulih sadar (recovery room : RR) atau unit perawatan pasca anestesi (PACU: post anesthesia care unit) sampai kondisi pasien stabil, tidak mengalami komplikasi operasi dan memenuhi syarat untuk dipindahkan ke ruang perawatan (bangsal perawatan). PACU atau RR biasanya terletak berdekatan dengan ruang operasi. Hal ini disebabkan untuk mempermudah akses bagi pasien untuk :
  - 1) Perawat yang disiapkan dalam merawat pasca operatif (perawat anestesi)
  - 2) Ahli anestesi dan ahli bedah
  - 3) Alat monitoring dan peralatan khusus penunjang lainnya.

#### **4. Klasifikasi Perawatan 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. Indikasi operasi merupakan pilihan pribadi dan biasanya terkait dengan estetika. Contoh: bedah kosmetik.
  - 1) Sedangkan menurut faktor resikonya, tindakan operasi di bagi menjadi : Minor, menimbulkan trauma fisik yang minimal dengan resiko kerusakan yang minim. Contoh: incisi dan drainage kandung kemih, sirkumsisi
  - 2) Mayor, menimbulkan trauma fisik yang luas, resiko kematian sangat serius. Contoh: Total abdominal histerektomi, reseksi colon, dan lain-lain

#### **5. Komplikasi post operasi**

Menurut Majid, (2011) komplikasi post operasi adalah perdarahan dengan manifestasi klinis yaitu gelisah, gundah, terus bergerak, merasa haus, kulit dingin-basah-pucat, nadi meningkat, suhu turun, pernapasan cepat dan dalam, bibir dan konjungtiva pucat dan pasien melemah.

## **B. Asuhan Keperawatan Perioperatif**

### **1. Pre operatif**

#### 1) Pengkajian Fokus Keperawatan Pre Operasi

Pada pengkajian anamnesis biasanya di dapatkan adanya keluhan benjolan pada payudara. Faktor bertambahnya usia mempunyai resiko yang lebih tinggi terhadap kemungkinan menghidap kanker payudara (Muattaqin 2009).

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

- a) Validasi : perawat melakukan konfirmasi kebenaran identitas pasien sebagai data dasar untuk mencocokkan prosedur jenis pembedahan yang akan dilakukan
- b) Kelengkapan administrasi : Status rekam medik, data-data penunjang (Laboratorium, dan Radiologi ) serta kelengkapan informed consent.
- c) Tingkat kecemasan dan pengetahuan pembedahan

d) Pemeriksaan fisik terutama tanda-tanda vital dan kondisi masa pada payudara

2) Diagnose Keperawatan

Diagnosa yang sering muncul pada pre operasi (SDKI, 2018) adalah :

a. Ansietas

Ansietas adalah kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibatantisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman (SDKI, 2018).

Table 2.1  
Gejala dan Tanda Ansietas

<b>Gejala dan tanda mayor</b>	
<b>Subyektif</b>	<b>Obyektif</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Merasa bingung</li><li>- Merasa khawatir dengan akibatdari kondisi yang dihadapi</li><li>- Sulit berkonsentrasi</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Tampak gelisah</li><li>- Tampak tegang</li><li>- Sulit tidur</li></ul>
<b>Gejala dan tanda minor</b>	
<b>Subyektif</b>	<b>Obyektif</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Mengeluh pusing</li><li>- Anoreksia</li><li>- Palpitasi</li><li>- Merasa tidak berdaya</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Frekuensi napas meningkat</li><li>- Frekuensi nadi meningkat</li><li>- Tekanan darah meningkat</li><li>- Diaforesis</li><li>- Tremor</li><li>- Muka tampak pucat</li><li>- Suara bergetar</li><li>- Kontak mata buruk</li><li>- Sering berkemih</li><li>- Berorientasi pada masa lalu</li></ul>

Menurut Stuart (2006) dalam Rahmayati (2018) kecemasan pada pasien yang akan dilakukan operasi biasanya berhubungan dengan segala macam prosedur asing yang harus dijalani pasien dan juga ancaman terhadap keselamatan jiwa akibat prosedur pembedahan dan tindakan pembiusan.

Pasien yang mengalami kecemasan menunjukkan gejala mudah tersinggung, susah tidur, gelisah, lesu, mudah menangis dan tidur tidak nyenyak. Dan salah satu faktor yang dapat menurunkan tingkat kecemasan pasien yaitu dengan memberikan komunikasi terapeutik

kepada pasien pre operasi (Basra, 2017).

b. Nyeri akut

Nyeri merupakan pengalaman sensori sensorik 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 (SDKI, 2018). Perasaan nyeri sering kali menimbulkan respon autonomik seperti diaforesis, peningkatan nadi, peningkatan pernafasan dan perubahan tekanan darah. Respon autonomik nyeri hanya terjadi pada nyeri yang akut.

Table 2.2  
Gejala dan Tanda Nyeri Akut

<b>Gejala dan tanda mayor</b>	
<b>Subyektif</b>	<b>Obyektif</b>
- Mengeluh nyeri	- Tampak meringis - Bersikap protektif - Gelisah - Frekuensi nadi meningkat - Sulit tidur
<b>Gejala dan tanda minor</b>	
<b>Subyektif</b>	<b>Obyektif</b>
-	- Tekanan darah meningkat - Pola napas berubah - Nafsu makan berubah - Proses pikir terganggu - Menarik diri - Berfokus pada diri sendiri - Diaforesis

3) Rencana Intervensi

Menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018) Intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan 3 diagnosa diatas adalah :

1) Ansietas b.d kekhawatiran mengalami kegagalan

Intervensi :

- Identifikasi ansietas pasien
- Monitor tanda-tanda ansietas
- Ciptakan suasana terpeutik untuk menumbuhkan kepercayaan
- Jelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin dialami
- Latih teknik relaksasi

Salah satu faktor yang dapat menurunkan tingkat kecemasan pasien yaitu dengan memberikan komunikasi terapeutik kepada pasien pre operasi. Hal ini berdasarkan teori yang diungkapkan Peplau, asuhan keperawatan yang berfokus pada individu, perawat dan proses interaktif yang menghasilkan hubungan antara perawat dengan pasien. Berdasarkan teori ini pasien adalah individu dengan kebutuhan perasaan, dan keperawatan adalah proses interpersonal dan terapeutik, dimana perawat memiliki peran yang cukup penting dalam mempengaruhi, menurunkan kecemasan dan meningkatkan kesehatan pasien melalui proses komunikasi (Warsini, Irwanti & Siswanto, 2013 dalam Basra, 2017).

## 2) Nyeri akut b.d agen pencidera fisiologis

Intervensi :

- Identifikasi skala nyer
- Identifikasi nyeri non verbal
- Monitor tanda vital
- Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri dengan memberikan posisi nyaman untuk mengurangi rasa nyeri
- Kolaborasi pemberian analgetik, *jika perlu*

Teknik relaksasi merupakan salah satu intervensi keperawatan secara mandiri untuk menurunkan intensitas nyeri, Teknik relaksasi memberikan individu kontrol diri ketika terjadi rasa nyeri serta dapat digunakan pada saat seseorang sehat ataupun sakit. Relaksasi secara umum sebagai metode yang paling efektif terutama pada pasien yang mengalami nyeri (National *Safety Council*, 2003; Perry & Potter, 2005 dalam Syamsiah, 2015).

## 4) Implementasi

### a. Reduksi ansietas

Menurut SIKI intervensi yang dapat dilaksanakan meliputi kegiatan observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi.

### b. Edukasi Kesehatan

Menurut SIKI intervensi yang dapat dilaksanakan meliputi kegiatan

observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi.

## **2. Intra Operasi**

### **1) Pengkajian Fokus Keperawatan Intra Operasi**

Hal-hal yang dikaji selama dilaksanakannya operasi bagi pasien yang diberi anestesi total adalah yang bersifat fisik saja, sedangkan pada pasien yang diberi anestesi lokal ditambah dengan pengkajian psikososial. Secara garis besar yang perlu dikaji adalah :

- a. Pengkajian mental, bila pasien diberi anestesi lokal dan pasien masih sadar/terjaga maka sebaiknya perawat menjelaskan prosedur yang sedang dilakukan terhadapnya dan memberi dukungan agar pasien tidak cemas/takut menghadapi prosedur tersebut.
- b. Pengkajian fisik, tanda-tanda vital (bila terjadi ketidak normalan maka perawat harus memberitahukan ketidak normalan tersebut kepada ahli bedah).
- c. Tahap-tahap pembedahan
- d. Transfusi dan infuse, monitor flabot sudah habis apa belum.
- e. Pengeluaran urin, normalnya pasien akan mengeluarkan urin sebanyak 1 cc/kg BB/jam.

### **2) Diagnosa Keperawatan**

Diagnosis keperawatan intraoperatif bedah onkologi payudara yang lazim (SDKI, 2016) adalah sebagai berikut :

#### **1) Risiko perdarahan**

Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2018) risikoperdarahan adalah berisiko mengalami kehilangan darah internal (dari dalam tubuh) atau eksternal (dari luar tubuh). Faktor risiko yang dapat menimbulkan perdarahan pada pasien adalah sebagai berikut :

- Aneurisma
- Gangguan gatrointestinal
- Gangguan fungsi hati
- Komplikasi kehamilan
- Komplikasi pasca partum
- Gangguan koagulasi

- Efek agen farmakologis
- Trauma
- Kurang terpapar informasi tentang pencegahan perdarahan
- Proses keganasan
- Tindakan pembedahan

### 3) Rencana Intervensi

Menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018) Intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan diagnosa diatas adalah :

#### 1) Risiko perdarahan b.d tindakan pembedahan

Intervensi :

- Monitor tanda dan gejala perdarahan
- Monitor tanda vital dan CRT
- Gunakan ESU untuk koagulasi
- Kolaborasi dalam pemberian terapi cairan
- Kolaborasi dalam pemberian transfuse darah

### 4) Implementasi

#### a. Pencegahan perdarahan

Menurut SIKI intervensi yang dapat dilaksanakan meliputi kegiatan observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi

## 3. Post Operasi

### 1) Pengkajian focus keperawatan post operasi

Pengkajian post operasi 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.

#### a. Pengkajian awal

Pengkajian awal post operasi adalah sebagai berikut :

1. Diagnosis medis dan jenis pembedahan yang dilakukan
2. Usia dan kondisin umum pasien, kepatenan jalan napas, tanda-tanda vital
3. Anastesi dan medikasi lain yang digunakan

4. Segala masalah yang terjadi dalam ruang operasi yang mungkin memengaruhi peragaan pasca operasi
5. Patologi yang dihadapi
6. Cairan yang diberikan, kehilangan darah dan penggantian
7. Segala selang, drain, kateter, atau alat pendukung lainnya
8. Informasi spesifik tentang siapa ahli bedah atau ahli anastesi yang akan diberitahu

b. Status respirasi

Kontrol pernapasan

1. Obat anastesi tertentu dapat menyebabkan depresi pernapasan
2. Perawat mengkaji frekuensi, irama, kedalaman ventilasi pernapasan, kesemitrisan gerakan dinding dada, bunyi nafas, dan arna membran mukosa
3. Kepatenan jalan napas
  - 1) Jalan nafas oral atau oral airway masih dipasang untuk mempertahankan kepatenan jalan nafas sampai tercapai pernafasan yang nyaman dengan kecepatan normal
  - 2) Salah satu khawatiran terbesar perawat adalah obstruksi jalan nafas akibat aspirasi muntah, okumulasi sekresi, mukosa di faring, atau bengkaknya spasme faring

c. Status Sirkulasi

1. Pasien beresiko mengalami komplikasi kardiovaskuler akibat kehilangan darah secara aktual atau resiko dari tempat pembedahan, efek samping anastesi, ketidakseimbangan elektrolit, dan defresi mekanisme regulasi sirkulasi normal.
2. Pengkajian kecepatan denyut dan irama jantung yang teliti serta pengkajian tekanan darah menunjukkan status kardiovaskuler pasien.
3. Perawat membandingkan TTV pra operasi dan post operasi

d. Status neorologi

1. Perawat mengkaji tingkat kesadaran pasien dengan cara memanggil namanya dengan suara sedang
2. Mengkaji respon nyeri

e. Muskuloskletal

Kaji kondisi organ pada area yang rentan mengalami cedera posisi post operasi.

## 2) Diagnosis akeperawatan Post Operasi

Diagnosa yang sering muncul pada post operasi (SDKI, 2018) adalah :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
2. Resiko hipotermia perioperatif dibuktikan dengan suhu lingkungan rendah

## 3) Intervensi

Menurut SIKI (2018) Intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan diagnosa diatas yaitu :

### 1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Intervensi :

- Identifikasi skala nyer
- Identifikasi nyeri non verbal
- Monitor tanda vital
- Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri dengan memberikan posisi nyaman untuk mengurangi rasa nyeri
- Kolaborasi pemberian analgetik, *jika perlu*

### 2. Resiko hipotermia perioperatif dibuktikan dengan suhu lingkungan rendah

Intervensi :

- Monitor suhu tubuh
- Monitor tanda dan gejala akibat hipotermi
- Sediakan lingkungan yang hangat ( misal : atur suhu ruangan)
- Lakukan penghangatan pasif (Misal : Selimut, menutup kepala, pakaian tebal)

## 4) Implementasi

### a. Menejemen nyeri

Menurut SIKI intervensi yang dapat dilaksanakan meliputi kegiatan observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi.

### b. Menejemen hipotermia

Menurut SIKI intervensi yang dapat dilaksanakan meliputi kegiatan

observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi.

## C. Teori Mastektomi

### 1. Pengertian

Mastektomi adalah suatu tindakan pembedahan onkologis pada keganasan payudara yaitu dengan mengangkat seluruh jaringan payudara yang terdiri dari seluruh stroma dan parenkhim payudara, areola dan puting susu serta kulit diatas tumornya disertai diseksi kelenjar getah bening aksila ipsi lateral level I, II/III tanpa mengangkat muskulus pektoralis major dan minor (Sinclair, 2009)

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

### 2. Klasifikasi

Menurut Suryo (2009) ada 3 jenis mastektomi, yaitu:

1. *Simple Mastectomy (Total Mastectomy)*, pada prosedur operasi ini, keseluruhan jaringan payudara diangkat, tapi kelenjar getah bening yang berada di bawah ketiak (*axillary lymph nodes*) tidak diangkat. Kadangkadang sentinel lymph node, yaitu kelenjar getah bening utama, yang langsung berhubungan dengan payudara, diangkat juga. Untuk mengidentifikasi sentinel lymph node ahli bedah akan menyuntikkan suatu cairan dan/atau *radioactive tracer* kedalam area sekitar puting payudara. Cairan atau tracer tadi akan mengalir ketitik-titik kelenjar getah bening, yang pertama akan sampai ke sentinel lymph node. Ahli bedah akan menemukan titik-titik pada KGB (kelenjar Getah Bening) yang warnanya berbeda (apabila digunakan cairan) atau pancaran radiasi (bila menggunakan tracer).

Cara ini biasanya mempunyai resiko rendah akan terjadinya lymphedema (pembengkakan pada lengan) daripada *axillary lymph node dissection*. Bila ternyata hasilnya sentinel node bebas dari penyebaran kanker, maka tidak ada operasi lanjutan untuk KGB. Apabila sebaliknya, maka

dilanjutkan operasi pengangkatan KGB. Operasi ini kadang-kadang dilakukan pada kedua payudara pada penderita yang berharap menjalani mastektomi sebagai pertimbangan pencegahan kanker. Penderita yang menjalani simple mastectomy biasanya dapat meninggalkan rumahsakit setelah dirawat dengan singkat seringkali, saluran drainase dimasukkan selama operasi di dada penderita dan menggunakan alat penghisap (suction) kecil untuk memindahkan cairan subcutaneous (cairan dibawah kulit). Alat-alat ini biasanya dipindahkan beberapa hari setelah operasi apabila drainase telah berkurang dari 20-30 ml perhari.

2. *Modified Radical Mastectomy*, keseluruhan jaringan payudara diangkat bersama dengan jaringan-jaringan yang ada di bawah ketiak (kelenjar getah bening dan jaringan lemak). Berkebalikan dengan simple mastectomy, m. pectoralis (otot pectoralis) ditinggalkan.
3. *Radical Mastectomy atau Halsted Mastectomy*, pertama kali ditunjukkan pada tahun 1882, prosedur operasi ini melibatkan pengangkatan keseluruhan jaringan payudara, kelenjar getah bening di bawah ketiak, dan m. pectoralis mayor dan minor (yang berada di bawah payudara). Prosedur ini lebih jelek dari pada modified radical mastectomy dan tidak memberikan keuntungan pada kebanyakan tumor untuk bertahan. Operasi ini, saat ini lebih digunakan bagi tumor-tumor yang melibatkan pectoralis mayor atau kanker payudara yang kambuh yang melibatkan dinding dada.

### **3. 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: *phylloides tumor*)

### **4. Kontra indikasi operasi mastektomi**

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

## 5. 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)

## 6. Pemeriksaan penunjang

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

## 7. Pra operasi mastektomi

Menurut Sjamsuhidajat (2010), pasien pra mastektomi akan mengalami masalah psikologis, karena payudara merupakan alat vital seseorang ibu dan 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. (Sjamsuhidajat, 2010)

## D. Konsep Penyakit

### 1. Definisi

*Carcinoma mammae (ca. mammae)* adalah tumor ganas yang tumbuh di jaringan payudara seseorang. *Carcinoma* / kanker dapat mulai tumbuh dalam kelenjar payudara, bisa juga di saluran payudara, jaringan lemak maupun jaringan yang mengikat pada payudara (SAFMA, 2019). *Ca. mammae* merupakan suatu kondisi dimana sel telah kehilangan pengendalian dari fungsi normal, sehingga mengalami pertumbuhan yang tidak normal, cepat, serta tidak terkendali. Sel-sel tersebut membelah diri lebih cepat dari sel normal dan berakumulasi, yang kemudian membentuk benjolan atau massa (PPNI, 2018). *Ca. mammae* merupakan keganasan pada jaringan payudara yang dapat berasal dari *epitel ductus* maupun lobulusnya (Kemenkes RI, 2011).

*Ca. mammae* biasanya terdeteksi pada saat dilakukan pemeriksaan, sebelum gejala berkembang, atau setelah wanita memperhatikan benjolan.

Sebagian besar massa terlihat saat terjadi benjolan di payudara yang pada awalnya bersifat jinak dan terus berkembang dan menyebar sehingga tidak terkendali. Analisis mikroskopis payudara diperlukan untuk diagnosis definitis dan untuk mengetahui tingkat penyebaran (in situ atau invasif) dan ciri jenis penyakitnya. Analisis mikroskopis jaringan didapat melalui biopsi jarum atau bedah. Biopsi didasarkan pada klinis klien, individu faktor, ketersediaan perangkat biopsi, dan sumber daya tertentu (*American Cancer Society*, 2015).

## 2. Etiologi

Penyebab kanker payudara belum dapat ditentukan, tetapi terdapat beberapa faktor resiko yang telah ditetapkan, keduanya adalah lingkungan dan genetic. 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. Hormone steroid yang dihasilkan oleh ovarium juga berperan dalam pembentukan kanker payudara (estradiol dan progesteron 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. Menarche dini
4. Nulipara dan usia maternal lanjut saat kelahiran anak pertama
5. Menopause pada usia lanjut
6. Riwayat penyakit payudara jinak
7. Pemajanan terhadap radiasi ionisasi setelah masa pubertas dan sebelum usia 30 tahun beresiko hampir dua kali lipat
8. Kontrasepsi oral
9. Terapi pergantian hormone
10. Obesitas resiko terendah diantara wanita pasca menopause

### 3. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala ca. mammae menurut Suyatno (2011) adalah:

1. Benjolan yang keras di payudara dengan atau tanpa rasas akit.
2. Putting susu berubah (*retraksi nipple*) atau putting mengeluarkan cairan/darah (*nippledischarge*)
3. Kulit payudara berkerut seperti kulit jeruk (*peau 'ud'orange*), melekok kedalam (*dimpling*) dan ulkus
4. Adanya benjolan-benjolan kecil didalam atau kulit payudara (*nodul satelit*)
5. Putting payudara luka, dan sulit sembuh
6. Payudara terasa panas, memerah dan bengkak
7. Payudara terasa sakit/nyeri
8. Benjolan yang keras itu tidak bergerak dan biasanya pada awal-awalnya tidak terasa sakit
9. Benjolan pada awalnya hanya pada satu payudara
10. Terdapat benjolan di aksila dengan atau tanpa masa di payudara

### 4. 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. Makanan, berat badan dan faktor resiko lain. Status sosial yang tinggi menunjukkan resiko yang meningkat, sedangkan berat badan yang berlebihan ada hubungan dengan kenaikan tumor yang berhubungan dengan estrogen pada wanita post menopause
5. Faktor endokrin dan reproduksi graviditas matur kurang dari 20 tahun dan gradivitas lebih dari 30 tahun, menarache kurang dari 12 tahun
6. Obat anti konseptiva oral, penggunaan pil anti konsepsi jangka panjang lebih dari 12 tahun (NANDA NIC - NOC, 2015)

## 5. Pemeriksaan Penunjang

### a. *Ultrasonografi* (USG) Payudara

USG digunakan untuk membedakan masa kistik dengan solid dan sebagai guide untuk biopsy. Diutamakan pada pasien usia muda (kurang dari 30 tahun).

### b. *Mamografi*

Sekitar 75% kanker terdeteksi paling tidak satu tahun sebelum ada gejala atau tanda. Lesi dengan ukuran 2 mm sudah dapat dideteksi dengan mamografi. Akurasi mamografi untuk prediksi *malignasi* adalah 70%-80%.

### c. MRI (*Magnetic Resonance Imaging*)

MRI sangat baik untuk deteksi *local recurrence* pasca BCT atau augmentasi payudara dengan implant, deteksi *multi focal cancer* dan sebagai tambahan terhadap *mamografi* pada kasus tertentu. MRI sangat berguna dalam skrining klien usia muda dengan intensitas payudara yang padat yang memiliki resiko *ca. mammae* yang tinggi. Sensitivitas MRI mencapai 98%.

### d. Biopsi

Biopsi pada payudara memberikan informasi sitologi atau histopatologi. FNAB (*Fine needle Aspiration Biopsy*) merupakan salah satu prosedur diagnosis awal, untuk evaluasi lesi kistik. Masa *persisten* atau *rekurren* setelah aspirasi berulang adalah indikasi untuk biopsi terbuka (insisi atau eksisi).

### e. Bone scan, foto toraks, USG abdomen

Pemeriksaan *bone scan*, foto toraks, USG abdomen, bertujuan untuk evaluasi metastase. Tumor yang simtomatis stadium III, insiden positif *bone scan* mencapai 25% oleh karenanya pemeriksaan *bone scan* secara rutin sangat bermanfaat.

### f. Pemeriksaan laboratorium dan marker

Pemeriksaan darah rutin, *alkaline phosphatase*, SGOT, SGPT dan tumor marker merupakan pemeriksaan laboratorium yang dianjurkan. Tumor marker untuk kanker payudara yang dianjurkan adalah carcinoembryonic antigen (CEA), cancer antigen (CA)15-3, dan CA 27-29 (Suyatno, 2011)

## 6. *Staging* Kanker Payudara

Sistem staging atau tahapan kanker payudara ini sangat berguna untuk menentukan prognosinya. Terdapat perbedaan yang signifikan di antara stadium kanker payudara.

1. Stage 0 : pada tahap ini sel kanker payudara tetap di dalam kelenjar payudara, tanpa invasi ke dalam jaringan payudara normal yang berdekatan
2. Stage I : terdapat tumor dengan ukuran 2 cm atau kurang dan batas yang jelas (kelenjar getah bening normal)
3. Stage IIA : tumor tidak ditemukan pada payudara tapi sel-sel kanker ditemukan di kelenjar getah bening ketiak, atau tumor dengan ukuran 2 cm atau kurang dan telah menyebar ke kelenjar getah bening ketiak/ aksilla, atau tumor yang lebih besar dari 2 cm, tapi tidak lebih besar dari 5 cm dan belum menyebar ke kelenjar getah bening ketiak.
4. Stage IIB : tumor dengan ukuran 2-5 cm dan telah menyebar ke kelenjar getah bening yang berhubungan dengan ketiak, atau tumor yang lebih besar dari 5 cm tapi belum menyebar ke kelenjar getah bening ketiak
5. Stage IIIA : tidak ditemukan tumor di payudara. Kanker ditemukan di kelenjar getah bening ketiak melekat bersama atau dengan struktur lainnya, atau kanker ditemukan di kelenjar getah bening di dekat tulang dada, atau tumor dengan ukuran berapa pun yang telah menyebar ke kelenjar getah bening ketiak, terjadi perlekatan dengan struktur lainnya, atau kanker ditemukan di kelenjar getah bening di dekat tulang dada
6. Stage IIIB : tumor dengan ukuran tertentu dan telah menyebar ke dinding dada dan/ atau kulit payudara dan mungkin telah menyebar ke kelenjar getah bening ketiak yang terjadi perlekatan dengan struktur lainnya, atau kanker mungkin telah menyebar ke kelenjar getah bening di dekat tulang dada. Kanker payudara inflamatori (berinflamasi) dipertimbangkan paling tidak pada tahap III
7. Stage IIIC : ada atau tidak tanda kanker di payudara mungkin telah menyebar ke dinding dada dan/ atau kulit payudara dan kanker telah menyebar ke kelenjar getah bening baik di atas atau di bawah tulang belakang dan kanker mungkin telah menyebar ke kelenjar getah bening

ketiak atau ke kelenjar getah bening di dekat tulang dada

8. Stage IV : kanker telah menyebar atau metastasis ke bagian lain dari tubuh (Rasjidi, 2010).

## 7. Penatalaksanaan

### a. Penatalaksanaan Medis

Terapi yang dapat diberikan kepada penderita kanker payudara secara medis diantaranya : (tasripiyah,2012)

#### 1. Pembedaha

Pada sebagian besar pasien, terapi bedah bertujuan untuk mengangkat tumor, (meminimalkan resiko rekurensi lokal) dan untuk menentukan stadium dari tumor. Ada 3 cara pembedahan atau operasi payudara yaitu:

- a. Mastektomi Radikal atau disebut (lumpektomi), yaitu operasi mengangkat sebagian dari keseluruhan kulit payudara.mingikuti Operasi ini harus selalu diikuti dengan pemberian-pemberian terapi. Biasanya lumpektomi direkoendasikan pada orang yang tumornua besar tidak lebih dari 2cm dan pada letaknya selalu di pinggir payudara.
- b. Mastektomi Total atau disebut (masetomi), yaitu sebuah operasi yang dilakukan pengangkatan seluruh isi dari payudara saya, tatapi bukan untuk mengangkat kelenjar yang ada di ketiak.
- c. Dengan cara metode Modified Mastekromi Radikal, yaitu sebuah operasi yang dilakukan untuk pengangkatan seluruh dari isi payudara, dan juga jaringan di payudara dan di atas tulang dada, seluruh selangka san tulang iga, dan juga beserta benjolan yang di sekitar ketiak

#### 2. Kemoterapi

Kemoterapi merupakan tarapi sistematik yang selalu digunakan apabila adanya penyebaran sistemik dan sebagian terapi ajuvan, yang kemoterapi ajuvan ini diberikan kepada pasien pemeriksaan histopatolik pasca bedah mastektomi ditemukan suatu metastasis di suatu atau di beberapa kelenjar..

#### 3. Radioterapi

Yaitu Radioterapi yang berfungsi untuk penderita kanker payudara dan biasanya juga digunakan sebagai alat terapi yang kuratif dengan cara mempertahankan mammae dan bisa juga sebagai alat terapi tambahan atau terapi paliatif.

#### 4. Terapi Hormonal

Yaitu sebuah Pertumbuhan pada kanker payudara yang sangat bergantung kepada suatu suplai hormone estrogen, dan juga oleh karena itu terapi ini adalah tindakan berfungsi untuk mengurangi dalam pembentukan hormone yang dapat menghambat laju dari perkembangan semua sel kanker itu, akan tetapi terapi hormonal itu biasanya disebut juga dengan sebuah terapi anti estrogen karena terapi ini system kerjanya terapi ini sangat menghambat atau juga dapat menghentikan kemampuan dari hormone estrogen yang sudah ada di dalam menstimulus perkembangan kanker payudara.

#### b. Penatalaksanaan Keperawatan

1. Mempertahankan integritas karingan yang adekuat (kulit, membrane mukosa)
2. Mempertahankan status nutrisi yang adekuat
3. Memperagakan toleransi aktivitas yang meningkat dan keletihan yang menurun
4. Penderita dapat menunjukkan citra tubuh dan harga diri.

### **E. Penelitian Terkait**

1. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Swasri (2021) yang didapatkan diagnosis Keperawatan yang diangkat Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) Tindakan keperawatan inovatif untuk mengatasinyeri secara nonfarmakologi dengan teknik relaksasi Benson, dan secara farmakologi dengan pemberian analgetik yang merupakan lanjutan dari saat operasi. Relaksasi Benson merupakan intervensi perilaku kognitif dengan teknik relaksasi pasif dengan tidak menggunakan ketegangan otot sehingga sangat tepat untuk mengurangi nyeri paska operasi, (ketegangan otot akan meningkatkan rasa nyeri). Relaksasi Benson melibatkan keyakinan klien yang memiliki makna membuat relaks/menenangkan. Skala nyeri yang didapat turun dari 5 (nyeri sedang) menjadi skala 2 (nyeri

ringan).

2. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Eni Setyarini (2019) yang didapatkan masalah keperawatan dengan diagnosa yang muncul saat pre operasi adalah kecemasan b.d krisis situasional, intraoperasi resiko perdarahan b.d tindakan pembedahan , dan post operasi nyeri akut b.d prosedur operasi , dan resiko hipotermi b.d terpajan suhu lingkungan rendah. Sedangkan diagnosa yang tidak muncul sesuai teori untuk pre operasi yaitu nyeri akut, dan defisit pengetahuan , untuk intra operasi resiko jatuh dan resiko hipotermi, sedangkan untuk post perasi yaitu bersihan jalan nafas , dan resiko jatuh . 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 RSUD Jend. Ahmad Yani Metro.
3. Dari penelitian yang dilakukan oleh Eka (2019) menyatakan bahwa Pasien kanker payudara memerlukan asuhan keperawatan yang holistik (menyeluruh), 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.
4. Menurut penelitian lain yang dilakukan oleh Desvianti (2019) yang 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.