

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU A. YANG MENGALAMI  
CA. MAMMAE METASTASE DI RUANG CEMPAKA  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ABDUL  
WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA**

**KARYA TULIS ILMIAH**



Diajukan oleh:

**RINZANI AZIZA**

**NIM: 13.113082.1.0792**

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH  
SAMARINDA  
2016**

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Pada tahun 2011, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia menyatakan bahwa penyakit tidak menular merupakan penyebab kematian terbanyak di Indonesia (Sekretariat Jendral Kementerian Kesehatan RI, 2011). Dan salah satu permasalahan penyakit tidak menular yang muncul di masyarakat adalah kanker (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2011).

Kanker merupakan masalah kesehatan global yang mengancam penduduk dunia, tanpa memandang ras, gender, ataupun status sosial ekonomi tertentu (Noorhidayah, 2015). Saat ini, kanker menjadi penyebab kematian nomor dua di negara maju dan nomor tiga di negara berkembang (Rasjidi, 2010).

Kanker adalah suatu kondisi dimana sel telah kehilangan pengendalian dan mekanisme normalnya, sehingga mengalami pertumbuhan yang tidak normal, cepat, dan tidak terkendali. Kanker bisa terjadi dari berbagai sel dalam organ tubuh seperti kulit, hati, darah, otak, lambung, usus, paru, saluran kencing, payudara dan berbagai macam sel organ tubuh lainnya. Sejalan dengan pertumbuhan dan perkembangbiakannya, sel – sel kanker membentuk suatu massa dari

jaringan ganas yang menyusup ke jaringan di dekatnya (invasif) dan bisa menyebar (metastasis) ke seluruh tubuh (Kanita, 2012).

Menurut *International Union Against Cancer (UICC)*, sebuah lembaga nonpemerintah internasional yang bergerak di bidang pencegahan kanker, kanker telah membunuh orang lebih banyak daripada total kematian yang diakibatkan AIDS, tuberkulosis, dan malaria (Rasjidi, 2010).

Hasil Riset Kesehatan Dasar (2013), menyebutkan prevalensi kanker tertinggi pada perempuan. Hal tersebut, sejalan dengan data WHO (*World Health Organization*) tahun 2014 yang menyatakan angka kejadian kanker tertinggi di Indonesia terjadi pada perempuan, terbanyak dengan kasus kanker payudara (48.998 kasus).

Kanker payudara merupakan keganasan pada jaringan payudara yang dapat berasal dari epitel duktus maupun lobulusnya. Di Indonesia, lebih dari 80% kasus ditemukan berada pada stadium yang lanjut, dimana upaya pengobatan sulit dilakukan (Komite Nasional Penanggulangan Kanker, 2015).

Data organisasi kesehatan dunia (WHO) tentang *cancer country profiles* (2014) menyebutkan sebanyak 92.200 perempuan Indonesia meninggal akibat kanker, angka kematian terbanyak disebabkan oleh kanker payudara (21,4%). Menurut Kementerian Kesehatan RI (2015), pada tahun 2013, kanker payudara merupakan jenis kanker dengan

persentase kasus baru tertinggi (819 kasus) dengan jumlah kematian yang turut tinggi (217 kematian) di RS. Kanker Dharmais. Dan pada tahun 2013 pula, Provinsi Kalimantan Timur memiliki prevalensi kanker payudara tertinggi setelah D.I. Yogyakarta, yakni sebesar 1%.

Di RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda, tahun 2014, rekam medik RSUD. Abdul Wahab Sjahranie mencatat 10 macam penyakit kanker pada 750 pasien rawat inap, tertinggi kanker payudara sebanyak 216 orang, dan data bulan Agustus hingga Desember 2014, tercatat 55 orang pasien baru dengan kanker payudara yang di rawat di ruang kemoterapi (Noorhidayah, 2015).

Berdasarkan data yang diperoleh dari ruang Cempaka RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda, sebanyak 18 pasien Ca. mammae yang dirawat pada bulan Mei 2016. Dan pada tanggal 13 Juni 2016 terdapat 5 pasien yang dirawat dengan kasus Ca. Mammae.

Berdasarkan latar belakang di atas, maka penulis mengambil kasus dengan judul "Asuhan Keperawatan pada Ibu A yang mengalami Ca. Mammae Metastase di Ruang Cempaka Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda".

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan dari latar belakang yang telah diuraikan di atas, maka penulis merumuskan masalah "Bagaimana pelaksanaan asuhan

keperawatan pada Ibu A dengan Ca. Mammae Metastase di ruang Cempaka RSUD. Abdul Wahab Sjhranie Samarinda”.

### **C. Tujuan Penulisan**

#### **1. Tujuan umum**

Untuk memperoleh gambaran nyata untuk pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien Ibu A yang mengalami Ca. Mammae Metastase di ruang Cempaka RSUD. Abdul Wahab Sjhranie Samarinda.

#### **2. Tujuan khusus**

Untuk memperoleh pengalaman nyata dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien Ibu A yang mengalami Ca. Mammae Metastase di ruang Cempaka RSUD. Abdul Wahab Sjhranie Samarinda dan menganalisa kesenjangan – kesenjangan antara teori dan kasus, khususnya dalam hal:

- a. Pengkajian
- b. Diagnosis keperawatan
- c. Perencanaan
- d. Implementasi
- e. Evaluasi

#### **D. Metode Penulisan**

Metode yang digunakan dalam penulisan karya tulis ilmiah ini ialah metode deskriptif dengan tipe studi kasus yang menggunakan pendekatan proses keperawatan yang komprehensif dan sistematis, yang meliputi: pengkajian (*assessment*), penentuan diagnosa keperawatan (*diagnosis of nursing*), perencanaan keperawatan (*nursingintervention*), implementasi (*implementation*), evaluasi (*evaluation*), dan pendokumentasian (*documentation*) dengan benar dan tepat.

Adapun metode yang digunakan dalam pengumpulan data untuk penulisan karya tulis ilmiah ini, ialah:

##### **1. Wawancara**

Untuk memperoleh data dalam penulisan karya tulis ilmiah ini, penulis melakukan wawancara, yaitu suatu metode pengumpulan data yang dilakukan dengan cara mengajukan pertanyaan langsung kepada pasien dan keluarga pasien untuk mengumpulkan data – data yang akurat mengenai keadaan pasien.

##### **2. Observasi**

Dalam hal ini, penulis melakukan pengamatan secara langsung mengenai masalah kesehatan ataupun masalah psikososial yang terjadi pada pasien dan keluarga, yang di dapat dari gambar tingkah laku pasien sehari – hari.

### 3. Pemeriksaan fisik

Pada pemeriksaan fisik ini, dilakukan pemeriksaan secara langsung pada tubuh pasien dengan menggunakan teknik inspeksi, auskultasi, perkusi, dan palpasi. Metode ini digunakan untuk memperoleh data objektif yang memperkuat suatu diagnosa keperawatan.

### 4. Studi dokumentasi

Metode studi dokumentasi digunakan sebagai data penunjang yang didapatkan dari catatan medis, register ruangan, catatan keperawatan dan dokumentasi tim kesehatan lainnya yang mana secara keseluruhan hal tersebut terangkum di dalam status atau rekam medik pasien.

### 5. Studi kepustakaan

Studi kepustakaan didapatkan dari buku – buku, jurnal – jurnal keperawatan, dan literatur dari internet yang digunakan untuk mendukung isi karya tulis ilmiah secara teori.

## **E. Sistematika Penulisan**

Karya tulis ilmiah ini ditulis dan disusun secara sistematika yang dibagi menjadi lima bab.

Bab pertama, berisi pendahuluan yang terdiri dari latar belakang, rumusan masalah, tujuan penulisan, metode penulisan, dan sistematika penulisan.

Bab kedua, meliputi tinjauan pustaka yang berisikan tinjauan teori medis dan teori keperawatan pada pasien dengan kanker payudara. Untuk tinjauan teori medis, terdiri atas definisi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinis, stadium klinis, komplikasi, penatalaksanaan medis, dan pemeriksaan diagnostik. Sedangkan, tinjauan teori keperawatan berisikan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi, dan evaluasi.

Bab ketiga, berisikan kegiatan – kegiatan yang dilaksanakan sesuai dengan judul dan dilaporkan dalam bentuk proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi dan dokumentasi keperawatan berdasarkan kasus yang telah dikelola.

Bab keempat, berisikan pembahasan tentang analisa terhadap hasil studi atau kasus dan mencantumkan teori – teori yang relevan untuk memperkuat bahasan. Pada bab ini, akan dibahas kesenjangan yang terjadi antara teori – teori yang ada tentang asuhan keperawatan pada pasien kanker payudara dengan kasus yang ditemui penulis.



Bab lima, merupakan bab penutup yang terdiri dari kesimpulan dan saran – saran dari penulis.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

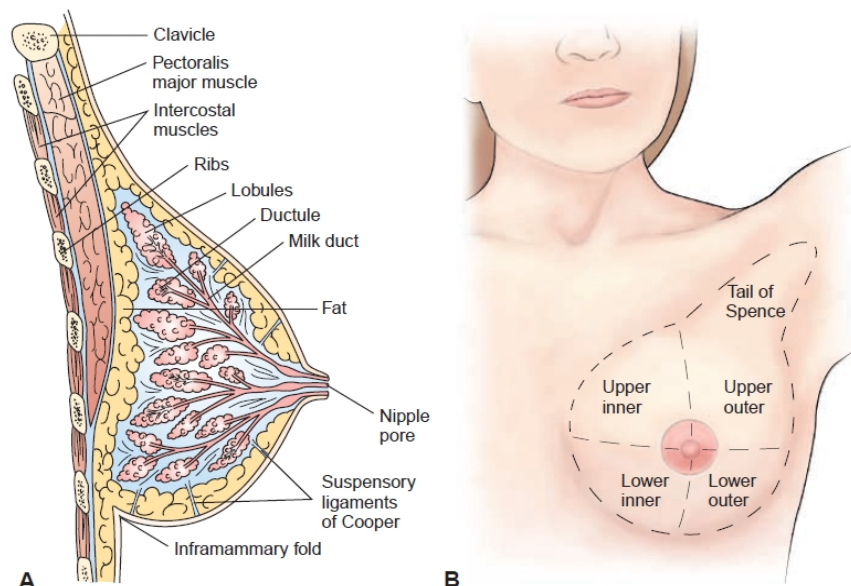
#### A. Definisi

Kanker payudara adalah adanya proliferasi keganasan sel epitel yang membatasi duktus atau lobus payudara (Price & Wilson, 2014).

Karsinoma payudara adalah tumor maligna, biasanya merupakan adenokarsinoma yang berasal dari sel – sel epitel ductus lactiferi pada lobul glandula mammae (Moore & Dalley, 2013).

#### B. Anatomi Fisiologi

##### 1. Anatomi Payudara



Gambar 2.1  
(A) Anatomi Payudara. (B) Area - area Payudara, termasuk *tail of spence* (Smeltzer & Bare, 2010)

Payudara dewasa terletak pada setiap sisi sternum dan meluas setinggi antara costa kedua dan keenam secara vertikal dan antara tepi sternum sampai dengan linea aksilaris media secara horizontal. Payudara terletak pada fascia superficialis dinding rongga dada di atas musculus pectoralis major dan dibuat stabil oleh ligamentum suspensorium (Prawirohardjo & Winkjosastro, 2011).

Ukuran diameter payudara berkisar sekitar 10 – 12 cm, dan ketebalan antara 5 sampai 7 cm (Prawirohardjo & Winkjosastro, 2011).

Pada akhir kehamilan berat sekitar 400 – 600 gram, sedangkan berat payudara pada masa menyusui dapat mencapai 600 – 800 gram (Fikawati, Syafiq & Karima, 2015).

Jaringan payudara juga dapat berkembang sampai ke aksila yang disebut *axillary tail of spence*. Bentuk payudara biasanya kubah (*dome*) yang bervariasi antara bentuk konikal yang nulipara hingga bentuk pendulous yang multipara (Prawirohardjo & Winkjosastro, 2011).

Payudara terbagi menjadi tiga bagian utama, yaitu *korpus*, *areola*, dan *papilla*. *Papilla* dan *areola* adalah gudang susu yang mempunyai pengaruh terhadap keberhasilan menyusui. Pada daerah ini terdapat ujung – ujung saraf peraba yang penting pada proses refleks saat menyusui. *Areola* merupakan daerah berpigmen yang

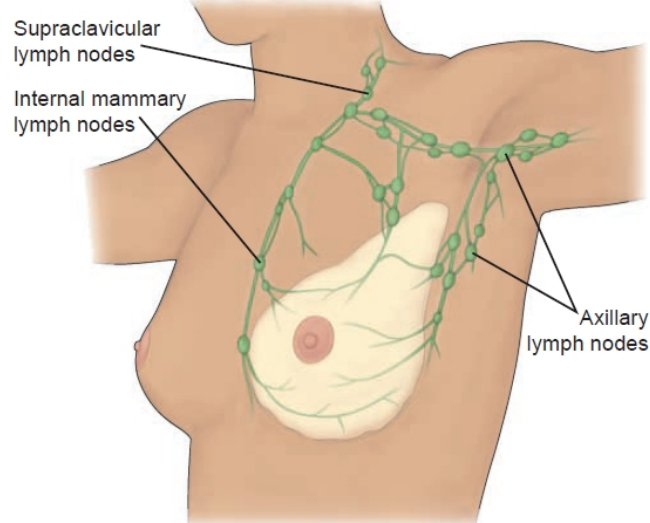
mengelilingi puting susu. Pada daerah *areola* terdapat beberapa minyak yang dihasilkan oleh kelenjar Montgomery. Kelenjar ini bekerja untuk melindungi dan meminyaki puting susu selama menyusui (Fikawati, Syafiq & Karima, 2015).

Struktur payudara terdiri dari tiga bagian yaitu kulit, jaringan subkutan, dan *corpus mammae*. *Corpus mammae* terdiri dari parenkim dan stroma. Parenkim merupakan suatu struktur yang terdiri dari duktus laktiferus (duktus), duktulus (duktuli), lobus, dan alveolus. Struktur duktulus dan duktus berpusat ke arah *papilla* (Fikawati, Syafiq & Karima, 2015).

Adapun pembuluh darah payudara (Moore & Dalley, 2013), ialah:

- a. Suplai arterial payudara:
  - 1) Cabang *mammaria medial* cabang – cabang perforantes dan cabang – cabang *intercostalis anterior* pada arteria *thoracica interna*, yang berasal dari arteria *subclavia*.
  - 2) Arteria *thoracica lateral* dan arteria *thoracoacromialis*, cabang – cabang arteria *axillaris*.
  - 3) Arteria *intercostalis posterior*, cabang – cabang aorta *thoracica* pada *spatium intercostale II, III, dan IV*.
- b. *Drainase* vena payudara terutama ke vena *axillaris*, tetapi terdapat beberapa drainase ke vena *thoracica interna*.

Selain itu, *drainase* limfatik payudara penting karena perannya pada metastasis sel – sel kanker. Limf berjalan dari *putting*, *areola*, dan lobuli glandulae ke *plexus lymphaticus subareolar*. Dari plexus ini (Moore & Dallev. 2013):



Gambar 2.2 Drainase limfatik payudara (Smeltzer & Bare, 2010)

- a. Sebagian besar limf (> 75%), terutama dari quadran payudara lateral, bermuara ke nodi lymphatici axillares, pada awalnya ke nodus anterior atau pectoralis untuk sebagian besar bagian. Namun, beberapa limf dapat bermuara secara langsung ke nodi lymphatici axillaris lain atau bahkan ke nodi lymphatici cervicalis profunda inferior, supraclavicularis, deltopectoralis, atau interpectoralis.
- b. Sebagian besar limf yang lain, terutama dari quadran payudara medial, bermuara ke nodi lymphatici parasternalis atau ke payudara kontralateral, sedangkan limf dari quadran inferior

dapat berjalan ke sebelah dalam nodi lymphatici abdominal (nodi lymphatici phrenicus inferior subdiaphragmatik)

Limf dari kulit payudara, kecuali puting dan areola, bermuara ke nodi lymphatici infraclaviculares, cervicales profunda inferior, dan axillares ipsilateral dan juga ke dalam nodi lymphatici parasternalis kedua sisi.

Limf dari nodi axillaries bermuara ke dalam nodi lymphatici claviculares (infraclaviculares dan supraclaviculares) dan kemudian bermuara ke dalam truncus subclavius, yang juga mendrainase limf dari ekstremitas atas. Limf dari nodi parasternalis masuk truncus bronchomediastinal, yang mendrainase limf dari viscera thoraks. Terminasi truncus lymphaticus tersebut berbeda – beda; secara tradisional, truncus tersebut dijelaskan sebagai suatu penyatuan satu sama lain dan dengan truncus jugularis, yang mendrainase kepala dan leher untuk membentuk ductus lymphaticus dextra pendek pada sisi kanan atau masuk terminasi pada ductus thoracicus pada sisi kiri.

Untuk persarafan payudara berasal dari cabang kutaneus anterior dan lateral nervi intercostales IV – VI. Rami primer anterior T 1 – T 11 disebut nervi intercostales. Rami communicantes menghubungkan setiap ramus anterior dengan truncus sympathicus. Cabang – cabang nervi intercostales berjalan melalui fascia profunda

yang menutupi musculus pectoralis major untuk mencapai kulit, yang meliputi payudara pada jaringan subkutan yang menutupi otot tersebut. Cabang nervi intercostales membawa serabut sensorik ke kulit payudara dan serabut simpatis ke pembuluh darah pada payudara dan otot polos pada kulit di atasnya dan puting (Moore & Dalley, 2013).

## **2. Fisiologi**

Payudara mengalami tiga macam perubahan yang dipengaruhi hormon. Perubahan pertama dimulai dari masa hidup anak melalui masa pubertas, lalu masa fertilitas, sampai klimakterium, hingga menopause. Sejak pubertas, pengaruh estrogen dan progesteron yang diproduksi ovarium dan juga hormon hipofisis menyebabkan berkembangnya duktus dan timbulnya asinus (Sjamsuhidayat & de Jong, 2012).

Perubahan selanjutnya terjadi sesuai dengan daur haid. Sekitar hari ke – 8 haid, payudara membesar, dan pada beberapa hari sebelum haid berikutnya terjadi pembesaran maksimal. Selama beberapa hari menjelang haid, payudara menegang dan nyeri sehingga pemeriksaan fisik, terutama palpasi, sulit dilakukan. Pada waktu itu, mamografi menjadi rancu karena kontras kelenjar terlalu besar. Begitu haid mulai, semua hal di atas berkurang (Sjamsuhidayat & de Jong, 2012).

Perubahan terakhir terjadi pada masa hamil dan menyusui. Pada kehamilan, payudara membesar karena epitel duktus alveolus berproliferasi, dan tumbuh duktus baru (Sjamsuhidayat & de Jong, 2012).

Sekresi hormon prolaktin dari hipofisis anterior memicu laktasi. Air susu diproduksi oleh sel – sel alveolus, mengisi sinus, kemudian dikeluarkan melalui duktus ke puting susu yang dipicu oleh oksitosin (Sjamsuhidayat & de Jong, 2012).

### **C. Faktor Risiko**

Penyakit kanker payudara belum dapat diketahui etiologi dan perjalanan penyakitnya secara jelas. Akan tetapi, banyak penelitian yang menunjukkan adanya beberapa faktor yang berhubungan dengan peningkatan risiko atau kemungkinan untuk terjadinya kanker payudara. Faktor – faktor tersebut disebut faktor risiko. Faktor risiko yang utama berhubungan dengan keadaan hormonal (estrogen dominan) dan genetik (Rasjidi, 2010).

Faktor – faktor risiko mencakup:

1. Sekitar 99% kasus kanker payudara terjadi pada wanita dan wanita semakin berisiko berdasarkan bertambahnya usia (Smeltzer & Bare, 2010).



2. Riwayat pribadi tentang kanker payudara

Setelah terdiagnosis kanker payudara, seseorang berisiko mengalami kanker payudara pada payudara yang sama atau di sebelahnya (Smeltzer & Bare, 2010).

3. Riwayat keluarga dan mutasi genetik

Pada kanker payudara, telah diketahui beberapa gen yang dikenali mempunyai kecenderungan untuk terjadinya kanker payudara yaitu gen BRCA 1, BRCA 2, dan juga pemeriksaan histopatologi faktor proliferasi "*p53 germline mutation*" (Rasjidi, 2010; Smeltzer & Bare, 2010).

Pada masyarakat umum yang tidak dapat memeriksakan gen dan faktor proliferasinya, maka riwayat kanker pada keluarga merupakan salah satu faktor risiko terjadinya penyakit (Rasjidi, 2010):

- a. Tiga atau lebih keluarga dari sisi keluarga yang sama terkena kanker payudara atau ovarium
- b. Dua atau lebih keluarga dari sisi yang sama terkena kanker payudara atau ovarium di bawah 40 tahun
- c. Adanya keluarga dari sisi yang sama terkena kanker payudara dan ovarium
- d. Adanya riwayat kanker payudara bilateral pada keluarga
- e. Adanya riwayat kanker payudara pada pria dalam keluarga

4. Riwayat adanya penyakit tumor jinak pada payudara

Wanita yang didiagnosis dengan kelainan – kelainan payudara (tumor jinak yang dapat bermutasi menjadi ganas), dapat meningkatkan risiko kanker payudara, seperti atipikal duktal hyperplasia atau lobular hyperplasia atau lobular karsinoma in situ (Rasjidi, 2010; Smeltzer& Bare, 2010).

5. Faktor reproduksi dan hormon

Beberapa hal yang menjadi faktor risiko kanker payudara (Rasjidi, 2010; Smeltzer & Bare, 2010), diantaranya:

- a. Menarche atau menstruasi pertama pada usia relatif muda (kurang dari 12 tahun)
- b. Menopause pada usia relatif tua (lebih dari 55 tahun)
- c. Nulipara / belum pernah melahirkan
- d. Melahirkan anak pertama pada usia relatif lebih tua (lebih dari 30 tahun)
- e. Tidak menyusui
- f. Terapi sulih hormon (*Hormone replacement therapy*) pada wanita pascamenopause yang menggunakan TSH kombinasi antara estrogen – progesteron dengan jangka pemakaian panjang (lebih dari 10 tahun)

6. Intake alkohol

Studi menunjukkan bahwa risiko kanker payudara meningkat berkaitan dengan asupan alkohol jangka panjang atau 2 – 5 g alkohol

per hari. Hal tersebut mungkin disebabkan karena alkohol mempengaruhi aktivitas estrogen. Hubungan antara peningkatan risiko kanker payudara dengan intake alkohol lebih kuat didapatkan pada wanita menopause. Alkohol dapat menyebabkan hiperinsulinemia, yang mana keadaan ini akan menghambat terjadinya regresi spontan dari lesi prakanker selama masa menopause. Dan pertumbuhan lesi ini dapat berubah dari estrogen – dependent menjadi autonom (Rasjidi, 2010).

#### 7. Obesitas

Peningkatan berat badan wanita selama masa pascamenopause meningkatkan risiko terkena kanker payudara. Hal tersebut, terjadi karena setelah menopause ketika ovarium terhenti memproduksi hormon estrogen, jaringan lemak merupakan tempat utama dalam produksi estrogen endogen. Oleh karena itu, wanita dengan berat badan berlebih dan BMI yang tinggi, mempunyai level estrogen yang tinggi. Obesitas juga berkaitan dengan rendahnya jumlah *sex hormonebinding globulin* (SHBG), yang berfungsi untuk berperan dalam peningkatan jumlah estradiol (Rasjidi, 2010).

#### 8. Pemajanan terhadap radiasi ionisasi

Risiko ini meningkat jika jaringan payudara yang terpajan adalah jaringan yang sedang berkembang, seperti wanita yang terkena

radiasi (ke area dada) untuk mengobati Hodgkin lymphoma dalam usia yang muda (Smeltzer & Bare, 2010).

#### **D. Patofisiologi**

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. Sel – sel ini kemudian berlanjut menjadi karsinoma in situ dan mengivasi stroma. Kanker membutuhkan waktu 7 tahun untuk tumbuh dari satu sel menjadi massa yang cukup besar untuk dapat dipalpasi (kira – kira berdiameter 1 cm). Pada ukuran itu, sekitar 25% kanker payudara sudah mengalami metastasis (Price & Wilson, 2014)

Penyebaran kanker payudara terjadi dengan invasi langsung ke parenkim payudara, sepanjang duktus mamaria, pada kulit permukaan dan meluas melalui jaringan limfatik payudara. Kelenjar getah bening regional yang terlibat adalah aksilaris, mamaria interna, dan kelenjar supraklavikular (Price & Wilson, 2014).

Sel kanker dapat melalui saluran limfatik akhirnya masuk ke pembuluh darah, juga dapat langsung menginvasi masuk pembuluh darah hingga terjadi metastasis jauh yang dapat mengenai sembarang organ, tetapi tempat paling umum adalah tulang (71%), paru – paru

(69%), hepar (65%), pleura (51%), adrenal (49%), kulit (30%), dan otak (20%) (Smeltzer & Bare, 2010).

## **E. Jenis Kanker Payudara**

Menurut Andrews (2010), sel kanker yang tetap berada dalam strukturnya disebut sel kanker noninvasif atau *in situ*. Sedangkan, sel kanker yang memiliki kemampuan untuk menyebar di luar membran dasar duktus dan lobulus tersebut dideskripsikan sebagai sel kanker invasif.

Menurut Andrews (2010), terdapat beberapa jenis kanker payudara, diantaranya:

### **1. Karsinoma *in situ***

Karsinoma *in situ* ditandai dengan proliferasi sel epitel maligna yang tetap terkurung dalam duktus terminal. Terdapat dua jenis penyakit *in situ* yang dideskripsikan sebagai karsinoma lobulus *in situ* atau karsinoma duktus *in situ*.

### **2. Kanker payudara invasif**

Karsinoma invasif memiliki kemampuan untuk menyebar dari struktur payudara. Kanker ini memiliki potensi untuk metastasis. Dua jenis utama kanker payudara invasif adalah karsinoma lobulus dan duktus.

### 3. Penyakit paget

Biasanya, penyakit ini mengenai jaringan epidermis puting dan terdapat rabas dari puting, perubahan kulit seperti ekzema, retraksi puting, dan kadang – kadang adanya penebalan pada jaringan dasar payudara.

### 4. Kanker payudara inflamasi

Kanker jenis ini menunjukkan pembengkakan dan kemerahan pada payudara, serta edema pada kulit dengan indurasi pada jaringan dasar payudara (*peau d'Orange*).

## **F. Manifestasi Klinis**

Menurut Smeltzer & Bare (2010), manifestasi klinis dari kanker payudara adalah:

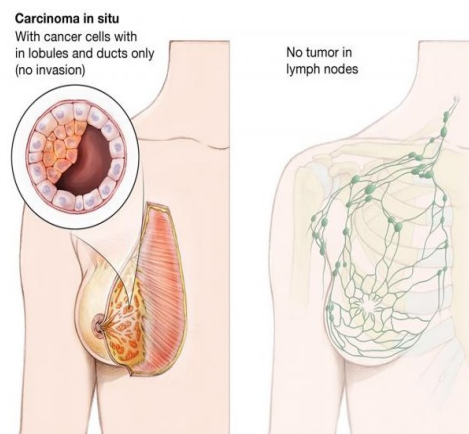
1. Kanker payudara umumnya terjadi pada payudara sebelah kiri.
2. Retraksi puting susu dan lesi yang terfiksasi pada dinding dada.
3. Saat payudara dipalpasi, massa teraba tunggal atau soliter dalam satu payudara, bentuknya tidak teratur, lebih keras, tidak berbatas tegas, terikat pada kulit atau jaringan di bawahnya, dan biasanya tidak nyeri tekan.
4. Penonjolan vena yang meningkat.
5. Terjadinya inversi puting susu.

6. Adanya *peau d'Orange*, yaitu keadaan kulit payudara yang mempunyai penampilan '*orange – peel*', pori – pori kulit membesar, kulit menjadi tebal, keras, tidak dapat digerakkan, dan dapat terjadi perubahan warna.
7. Penyakit Paget's. Yaitu suatu keadaan payudara, dimana pada tahap awal, payudara mengalami eritema puting susu dan areola. Kemudian, ditahap lanjut, payudara mengalami penebalan, bersisik, dan erosi puting serta areola.
8. Metastasis ke kulit dapat dimanifestasikan oleh lesi yang mengalami ulserasi dan berjamur.

## G. Stadium Klinis

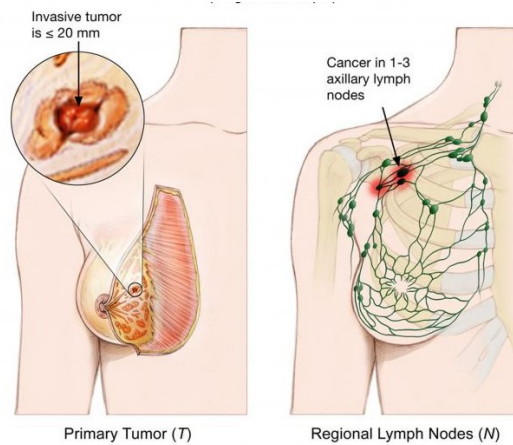
Stadium klinis berdasarkan klasifikasi *TNM* (*Tumor size, Node, & Metastasis*) kanker payudara berdasarkan *American Joint Committee on Cancer Staging Manual 6<sup>th</sup> edition* (dikutip oleh Rasjidi, 2010), yaitu:

Stadium 0 : tahap sel kanker payudara tetap di dalam kelenjar payudara, tanpa invasi ke dalam jaringan payudara normal yang berdekatan.



Stadium I : tumor dengan ukuran 2 cm atau kurang dan batas yang jelas (kelenjar getah bening normal).

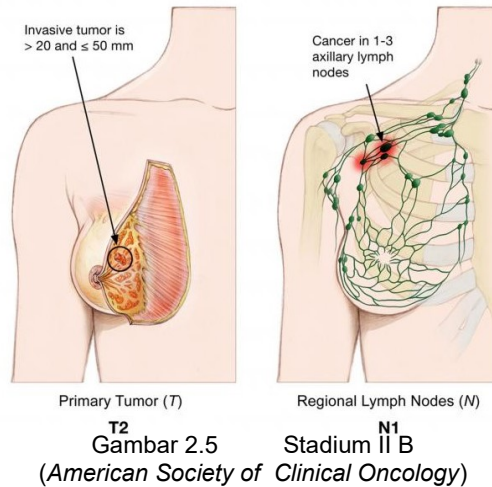
Stadium II A : tumor tidak ditemukan pada payudara tapi sel – sel kanker ditemukan di kelenjar getah bening ketiak, atau tumor dengan ukuran 2 cm atau kurang dan telah menyebar ke kelenjar getah bening ketiak, atau tumor yang lebih besar dari 2 cm tapi tidak lebih besar dari 5 cm dan belum menyebar ke kelenjar getah bening ketiak.



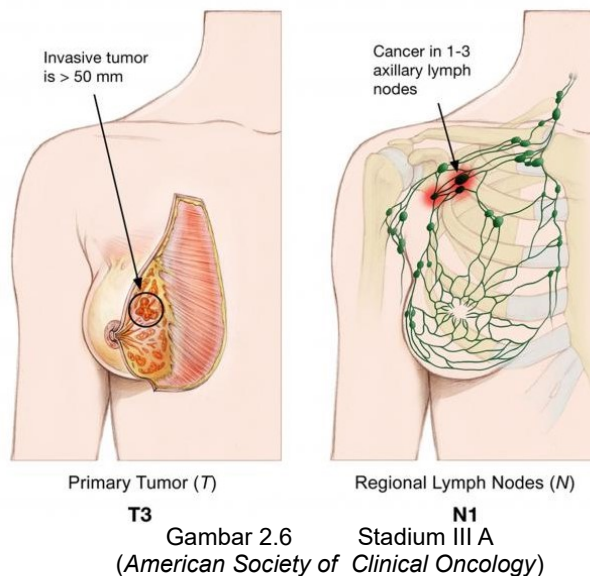
T1  
Gambar 2.4 Stadium II A  
(American Society of Clinical Oncology)

Stadium II B : tumor yang lebih besar dari 2 cm, tetapi tidak ada yang lebih besar dari 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.

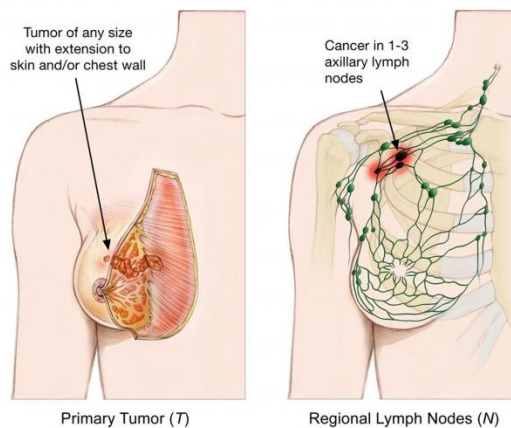




Stadium III A : tidak ditemukan tumor di payudara. Kanker ditemukan di kelenjar getah bening ketiak yang melekat bersama atau dengan struktur lainnya, atau kanker ditemukan di kelenjar getah bening di dekat tulang dada, atau tumor dengan ukuran berapa pun dimana kanker telah menyebar ke kelenjar getah bening ketiak, terjadi pelekatan dengan struktur lainnya, atau kanker di temukan di kelenjar getah bening di dekat tulang dada.

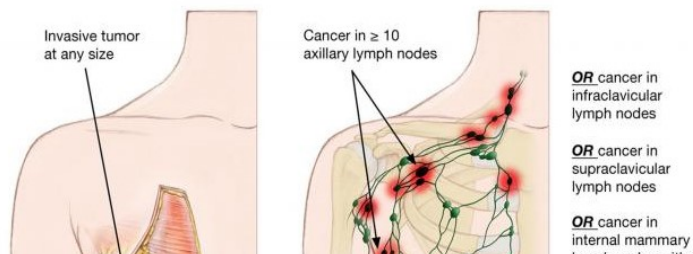


Stadium III B : tumor dengan ukuran tertentu dan telah menyebar ke dinding dada dan / atau kulit payudara dan mungkin telah menyebar ke kelenjar getah bening ketiak yang berlekatan dengan struktur lainnya, atau kanker mungkin telah menyebar ke kelenjar getah bening di dekat tulang dada. Kanker payudara inflamatori (berinflamasi) dipertimbangkan paling tidak pada tahap III B.



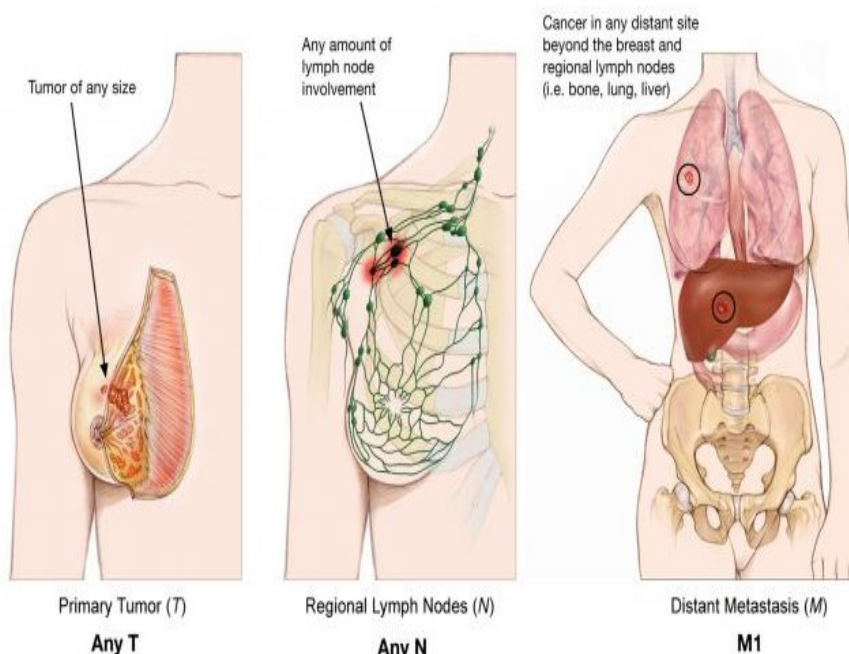
Primary Tumor (T)                      Regional Lymph Nodes (N)  
**T4**    **N1**  
 Gambar 2.7                      Stadium III B  
 (American Society of Clinical Oncology)

Stadium III C : ada atau tidak tanda kanker di payudara atau 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.

Stadium IV : kanker telah menyebar atau metastase ke bagian lain dari tubuh.



Gambar 2.9 Stadium IV  
(American Society of Clinical Oncology)

Tabel 2.1 Stadium klinis kanker payudara

Stadium	Ukuran tumor	Metastasis kelenja limfe	Metastasi jauh	Survival rate
0	Tis	N 0	M 0	10 – years survival rate 98%
I	T 1	N 0	M 0	5 – years survival rate 85%
II A	T 0	N 1	M 0	5 – years survival rate 60 – 70%
	T 1	N 1	M 0	
II B	T 2	N 0	M 0	
	T 3	N 1	M 0	
III A	T 0	N 2	M 0	5 – years survival rate 30 – 50%
	T 1	N 2	M 0	
	T 2	N 2	M 0	
	T 3	N 1, N 2	M 0	
III B	T 4	N apapun	M 0	
	T apapun	N 3	M 0	
IV	T apapun	N apapun	M 1	5 – years survival rate 15%

## H. Penatalaksanaan Medis

Menurut Sjamsuhidayat & de Jong (2012), tata laksana kanker payudara meliputi:

### 1. Pembedahan

Pembedahan dapat bersifat kuratif maupun paliatif. Indikasi pembedahan yaitu tumor *stage* T<sub>is</sub> – 3, N<sub>0</sub> – 2, dan M<sub>0</sub>.

Jenis pembedahan kuratif yang dapat dilakukakn adalah *breast conserving treatment* (BCT), mastektomi radikal klasik, mastektomi radikal dimodifikasi, *areolaskin – sparing mastectomy*, mastektomi radikal *extended*, mastektomi simpel, atau lumpektomi.

#### a. Mastektomi radikal klasik

Pembedahan radikal klasik meliputi pengangkatan seluruh kelenjar payudara dengan sebagian besar kulitnya, otot pektoralis mayor dan minor, dan seluruh kelenjar limf level I, II dan III.

#### b. Mastektomi radikal dimodifikasi

Suatu tindakan pembedahan dengan mempertahankan otot pektoralis mayor dan minor seandainya jelas otot – otot tersebut bebas dari tumor, sehingga hanya kelenjar limf level I dan II yang terangkat. Mastektomi radikal dimodifikasi ini selalu diikuti dengan diseksi aksila dan merupakan terapi pembedahan baku kanker payudara.

c. Mastektomi simpel

Seluruh kelenjar payudara diangkat termasuk puting, namun tidak menyertakan kelenjar limf aksila dan otot pektoralis. Mastektomi simpel atau disebut juga mastektomi total hanya dilakukan bila dipastikan tidak ada penyebaran ke kelenjar aksila.

d. *Breast conserving treatment*(BCT)

*Breast conserving treatment* bertujuan untuk membuang massa dan jaringan payudara yang mungkin terkena tumor namun dengan semaksimal mungkin menjaga tampilan kosmetik payudara.

*Breast conserving treatment* paling sering dilakukan pada tumor *stage* Tis, T1, dan T2 yang penampangnya  $\leq 3$  cm. Kontraindikasi absolut *breast conserving treatment* antara lain multisentrisitas (fokus tumor terdapat pada lebih dari satu kuadran), mikrokalsifikasi maligna luas atau di atas 3 cm, margin positif luas (*extensive intraductal component*, EIC) pascaeksisi ulang, ada riwayat radiasi payudara, dan pasien memilih mastektomi karena merasa lebih tuntas.

Pada *breast conserving treatment*, hanya tumor dan jaringan payudara sehat disekitarnya yang dibuang, oleh karena itu pembedahan ini sering juga disebut sebagai lumpektomi.

e. Rekonstruksi segera

Rekonstruksi segera terbukti tidak mengganggu deteksi rekurensi tumor dan tidak mempengaruhi onset kemoterapi, asalkan tidak ada kontraindikasi secara onkologis untuk melakukan prosedur ini.

f. Bedah paliatif

Bedah paliatif pada kanker payudara jarang dilakukan. Lesi tumor lokoregional residif yang soliter kadang dieksisi, tetapi biasanya pada awalnya saja tampak soliter, padahal sebenarnya sudah menyebar, sehingga pengangkatan tumor residif tersebut sering tidak berguna.

2. Radioterapi

Radioterapi kanker payudara dapat digunakan sebagai terapi adjuvan yang kuratif pada pembedahan BCT, mastektomi simpel, mastektomi radikal dimodifikasi, serta sebagai terapi paliatif.

Radioterapi dapat diberikan setelah BCT untuk tumor invasif *in situ*, *stage* I, dan *stage* II. Sebagai terapi adjuvan, radioterapi diberikan pascamastektomi tumor *stage* I dan II, dan sebagai *sandwich therapy* (pembedahan dikombinasi dengan penyinaran pra dan pascabedah) pada tumor *stage* III.

Radioterapi diberikan dengan dua cara yaitu radiasi dari luar dan dalam. Radiasi dari luar, seperti yang lazim dilakukan, luasnya

daerah penyinaran bergantung pada jenis prosedur bedah yang dilakukan dan ada – tidaknya keterlibatan kelenjar getah bening. Radiasi dari dalam atau disebut juga dengan brakiterapi, adalah menanam bahan radioaktif di jaringan payudara sekitar lesi.

### 3. Terapi sistemik

Pada dasarnya terapi sistemik dapat berfungsi sebagai terapi kuratif – paliatif, namun dapat juga sebagai terapi adjuvan, maupun neoadjuvanpaliatif.

#### a. Terapi hormonal

Terapi hormonal terdiri dari obat – obatan anti estrogen (tamoksifen, toremifen), analog LHRH, inhibitor aromatase selektif (anastrozol, letrozol), agen progestasional (megesterol asetat), agen androgen, dan prosedur ooforektomi.

#### b. Kemoterapi

Kemoterapi pada kanker payudara dapat terdiri atas kemoterapi adjuvan atau paliatif. Kemoterapi adjuvan adalah kemoterapi yang diberikan pascamastektomi untuk membunuh sel – sel tumor yang walaupun asimtomatik mungkin tertinggal atau menyebar secara mikroskopik. Kemoterapi neoadjuvan adalah kemoterapi yang diberikan sebelum pembedahan untuk memperkecil besar tumor sehingga dapat diangkat dengan lumpektomi atau dengan mastektomi simpel. Regimen kemoterapi

yang paling sering digunakan yaitu CMF (siklofosfamid, metotreksat, dan 5 – fluorourasil), FAC (siklofosfamid, adriamisin, dan 5 – fluorourasil), AC (adriamisin dan siklofosfamid), CEF (siklofosfamid, epirubisin, dan 5 – fluorourasil).

c. Terapi biologi

Terapi biologi berupa terapi antiiekspresi HER2/neu menggunakan pemberika trastuzumab. Trastuzumab diberikan setiap 3 minggu selama 1 tahun pada pasien dengan reseptor HER2/neu yang positif 3 bersamaan dengan kemoterapi adjuvan.

**I. Komplikasi**

Menurut Smeltzer & Bare (2010), kanker payudara yang bermetastasis dapat menyebabkan peningkatan mortalitas. Kanker dapat bermetastasis ke pembuluh limfatik dan hematogen yang menyebabkan limfedema, ke tulang, paru – paru, hepar, pleura, adrenal, kulit, dan otak.

Menurut Andrews (2010), kanker payudara dapat bermetastasis dan menyebab gangguan di organ – organ tertentu, diantaranya:

1. Metastasis hati. Metastasis kanker payudara ke hati memiliki prognosis buruk.
2. Metastasis paru – paru. Metastasis kanker payudara ke paru – paru biasanya ditandai dengan napas pendek.



3. Efusi pleura. Pengumpulan cairan pada ruang pleura ini disebabkan oleh penumpukan sel kanker dan berefek menekan paru – paru. Biasanya menunjukkan napas pendek dan nyeri saat inspirasi.
4. Efusi perikardium. Pengumpulan cairan dalam perikardium yang disebabkan oleh infiltrasi tumor jarang terjadi.
5. Asites maligna. Merupakan penyakit sekunder yang jarang terjadi pada wanita penderita kanker payudara. Penumpukan sel kanker di antara peritoneum abdomen dapat menyebabkan akumulasi cairan dalam rongga peritoneum. Volume akumulasi cairan tersebut dapat sangat banyak dan menyebabkan ketidaknyamanan serta menimbulkan sesak napas jika cairan mengakibatkan penekanan pada diafragma.
6. Hiperkalsemia. Kondisi ini merupakan komplikasi kanker payudara yang sering terjadi dan disebabkan oleh peningkatan destruksi tulang osteoklastik sehingga terjadi pelepasan kalsium ke dalam aliran darah. Kadar kalsium darah yang lebih tinggi dari normal dapat menyebabkan mual, rasa haus yang tinggi, disorientasi, dehidrasi, dan poliuri, serta kadang kala dapat menyebabkan perubahan tingkat kesadaran.
7. Metastasi otak. Manifestasi kondisi ini sangat bervariasi termasuk gejala peningkatan tekanan intrakranial, seperti sakit kepala, muntah, limbung, gangguan penglihatan, dan kerusakan fungsi intelektual,

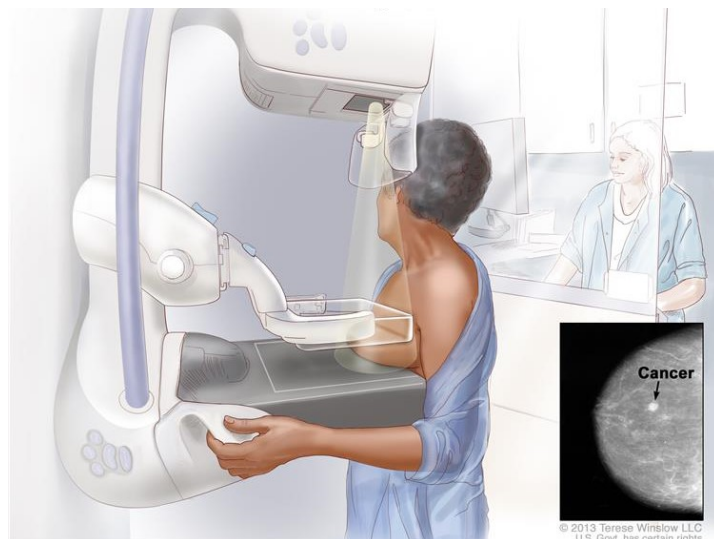
defisit neurologis spesifik pada area penyakit, seperti lemah atau hilang keseimbangan, atau yang jarang terjadi, kejang.

8. Kompresi medula spinalis. Penumpukan metastasis penyakit dalam vertebrata atau dura dapat menyebabkan kompresi medula spinalis. Gangguan ini dimanifestasikan dengan kelemahan pada lengan atau tungkai, gangguan spinkter, dan perubahan sensori.
9. Meningitis karsinoma. Keterlibatan meningen dalam metastasis kanker payudara dapat menyebabkan sakit kepala, konfusi, diplopia, paralisis saraf kranial, dan gangguan sensasi.

## J. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Sjamsuhidayat & de Jong (2012), pemeriksaan diagnostik yang digunakan untuk menegakkan diagnosa kanker payudara adalah:

1. Mamografi



Gambar 2.10 Mamografi  
(<http://www.cancer.gov/>)

Mamografi merupakan metode pilihan deteksi kanker payudara pada kasus kecurigaan keganasan maupun kasus kanker payudara kecil yang tidak terpalpasi (lesi samar). Indikasi mamografi antara lain kecurigaan klinis adanya kanker payudara, sebagai tindak lanjut pascamastektomi, dan pasca – *breast conserving therapy (BCT)* untuk mendeteksi kambuhnya tumor primer kedua, adanya adenokarsinoma metastatik dari tumor primer yang tidak diketahui asalnya, dan sebagai program skrining.

Temuan mamograf yang menunjukkan kelainan yang mengarah keganasan antara lain tumor berbentuk spikula, distorsi atau iregularitas, mikrokalsifikasi (karsinoma intraduktal), kadang disertai pembesaran kelenjar limf. Hasil mamografi dikonfirmasi lanjut dengan FNAB, *core biopsy*, atau biopsi bedah.

## 2. Duktografi

Indikasi utama dilakukannya duktografi adalah adanya luah dari puting yang bersifat hemoragik. Keganasan tampak sebagai massa ireguler atau adanya *multiple filling defect intralumen*.

## 3. Ultrasonografi

Ultrasonografi berguna untuk menentukan ukuran lesi dan membedakan kista dengan tumor solid.

#### 4. MRI

MRI dilakukan pada pasien usia muda, untuk mendeteksi adanya rekurensi pasca – BCT, mendeteksi adanya rekurensi dini keganasan payudara yang dari pemeriksaan fisik dan penunjang lainnya kurang jelas.

#### 5. Imunohistokimia

Pemeriksaan imunohistokimia yang dilakukan untuk membantu terapi target, antara lain pemeriksaan seratus ER (estrogen receptor), PR (progesteron receptor), c-erbB-2 (HER-2 neu), cathepsin-D, p53 (bergantung situasi), Ki<sup>67</sup>, dan Bcl<sub>2</sub>.

Kanker payudara memiliki reseptor estrogen – disebut ER (+) atau memiliki reseptor progesteron – disebut PR (+), cenderung memiliki prognosis yang lebih baik karena masih peka terhadap terapi hormonal.

Satu dari lima kanker payudara memiliki sejenis protein pemicu pertumbuhan yang disebut HER2/neu (disingkat HER2). Kanker payudara yang memiliki status ER (-), PR (-), dan HER2/neu (-), yang disebut sebagai triple negatif, cenderung agresif dan prognosisnya buruk.

## 6. Biopsi

### a. *Fine Needle Aspiration Biopsy (FNAB)*

Dengan jarum halus sejumlah kecil jaringan dari tumor diaspirasi keluar lalu diperiksa di bawah mikroskop. Jika lokasi tumor terpalpasi dengan mudah, biopsi dapat dilakukan sambil mempalpasi tumor.

### b. *Core biopsy*

Biopsi ini menggunakan jarum yang ukurannya cukup besar sehingga dapat diperoleh spesimen silinder jaringan tumor yang tentu saja lebih bermakna dibandingkan *Fine Needle Aspiration Biopsy (FNAB)*.

*Core biopsy* dapat membedakan tumor yang noninvasif dengan yang invasif serta grade tumor. *Core biopsy* dapat digunakan untuk membiopsi kelainan yang tidak dapat dipalpasi, tetapi terlihat pada mamografi.

### c. Biopsi terbuka

Biopsi terbuka dilakukan bila pada mamografi terlihat adanya kelainan yang mengarah ke tumor maligna, hasil *Fine Needle Aspiration Biopsy (FNAB)* atau *core biopsy* yang meragukan.

d. *Sentinel node biopsy*

Biopsi ini dilakukan untuk menentukan status keterlibatan kelenjar limf aksila dan parasternal (*internal mammary chain*) dengan cara pemetaan limfatik. Prosedur ini bermanfaat untuk staging nodus, penentuan / prediksi terapi adjuvan sistemik, dan penentuan tindakan diseksi regional.

**K. Asuhan Keperawatan**

Proses keperawatan merupakan metode sistematis dimana secara langsung perawat dan pasien secara bersama menentukan masalah – masalah keperawatan, sehingga membutuhkan asuhan keperawatan untuk mencapai tingkat kesehatan yang optimal, dimana asuhan keperawatan juga merupakan faktor penting dalam survival pasien. Dalam proses keperawatan, terdiri atas 5 tahap, yaitu pengkajian, perumusan diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

Asuhan keperawatan yang komprehensif pada pasien dengan kanker payudara dilaksanakan oleh penulis dengan pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, perumusan diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan pasien yang dilaksanakan secara biologis, psikologis, sosial dan spiritual dalam upaya *promotif, preventif, kuratif* dan *rehabilitatif*.

## 1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah proses sistematis dari pengumpulan, verifikasi, dan komunikasi data tentang pasien. Fase proses keperawatan ini mencakup dua langkah: pengumpulan data dari sumber primer (pasien), dan sumber sekunder (keluarga atau tenaga kesehatan), dan analisa data sebagai dasar untuk diagnosa keperawatan (Speer, 2008).

Dalam *Nursing Care Plans: Guidelines for Individualizing Client Care Across the Life Span Edition 8* oleh Marilyn E. Doenges, dkk. (2010), tidak terdapat pembahasan secara spesifik mengenai pengkajian pada pasien dengan *Ca. Mammae*. Namun, di dalamnya terdapat penjelasan pengkajian mengenai mastektomi. Oleh karena itu, penulis mengangkat pengkajian mengenai mastektomi.

Menurut Doenges, dkk. (2010), pengkajian pada pasien dengan kanker payudara sebagai berikut:

### a. Aktivitas / istirahat

Gejala : Ketidakefektivan aktivitas yang melibatkan pengulangan atau banyak gerakan tangan.

### b. Sirkulasi

Tanda : Pembengkakan unilateral pada lengan yang terkena akibat keterlibatan kelenjar getah bening.

c. Integritas ego

Gejala : Konstan stressor dalam pekerjaan atau kehidupan rumah.  
Stress dan ketakutan yang berkaitan dengan diagnosis, prognosis, dan harapan yang akan datang.

d. Makanan / cairan

Gejala : Kehilangan nafsu makan, adanya penurunan berat badan.

e. Nyeri / ketidaknyamanan

Gejala : Nyeri pada penyakit yang luas / metastatik, namun nyeri jarang terjadi pada keganasan dini.

Ketidaknyaman atau “perasaan lucu” pada jaringan payudara, terjadi pada beberapa pasien.

f. Keamanan

Tanda : Massa nodul aksila.

Edema, eritema pada kulit sekitar.

g. Seksualitas

Gejala : Melaporkan adanya benjolan pada payudara namun tidak terasa nyeri.

Perubahan pada kesimetrisan payudara atau ukuran, adanya pitting atau dimpling pada kulit payudara, perubahan suhu atau warna pada kulit payudara seperti eritema, rabas pada puting yang tak biasanya, adanya



rasa gatal, adanya rasa terbakar, retraksi putting.

Adanya riwayat *menarche* dini (usia lebih muda dari 12 tahun), menopause lambat (di atas usia 50 tahun), kehamilan pertama di usia 30 tahun lebih.

Masalah pada seksualitas dan keintiman.

Tanda : Perubahan pada kuntor payudara atau kesimetrisan.

Retraksi pada putting, adanya rabas dari putting.

#### h. Penyuluhan / pembelajaran

Gejala : Riwayat kanker dalam keluarga karena faktor genetik (gen BRCA 1 dan BRCA 2 yang bermutasi, 80% - 90% menjadi penyebab kanker karena faktor keturunan), namun kebanyakan pasien dengan kanker payudara tidak memiliki riwayat kanker karena keturunan, hanya 5% - 10% yang disebabkan oleh faktor keturunan.

Sebelumnya mengalami kanker unilateral, kanker endometrium, atau kanker ovarium.

Riwayat penggunaan terapi sulih hormon dalam jangka panjang, paparan radiasi, atau biosi payudara dan prosedur lainnya yang berulang – ulang kali.

#### i. Pertimbangan rencana pemulangan

Gejala : Mungkin membutuhkan bantuan dalam pengobatan dan rehabilitasi, keputusan, aktivitas perawatan diri, dan pemeliharaan rumah.

## 2. Diagnosis keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah sebuah label singkat, menggambarkan kondisi pasien yang diobservasi dilapangan. Kondisi ini dapat berupa masalah – masalah aktual atau potensial (Wilkinson, 2007).

Dalam *Nursing Care Plans: Guidelines for Individualizing Client Care Across the Life Span Edition 8* oleh Marilyn E. Doenges, dkk. (2010), tidak terdapat pembahasan proses keperawatan secara spesifik pada pasien *Ca. Mammae*. Namun, di dalamnya terdapat penjelasan mengenai mastektomi. Oleh karena itu, penulis mengangkat mengenai mastektomi.

Adapun diagnosa keperawatan dalam kasus ini menurut Doenges, dkk. (2010), yaitu:

- a. Ansietas berhubungan dengan krisis situasi
- b. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan gangguan sirkulasi
- c. Nyeri kronis berhubungan dengan agen pencedera (*Ca. Mammae*)
- d. Harga diri rendah situasional berhubungan dengan gangguan citra tubuh
- e. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri
- f. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi

### 3. Perencanaan

Perencanaan adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tujuan yang terpusat pada pasien dan hasil yang diperkirakan ditetapkan dan intervensi keperawatan dipilih untuk mencapai tujuan tersebut. Selama perencanaan, dibuat prioritas. Selain berkolaborasi dengan pasien dan keluarganya, perawat berkonsul dengan anggota tim kesehatan lainnya, menelaah literature yang berkaitan, modifikasi asuhan dan mencatat informasi yang relevan tentang kebutuhan perawatan kesehatan pasien dan penatalaksanaan klinik (Speer, 2008).

Adapun perencanaan berdasarkan diagnosa menurut Doenges, dkk. (2010) yang mungkin timbul pada pasien Ca. Mammae, yaitu:

1. Ansietas berhubungan dengan krisis situasi

*Nursing Outcomes Classification: anxiety level*

Kriteria hasil: secara konsisten laporkan adanya kecemasan dan secara konsisten mampu mengontrol cemas

*Nursing Intervention Classification: anxiety reduction*

- 1.1 Yakinkan informasi pasien tentang diagnosis, harapan intervensi pembedahan, dan terapi yang akan datang. Perhatikan adanya penolakan atau ansietas ekstrem.

Rasional : memberikan dasar pengetahuan perawat untuk

menguatkan kebutuhan informasi dan membantu untuk mengidentifikasi pasien dengan ansietas tinggi, dan kebutuhan akan perhatian khusus. Catatan: penolakan mungkin berguna sebagai metode koping selama waktu tertentu, tetapi ansietas ekstrem memerlukan tindakan dengan segera.

1.2 Jelaskan tujuan dan persiapan untuk tes diagnostik atau prosedurnya.

Rasional : Pemahaman jelas akan prosedur dan apa yang terjadi meningkatkan perasaan kontrol dan mengurangi ansietas.

1.3 Berikan lingkungan perhatian, keterbukaan dan penerimaan juga privasi untuk pasien / orang terdekat.

Rasional : Fasilitasi komunikasi terapeutik, aktif mendengarkan, dan ekspresi dari pokok masalah yang belum terselesaikan. Waktu dan privasi diperlukan untuk memberikan dukungan diskusi perasaan tentang antisipasi kehilangan dan masalah lain.

1.4 Dorong pertanyaan dan berikan waktu untuk mengekspresikan ketakutan.

Rasional : Memberikan kesempatan untuk mengidentifikasi dan mengklarifikasi kesalahan konsep dan memberikan dukungan emosional.

1.5 Berikan tehnik relaksasi seperti *back massage*, *guided imagery*, dan gunakan sentuhan, jika diterima secara budaya.

Rasional : Anjurkan mengutarakan perasaan ketika pasien relaks, hingga mengurangi ansietas dan ketakutan.

2. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan gangguan sirkulasi

*Nursing Outcomes Classification: wound healing: primary intention*

Kriteria hasil: tidak terganggunya integritas kulit, tidak terganggunya sensasi, tidak terganggunya perfusi jaringan, dan tidak ada nekrosis.

*Nursing Intervention Classification: incision site care*

2.1 Kaji balutan dan luka untuk jumlah dan karakteristik drainase.

Rasional : Penggunaan balutan tergantung luas

pembedahan dan tipe penutupan luka. (Balutan penekan biasanya dipakai pada awal dan diperkuat, tidak diganti). Drainase terjadi karena trauma prosedur dan manipulasi banyak pembuluh darah dan limfatik pada area tersebut.

#### 2.2 Berikan antibiotik sesuai indikasi.

Rasional : Diberikan secara profilaksis atau untuk mengobati infeksi khusus dan meningkatkan penyembuhan.

#### 2.3 Monitor suhu.

Rasional : Pengenalan awal dari perkembangan infeksi mungkin mendapatkan pengobatan dengan cepat.

#### 2.4 Cegah atau minimalkan edema di sekitar area lengan.

Rasional : Mengurangi ketidaknyamanan dan yang berhubungan dengan komplikasi.

#### 2.5 Dorong untuk menggunakan pakaian yang tidak ketat, beritahu pasien untuk tidak menggunakan jam tangan atau perhiasan lain pada tangan yang sakit.

Rasional : Menurunkan tekanan pada jaringan yang terkena, yang dapat meningkatkan sirkulasi dan penyembuhan, dan meminimalkan lymphedema.

3. Nyeri kronis berhubungan dengan agen pencedera (Ca. Mammae)

*Nursing Outcomes Classification: pain level*

Kriteria hasil: secara konsisten melaporkan nyeri terkontrol, secara konsisten menggunakan analgesik yang direkomendasikan, dan secara konsisten menggunakan tindakan pengurangan (nyeri) tanpa analgesi.

*Nursing Intervention Classification: pain management*

- 3.1 Kaji keluhan nyeri dan perubahan sensori, catat lokasi, durasi, dan intensitas (skala 0 – 10). Catat adanya keluhan kekakuan, pembengkakan, dan rasa terbakar di dada, punggung, dan tangan yang sakit. Identifikasi petunjuk verbal dan non – verbal.

Rasional : Membantu dalam mengidentifikasi derajat ketidaknyamanan dan kebutuhan untuk / keefektivan analgesik. Jumlah jaringan, otot, dan sistem getah bening diangkat dapat mempengaruhi jumlah nyeri yang dialami. Yang

perlu dilakukan adalah meninggikan lengan, ukuran baju yang longgar, dan adanya drainase turut mempengaruhi kemampuan pasien untuk relaks dan istirahat atau tidur.

### 3.2 Berikan kesempatan untuk tidur.

Rasional : Mengurangi kelelahan, meningkatkan kemampuan koping.

### 3.3 Diskusikan sensasi masih adanya payudara normal.

Rasional : Memberikan keyakinan bahwa sensasi bukan imajinasi dan penghilangannya dapat dilakukan.

### 3.4 Berikan tindakan kenyamanan dasar dan pengalihan aktivitas.

Anjurkan ambulasi dini dan penggunaan tehnik relaksasi, bimbingan imajinasi, dan sentuhan terapeutik.

Rasional : Meningkatkan relaksasi, membantu untuk memfokuskan perhatian, dan dapat meningkatkan kemampuan koping.

### 3.5 Berikan obat nyeri dengan tepat sesuai dengan jadwal sebelum nyeri memberat dan sebelum aktivitas dijadwalkan.

Rasional : Mempertahankan tingkat kenyamanan dan



memungkinkan pasien untuk latihan lengan dan untuk ambulasi tanpa nyeri yang menyertai upaya tersebut.

4. Harga diri rendah situasional berhubungan dengan gangguan citra tubuh

*Nursing Outcomes Classification: self - esteem*

Kriteria hasil: konsisten positif verbalisasi penerimaan diri dan konsisten positif penerimaan keterbatasan diri

*Nursing Intervention Classification: self – esteem enhancement*

- 4.1 Identifikasi masalah peran, sebagai wanita, istri, ibu, wanita karier dan seterusnya.

Rasional : Dapat menyatakan bagaimana pandangan diri pasien telah berubah.

- 4.2 Dorong pertanyaan tentang situasi saat ini dan harapan yang akan datang.

Rasional : Kehilangan payudara menyebabkan reaksi, termasuk perasaan gambaran diri, takut jaringan parut, dan takut reaksi pasangan terhadap perubahan tubuh.

4.3 Berikan *reinforcement* positif untuk mendapatkan dan memperbaiki dan partisipasi dalam perawatan diri dan program pengobatan.

Rasional : Mendorong kelanjutan perilaku sehat

4.4 Validasi perasaan pasien dan setiap kesalahan informasi yang terungkap

Rasional : Anjurkan pasien untuk mengekspresikan perasaan – perasaan dan sediakan kesempatan untuk memberikan atau memperkuat informasi.

5. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

*Nursing Outcomes Classification: body mechanics performance*

Kriteria hasil: secara konsisten mempertahankan kekuatan otot

*Nursing Intervention Classification: exercise therapy: muscle control*

5.1 Tinggi lengan yang sakit.

Rasional : Meningkatkan aliran balik vena, mengurangi kemungkinan limfedema.

5.2 Berikan ROM pasif, seperti fleksi dan ekstensi dari siku, pronasi dan supinasi dari pergelangan, dan mengepalkan dan mengembangkan jari, sesegera mungkin.

Rasional : Untuk mencegah kekakuan sendi yang dapat berlanjut pada keterbatasan gerakan / mobilitas.

### 5.3 Bantu pasien dalam aktivitas perawatan diri.

Rasional : Menghemat energi pasien; mencegah kelelahan.

### 5.4 Berikan analgesik sesuai indikasi.

Rasional : Nyeri membutuhkan kontrol untuk latihan atau pasien tidak dapat berpartisipasi secara optimal dan kesempatan untuk latihan mungkin hilang.

## 6. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi

*Nursing Outcomes Classification: knowledge: illness process*

Kriteria hasil: pengetahuan yang banyak mengenai tanda dan gejala penyakit, strategi untuk meminimalkan perkembangan penyakit, efek fisiologis penyakit, dan potensial komplikasi penyakit.

*Nursing Intervention Classification: teaching: disease process*

### 6.1 Kaji proses penyakit, prosedur pembedahan, dan harapan yang akan datang.

Rasional : Memberikan pengetahuan dasar dimana pasien dapat membuat pilihan berdasarkan informasi

termasuk berpartisipasi dalam radiasi / program kemoterapi.

6.2 Diskusikan perlunya keseimbangan kesehatan, nutrisi, makan dan pemasukan cairan yang adekuat.

Rasional : Memberikan nutrisi optimal dan mempertahankan volume sirkulasi untuk meningkatkan regenerasi jaringan / proses penyembuhan.

6.3 Dorong pemeriksaan diri secara teratur pada payudara yang masih ada.

Rasional : Mengidentifikasi perubahan jaringan payudara, indikasikan terjadinya / berulangnya tumor baru.

6.4 Identifikasi tanda / gejala yang memerlukan evaluasi medik, contoh kemerahan payudara atau lengan, dan pembengkakan; edema, drainase luka purulen, demam, menggigil.

Rasional : Limfangitis bisa terjadi

#### **4. Pelaksanaan**

Pelaksanaan adalah inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah

tindakan disusun dan di tujukan pada *nursing orders* untuk membantu pasien mencapai tujuan yang diharapkan (Nursalam, 2011).

Komponen tahap implementasi diantaranya sebagai berikut:

a. Tindakan keperawatan mandiri

Tindakan keperawatan mandiri dilakukan tanpa pesanan dokter, tindakan keperawatan mandiri ini ditetapkan dengan *StandartPractice American Nurses Association*, undang – undangpraktek perawatan Negara bagian dan kebijakan institusi perawatan kesehatan.

b. Tindakan keperawatan kolaboratif

Tindakan yang dilakukan oleh perawat bila perawat bekerja dengan anggota kesehatan yang lain dalam membuat keputusan bersama yang bertahap untuk mengatasi masalah pasien.

## 5. Evaluasi

Evaluasi adalah hasil yang didapatkan dengan menyebutkan item-item atau perilaku yang dapat diamati dan dipantau untuk menentukan apakah hasilnya sudah tercapai atau belum dalam jangka waktu yang telah ditentukan (Doengoes, 2010).

Evaluasi adalah penilaian akhir dari proses keperawatan berdasarkan tujuan keperawatan yang ditetapkan. Evaluasi merupakan indicator keberhasilan dalam proses keperawatan.

Menurut asmadi (2008), evaluasi terdiri dari dua jenis, yaitu:

a. Evaluasi Proses (Formatif)

Evaluasi proses ini merupakan kegiatan yang dilakukan dengan mengevaluasi selama proses perawatan berlangsung atau menilai respon pasien. Evaluasi formatif terus – menerus dilaksanakan sampai tujuan yang direncanakan tercapai. Sistem penulisan pada tahap evaluasi ini bisa menggunakan sistem “SOAP” atau model dokumentasi lainnya.

b. Evaluasi Hasil (Sumatif)

Evaluasi hasil merupakan kegiatan melakukan evaluasi dengan target tujuan yang diharapkan. Fokus evaluasi hasil adalah perubahan perilaku atau status kesehatan pasien pada akhir tindakan keperawatan pasien. Tipe evaluasi yang ini dilaksanakan pada akhir tindakan keperawatan secara paripurna. Sumatif evaluasi adalah objektif, fleksible, dan efisien.

**6. Dokumentasi**

Dokumentasi merupakan sumber data yang bermanfaat yang digunakan oleh semua anggota tim perawatan kesehatan. Tujuannya mencakup komunikasi, tagihan financial, edukasi pengkajian, riset, audit dan dokumentasi legal. Dokumentasi mendeskripsikan tentang status dan kebutuhan pasien yang komprehensif, juga layanan yang diberikan untuk perawatan pasien. Dokumentasi yang baik mencerminkan tidak hanya kualitas perawatan tetapi juga

membuktikan pertanggunggugatan setiap anggota tim perawat  
(Potter& Perry, 2005).

<b>BAB III</b>	<b>TINJAUAN KASUS</b>	
	A. Pengkajian.....	54
	B. Diagnosa Keperawatan.....	84
	C. Perencanaan.....	85
	D. Implementasi.....	91
	E. Evaluasi.....	103
<b>BAB IV</b>	<b>PEMBAHASAN</b>	
	A. Pengkajian.....	111
	B. Diagnosa Keperawatan.....	114
	C. Perencanaan.....	122
	D. Implementasi.....	125
	E. Evaluasi.....	126
	F. Dokumentasi.....	129

**SILAHKAN KUNJUNGI PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS**

**MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR**



## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **F. Kesimpulan**

Setelah memberikan asuhan keperawatan pada ibu A yang mengalami *Ca. mammae metastase* di ruang Cempaka RSUD. Abdul Wahab Sjahrani Samarinda yang dilaksanakan selama 3 hari yaitu tanggal 13 Juni 2016 – 15 Juni 2016, penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Dari hasil pengkajian yang dilakukan pada pasien ibu A, yang mengalami *Ca. mammae metastase* didapatkan keluhan, sebagai berikut: pasien mengalami edema dengan grade IV pada tangan kiri dan grade I pada tangan kanan dan kedua kaki didukung dengan hasil pemeriksaan albumin 2,5 g / dl dan protein total 4,8 g / dl. Selain itu, pasien tidak nafsu makan, pasien hanya makan 2 kali sehari dan porsi yang dihabiskan hanya 2 sendok makan, dan LLA 29,2 cm. Pasien ibu A juga mengalami nyeri yang hilang timbul dengan skala 7 seperti diiris – iris pada luka di daerah dada sebelah kiri yang menjalar ke ketiak dan sebagian punggung yang muncul saat tangan sebelah kirinya digerakkan. Terdapat luka dengan panjang  $\pm$  20 cm di daerah dada sebelah kiri, ketiak dan sebagian punggung, pada luka terdapat beberapa bagian yang berwarna merah dan beberapa

bagian lainnya berwarna kuning, pada luka terdapat pus. Selain itu, pasien juga mengatakan tubuhnya lemas, pusing ketika duduk dan merasa sesak napas saat berjalan, hasil pemeriksaan Hb = 6,6 g / dl dan Ht = 20%, konjungtiva anemis, palmar dan carpal tampak pucat, tekanan darah 100 / 60 mmHg, nadi 73 x / menit, pernapasan 20 x / menit, dan CRT > 2 detik tepatnya 5 detik. Pasien ibu A juga tampak kurang rapi, berbau, lidah kotor, anak pasien mengatakan ibu A selama 10 hari perawatan di rumah sakit diseka namun tidak menggunakan sabun, sikat gigi 2 hari sekali, dan tidak pernah keramas sejak awal perawatan. Pasien ibu A juga BAB cair berwarna hitam dan pasien tampak lemas. Hasil pemeriksaan lainnya, jumlah leukosit =  $15,1 \cdot 10^3 / \mu\text{L}$ . Pasien juga memiliki risiko jatuh yang rendah, yakni dengan skala 4 – 6.

2. Pada kasus ibu A ini, ditemukan 6 diagnosa keperawatan aktual dan 3 diagnosa risiko, antara lain:
  - a. Ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan
  - b. Risiko syok dengan faktor risiko hipovolemia
  - c. Nyeri kronis berhubungan dengan agen pencedera (*Ca. mammae*)
  - d. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan gangguan sirkulasi

- e. Risiko infeksi dengan faktor risiko kerusakan integritas kulit
  - f. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan intoleransi aktivitas
  - g. Defisit perawatan diri: mandi berhubungan dengan kelemahan
  - h. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi
  - i. Risiko jatuh dengan faktor risiko anemia
3. Perencanaan disusun dengan cara mencantumkan prioritas masalah, tujuan, kriteria hasil, dan berdasarkan pada intervensi yang sesuai dengan diagnosa yang ada pada tinjauan teori. Dan perencanaan yang disusun penulis dimodifikasi dan disesuaikan dengan kondisi pasien, kemampuan perawat, situasi dan sarana yang mendukung yang ada di ruang Cempaka RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.
  4. Pelaksanaan dilakukan sesuai dengan rencana tindakan yang telah dibuat untuk mengatasi masalah dan dalam pelaksanaannya tidak semua intervensi dilaksanakan sendiri oleh penulis, akan tetapi turut melibatkan keluarga pasien dan tim kesehatan lainnya.
  5. Evaluasi yang dilakukan setelah melakukan tindakan keperawatan atau disebut juga evaluasi proses, sedangkan evaluasi hasil dilakukan sesuai dengan batasan waktu yang ditentukan dalam tujuan keperawatan. Dalam evaluasi ini, ada masalah keperawatan

yang hasilnya teratasi, yaitu masalah defisit perawatan diri (mandi) dikarenakan pasien tampak lebih bersih, gosok gigi tiap hari, mandi 2 kali sehari, dan napas pasien berbau segar. Dan diagnosa lainnya belum teratasi, dikarenakan kondisi pasien yang belum stabil.

6. Pada tahap dokumentasi asuhan keperawatan pada pasien ibu A yang mengalami *Ca. mammae metastase*, penulis mendokumentasikan semua masalah keperawatan dengan baik, baik dalam bentuk catatan keperawatan pada status pasien maupun dalam catatan asuhan keperawatan yang penulis miliki.

#### **G. Saran**

Adapun saran – saran yang dapat penulis berikan untuk perbaikan dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan adalah sebagai berikut:

1. Bagi mahasiswa

Diharapkan pada mahasiswa untuk lebih aktif mencari informasi dan ilmu – ilmu kesehatan guna mendapatkan pengetahuan yang lebih dan bisa diterapkan saat praktek (memberikan asuhan keperawatan) dan hal tersebut juga akan memudahkan dalam hal penyusunan karya tulis ilmiah atau tugas akhir.

2. Bagi institusi pendidikan

Kepada pihak institusi pendidikan hendaknya juga memperhatikan sarana dan prasarana pendidikan, seperti buku – bukuperpustakaan dan *literature* keperawatan lainnya yang terbaru,

agar lebih memudahkan dan memfasilitasi mahasiswa dalam hal penyelesaian tugas, khususnya tugas akhir ini.

3. Bagi rumah sakit

Diharapkan rumah sakit dapat terus memberikan pelayanan keperawatan kepada pasien dengan tepat dan sesuai dengan prosedur dan melakukan pemeriksaan penunjang, serta pendokumentasian dengan lengkap sehingga dapat terlaksananya suatu proses keperawatan yang baik.

## DAFTAR PUSTAKA

- Andrews, Gilly. 2010. Buku Ajar Kesehatan Reproduksi Wanita Edisi 2. Jakarta: EGC.
- Bulechek, Gloria M., dkk. 2013. *Nursing Intervention Classification (NIC) Sixth Edition*. US America : Elsevier Mosby
- Doenges, dkk. 2010. *Nursing Care Plans: Guidelines for Individualizing Client Care Across the Life Span Edition 8*. US America : F.A Davis Company
- Fikawati, Syafiq & Karima.(2015). *Gizi Ibu dan Bayi*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Internasional, NANDA. 2015. *Diagnosis Keperawatan: Definisi dan Klasifikasi 2015 – 2017*. Jakarta : EGC
- Moorhead, Sue., dkk. 2013. *Nursing Outcomes Classification (NOC) Fifth Edition*. US America : Elsevier Mosby
- Noorhidayah. (2015). FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN PENYAKIT KANKER PAYUDARA PADA PASIEN YANG DI RAWAT DI RUANG KEMOTERAPI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA. [JURNAL CITRA KEPERAWATAN](#), 1, (3)
- Kanita, Ina. (2012). Gambaran pengetahuan tentang kanker payudara dan pola konsumsi isoflavon dari produk olahan kedelai pada siswi di SMA Negeri 2 Tangerang tahun 2011. Skripsi, dipublikasikan di <http://repository.uinjkt.ac.id/dspace/bitstream/123456789/25552/1/INA%20KANITA%20-%20fkk.pdf>, Jakarta, Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta, Indonesia.
- Kementrian Kesehatan RI. (2015). *Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI – Stop Kanker*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI Pusat Data dan Informasi.
- KNKP. [http://kanker.kemkes.go.id/guidelines\\_read.php?id=2&cancer=1](http://kanker.kemkes.go.id/guidelines_read.php?id=2&cancer=1) diakses pada 18 Juni 2016.
- Moore & Dalley. 2013. *Anatomi Berorientasi Klinis Edisi 5 Jilid 1*. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Prawirohardjo & Winkjosastro.(2011). *Ilmu Kandungan*.(Edisi ke – 3). Jakarta: PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Price & Wilson. 2014. *Patofisiologi Volume 2 Edisi 6*. Jakarta: EGC.
- Rasjidi, Imam. 2010. *Epidemiologi Kanker pada Wanita*. Jakarta: CV. Sagung Seto.
- Sekretariat Jendral Kementerian Kesehatan RI. <http://www.depkes.go.id/article/print/1637/penyakit-tidak-menular-ptm-penyebab-kematian-terbanyak-di-indonesia.html> diakses pada 18 Juni 2016.
- Sjamsuhidayat & de Jong. 2012. *Buku Ajar Ilmu Bedah Edisi 3*. Jakarta: EGC
- Smeltzer & Bare. 2012. *Textbooks of Medical – Surgical Nursing*

12<sup>th</sup> Edition Volume 1.

WHO. [http://www.who.int/cancer/country-profiles/idn\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/cancer/country-profiles/idn_en.pdf?ua=1) diakses pada 18 Juni 2016