

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN IBU R YANG MENGALAMI CA
MAMMAE DENGAN PRE DAN POST OPERASI BIOPSY INSISI DI RUANG
CEMPAKA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ABDUL WAHAB SJAHRANIE
SAMARINDA**

KARYA TULIS ILMIAH



DI SUSUN OLEH :

**SITI MUTHMAINNAH
13.113082.1.0801**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA DIII KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH SAMARINDA
2016**

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kanker adalah penyakit yang disebabkan oleh pertumbuhan sel-sel jaringan tubuh yang tidak normal. Sel-sel kanker akan berkembang dengan cepat, tidak terkendali, dan akan terus membelah diri. Selanjutnya, sel kanker akan menyusup ke jaringan sekitarnya (invasif) dan terus menyebar melalui jaringan ikat, darah, serta menyerang organ-organ penting dan syaraf tulang belakang (Tim CancerHelps, 2010)

Menurut data WHO tahun 2013, insiden kanker meningkat dari 12,7 juta kasus tahun 2008 menjadi 14,1 juta kasus tahun 2012. Sedangkan jumlah kematian meningkat dari 7,6 juta orang tahun 2008 menjadi 8,2 juta pada tahun 2012. Kanker menjadi penyebab kematian nomor 2 di dunia sebesar 13% setelah penyakit kardiovaskular. Diperkirakan pada 2030 insiden kanker dapat mencapai 26 juta orang dan 17 juta diantaranya meninggal akibat kanker, terlebih untuk negara miskin dan berkembang kejadiannya akan lebih cepat.

Kanker payudara merupakan salah satu jenis kanker yang banyak diderita oleh perempuan baik di negara maju maupun berkembang. Sebanyak 519.000 wanita meninggal pada tahun 2004 karena kanker payudara terjadi di negara berkembang. Selain itu, sebanyak 269.000 kematian karena kanker payudara terjadi di negara berpenghasilan rendah dan menengah, dimana sebagian besar wanita dengan kanker payudara didiagnosa pada tahap akhir terutama karena kurangnya kesadaran tentang deteksi dini dan hambatan untuk pelayanan kesehatan. Peningkatan insiden kanker payudara di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah juga dapat disebabkan peningkatan urbanisasi dan adopsi gaya hidup barat. Kanker payudara juga menjadi penyebab utama kematian pada perempuan usia 20-59 tahun di negara-negara berpenghasilan tinggi (Suyatno, 2010)

Di Amerika Serikat pada tahun 2005, ditemukan kasus baru berkisar 212.930 kasus dan sekitar 40.870 meninggal. Menurut National Cancer Institute's Surveillance, Epidemiology and Result Program insiden kanker payudara meningkat cepat selama dekade keempat kehidupan. Setelah menopause insiden terus meningkat tapi lebih lambat, puncaknya pada dekade 7 dan 8 dan menurun setelah umur 80 tahun. Insiden juga meningkat pada wanita dengan sosial ekonomi yang lebih tinggi. Rata-rata hidup 5 tahun (5 year survival

rate) tergantung stadium saat diagnosis ditegakkan dan berkisar 100% untuk stadium 0 sampai 16% untuk stadium IV (Taris & Suyatno, 2010)
Insiden kanker payudara terus meningkat, saat ini lebih dari 170.000 kasus ditemukan pertahun. Insidennya bervariasi di tiap negara, tertinggi di Swedia dengan rata-rata insiden 129,5/100.000 wanita dan terendah di Jepang 37,0/100.000 wanita (International Opportunities in Cancer Management, SRI International, 1994). Di negara berkembang insiden lebih tinggi di Amerika selatan, Karibia, Asia Barat, dan Afrika Utara (Suyatno, 2010).

Di Indonesia sendiri, kasus kanker payudara merupakan kasus kanker yang terbanyak setelah kanker leher rahim. Berdasarkan data Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) pada tahun 2010 data kasus rawat inap kanker payudara mencapai 12.014 kasus (28,7%), dan kanker leher rahim 5.349 kasus (12,8%). Menurut Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas, 2013), sebagian besar keganasan payudara datang pada stadium lanjut. Jumlah kanker payudara di Indonesia didapatkan kurang lebih 23.140 kasus baru setiap tahun (200 juta populasi) (Suyatno, 2010)

Muchlis Ramli dkk pada penelitiannya di RSCM, tahun 2008 mendapatkan stadium IIIA dan IIIB sebanyak IIIA dan IIIB sebanyak 43,4%, stadium IV sebanyak 14,3%, berbeda dengan negara maju dimana kanker payudara ditemukan lebih banyak dalam stadium dini. Ini mungkin karena kurangnya informasi, letak geografis, pendidikan,

banyaknya iklan yang menerangkan tentang pengobatan alternatif, kurangnya alat diagnosis seperti mamografi, USG dan kurangnya keterampilan tenaga medis dalam mendiagnosis keganasan payudara (Suyatno, 2010).

Data Rekam Medis Ruang Cempaka RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda sendiri didapatkan data jumlah pasien yang dirawat pada 1 bulan terakhir (mei 2016) dengan diagnosa kanker payudara yaitu 18 orang. Berdasarkan uraian diatas, maka penulis tertarik membuat karya tulis ilmiah yang berjudul : “Asuhan keperawatan pada pasien Ibu R yang mengalami ca mammae dengan pre dan post operasi biopsy insisi di ruang cempaka RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, maka penulis membuat suatu rumusan masalah yaitu : “Bagaimanakah Asuhan keperawatan pada pasien Ibu R yang mengalami ca mammae dengan pre dan post operasi biopsy insisi di ruang cempaka RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda?”.

C. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Tujuan umum penulisan karya tulis ilmiah ini yaitu mendapat gambaran langsung mengenai asuhan keperawatan pada pasien Ibu R yang mengalami ca mammae dengan pre dan post operasi biopsy insisi di ruang cempaka RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

2. Tujuan khusus

Tujuan khusus penulisan karya tulis ilmiah ini yaitu mendapat pengalaman langsung mengenai pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien Ibu R yang mengalami ca mammae dengan pre dan post operasi *biopsy insisi* di ruang cempaka RSUD. Abdul Wahab Sjahanie Samarinda, dan menganalisa kesenjangan-kesenjangan antara teori dan kasus khususnya dalam

hal:

- a. Pengkajian
- b. Diagnosa Keperawatan
- c. Perencanaan
- d. Pelaksanaan
- e. Evaluasi

D. Metode Penulisan

Metode penulisan karya tulis ilmiah ini adalah menggunakan deskriptif dalam bentuk studi kasus dan dengan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana tindakan, implementasi, dan evaluasi dengan menggunakan teknik pengumpulan data sebagai berikut:

1. Wawancara

Mengetahui perkembangan kesehatan pasien dengan cara tanya jawab langsung antara perawat, pasien, dan keluarganya. Hal ini dapat menumbuhkan hubungan saling percaya antara

pasien dan perawat, sehingga dapat memudahkan untuk dilakukan pengumpulan data.

2. Observasi

Teknik ini dilakukan secara langsung untuk mengenali, mengamati, dan memperoleh data tentang kesehatan pasien yang mengalami ca mammae dengan pre dan post operasi biopsi insisi di ruang cempaka RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

3. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik ini dilakukan dengan cara keseluruhan dari kepala sampai kaki dan prosedur pemeriksaan fisik meliputi inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi.

4. Studi Kepustakaan

Pada penulisan karya tulis ini penulis menggunakan data-data dan teori yang berhubungan isi karya tulis ini, yang terdiri dari buku-buku dan beberapa sumber lain yang menunjang isi karya tulis ini.

5. Studi Dokumen

Data yang diperoleh dari dokumentasi yang terdapat pada catatan keperawatan pasien seperti pencatatan medis, terapi dari dokter ataupun langsung dari laporan perkembangan pasien pada asuhan keperawatan pasien.

E. Sistematika Penulisan

Dalam penulisan KTI ini penulis membagi lima bab, yang membahas antara lain : Bab I terdiri dari, Pendahuluan, yang berisi latar belakang, ruang lingkup bahasan, tujuan penulisan, metode penulisan, dan sistematika penulisan. Bab II terdiri dari dasar teoritis yang meliputi konsep dasar penyakit yang terdiri dari pengertian, etiologi, patofisiologi, tanda dan gejala, penatalaksanaan medis, komplikasi, serta pemeriksaan diagnostik. Bab III membahas tentang kasus pada asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi. Bab IV berisi pembahasan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, serta dokumentasi dan Bab V penutup yang berisi kesimpulan dan saran-saran.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Pengertian

Kanker payudara adalah kanker yang paling banyak menyerang perempuan. Berdasarkan estimasi *international agency for research on cancer*, pada tahun 2020 akan ada 1,15 juta kasus baru kanker payudara dengan 411.000 kematian. Sebanyak 70% kasus baru dan 55% kematian diprediksi terjadi dinegara berkembang (Rasjidi, 2010).

Kanker payudara adalah keganasan pada sel-sel yang terdapat pada jaringan payudara, bisa berasal dari komponen kelenjarnya (epitel saluran maupun lobusnya) maupun komponen selain kelenjar seperti jaringan lemak, pembuluh darah, dan persyarafan jaringan payudara. (Rasjidi, 2010)

Penyebab spesifik kanker payudara masih belum diketahui, tetapi terdapat banyak faktor resiko yang diperkirakan mempunyai pengaruh terhadap terjadinya kanker payudara diantaranya jenis kelamin, usia, riwayat keluarga, yang pernah menderita penyakit yang sama, usia saat melahirkan anak pertama, gaya hidup (*life style*) yang tidak sehat, riwayat terpapar radiasi, dan faktor hormonal (Rasjidi, 2009).

Kanker payudara merupakan salah satu jenis kanker yang mempunyai prevalensi cukup tinggi. Kanker payudara dapat terjadi pada pria maupun wanita, hanya saja prevalensi pada wanita jauh lebih tinggi. Jenis kanker yang paling banyak pada wanita adalah

kanker payudara dan kanker leher rahim, sedangkan pada pria adalah kanker paru-paru dan kanker kolorektal. Perbandingan insidensi kanker payudara pada wanita dan pria adalah 100:1 (Taris & Suyatno, 2010)

Kanker payudara adalah karsinoma yang berasal dari duktus atau labulus payudara, merupakan masalah global dan isu kesehatan internasional yang penting. Kanker payudara adalah keganasan yang paling sering pada wanita di negara maju dan nomor dua setelah kanker servik di negara berkembang dan merupakan 29% dari seluruh kanker yang di diagnosis tiap tahun. Secara keseluruhan merupakan penyebab kematian nomor dua karena kanker, setelah kanker paru.

Klasifikasi kanker payudara dan tipe histologi kanker payudara (Suyatno, 2010), antara lain :

1. *Karsinoma ductal in situ* (DCIS) merupakan tipe paling sering dari noninvasive breast cancer, berkisar 15% dari semua kasus baru kanker payudara di USA, In situ berarti ditempat, sehingga duktal karsinoma in situ berarti pertumbuhan sel tak terkontrol yang masih dalam duktus. Oleh karena itu beberapa pakar meyakini DCIS merupakan lesi precancer. Umumnya lesi tunggal, terjadi dalam satu payudara tapi pasien dengan DCIS risiko juga lebih tinggi untuk menderita kanker payudara kontra lateral. Sangat sedikit

kasus DCIS muncul sebagai massa yang teraba, umumnya didiagnosis dengan mamografi gambaran yang sering berupa mikrokalsifikasi yang berkelompok (*clustered microcalcifications*). DCIS terkadang muncul sebagai *pathologic nipple discharge* dengan atau tanpa massa. Dengan terapi tepat dan segera, rata-rata survival lima tahun (*five-year survival*) untuk DCIS mencapai 100%.

2. *Karsinoma lobular in situ* (LCIS), ditandai oleh adanya perubahan sel dalam lobulus atau lobus. Insiden tidak sering (4200 kasus pertahun di USA) dan risiko untuk menderita kanker payudara invasif sedikit lebih kecil dibanding DCIS. Disebut juga lobular intraepithelial neoplasia, saat ini kebanyakan pakar meyakini LCIS bukan lesi premaligna, tapi merupakan marker untuk peningkatan risiko kanker payudara. Yang khas pada LCIS adalah lesi multipel dan sering bilateral, sering ditemukan insidental dari biopsi payudara. Jarang ditemukan secara klinis ataupun mamografi (tidak ada tanda khas).
3. Karsinoma invasif. Karsinoma payudara invasif merupakan tumor yang secara histologik heterogen. Mayoritas tumor ini adalah adenokarsinoma yang tumbuh dari terminal duktus. Terdapat lima varian histologik yang sering dari adenokarsinoma payudara.
 - a) Karsinoma duktal invasive, merupakan 75% dari keseluruhan kanker payudara. Lesi ini ditandai oleh tidak adanya gambaran

histologik yang khusus. Tumor ini konsistensinya keras dan terasa berpasir ketika dipotong. Sering terdapat komponen *ductal carcinoma insitu* (DCIS) di dalam specimen. Umumnya metastasis ke kelenjar getah bening aksila, metastasis jauh sering ditemukan di tulang, paru, liver dan otak. Prognosis lebih buruk dibanding subtype histologik yang lain (mucinous, colloid, tubular, dan medullar).

- b) Karsinoma lobular invasive, merupakan 5%-10% dari keseluruhan kanker payudara. Secara klinis lesi sering memiliki area abnormal yang menebal (*ill-defined thickening*) di dalam payudara. Secara mikroskopis gambaran yang khas adalah sel kecil tunggal atau *Indian file pattern*. Karsinoma lobular invasif cenderung untuk tumbuh di sekitar duktus dan lobulus. Multisentris dan bilateral lebih sering terlihat pada karsinoma lobular dibanding karsinoma duktal. Juga metastasis ke kelenjar getah bening aksila, lebih sering metastasis jauh ke tempat yang tidak umum (mening dan permukaan serosa).

Prognosis serupa dengan karsinoma duktal invasif.

- c) Karsinoma tubular, hanya merupakan 2% dari kanker payudara. Diagnosis ditegakkan bila lebih dari 75% tumor menunjukkan formasi tubule. Jarang metastasis ke kelenjar getah bening aksila. Prognosis sangat lebih bagus dibanding tipe lain.

d) Karsinoma medullar, merupakan 5%-7% dari kanker payudara.

Secara histologik lesi ditandai oleh inti dengan differensiasi buruk, a *syncytial growth pattern*, batas tegas, banyak infiltrasi limfosit dan plasma sel, dan sedikit atau tanpa DCIS. Prognosis untuk pasien yang murni karsinoma medullar adalah baik, tapi bila bercampur dengan komponen duktal invasif prognosisnya sama dengan karsinoma duktal.

e) Karsinoma mucinous atau koloid, merupakan 3% dari kanker payudara. Ditandai oleh akumulasi yang menonjol dari mucin ekstraseluler melingkupi kelompok sel tumor. Karsinoma koloid tumbuh lambat dan cenderung untuk besar ukurannya (*bulky*).

Bila terdapat predominan musinous, prognosis baik.

Tipe histologi kanker payudara yang jarang adalah papiler, apocrine, secretory, squamous cell dan spindle cell carcinoma, dan karsinosarkoma. Karsinoma duktal invasif umumnya memiliki area kecil yang mengandung satu atau lebih subtipe ini. Tumor dengan histologik campuran ini berkelakuan sama dengan karsinoma

duktal invasif. Berikut tipe histologi yang jarang :

a) Karsinoma metaplastik, kejadiannya jarang, kurang dari 5% dari kanker payudara. Lesi mengandung beberapa tipe sel berbeda yang terlihat tidak khas untuk tipe kanker payudara lain. Gambaran klinis, sering merupakan lesi tunggal yang tumbuh cepat. Mamografi batas tegas, tidak ada klasifikasi

yang dalam beberapa kasus terlihat jinak. Prognosis tipe ini bervariasi.

b) Karsinoma invasif kribiform, merupakan kanker dengan diferensiasi baik terdiri atas sel kecil dan *uniform*. Kanker ini memiliki gambaran seperti karsinoma tubular dan umumnya prognosis lebih bagus dibanding yang lain. Sekitar 5%-6%

karsinoma payudara invasif mengandung komponen ini.

c) Karsinoma papiler, sangat jarang, kurang dari 1%-2% kanker payudara. Ditemukan dominan pada wanita postmenopause, ditandai oleh nodul padat yang sering *multiple* dan *lobulated*.

Diduga prognosis baik (data terbatas).

d) Karsinoma mikropapiler invasif adalah berbeda tapi sulit dikenal, umumnya merupakan massa padat dan *immobile*. Pada mamografi terdapat gambaran spekula, *irregular* atau bundar, densitas tinggi dengan atau tanpa mikrokalsifikasi. Insiden sangat jarang kurang dari 3%, prognosis relatif buruk (data terbatas).

B. Etiologi

Penyebab secara pasti belum diketahui. Namun risiko untuk menderita kanker payudara meningkat pada wanita yang mempunyai faktor risiko. Yang termasuk faktor risiko kanker payudara adalah :

1. Jenis kelamin wanita. Insiden kanker payudara pada wanita dibanding pria lebih dari 100:1. Secara umum 1 dari 9 wanita Amerika akan menderita kanker payudara sepanjang hidupnya,
2. Usia. Risiko meningkat dari 1:5900 ke 1:290 antara dekade ketiga dan dekade kedelapan. Wanita usia 60-79 mempunyai kemungkinan menderita kanker payudara 1:14 dibanding wanita usia kurang dari 39 tahun, yang mempunyai kemungkinan 1:14.
3. Riwayat keluarga : Pasien dengan riwayat keluarga tingkat pertama (ibu dan saudara kandung) mempunyai risiko 4-6 kali dibanding wanita yang tidak punya faktor risiko ini. Usia saat terkena juga mempengaruhi faktor risiko, pasien dengan ibu di diagnose kanker payudara saat usia kurang dari 60 tahun risiko meningkat 2 kali. Pasien dengan keluarga tingkat pertama premenopause menderita kanker payudara bilateral, mempunyai risiko 9 kali. Pasien dengan keluarga tingkat pertama post menopause menderita kanker payudara bilateral mempunyai risiko 4-5,4 kali.
4. Usia melahirkan anak pertama, jika usia 30 atau lebih risiko 2 kali dibanding wanita yang melahirkan usia kurang dari 20 tahun.
5. Riwayat menderita kanker payudara, juga merupakan faktor risiko untuk payudara kontralateral. Risiko ini tergantung pada usia saat diagnosis. Risiko ini meningkat pada wanita usia muda.
6. Predisposisi genetik. Risiko ini berjumlah kurang dari 10% kanker payudara. *Autosomal dominant inheritance* terlihat pada *Li-Fraumeni syndrome*, *Muir-Torre syndrome*, *Cowden disease*, *Peutz-Jeghers*

syndrome dan mutasi BRCA-1 dan BRCA-2. Risiko untuk menderita kanker payudara mendekati 50% bila usia kurang dari 50 tahun dan lebih 80% sebelum usia 65 tahun. Ataxia telangiectasis (*Autosomal recessive inheritances*) merupakan faktor risiko lain.

7. *Ductal carcinoma in situ* (DCIS) dan *Labular carcinoma in situ* (LCIS) pada biopsi. Hal ini merupakan marker untuk terjadinya lesi invasif.
8. Proliferasi benigna dengan hiperplasia atipikal: faktor ini meningkatkan risiko 4 kali. Atipia dan hiperplasia disertai adanya riwayat keluarga risiko meningkat 10 kali. Pada tumor jinak yang menunjukkan ekspresi reseptor estrogen dan progesteron risikonya 3,2 kali (Kahn).

Hiperplasia atipikal terlihat pada 10% spesimen biopsi.

9. Radiasi : radiasi pada usia dibawah 16 mempunyai risiko 100 kali, radiasi sebelum umur 20 tahun mempunyai risiko 18 kali, usia 20-29 tahun risiko 6 kali, radiasi setelah usia 30 tahun risiko tidak bermakna. Lebih kurang 0,1% pasien-pasien yang diradiasi akan timbul sarkoma setelah 5 tahun.
10. Perubahan gaya hidup : diet tinggi kalori, diet tinggi lemak, konsumsi alkohol & merokok dan obesitas pada menopause.
11. Hormonal : menarche di bawah 12 tahun risiko 1,7-3,4 kali, menopause usia di atas di atas 55 tahun risiko 1,5 kali. Penggunaan oral kontrasepsi lebih dari 8-10 tahun juga meningkatkan risiko.

Evaluasi terhadap postmenopausal hormone replacement therapy pada penelitian kohort terlihat secara umum tidak meningkatkan risiko. Namun Colditz dkk membuktikan adanya peningkatan risiko pada

wanita yang menggunakan hormon replacement therapy diatas 5 tahun (estrogen dengan atau tanpa progestin).

C. Patofisiologi

Sel abnormal membentuk klon dan mulai berproliferasi secara abnormal, mengabaikan sinyal yang mengatur pertumbuhan dalam lingkungan sel tersebut. Kemudian dicapai suatu tahap dimana sel mendapatkan ciri-ciri invasif, dan terjadi perubahan pada jaringan sekitarnya. Sel-sel tersebut menginfiltrasi jaringan sekitar dan memperoleh akses ke limfe dan pembuluh-pembuluh darah, melalui pembuluh darah tersebut sel-sel dapat terbawa ke area lain dalam tubuh untuk membentuk metastase (penyebaran kanker) pada bagian tubuh yang lain. Neoplasma adalah suatu proses pertumbuhan sel yang tidak terkontrol yang tidak mengikuti tuntutan fisiologik, yang dapat disebut benigna atau maligna. Pertumbuhan sel yang tidak terkontrol dapat disebabkan oleh berbagai faktor, faktor-faktor yang dapat menyebabkan kanker biasanya disebut dengan karsinogenesis. Transformasi maligna diduga mempunyai sedikitnya tiga tahapan proses seluler, diantaranya yaitu inisiasi dimana inisiator atau karsinogen melepaskan mekanisme enzimatik normal dan menyebabkan perubahan dalam struktur genetic asam deoksiribonukleat seluler (DNA), promosi dimana terjadi pemajanan berulang terhadap agens yang mempromosikan dan menyebabkan

ekspresi informal abnormal atau genetik mutan bahkan setelah periode laten yang lama, progresi dimana sel-sel yang telah mengalami perubahan bentuk selama insiasi dan promosi mulai menginvasi jaringan yang berdekatan dan bermetastase menunjukkan perilaku maligna (Brunner & Suddarth, 2005)

D. Tanda dan Gejala

Adapun tanda dan gejala kanker payudara (Taris, 2010) :

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 (peau d'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)
8. Benjolan yang keras itu tidak bergerak (terfiksasi) dan biasanya pada awal-awalnya tidak terasa sakit.
9. Apabila benjolan itu kanker, awalnya biasanya hanya pada satu payudara
10. Adanya benjolan di aksila dengan atau tanpa massa di payudara.

E.

Penatalaksanaan Medis

1. Terapi non farmakologi
 - a) Operasi (Pembedahan)

Operasi merupakan modalitas utama untuk penatalaksanaan kanker payudara. Modalitas ini memberikan kontrol lokoregional yang dapat dibuktikan dengan pemeriksaan

histopatologi dan dari spesimen operasi dapat ditentukan tipe dan grading tumor, status kelenjar getah bening aksila, faktor prediktif dan faktor prognosis tumor (semua faktor diatas tidak bisa diperoleh dari modalitas lain). Berbagai jenis operasi pada kanker payudara adalah Classic radical Mastectomy (CRM), Modified Radical Mastectomy (MRM), Skin Sparing Mastectomy (SSM), Nipple Sparing Mastectomy (NSM), dan Breast Conserving Treatment (BCT). Jenis-jenis ini memiliki indikasi dan keuntungan serta kerugian yang berbeda-beda. SSM dan NSM memerlukan rekonstruksi langsung tapi kualitas hidup

lebih baik dengan kuratifitas yang hampir sama dengan MRM.

b) Kemoterapi

Kemoterapi adalah penggunaan obat anti kanker (sitostatika) untuk menghancurkan sel kanker. Obat ini umumnya bekerja dengan menghambat atau mengganggu sintesa DNA dalam siklus sel. 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, jarang menembus blood-brain barrier sehingga obat ini sulit mencapai sistem syaraf pusat. Ada 3 jenis setting kemoterapi yakni adjuvant,

neoadjuvant, dan primer (palatif).

c) 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 risiko rekurensi lokal dan berpotensi untuk menurunkan mortalitas jangka panjang penderita kanker payudara. Walaupun beberapa studi memperlihatkan bahwa RT setelah kemoterapi menghasilkan *long term survival* yang lebih baik dibanding 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.

RT terhadap payudara (dengan dan tanpa area supraclavikula) diindikasikan pada BCT (breast conservation therapy), pasien dengan kelenjar getah bening aksila positif metastasis 4 atau lebih, kontrol lokal pada metastasis disease (perdarahan, ulkus, impending fraktur), tumor besar (> 5cm) dan batas sayatan dekat atau tidak bebas tumor. Indikasi RT pada

Protokol PERABOI 2003 adalah :

- 1) Setelah tindakan operasi BCS
 - 2) Tepi sayatan dekat atau tidak bebas tumor (T> 5cm)
 - 3) Tumor letak sentral atau medial
 - 4) Kelenjar getah bening positif dengan ekstensi ekstra kapsular
- d) Hormonal Terapi

Hormonal terapi yang mulai dikembangkan sejak satu abad yang lalu, masih paling efektif dan paling jelas targetnya dari

terapi sistemik untuk kanker payudara. Adjuvant hormonal terapi diindikasikan hanya pada payudara yang menunjukkan ekspresi positif dari estrogen reseptor (ER) dan atau progesterone reseptor (PR) tanpa memandang usia, status menopause, status kelenjar getah bening aksila maupun ukuran tumor. ER positif pada sepertiga penderita kanker payudara dan sepertiga kasus rekuren sedang PR positif pada 50% ER positif. Pemberian terapi hormonal pada ER atau PR negatif tidak akan memperbaiki overall survival ataupun disease free survival dan bahkan merugikan pada premenopause. Tujuan terapi hormonal pada kanker payudara adalah untuk menghilangkan atau mengurangi estrogen dalam sel tumor (estrogen deprivation).

2. Terapi Farmakologi

a) Targeted (Biologik) Terapi

Terapi ini ditujukan untuk mengganggu proses yang berperan dalam pertumbuhan sel-sel kanker. Yang termasuk terapi ini untuk kanker payudara adalah :

- 1) Trastuzumab merupakan antibodi monoklonal yang bekerja langsung di reseptor HER2/neu, dan terbukti secara signifikan memiliki aktivitas anti tumor pada metastasis breast cancer dengan overekspresi HER2/neu (25% dari kanker payudara).
- 2) Bevacizumab (Avastin) merupakan monoklonal antibodi manusia yang didesain untuk mem-block aksi dari vaskular

endothelial growth factor (VEGF). VEGF disekresi sel maligna dan sel nonmaligna hipoksik dan menstimulasi pembentukan pembuluh darah baru dengan pengikatan reseptor spesifik.

- 3) Lapatinib ditosylate (Tykerb) merupakan antibodi monoklonal yang mampu menghambat dua reseptor dalam sel kanker (HER1/neu dan HER2/neu).

F. Komplikasi

1. Komplikasi kemoterapi

a) Mual dan Muntah

Terjadi karena berkurangnya rasa kecap dan penyimpangan rasa kecap (Dysgeusia), dapat diatasi dengan pemberian makanan berupa cairan sehingga tidak banyak dikunyah dan sedikit saliva.

Menu makanan harus dirubah setiap hari, makanan yang diusulkan mengandung tinggi protein berupa BCAA EAAs dan asam lemak Omega 3, sedangkan Megestrol acetate walaupun merangsang nafsu makan tapi bersifat katabolik terutama pada pasien inaktif.

b) Rambut rontok

Kehilangan rambut terjadi setelah 2-3 minggu kemoterapi pada fase Anagen, rambut menjadi tipis dan mudah rontok, keadaan ini akan membaik setelah 2-3 bulan kemoterapi

terakhir. Upaya untuk mengurangi alopecia:

- 1) Mengurangi aliran darah ke kepala : scalp tourniquet, scalp hypothermia

2) Perlindungan bulb rambut : topikal minoksidil, vitamin E,

AS101.

c) Mukositis dan Xerostomia

Sebagian besar pasien yang mendapat kemoterapi (40%)

akan mengalami mukositis, sekitar 50% disertai nyeri yang memerlukan pengobatan dan kemungkinan pemberian cairan

infus, biasanya timbul pada hari ke 7 setelah pemberian

kemoterapi. Mukosa yang sering terlibat adalah labial, bukal,

soft palate, dasar mulut dan permukaan depan lidah.

Obat kemoterapi yang menyebabkan mukositis.

1) Antrasiklin : daunorubicin, doksorubisin, efirubicin.

2) Alkylating : CPA, busulfan, procarbazine, thiotepa

3) Taxane : docetaxel, paclitaxel

4) Vinca alkaloid : vinblastine, vincristine, vinorelbine

5) Antimetabolit : methorexate, 5 FU

6) Antibiotik antitumor : actinomycin, bleomycin, mitomicin,

amsacrine

Terapi mukositis. Kurangi trauma pada mukosa, dengan

cara mengurangi makan pedas dan asam, kebersihan mulut

harus dijaga, gigi tajam dicabut atau dihaluskan dan obat

pelindung mukosa seperti: Sukralfat, vitamin dan antioksidan (β

carotene, vit E, C, glutathione)

Pendekatan untuk pengobatan pada xerostomia :

merangsang produksi liur dengan permen karet, menambah

produksi yang kurang dengan Xero-lube, Slivart perlindungan

terhadap gigi dengan fluoride gel (stannous fluoride 0,4%) dan

mengurangi sukrosa.

d) Ekstravasasi

Gejalanya bisa timbul belakangan berupa nyeri, eritem, nekrosis luas pada kulit dan subkutis sehingga memerlukan eksisi dan skin graft bahkan dapat dilakukan amputasi. Untuk menghindari ekstravasasi sebelum obat kemoterapi dimasukkan, diberikan dahulu cairan NaCl/ Dextrose 250-500 cc. Jenis ekstravasasi : tidak berikatan dengan asam nukleat

(Irritants) dan berikatan dengan asam nukleat (*Vesicants*).

2. Komplikasi Radiasi

a) Nekrosis jaringan lunak payudara (mis. nekrosis lemak), edema

payudara yang lama, fraktur iga (rata-rata 1%-3%)

b) Penurunan mobilitas bahu (rata-rata 1%-3%)

c) Brachial Plexopathy dengan parastesia dan nyeri lengan (rata-rata 1%-3%)

d) Limfedema

e) Sekunder malignansi :1. angiosarkom dengan puncak insiden

pada 6 tahun pasca radiasi, cumulative risk 30 tahun kurang dari

1%, 2. Kanker paru ipsilateral mungkin terjadi dengan resiko

meningkat pada perokok.

f) Coronaryartery disease : resiko signifikan menurun dengan teknik

baru radioterapi

g) Pneumonitis simptomatis : hal ini relatif tidak sering, mengenai

3%- 6% penderita kanker payudara yang di radiasi. Tiga sampai

dua belas bulan setelah selesai radiasi timbul batuk kering,

dyspnea, dan demam. Pada foto terlihat infiltrat interstitial, yang

akan menjadi fibrosis.

3. Komplikasi mastektomi

Infeksi luka dan abses, nekrosis flap kulit, parastesia dinding dada, *phantom breast syndrome*, sindrom nyeri post operasi, seroma dan limfedema.

4. Komplikasi diseksi aksila

a) Limfedema : prevalensi limfedema sekitar 11%, dengan interval ekstrem 5%- 30%. Extensive surgery, radioterapi, dan usia tua

merupakan faktor risiko untuk edema lengan.

b) Pelemahan gerakan bahu : tergantung apakah penderita menerima radioterapi di aksila, insiden bervariasi 12%-15% (radioterapi) dan 7%-8% (tanpa radioterapi). Simptom akan menurunkan gerakan bahu, problem dapat diperbaiki dengan

segera melakukan fisioterapi

c) Kerusakan plexus brachialis, dengan nyeri kronis dan penurunan kekuatan menggenggam pada 15% penderita dan menetap untuk beberapa tahun setelah operasi.

d) Komplikasi lain : Trombosis vena aksilaris, seroma, dan nyeri dinding dada.

5. Komplikasi tamoxifen

a) Endometrial cancer : komplikasi ini jarang, terjadi pada 2 dari 1000 wanita yang menerima tamoxifen. Umumnya dideteksi pada stadium dini, sehingga relative mudah untuk diterapi. National Cancer Institute and the American Society of Obstetricians and Gynecologists merekomendasikan untuk dilakukan biopsi endometrium bila ada vaginal bleeding pada penderita yang menggunakan tamoxifen.

- b) Perimenopausal simptom : Hot flashes dan mood changes mungkin terjadi dan terkadang sangat berat. Selective serotonin uptake inhibitor dapat digunakan untuk terapi gejala ini.
 - c) Katarak : Hal ini juga pernah dilaporkan pemakai tamoxifen, dianjurkan untuk pemeriksaan mata setiap tahun.
6. Komplikasi trastuzumab
- a) Cardiac toxicity : Dari trial fase III didapatkan cardiac dysfunction 7% kasus. Prevalensi meningkat 11% bila trastuzumab dikombinasikan dengan paclitaxel. Toksisitas jelas terlihat bila dikombinasikan dengan anthracycline.
 - b) Fever, chills, nausea, vomiting, dan nyeri dengan infuse pertama. Hal ini relatif sering tapi berkurang setelah infuse berikutnya.

G.Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan anamnesis dan pemeriksaan fisik mempunyai akurasi untuk membedakan ganas atau jinak sekitar 60%-80% (eror 20-40%) oleh karenanya memerlukan pemeriksaan tambahan. (Suyatno, 2010)

1. Pemeriksaan laboratorium dan marker

Pemeriksaan laboraorium darah yang dianjurkan adalah darah rutin, alkaline phosphatase, SGOT, SGPT dan tumor marker. Kadar alkaline phosphatase yang tinggi dalam darah mengindikasikan kerusakan atau metastasis pada liver. Tumor marker untuk kanker payudara yang dianjurkan American Society Clinical Oncology adalah carcinoembryonic antigen (CEA), cancer antigen (CA) 15-3, dan CA 27-

29. Pemeriksaan ini sensitif tapi tidak spesifik oleh karena itu dianjurkan untuk follow up. Pemeriksaan genetika BRCA-1 dan BRCA-2 dianjurkan pada pasien dengan keluarga tingkat pertama menderita kanker

payudara atau ovarium.

2. Ultrasonografi (USG) payudara

Pada USG, lesi hypoechoic dengan margin irregular dan shadowing disertai orientasi vertikal kemungkinan merupakan lesi maligna. Lesi ini terkadang menunjukkan adanya infiltrasi ke jaringan lemak di sekitarnya. Lesi solid benigna dengan batas tegas dan lobulated yang terlihat sebagai lesi hypoechoic homogen dan orientasi horizontal diduga adalah fibroadenoma. USG secara umum diterima sebagai metode terpilih untuk membedakan masa kistik dengan solid dan sebagai guide untuk biopsi. Disamping untuk pemeriksaan pasien usia muda (kurang dari 30 tahun).

7. Mamografi

Mamografi memegang peranan mayor dalam deteksi dini kanker payudara, 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 malignansi adalah 70%-80%. Namun akurasi pada pasien usia muda (kurang dari 30 tahun) dengan payudara yang padat adalah kurang akurat.

Terdapat 2 tipe pemeriksaan mamografi : skrinning dan diagnosis.

Skrinning mamografi dilakukan pada wanita yang asimtomatik. Deteksi dini dari kanker payudara yang masih kecil memungkinkan pasien untuk

memperoleh keberhasilan terapi dengan kualitas hidup yang lebih baik. Skrining mamografi direkomendasikan setiap 1-2 tahun untuk wanita usia 40 tahun dan setiap tahun untuk usia 50 tahun atau lebih. Pada kondisi tertentu direkomendasikan sebelum usia 40 tahun (misal wanita dengan keluarga tingkat pertama menderita kanker payudara). Untuk skrining mamografi, masing-masing payudara dibuat dalam posisi cranio-caudal (CC) dan medio-lateral oblique (MLO).

8. MRI

MRI (Magnetic Resonance Imaging) merupakan instrument yang sensitif untuk deteksi kanker payudara, karena itu 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 risiko kanker payudara yang tinggi. Sensitivitas MRI mencapai 98% tapi spesifitasnya rendah, biaya pemeriksaan mahal dan waktu pemeriksaan mahal dan waktu pemeriksaan yang lama oleh karena itu MRI belum menjadi prosedur rutin.

9. Biopsi

Biopsi pada payudara memberikan informasi sitologi atau histopatologi. FNAB (Fine needle Aspiration Biopsy) merupakan salah satu prosedur diagnosis awal, untuk evaluasi masa di payudara. Pemeriksaan ini sangat berguna terutama untuk evaluasi lesi kritik. Masa persisten atau rekurren setelah rebiopsi berulang adalah indikasi

untuk biopsi terbuka (insisi atau eksisi). Namun, FNAB merupakan biopsi yang memberikan informasi sitologi, belum menjadi standar baku (gold standard) untuk diagnosis definitif. Bila mampu, dianjurkan triple diagnosis (klinis, mamografi, FNAB).

Biopsi yang memberikan informasi histopatologi adalah biopsi Core, biopsi insisi, biopsi eksisi, potong beku dan ABBI (*Advance Breast Biopsi Instrument*). Hasil biopsi ini merupakan standar baku untuk diagnosis dan terapi. Masing-masing biopsi ini mempunyai keuntungan dan kerugian (tabel 1. 2). Biopsi eksisi direkomendasikan untuk tumor ukuran kurang dari 3 cm. biopsi insisi dilakukan pada tumor operable dengan ukuran lebih dari 3 cm atau inoperable. Potong beku dilakukan saat operasi, teknik pengambilan spesimen bisa insisi atau eksisi. Dari biopsi ini dapat sekaligus progesterone reseptor (PR), $HerB_2$, p53 dan cathepsin D.

Tabel 1. 2 Perbandingan berbagai jenis biopsi

Masa	Teknik	Keuntungan	Kerugian
Teraba	FNAB	Cepat, sedikit sakit, tanpa anastesi	Ahli sitologi berpengalaman, tidak bisa

	Biopsi Core ABBI Biopsi insisi Biopsi eksisi	Cepat, sakit minimal sedang, minimal sediaan 4 jaringan Dapat langsung eksisi, dengan tepi bebas tumor pada lesi Kecil cepat, dapat dipastikan dengan potong beku, dapat memeriksa IHC. Dapat langsung evaluasi tepi sayatan, pemeriksaan IHC.	membedakan insitu dengan invasive, false negative. False negative pada lesi kecil, tidak dapat dilakukan pada lesi dalam. Alat masih mahal Memerlukan tambahan eksisi Tidak bisa dilakukan pada tumor > 3 cm
Tidak teraba	<i>FNAB</i> Core biopsi ABBI dengan bantuan USG	Cepat sudah banyak digunakan	
Tidak teraba dan ada mikrokalsifikasi	<i>Core biopsy stereotactic</i> ABBI	Cepat Dapat langsung eksisi dan evaluasi tapi sayatan	Mahal Mahal

10. Bone Scan, Foto Toraks, USG abdomen

Pemeriksaan bone scan bertujuan untuk evaluasi metastasis di tulang. Pemeriksaan ini dianjurkan pada kasus, *advance local disease*, *lymfe node metastases*, *distant metastases* dan ada simptom pada 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 halnya pada yang simtomatis

stadium III, insiden positif bone scan mencapai 25% oleh karenanya pemeriksaan bone scan secara rutin sangat bermanfaat. Protokol PERABOI merekomendasikan pemeriksaan ini bilamana sitologi sangat mencurigai pada lesi diatas 5 cm. Foto torak dan USG abdomen rutin dilakukan untuk melihat adanya metastasis di paru, pleura, mediastinum dan organ viseral (terutama hepar).

H.Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan landasan proses keperawatan (Nursalam, 2010). Pengkajian untuk pasien yang menjalani post operasi ca mammae menurut Doenges E, dkk (2010)

a) Neurosensori

Gejala : Pusing atau tidak, penglihatan baik atau tidak, pendengaran

baik atau tidak

Tanda : GCS, kesadaran, pupil, dan tekanan darah

b) Sirkulasi

Gejala : Riwayat Hipertensi, Riwayat Jantung

Tanda : Tanda vital dalam rentang normal, CRT, konjungtiva anemis

atau tidak, akral badan hangat

c) Pernapasan

Gejala : Tidak sesak napas, penciuman baik

Tanda : RR dalam rentang normal, cuping hidung atau tidak,

penciuman baik atau tidak

d) Nyeri/ketidakhnyamanan

Gejala : Letak lokasi nyeri, durasi nyeri

Tanda : Skala nyeri, wajah meringis atau tidak

e) Makanan/cairan

Gejala : Pasien berapa kali makan dirumah dan dirumah sakit,
kehilangan nafsu makan, adanya penurunan berat badan, mual,
muntah, dan anoreksia
Tanda : Turgor kulit, edema, porsi makan, dan mukosa bibir pasien

lembab

f) Eliminasi

Gejala : Perubahan pada pola eliminasi (BAK/BAB)

Tanda : Distensi abdomen, tidak ada edema, klien menggunakan

kateter, warna urin, konsistensi

g) Seksualitas

Gejala : Masalah seksualitas misalnya dampak pada hubungan,

perubahan tingkat kepuasan

h) Aktivitas

Gejala : Kelemahan atau keletihan, perubahan pada pola istirahat dan

jam kebiasaan tidur malam hari, keterbatasan dalam hobi.

i) Hygiene

Gejala : Ketidakmampuan merawat diri, turgor kulit, tidak kering, tidak

bau badan

j) Integritas Ego

Gejala : Ansietas, ketakutan, emosional, perasaan tidak berdaya

Tanda : Terlihat tegang, gelisah, diaphoresis, dan depresi

k) Interaksi Sosial

Gejala : Ketidakmampuan aktif dalam sosial atau kelemahan sistem

pendukung

l) Penyuluhan/pembelajaran

Gejala : Riwayat dalam penyakit yang lama Ca. Mammae

m) Safety

Gejala : Warna kulit sianosis, demam, resiko jatuh.

n) Discharge Planning

Gejala : Memerlukan bantuan dalam rencana pulang seperti obat-

obatan, pengobatan, perawatan pada payudara dan perawatan diri.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah pertanyaan singkat dan pasti tentang masalah klien dan serta penyebabnya yang dapat dipecahkan melalui tindakan keperawatan.

Diagnose keperawatan didapat setelah data-data yang dikumpulkan dan dianalisis. Diagnosa keperawatan menunjukkan masalah pasien, orang terdekat atau perawat yang memerlukan intervensi keperawatan dan penatalaksanaan. Pilihan dari diagnose keperawatan individu di validasi dengan faktor yang berhubungan atau resiko atau tanda gejala yang paling konsisten berkenaan dengan situasi dan kondisi medis (Carpenito, 2010)

Adapun diagnose keperawatan untuk pasien yang menjalani pre dan post operasi biopsi insisi ca mammae menurut Diagnosa keperawatan Doenges (2010).

Pre operasi

1. Cemas / takut berhubungan dengan situasi krisis (kanker), perubahan kesehatan, sosio ekonomi, peran dan fungsi, bentuk interaksi, persiapan kematian, pemisahan dengan keluarga ditandai dengan peningkatan tegangan, kelelahan, mengekspresikan kecanggungan peran, perasaan tergantung, tidak adekuat kemampuan menolong diri, stimulasi simpatetik.

- .2. Nyeri (akut) berhubungan dengan proses penyakit (penekanan/kerusakan jaringan syaraf, infiltrasi sistem suplay syaraf, obstruksi jalur syaraf, inflamasi), efek samping therapi kanker ditandai dengan klien mengatakan nyeri, klien sulit tidur, tidak mampu memusatkan perhatian, ekspresi nyeri, kelemahan.
3. Gangguan nutrisi (kurang dari kebutuhan tubuh) berhubungan dengan hipermetabolik yang berhubungan dengan kanker, konsekwensi khemotherapi, radiasi, pembedahan (anoreksia, iritasi lambung, kurangnya rasa kecap, nausea), emotional distress, fatigue, ketidakmampuan mengontrol nyeri ditandai dengan klien mengatakan intake tidak adekuat, hilangnya rasa kecap, kehilangan selera, berat badan turun sampai 20% atau lebih dibawah ideal, penurunan massa otot dan lemak subkutan, konstipasi, abdominal cramping.

Post operasi

1. Nyeri akut berhubungan dengan prosedur pembedahan, trauma jaringan
2. Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan prosedur invasif pembedahan
3. Gangguan citra diri berhubungan dengan kehilangan anggota tubuh, kehilangan mammae

3. Perencanaan keperawatan

Perencanaan keperawatan merupakan langkah ketiga dalam proses keperawatan. Tahap perencanaan memberikan kesempatan kepada perawat, pasien, dan orang terdekat untuk mengatasi masalah pasien dan membuat prioritas urutan diagnosa keperawatan. (Doenges, dkk 2010). Sedangkan untuk rencana asuhan keperawatan menggunakan Nanda NIC-NOC tahun 2014.

a) NOC (Nursing Outcomes Classification)

NOC adalah 'istilah' standar untuk menggambarkan outcomes pasien.

Pengertian NOC: *An outcome is "an individual, family or community state, behavior, or perception, that is measured along a continuum in response to nursing intervention"* (Moorhead, Johnson & Maas, 2004, p. 25)

b) NIC (Nursing Intervention Classification)

NIC merupakan klasifikasi intervensi keperawatan yang dibuat untuk menyeragamkan bahasa intervensi yang dilakukan oleh perawat.

NIC edisi ke empat terdiri dari 514 intervention dan edisi ke lima (2008) terdiri dari 542 aktifitas (mempunyai sekitar 12000 aktifitas) (Bulechek, Butcher, & Dochterman, 2008)

Rencana Asuhan Keperawatan Pre Operasi (NANDA 2015 dan NIC-NOC 2014)

No	Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
1.	Cemas / takut berhubungan dengan situasi krisis (kanker), perubahan kesehatan, sosio ekonomi, peran dan fungsi, bentuk interaksi, persiapan kematian, pemisahan dengan keluarga ditandai dengan peningkatan tegangan, kelelahan, mengekspresikan kecanggungan peran, perasaan tergantung, tidak adekuat kemampuan menolong diri, stimulasi simpatetik	<ul style="list-style-type: none"> Anxiety Control Indikator : <ol style="list-style-type: none"> Klien mampu mengidentifikasi, dan mengungkapkan gejala cemas Mengidentifikasi, mengungkapkan dan menunjukkan teknik untuk mengontrol cemas Vital sign dalam batas normal Postur tubuh, ekspresi wajah, bahasa tubuh, dan tingkat aktivitas menunjukkan berkurangnya kecemasan 	Anxiety Production (Penurunan kecemasan) Gunakan pendekatan yang menenangkan Nyatakan dengan jelas harapan terhadap pelaku pasien Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur Temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut Berikan informasi faktual mengenai diagnosis, tindakan prognosis Dorong keluarga untuk menemani pasien Dengarkan dengan penuh perhatian Identifikasi tingkat kecemasan Bantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi Instruksikan pasien menggunakan teknik relaksasi Berikan obat untuk mengurangi kecemasan
2.			
3.	Nyeri (akut) berhubungan dengan proses penyakit (penekanan/kerusakan jaringan syaraf, infiltrasi sistem suplay syaraf, obstruksi jalur syaraf, inflamasi), efek samping terapi kanker ditandai dengan klien mengatakan nyeri, klien sulit tidur, tidak mampu memusatkan perhatian, ekspresi nyeri, kelemahan.	<ul style="list-style-type: none"> Pain control Indikator : <ol style="list-style-type: none"> Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan). Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) Menyatakan rasa nyaman 	Pain management 1.1 Lakukan pengkajian

1.	<p>Ketidakseimbangan nutrisi (kurang dari kebutuhan tubuh) berhubungan dengan hipermetabolik yang berhubungan dengan kanker, konsekwensi khemoterapi, radiasi, pembedahan (anoreksia, iritasi lambung, kurangnya rasa kecap, nausea), emotional distress, fatigue, ketidakmampuan mengontrol nyeri ditandai dengan klien mengatakan intake tidak adekuat, hilangnya rasa kecap, kehilangan selera, berat badan turun sampai 20% atau lebih dibawah ideal, penurunan massa otot dan lemak subkutan, konstipasi, abdominal cramping.</p>	<p>setelah nyeri berkurang</p> <p>5. Tanda vital dalam rentang normal</p> <p>Indikator :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Selera makan : keinginan untuk makan ketika dalam keadaan sakit atau sedang menjalani pengobatan 2. Status gizi ; tingkat ketersediaan zat gizi untuk memenuhi kegiatan metabolik 3. Status gizi ; pengukuran biokimia komponen dan kimia cairan yang mengindikasikan status nutrisi 4. Status gizi ; asupan makanan dan cairan jumlah makanan dan cairan yang dikonsumsi tubuh dalam waktu 24 jam 5. Status gizi : asupan gizi keadekuatan pola asupan zat gizi yang biasanya 6. Perawatan diri : makan : kemampuan untuk mempersiapkan dan mengingesti makanan dan cairan secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu 7. Berat badan : masa tubuh tingkat kesesuaian berat badan, otot dan lemak 	<p>nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan faktor presipitasi</p> <p>Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan</p> <p>Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien</p> <p>Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan</p> <p>Analgesic Administration</p> <p>Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat</p> <p>Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi.</p> <p>Cek riwayat alergi</p> <p>Tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri</p> <p>Pengkajian</p> <p>Tentukan motivasi pasien untuk mengubah kebiasaan makan</p> <p>Pantau nilai laboratotium, khususnya transferin, albumin, dan elektrolit</p> <p>Manajemen nutrisi:</p> <p>Ketahui makanan</p>
----	--	--	--

		<p>dengan tinggi badan, rangka tubuh, jenis kelamin dan usia</p>	<p>kesukaan pasien</p> <p>Tentukan kemampuan pasien untuk memenuhi kebutuhan nutrisi</p> <p>Pantau kandungan nutrisi dan kalori pada catatan asupan</p> <p>Timbang pasien pada interval yang tepat</p> <p>Penyuluhan untuk pasien/keluarga</p> <p>Ajarkan metode untuk perencanaan makan</p> <p>Ajarkan pasien dan keluarga tentang makanan yang berizi dan tidak mahal</p> <p>Manajemen nutrisi: berikan informasi yang tepat tentang kebutuhan nutrisi dan bagaimana memenuhinya</p> <p>Aktivitas kolaboratif</p> <p>1.1 Diskusikan dengan ahli gizi dalam menentukan kebutuhan protein pasien yang mengalami ketidakadekuatak asupan protein</p> <p>1.2 Diskusikan dengan dokter kebutuhan stimulasi nafsu makan, makanan</p>
--	--	--	--

			<p>lengkap, pemberian makanan melalui selang, atau nutrisi parenteral total agar asupan kalori yang adekuat dapat dipertahankan</p> <p>Rujuk kedokter untuk menentukan penyebab gangguan nutrisi</p> <p>Rujuk ke program gizi dikomunitas yang tepat jika pasien tidak dapat memenuhi asupan nutrisi yang adekuat</p> <p>Manajemen nutrisi; tentukan dengan melakukan kolaborasi dengan ahli gizi jika diperlukan jumlah kalori, dan jenis zat gizi yang dibutuhkan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi.</p>
--	--	--	---

Rencana Asuhan Keperawatan Post Operasi (NANDA 2015 dan NIC-NOC 2014)

No	Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
1.	Nyeri akut berhubungan dengan prosedur	<ul style="list-style-type: none"> Pain control Indikator :	Pain management 1.5 Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif

	<p>pembedahan, trauma jaringan</p>	<p>6. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan).</p> <p>7. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri</p> <p>8. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)</p> <p>9. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang</p> <p>10. Tanda vital dalam rentang normal</p>	<p>termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan faktor presipitasi</p> <p>Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan</p> <p>Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien</p> <p>Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan</p>
2.	<p>Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan prosedur invasif pembedahan</p>	<p>Analgesic Administration</p> <p>Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat</p> <p>Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi.</p> <p>Cek riwayat alergi</p> <p>Tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri</p> <p>Pengkajian</p> <p>Pantau tanda dan gejala infeksi (suhu, denut jantung, drainase, penampilan luka, sekresi, penampilan urin, suhu kulit, lesi kulit, kelelahan dan malaise)</p> <p>kaji factor yang dapat meningkatkan kerentanan terhadap infeksi</p> <p>pantau hasil laboratorium (hitung darah lengkap, hitung granulosit, absolute, hitung jenis, protein serum, albumin)</p> <p>amati penampilan praktek hygiene personal untuk perlindungan terhadap infeksi</p> <p>Penyuluhan untuk pasien/keluarga</p>	<p>Analgesic Administration</p> <p>Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat</p> <p>Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi.</p> <p>Cek riwayat alergi</p> <p>Tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri</p> <p>Pengkajian</p> <p>Pantau tanda dan gejala infeksi (suhu, denut jantung, drainase, penampilan luka, sekresi, penampilan urin, suhu kulit, lesi kulit, kelelahan dan malaise)</p> <p>kaji factor yang dapat meningkatkan kerentanan terhadap infeksi</p> <p>pantau hasil laboratorium (hitung darah lengkap, hitung granulosit, absolute, hitung jenis, protein serum, albumin)</p> <p>amati penampilan praktek hygiene personal untuk perlindungan terhadap infeksi</p> <p>Penyuluhan untuk pasien/keluarga</p>
3.	<p>Indikator :</p> <p>1. Factor resiko infeksi akan hilang yang dibuktikan dengan pengendalian resiko komunitas, penyakit menular, status imun, keparahan infeksi,</p>	<p>• Pengendalian resiko komunitas: penyakit menular; tindakan komunitas untuk menghilangkan atau menurunkan penyebaran agen infeksius yang mengancam kesehatan masyarakat</p> <p>Indikator :</p> <p>1. Factor resiko infeksi akan hilang yang dibuktikan dengan pengendalian resiko komunitas, penyakit menular, status imun, keparahan infeksi,</p>	<p>dan malaise)</p> <p>kaji factor yang dapat meningkatkan kerentanan terhadap infeksi</p> <p>pantau hasil laboratorium (hitung darah lengkap, hitung granulosit, absolute, hitung jenis, protein serum, albumin)</p> <p>amati penampilan praktek hygiene personal untuk perlindungan terhadap infeksi</p> <p>Penyuluhan untuk pasien/keluarga</p>

		keparahan infeksi bai baru lahir, pengendalian resiko PMS, dan penyembuhan luka primer dan sekunder. 2. Pasien akan memperlihatkan pengendalian resiko PMS yang dibuktikan oleh indicator sebagai berikut:	jelaskan pada pasien dan keluarga mengapa sakit atau terapi meningkatkan resiko terhadap infeksi instruksikan untuk menjaga personal hygiene jelaskan manfaat dan rasional serta efek samping imunisasi berikan pasien dan keluarga metode untuk mencatat imunisasi pengendalian infeksi (NIC): <ul style="list-style-type: none"> • ajarkan pasien tehnik mencuci tangan yang benar • ajarkan kepada pengunjung untuk mencuci tangan
--	--	--	---

4. Pelaksanaan

Menurut Romlah (2012) pelaksanaan adalah realisasi tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respons pasien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru.

Komponen tahap implementasi diantaranya sebagai berikut :

a. Tindakan keperawatan mandiri dilakukan tanpa pesanan dokter

Tindakan keperawatan mandiri ini di tetapkan dengan *Standart Practice*

American Nurses Association (1973), undang-undang praktek perawat

negara bagian dan kebijakan institusi perawatan kesehatan.

b. Tindakan keperawatn kolaboratif

Tindakan yang dilakukan oleh perawat bila perawat bekerja

dengan anggota perawatan kesehatan lain dalam membuat keputusan

bersama yang bertahap untuk mengatasi masalah pasien.

5. Evaluasi

Evaluasi adalah penilaian pencapaian tujuan serta pengkajian ulang

rencana keperawatan (Tim Depkes, 1995). Tahap evaluasi merupakan

kunci keberhasilan dalam menggunakan proses keperawatan.

Evaluasi akan mengungkapkan empat kemungkinan yang menentukan

perawatan selanjutnya, yaitu : masalah dapat diatasi, sebagian masalah

dapat diatasi, masalah tidak dapat diatasi, timbul masalah baru.

Fase akhir dari proses keperawatan adalah evaluasi terhadap asuhan

keperawatan yang telah diberikan. Hal-hal yang perlu dievaluasi adalah

keakuratan, kelengkapan dan kualitas data teratasi atau tidaknya masalah

klien, pencapaian tujuan serta ketepatan intervensi keperawatan.

6. Dokumentasi

Dokumentasi adalah sebagai segala sesuatu yang tercetak atau

tertulis yang dapat diandalkan sebagai catatan tentang bukti bagi individu

yang berwenang. Pelaksanaan dokumentasi proses keperawatan juga

sebagai salah satu alat ukur untuk mengetahui, memantau dan

menyimpulkan suatu pelayanan asuhan keperawatan.

Tujuan dokumentasi, dokumentasi keperawatan yang lengkap adalah

prasyarat dalam melaksanakan perawatan yang baik dan untuk efisiensi

dari kerjasama dan komunikasi antar profesi kesehatan dalam pelayanan kesehatan profesional, dokumentasi keperawatan yang lengkap dan akurat akan memudahkan disiplin ilmu lain untuk menggunakan informasi didalamnya. Dokumentasi diperlukan untuk memudahkan alur dan koordinasi dalam perawatan pasien.

BAB III TINJAUAN KASUS.....	48
A. Pengkajian	48
B. Diagnosa Keperawatan	64
C. Perencanaan	62
D. Pelaksanaan	71
E. Evaluasi	77

BAB IV PEMBAHASAN 80

A. Pengkajian	80
B. Diagnosa Keperawatan	81
C. Perencanaan.....	84
D. Pelaksanaan	85
E. Evaluasi.....	86
F. Dokumentasi	86

**SILAHKAN KUNJUNGI PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH
KALIMANTAN TIMUR**

BAB V

PENUTUP

Dari hasil pelaksanaan asuhan keperawatan pada Ibu R dapat diambil beberapa kesimpulan yang berkaitan dengan landasan teori yang ditetapkan. Selanjutnya penulis juga mengemukakan saran demi perbaikan mutu khususnya asuhan keperawatan pada Ibu R yang mengalami pre dan post operasi biopsi insisi ca mamame di ruang Cempaka Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

A. Kesimpulan

Setelah penulis memberikan asuhan keperawatan pada pasien Ibu R yang mengalami kanker payudara pre dan post operasi di ruang Cempaka Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie. Yang dilaksanakan selama selama 3 hari yaitu tanggal 13 juni sampai 15 juni 2016. Dapat disimpulkan beberapa hal sebagai berikut :

1. Dari hasil pengkajian yang dilakukan pada Ibu R penulis menemukan beberapa kesenjangan antara pengkajian yang terdapat pada Ibu R, hal tersebut terjadi karena respon/keadaan fisik dan psikis pasien yang berbeda. Pengkajian pada Ibu R dilakukan dengan wawancara kepada pasien dan keluarga.

Pengumpulan data diperoleh dari pemeriksaan fisik: inspeksi,

palpasi, perkusi, auskultasi.

2. Penulis menemukan enam masalah keperawatan yang terjadi pada Ibu R dengan diagnosa medis Ca Mammae pre operasi yaitu : cemas atau takut berhubungan dengan situasi krisis (kanker), nyeri (Kronis) berhubungan dengan Infiltrasi tumor (Agen cedera biologis), ketidakseimbangan nutrisi:kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan makan. Adapun untuk yang diagnosa post operasi ca mammae yaitu : nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (Prosedur Bedah), resiko infeksi berhubungan dengan Faktor resiko : prosedur Invasif , hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan tubuh.
3. Perencanaan disusun dengan cara menentuka prioritas masalah, tujuan dan kriteria hasil berdasarkan teori maslow. Pada kasus Ibu R, penulis tidak membuat rencana keperawatan sesuai dengan rencana yang ada pada tinjauan teori tetapi penulis menyusun perencanaan disesuaikan dengan kondisi, situasi, fasilitas, sarana dan kebijakan yang ada di ruang Cempaka Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.
4. Pelaksanaan asuhan keperawatan yang dilakukan penulis disesuaikan dengan rencana tindakan yang telah dibuat namun tidak semua rencana terlaksana sehubungan dengan kondisi pasien dan penulis juga tidak dapat melakukan semua intervensi sendiri, tetapi penulis juga melibatkan petugas kesehatan yang

lain serta keluarga pasien untuk meningkatkan motivasi agar mencapai kesembuhan.

5. Evaluasi

Evaluasi yang dilaksanakan pada asuhan keperawatan dalam kasus ini adalah evaluasi proses dengan catatan perkembangan setiap hari dan evaluasi hasil yang akan dicapai sesuai dengan waktu yang ditentukan. Dari enam diagnosa yang diangkat oleh penulis ada masalah teratasi, teratasi sebagian dan belum teratasi. Sedangkan masalah yang teratasi adalah resiko infeksi hal ini dikarenakan klien telah diganti perban oleh perawat dan diseka oleh keluarga dan dibantu oleh perawat, ada masalah yang teratasi sebagian yaitu hambatan mobilitas fisik dikarenakan klien sudah mampu bergerak namun masih sedikit dibantu, dan ada masalah yang belum teratasi yaitu nyeri pada payudara klien hal ini dikarenakan luka pada payudara yang sudah parah.

6. Dokumentasi

Tidak ada hambatan atau kendala dalam pendokumentasian di ruang Cempaka RSUD. Abdul Wahab Sjahanie Samarinda karena penulis dapat mendokumentasikan tindakan keperawatan yang dilakukan pada Ibu R didalam catatan keperawatan.

B. Saran

1. Rumah Sakit

Dalam rangka meningkatkan pelayanan asuhan keperawatan kepada pasien hendaknya rumah sakit terus meningkatkan pengetahuan tenaga perawat dan tenaga medis lainnya dengan melaksanakan pelatihan atau seminar untuk perawat dan juga menyediakan fasilitas yang sesuai dengan standar prosedur

tindakan keperawatan, dan untuk mendapatkan peningkatan pelayanan asuhan keperawatan rumah sakit harus lebih menambahkan jumlah perawat diruang agar beban kerja perawat sedikit berkurang dan perawat bisa lebih profesional dalam memberikan asuhan keperawatan.

2. Perawat

Diharapkan dapat sesering mungkin ke pasien karena dengan sering ke pasien akan membuat perawat mampu mengetahui kondisi pasien yang dirawat di ruangan dan perawat harus selalu meningkatkan pengetahuannya agar dapat melaksanakan asuhan keperawatan yang professional dan tidak hanya melakukan asuhan keperawatan yang hanya menjadi rutinitas setiap hari dan perawat harus lebih memahami kondisi klien agar tindakan yang dilakukan sesuai dengan kondisi klien.

3. Institusi Pendidikan

Diharapkan agar dapat memperbarui dan menambah literature/ referensi terbaru sehingga dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini mahasiswa tidak mengalami kesulitan dalam mencari literature.

4. Mahasiswa

Diharapkan kepada mahasiswa untuk lebih aktif mencari informasi dan ilmu pengetahuan dan skil keterampilan untuk mempermudah dalam ujian akhir program dan mahasiswa harus lebih aktif lagi dalam melakukan aktivitas belajar dikampus agar mahasiswa bisa mengaplikasikan ilmu yang didapatkan dan menerapkan pada saat bekerja nanti.

DAFTAR PUSTAKA

- Astana, M. (2009). *Bersahabat dengan kanker*. Yogyakarta: Araska
- Dianandra, Rama. (2009). *Panduan Lengkap Mengenal Kanker*. Jogjakarta : Mirza Media Pustaka
- Doenges, Marilyn E dkk. (2010). *Nursing Care Planning*. (Edisi 8). Jakarta. :Davis Plus
- Erik. (2005) *Kanker, Antioksidan dan Terapi Komplementer*. Jakarta : PT Elex Media Komputindo Kelompok Gramedia.
- Hopkins, Virginia. (2008). *Kanker Payudara*. Jakarta : Daras Books
- Knight, John. (2001). *Wanita Ciptaan Ajaib*. Jakarta : Indonesia Publishing House
- Lukitto, Pisi dkk. *Penuntun Diagnostik dan Tindakan Terapi Tumor Ganas*. Jakarta. Sagung Seto
- Mary, Baradero & Yakobus, Siswandi. (2008). *Seri Asuhan Keperawatan Klien Kanker*. Jakarta: ECG
- NANDA International. (2012). *Diagnosa Keperawatan Defenisi dan Klasifikasi*. Jakarta : EGC
- NANDA. (2002). *Buku Saku Diagnosis Keperawatan*. Jakarta : EGC
- Purwoastuti, Endang. (2008). *Kanker Payudara Pencegahan dan Deteksi Dini*. Yogyakarta : Kanisius
- Reksoprodjo dkk. (2010). *Kumpulan Kuliah Ilmu Bedah*. Ciputat Tangerang : EGC

Smeltzer, Suzanne C. (2001). *Keperawatan Medikal-Bedah Brunner & Suddarth*. Jakarta : EGC

Suyatno, Emir. *Bedah Onkologi Diagnosis dan Terapi*. Sagung Seto. Jakarta. (2010).

Tim CancerHelps. (2010). *Stop Kanker*. Jakarta Selatan. AgroMedia Pustaka

Wibawa Manuaba, Tjakra. (2010). *Panduan Penatalaksanaan Kanker Solid Peraboi 2010*. Jakarta. Sagung Seto