

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Keganasan atau Kanker

1. Pengertian

Kanker adalah penyakit yang ditandai dengan pembelahan sel yang tidak terkendali dan kemampuan sel abnormal tersebut untuk menyerang jaringan biologis di sekitarnya, baik dengan pertumbuhan langsung (invansi) maupun menyebar ke organ yang jauh (metastasis). Pada umumnya kanker di beri nama sesuai organ dan jenisnya pertama kali sel kanker itu berkembang (Joanne 2015).

Kanker sering dikenal sebagai tumor, tetapi tidak semua tumor disebut kanker. Tumor adalah benjolan atau gumpalan yang timbul pada tubuh, baik yang kelihatan dipermukaan tubuh maupun tersembunyi, sedangkan kanker adalah suatu akibat pertumbuhan sel-sel jaringan tubuh yang tidak normal yang kemudian berubah menjadi sel-sel kanker. Sel-sel kanker dapat berkembang dengan cepat, tidak terkendali, dan terus membelah diri. Sel-sel itu selanjutnya menyusup ke jaringan sekitarnya (invasive) dan terus menyebar melalui jaringan ikat, darah, dan menyerang organ-organ penting serta ke saraf tulang belakang (Ariani, 2017).

Dalam keadaan normal, sel hanya akan membelah diri jika ada penggantian sel-sel yang telah mati dan rusak. Sebaliknya sel kanker akan terus membelah diri meskipun tubuh tidak memerlukannya, sehingga akan terjadi penumpukan sel baru yang disebut tumor ganas.

Penumpukan sel tersebut akan mendesak dan merusak jaringan normal sehingga mengganggu organ yang ditempatinya. Kanker dapat terjadi di berbagai jaringan dalam setiap organ tubuh. Bila kanker terjadi di bagian permukaan tubuh, akan mudah diketahui dan diobati. Namun, bila terjadi didalam tubuh kanker itu akan sulit diketahui dan kadangkadang tidak memiliki gejala. Terkadang jika timbul gejala, kanker sudah stadium lanjut sehingga sulit diobati (Ariani, 2017).

2. Patofisiologi

Kanker timbul karena pertumbuhan tanpa hambatan dari sel-sel abnormal. Pertumbuhan itu timbul karena adanya kerusakan (mutasi) lebih dari satu gen. Gen-gen ini menentukan sifat keturunan individu dan mengatur pembelahan sel. Pembelahan sel dituntun untuk dapat dikendalikan pada jalannya oleh berbagai gen pengatur yang memacu pembelahan sel dan lainnya dapat menekan atau menghambat pertumbuhan sel tersebut (jong wim de, 2015).

Mutasi timbul karena rangsangan karsinogen. Keseimbangan antara hambatan dan dorongan selama pembelahan sel terganggu pada mutasi. Berubahnya bentuk dan tingkah laku yang tidak terkendali membuat sel-sel keturunan kemudian membelah secara liar dengan membentuk tumor yang menyusup ke lingkungan sekitar secara ganas dan memiliki kecenderungan menyebar. Ada banyak rangsangan yang menyebabkan mutasi sel, dan nantinya akan menimbulkan kejadian kanker (jong wim de, 2015).

3. Gejala

Menurut Mansa, N (2016) Gejala penyakit kanker secara umum yang timbul tergantung dari jenis atau organ tubuh yang terserang, yaitu :

- a. Perubahan kebiasaan buang air besar
- b. Luka yang tidak cepat sembuh
- c. Adanya benjolan pada payudara
- d. Perubahan tahi lalat atau kulit yang mencolok
- e. Gangguan pencernaan, misalnya sulit menelan yang terus-menerus
- f. Penurunan berat badan dengan cepat akibat kurangnya lemak dan protein (kaheksia)
- g. Nyeri yang dapat terjadi akibat tumor yang meluas menekan syaraf dan pembuluh darah disekitarnya, atau bisa juga diakibatkan karena reaksi kekebalan dan peradangan terhadap kanker yang sedang tumbuh, dan nyeri juga bisa disebabkan karena ketakutan atau kecemasan.

4. Jenis-jenis Kanker

Kanker juga dapat dikelompokkan secara umum berdasarkan jenis sel tertentu (Ariani, 2017), yaitu:

- a. Karsinoma

Karsinoma adalah jenis kanker yang paling umum. Kanker ini dimulai dari kulit atau jaringan yang melapisi organ lain. Karsinoma

terbentuk oleh sel-sel epitel, yaitu sel-sel yang menutupi permukaan dalam dan luar tubuh. Ada banyak jenis sel epitel, yang seringkali memiliki bentuk seperti kolom jika dilihat di bawah mikroskop. Jenis kanker ini dapat mempengaruhi organ dan kelenjar, seperti paru-paru, payudara, pankreas, dan kulit.

b. Sarkoma

Sarkoma adalah kanker yang terbentuk di tulang dan jaringan lunak, termasuk otot, lemak, pembuluh darah, pembuluh getah bening, dan jaringan fibrosa (seperti tendon dan ligamen). Osteosarcoma adalah kanker tulang yang paling umum.

c. Leukemia

Kanker yang dimulai di jaringan pembentuk darah sumsum tulang disebut leukemia. Kanker ini tidak membentuk tumor padat. Sebaliknya, sejumlah besar sel darah putih abnormal menumpuk di darah dan sumsum tulang, memadati sel darah normal. Rendahnya tingkat sel darah normal dapat mempersulit tubuh untuk mendapatkan oksigen ke jaringannya, mengontrol pendarahan, atau melawan infeksi.

d. Limfoma

Limfoma adalah kanker yang dimulai dari limfosit (sel T atau sel B). Limfosit adalah sel darah putih yang melawan penyakit yang merupakan bagian dari sistem kekebalan tubuh. Pada kanker

limfoma, limfosit abnormal menumpuk di kelenjar getah bening dan pembuluh getah bening, serta di organ tubuh lainnya.

e. Myeloma

Myeloma adalah kanker yang dimulai dari sel plasma, yang juga termasuk sel imun. Sel plasma abnormal, yang disebut sel myeloma, menumpuk di sumsum tulang dan membentuk tumor tulang di seluruh tubuh. Myeloma dapat menyebar di beberapa bagian tulang yang disebut multiple myeloma, myeloma plasma sel, penyakit Kahler atau kanker sumsum tulang.

B. *Ca Mammae*

1. Pengertian

Kanker merupakan ancaman serius kesehatan masyarakat karena insiden dan angka kematiannya terus meningkat (Kemenkes, 2018). Kanker payudara adalah suatu penyakit neoplasma ganas yang merupakan suatu pertumbuhan jaringan payudara abnormal yang berbeda dengan jaringan sekitarnya. Kanker bisa mulai tumbuh di dalam kelenjar susu, jaringan lemak maupun jaringan ikat pada payudara. (Sunarti et al. 2018).

Kanker payudara atau istilah medisnya *Carcinoma Mammae* adalah momok pembunuh kedua bagi kaum wanita Indonesia setelah kanker rahim. Kanker payudara terjadi karena terganggunya system pertumbuhan di dalam jaringan payudara. Carcinoma mammae merupakan gangguan dalam pertumbuhan sel normal mammae dimana sel abnormal timbul dari sel-sel normal, berkembang biak dan

menginfiltrasi jaringan limfe dan pembuluh darah. (Nurarif & Kusuma, 2015)

2. Etiologi

Tidak ada satupun penyebab spesifik dari kanker payudara, sebaliknya serangkaian factor genetic, hormonal dan kemungkinan kejadian lingkungan dapat menunjang terjadinya kanker ini. Kanker membutuhkan waktu 7 tahun untuk tumbuh dari satu sel menjadi massa. Hormone steroid yang dihasilkan oleh ovarium juga berperan dalam pembentukan kanker payudara (estradiol dan progesterone mengalami perubahan dalam lingkungan seluler). (Nurarif & Kusuma, 2015).

Factor-faktor risiko timbulnya *Ca Mammae* menurut Brunner & Sudarth, 2015 :

- a. Riwayat pribadi tentang kanker payudara. Risiko mengalami kanker payudara sebelumnya meningkat hampir 1% setiap tahun.
- b. Anak perempuan atau saudara perempuan (hubungan keluarga langsung) dari wanita dengan kanker payudara. Risikonya meningkat dua kali jika ibunya terkena kanker sebelum berusia 60 tahun, risiko meningkat 4 sampai 6 kali jika kanker payudara terjadi pada dua orang saudara langsung.
- c. Menarke dini. Risiko kanker payudara meningkat pada wanita yang mengalami menstruasi sebelum usia 12 tahun.
- d. Nulipara dan usia maternal lanjut saat kelahiran anak pertama. Wanita yang mempunyai anak pertama setelah usia 30 tahun mempunyai risiko dua kali lipat untuk mengalami kanker payudara

dibanding dengan wanita yang mempunyai anak pertama mereka pada usia 20 tahun.

- e. Menopause pada usia lanjut. Menopause setelah usia 50 tahun meningkatkan risiko untuk mengalami kanker payudara. Dalam perbandingan, wanita yang telah menjalani oofektomi bilateral sebelum usia 35 tahun mempunyai risiko sepertiganya.
- f. Riwayat penyakit payudara jinak. Wanita yang mempunyai tumor payudara disertai perubahan epitel proliferative mempunyai risiko dua kali lipat untuk mengalami kanker payudara, wanita dengan hiperplasia tipikal mempunyai risiko empat kali lipat untuk mengalami penyakit ini.
- g. Pemajanan terhadap radiasi ionisasi setelah masa pubertas dan sebelum usia 30 tahun berisiko hampir dua kali lipat.
- h. Obesitas-risiko terendah diantara wanita pascamenopause.
- i. Kontrasepsi oral. Wanita yang menggunakan kontrasepsi oral berisiko tinggi untuk mengalami kanker payudara. Bagaimanapun, risiko tinggi ini menurun dengan cepat setelah penghentian medikasi.
- j. Terapi penggantian hormone. Wanita yang berusia lebih tua yang menggunakan estrogen suplemen dan menggunakannya untuk jangka panjang (lebih dari 10 sampai 15 tahun) dapat mengalami peningkatan risiko. Sementara penambahan progesterone terhadap

penggantian estrogen meningkatkan insidens kanker endometrium, hal ini tidak menurunkan kanker payudara.

- k. Masukan alkohol. Sedikit peningkatan risiko ditemukan pada wanita yang mengonsumsi bahkan dengan hanya sekali minum dalam sehari. Di Negara dimana minuman anggur dikonsumsi secara teratur misal Prancis dan Itali, angkanya sedikit lebih tinggi. Beberapa temuan riset menunjukkan bahwa wanita muda yang minum alkohol lebih rentan untuk mengalami kanker payudara pada tahun-tahun terakhirnya.

Beberapa factor risiko seperti usia dan ras, tidak dapat diganggu gugat. Namun, beberapa risiko dapat dimodifikasi khususnya yang berkaitan dengan lingkungan dan perilaku. Seperti kebiasaan merokok, minum alkohol dan pengaturan pola makan. Risiko seorang wanita menderita kanker payudara dapat berubah seiring dengan waktu. (Astrid Savitri, dkk.,2015).

3. Manifestasi Klinis

Tanda *Ca Mammae* kini mempunyai ciri fisik yang khas, mirip pada tumor jinak, massa lunak, batas tegas, mobile, bentuk bulat dan elips. Gejala *carcinoma* kadang tak nyeri, kadang nyeri, adanya keluaran dari puting susu, puting eritemme, mengeras asimetik, inversi, gejala lain nyeri tulang, berat badan turun dapat sebagai petunjuk adanya metastase. (Nurarif & Kusuma, 2015).

Beberapa gejala kanker payudara yang dapat terasa dan terlihat cukup jelas menurut Astrid Savitri, dkk. (2015) antara lain :

- a. Munculnya benjolan pada payudara
- b. Munculnya benjolan di ketiak (*aksila*)
- c. Perubahan bentuk dan ukuran payudara
- d. Keluarnya cairan dari puting (*Nipple Discharge*)
- e. Perubahan pada puting susu
- f. Kulit payudara berkerut
- g. Tanda-tanda kanker telah menyebar

Pada stadium lanjut bisa timbul tanda-tanda dan gejala yang menunjukkan bahwa kanker telah tumbuh membesar atau menyebar ke bagian lain dari tubuh lainnya. Tanda-tanda yang muncul seperti nyeri tulang, pembengkakan lengan atau luka pada kulit, penumpukan cairan disekitar paru-paru (*efusi pleura*), mual, kehilangan nafsu makan, penurunan berat badan, penyakit kuning, sesak napas, atau penglihatan ganda.

4. Patofisiologi

Untuk dapat menegakkan diagnosa kanker dengan baik, terutama untuk melakukan pengobatan yang tepat, diperlukan pengetahuan tentang proses terjadinya kanker dan perubahan strukturnya. Tumor atau neoplasma merupakan kelompok sel yang berubah dengan ciri proliferasi yang berlebihan dan tak berguna, yang tak mengikuti pengaruh jaringan sekitarnya. Proliferasi abnormal sel kanker akan mengganggu fungsi jaringan normal dengan menginfiltrasi dan memasukinya dengan cara menyebarkan anak sebar ke organ-organ yang jauh. Di dalam sel tersebut telah terjadi perubahan secara biokimia terutama dalam intinya. Hampir semua tumor ganas tumbuh dari suatu sel yang mengalami

transformasi maligna dan berubah menjadi sekelompok sel ganas di antara sel normal (Wijaya dan Putri, 2013).

Sel kanker dapat menyebar melalui aliran pembuluh darah dan permeabilitas kapiler akan terganggu sehingga sel kanker dapat berkembang pada jaringan kulit. Sel kanker tersebut akan terus menginfiltrasi jaringan kulit, menghambat dan merusak pembuluh darah kapiler yang mensuplai darah ke jaringan kulit. Akibatnya jaringan dan lapisan kulit akan mati (nekrosis) kemudian timbul luka kanker. Jaringan nekrosis merupakan media yang baik untuk pertumbuhan bakteri, baik bakteri aerob atau anaerob. Bakteri tersebut akan menginfeksi dasar luka kanker sehingga menimbulkan bau yang tidak sedap. Selain itu, sel kanker dan proses infeksi itu sendiri akan merusak permeabilitas kapiler kemudian menimbulkan cairan luka (eksudat) yang banyak. Cairan yang banyak dapat menimbulkan iritasi sekitar luka dan juga gatal-gatal. Pada jaringan yang rusak dan terjadi infeksi akan merangsang pengeluaran reseptor nyeri sebagai respon tubuh secara fisiologis, akibatnya timbul gejala nyeri yang hebat. Sel kanker itu sendiri juga merupakan sel imatur yang bersifat rapuh dan merusak pembuluh darah kapiler yang menyebabkan mudah pendarahan. Adanya luka kanker, bau yang tidak sedap dan cairan yang banyak keluar akan menyebabkan masalah psikologis pada pasien. Akhirnya, pasien cenderung merasa rendah diri, mudah marah atau tersinggung, menarik diri dan membatasi kegiatannya. Hal tersebut yang akan menurunkan kualitas hidup pasien kanker (Astuti, 2013)

5. Penatalaksanaan

Brunner & Suddarth (2018) mengatakan berbagai pilihan penatalaksanaan tersedia. Pasien dan dokter dapat memutuskan pembedahan, terapi radiasi, kemoterapi atau terapi hormonal atau kombinasi terapi.

- a. Mastektomi radikal yang dimodifikasi mencakup pengangkatan seluruh jaringan payudara, termasuk kompleks puting-aerola dan bagian nodus limfe aksila.
- b. Mastektomi total mencakup pengangkatan payudara dan kompleks puting-aerola tetapi tidak mencakup diseksi nodus limfe aksila (*axillary lymph node dissection, ALND*).
- c. Pembedahan penyelamatan payudara : lumpektomi, mastektomi eksisi luas, parsial atau segmental, kuadrantektomi dilanjutkan oleh pengangkatan nodus limfe untuk kanker payudara invasif.
- d. Biopsi nodus limfe sentinel : dianggap sebagai standar asuhan untuk terapi kanker payudara stadium dini.
- e. Terapi radiasi sinar eksternal : biasanya radiasi dilakukan pada seluruh payudara, tetapi radiasi payudara parsial (radiasi ke tempat lumpektomi saja) kini sedang dievaluasi di beberapa institusi pada pasien tertentu secara cermat.
- f. Kemoterapi untuk menghilangkan penyebaran mikrometastatik penyakit : siklofosamid (Cytosan), metotreksat, fluorourasil, regimen berbasis antrasiklin misalnya dokpasiernubisin

- (Adriamycin), epirubisin (Ellence), taksans (paklitaksel seperti Taxol), dosetaksel (Taxoter).
- g. Terapi hormonal berdasarkan indeks reseptor estrogen dan progesteron : Tamoksifen (Pasientamox) adalah agen hormonal; primer yang digunakan untuk menekan tumor yang bergantung hormonal lainnya adalah inhibitor anastrozol (Arimidex), letrozol (Femara), dan eksemestan (Aromasin).
 - h. Terapi target : trastuzumab (Herceptin), bevacizumab (Avastin).
 - i. Rekonstruksi payudara.

C. Imajinasi Terbimbing

1. Konsep Dasar Imajinasi Terbimbing

a. Definisi Imajinasi Terbimbing (*Guided Imagery*)

Guided imagery adalah metode relaksasi untuk mengkhayalkan tempat dan kejadian berhubungan dengan rasa relaksasi yang menyenangkan. Khayalan tersebut memungkinkan klien memasuki keadaan atau pengalaman relaksasi (Yanti, yuli & Susanto, 2022). Teknik ini dimulai dengan proses relaksasi pada umumnya yaitu meminta kepada klien untuk perlahan-lahan menutup matanya dan fokus, pada nafas mereka, klien didorong untuk relaksasi mengosongkan pikiran dan memenuhi pikiran dengan bayangan untuk membuat damai dan tenang (Smeltzer, S. C., & Bare, 2013).

Terapi imajinasi terbimbing merupakan teknik penggunaan imajinasi individu yang secara khusus bertujuan untuk mencapai pengendalian dalam relaksasi, relaksasi dapat memberikan efek

secara langsung fungsi tubuh efek dari relaksasi tersebut yaitu dapat menurunkan tingkat nyeri pada pasien post operasi (Jhonson, 2015).

b. Macam-macam imajinasi terbimbing

Berdasarkan pada penggunaannya terdapat beberapa macam teknik imajinasi terbimbing (Yanti, yuli & Susanto, 2022) :

- 1) Guided Walking Imagery : Teknik ini ditemukan oleh psikoleuner. Pada teknik ini pasien dianjurkan untuk mengimajinasikan pemandangan standar seperti padang rumput, pegunungan, pantai dll. kemudian imajinasi pasien dikaji untuk mengetahui sumber konflik.
- 2) Autogenic Abeaction : Dalam teknik ini pasien diminta untuk memilih sebuah perilaku negatif yang ada dalam pikirannya kemudian pasien mengungkapkan secara verbal tanpa batasan. Bila berhasil akan tampak perubahan dalam hal emosional dan raut muka pasien
- 3) Covert sensitization : Teknik ini berdasar pada paradigma reinforcement yang menyimpulkan bahwa proses imajinasi dapat dimodifikasi berdasarkan pada prinsip yang sama dalam modifikasi perilaku.
- 4) Covert Behaviour Rehearsal: Teknik ini mengajak seseorang untuk mengimajinasikan perilaku koping yang dia inginkan. Teknik ini lebih banyak digunakan.

c. Tujuan imajinasi terbimbing

Tujuan teknik imajinasi terbimbing yaitu menimbulkan respon psikofisiologis yang kuat seperti perubahan dalam fungsi imun serta menurunkan aktivitas sistem saraf simpatis yang berpengaruh terhadap nyeri (Novarenta. 2017). Menurut Brunner dan Suddarth (2018) manfaat dari imajinasi terbimbing yaitu sebagai intervensi perilaku untuk mengatasi kecemasan, stress dan nyeri. Imajinasi terbimbing dapat mengurangi tekanan dan berpengaruh terhadap proses fisiologis seperti menurunkan tekanan darah, nadi dan respirasi. Hal ini karena teknik imajinasi terbimbing dapat mengaktivasi sistem saraf parasimpatis.

Menurut Milenia, A., & Retnaningsih, D. (2022), distraksi imajinasi terbimbing telah menjadi terapi standar untuk mengurangi kecemasan dan memberikan relaksasi pada orang dewasa atau anak-anak, dapat juga untuk mengurangi nyeri kronis, tindakan prosedural yang menimbulkan nyeri, susah tidur, mencegah reaksi alergi dan menurunkan tekanan darah. Distraksi imajinasi terbimbing dapat membangkitkan perubahan neurohormonal dalam tubuh yang menyerupai perubahan yang terjadi ketika sebuah peristiwa yang sebenarnya terjadi . Hal ini bertujuan untuk membangkitkan keadaan relaksasi psikologis dan fisiologis untuk meningkatkan perubahan yang menyebutkan ke seluruh tubuh. Distraksi imajinasi terbimbing dapat berfungsi sebagai pengalih perhatian dari stimulus yang

menyakitkan dengan demikian dapat mengurangi respon nyeri (Jacobson, 2016).

d. Prosedur imajinas terbimbing

Menurut Yanti, yuli & Susanto, A. (2022), jika seseorang membayangkan suatu hal negatif atau menakutkan dapat meningkatkan rasa sakit atau kecemasan maka hal tersebut dapat dinetralkan dengan pikiran positif atau menenangkan. Fikiran dapat dilatih untuk berfokus pada imajinasi penyembuhan. Jika imajinasi menakutkan atau negatif memiliki kemampuan untuk meningkatkan rasa sakit dan gejala lain yang tidak diinginkan. Maka imajinasi positif atau menenangkan dapat mengurangi gejala sakit.

Asmadi (2008) juga menjelaskan tentang teknik dalam melakukan teknik distraksi imajinasi terbimbing yaitu mengatur posisi yang nyaman pada klien, minta klien untuk tetap berfokus pada bayangan yang menyenangkan sambil merelaksasikan tubuhnya. Waktu yang digunakan untuk pelaksanaan distraksi imajinasi terbimbing pada orang dewasa dan remaja biasanya 10 - 30 menit.

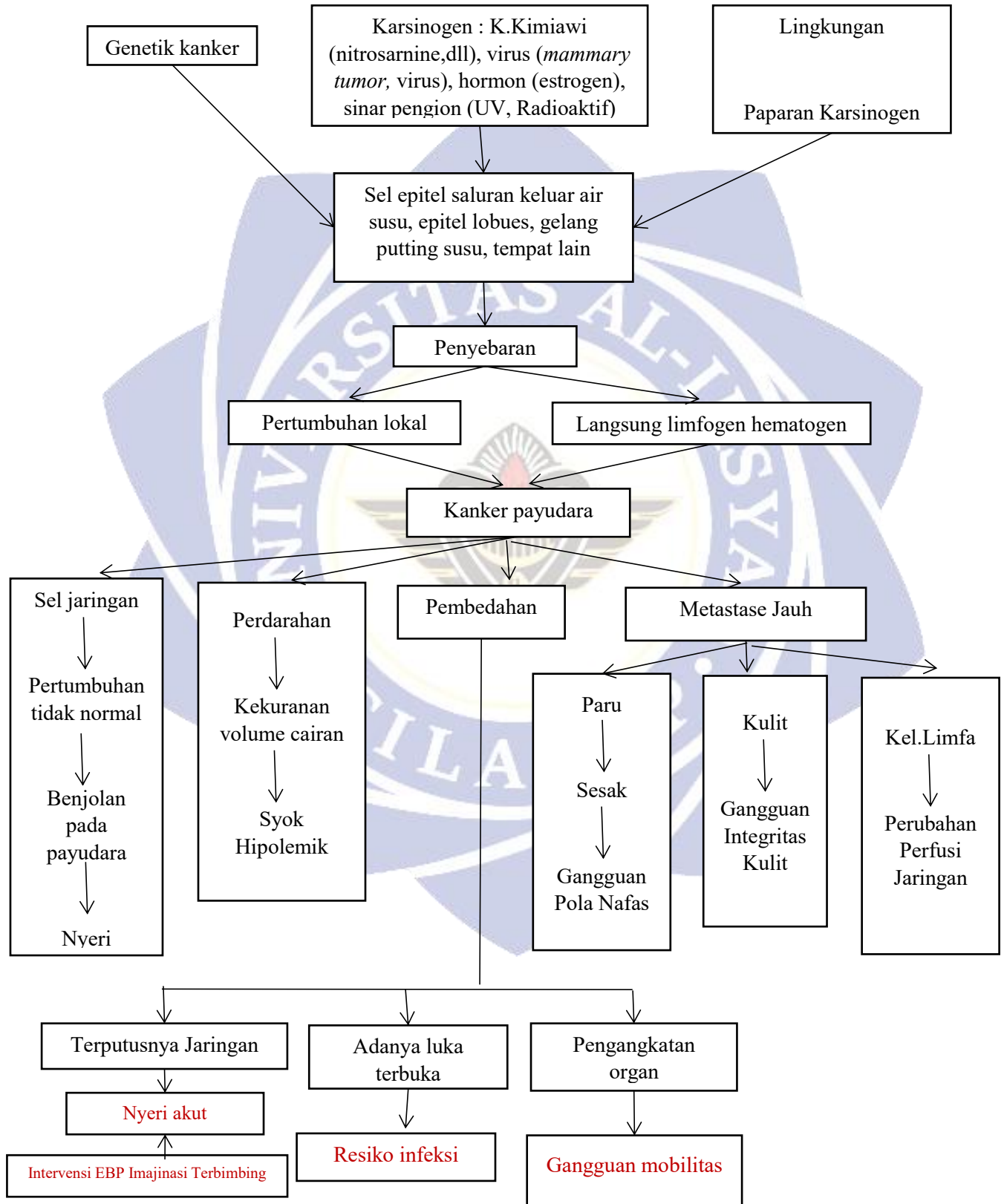
e. Pelaksanaan Distraksi Imajinasi Terbimbing

1. Atur posisi yang nyaman, kendurkan pakaian yang terlalu ketat dan lemaskan otot-otot.
2. Bayangkan hal-hal yang menyenangkan, taman yang indah terpelihara, bayangkan bahwa dirimu sedang ada di tengah taman tersebut sambil duduk dengan rileks dan nyaman.

3. Lihat disekelilingmu dan bayangkan keindahan taman, bungabunga yang mekar, daun-daun yang berjatuhan dari rating pohon dan keindahan bunga bougenvile dengan berwarna-warni.
4. Rasakan kehangatan angin yang berhembus dan dedaunan yang berguguran.
5. Bayangkan sekarang anda sedang turun dari kursi dan berjalan menuju pohon mawar merah yang sedang merekah, lihat perlahan-lahan, bunga tersebut dan hirup lebih dalam wangi bunga tersebut dan nikmati kesegaran dan wangi bunga tersebut.
6. Ingat akan bunga yang indah itu dan rasakan wangi bunga tersebut dengan menarik napas lebih dalam dengan wangi bunga yang menyenangkan tersebut.
7. Bayangkan keindahan bunga mawar tersebut berada dilingkungan taman anda saat ini.
8. Rasakan kedamaian di tempat tersebut. Dan rasakan ketenangan pikiran serta kesegaran badan.
9. Katakan salam perpisahan pada alam hayal ini dan siapkan diri anda untuk kembali kealam nyata sebenarnya, dan fokuskan pada keadaan sekarang ini.

D. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pathways



Bagan 2. 1 Pathway Ca Mammarie
(Sumber : Nurarif dan Kusuma, 2015)

2. Pengkajian

a. Identitas

Kebanyakan pasien *Ca Mammae* terjadi pada wanita dewasa usia lebih dari 30 tahun, didukung dengan faktor-faktor predisposisi kanker payudara. Tetapi tidak menutup kemungkinan usia dibawah 30 tahun terkena kanker payudara, dikarenakan pola hidup yang tidak sehat. Risiko seorang wanita menderita kanker payudara dapat berubah seiring dengan waktu. (Astrid Savitri, dkk., 2015)

b. Keluhan utama

Keluhan utama yang sering ditemukan pada klien *Ca Mammae* biasanya klien masuk ke rumah sakit karena merasakan adanya benjolan yang menekan payudara, adanya ulkus, kulit berwarna merah dan mengeras, bengkak serta nyeri. Pada pasien *Pre Op Ca Mammae* pasien akan mengeluh cemas serta khawatir bagaimana nanti ketika dioperasi (Wijaya & Putri, 2013).

c. Riwayat penyakit sekarang

Uraian mengenai penyakit mulai dari timbulnya keluhan yang dirasakan sampai saat dibawa ke layanan kesehatan, apakah pernah memeriksakan diri ke tempat lain serta pengobatan yang telah diberikandan bagaimana perubahannya.

d. Riwayat kesehatan dahulu

Dalam hal ini yang perlu dikaji atau ditanyakan pada pasien yaitu tentang penyakit apa saja yang pernah diderita. Apakah pasien pernah mengalami penyakit yang sama sebelumnya seperti penyakit

payudara jinak, hiperplasia tipikal. Biasanya pasien mempunyai riwayat pemakaian terapi pengganti hormone dalam waktu yang lama (lebih dari 10-15 tahun) seperti estrogen suplemen dan apakah pasien juga mempunyai riwayat pemakaian kontrasepsi oral. Biasanya pasien *Ca Mammarum* mempunyai riwayat menarche atau menstruasi pertama pada usia yang relative muda dan menopause pada usia yang relative tua. Dan pada riwayat obstetri, biasanya pasien mempunyai riwayat nulipara (belum pernah melahirkan) infertilitas dan melahirkan anak pertama pada usia yang relative lebih tua (lebih dari 35 tahun) serta tidak menyusui.

e. Riwayat penyakit keluarga

Adanya keluarga yang mengalami *Ca Mammarum* berpengaruh pada kemungkinan klien mengalami *Ca Mammarum* atau pun keluarga klien pernah mengidap penyakit kanker lainnya, seperti kanker ovarium atau kanker serviks.

f. Riwayat psikososial

Merupakan respon emosi klien terhadap penyakit yang dideritanya dan peran klien dalam keluarga dan masyarakat serta respon atau pengaruhnya dalam kehidupan sehari-hari (Andini, 2018). Pada penderita kanker payudara akan terjadi perubahan tubuh sejak kanker mulai menyebar pada tubuh, menyebabkan perubahan persepsi sehingga pasien harus beradaptasi dari sisi fisiologis dan psikososial baik konsep diri, peran fungsi dan interdependensi. Adanya gejala fisik seperti kerontokan rambut dimana rambut merupakan identitas

diri pasien sehingga ketika mengalami kebotakan akan mempengaruhi penampilan mereka dan kondisi ini akan menimbulkan persepsi serta harga diri yang negatif. Perubahan citra tubuh akibat perubahan fisik merupakan respon psikologis yang sangat menekan bagi pasien kanker payudara, dimana payudara merupakan organ penyusuan bagi bayinya dan sebagai daya tarik bagi kaum pria. Payudara juga mempunyai fungsi sebagai simbol kewanitaan (*body image*) dan fungsi erotik atau seksual terhadap lawan jenis. Kehilangan payudara pada akhirnya dapat menciptakan disfungsi seksual yang parah sebagai bentuk hilangnya *self image*, rendahnya *self esteem*, hilangnya *perceived attractiveness*, rasa malu dan kehilangan gairah. (Ambarwati, 2017)

g. Pengkajian Fungsional

1. Pola Manajemen Kesehatan : pasien mengatakan rutin menjaga kesehatan dirinya dan keluarganya, apabila sakit langsung pergi ke fasilitas kesehatan
2. Pola Nutrisi dan Metabolik : pasien mengatakan makan 3x sehari dengan makanan 4 sehat 5 sempurna
3. Pola Eliminasi : pasien mengatakan BAK 5-6x sehari dan BAB 1x sehari
4. Pola Aktivitas dan Latihan : pasien mengatakan ketika pasien sakit semua aktifitas pasien terbatas dan dibantu keluarga
5. Pola Istirahat Tidur : pasien mengatakan ketika sakit sering terbangun, tidur malam 4-5 jam, dan tidur siang 1-2 jam

6. Pola Persepsi Kognitif : pasien mengatakan tidak ada gangguan dalam penglihatan, perasaan dan perasaan
7. Kajian Konsep Diri-Persepsi Diri : pasien mengatakan penyakitnya adalah merupakan cobaan Tuhan, dan pasien mengatakan harus mengikuti anjuran dari dokter dan perawat dan pasien ingin cepat sembuh.
8. Pola Hubungan-Peran : pasien mengatakan berperan sebagai ibu dari anak-anaknya dan istri bagi suaminya
9. Pola Reproduksi dan Seksualitas : pasien mengatakan menstruasi setiap bulan dan sudah memiliki 2 orang anak, dan pola seksualitas tidak terganggu
10. Pola Toleransi terhadap Stres dan Koping : pasien mengatakan berserah diri kepada Allah SWT dan sudah bisa menerima penyakitnya
11. Pola Sistem Kepercayaan : pasien mengatakan bahwa meyakini bahwa sakit dan sembuh hanya dari Allah SWT

h. Pemeriksaan fisik (Head to Toe)

1) Keadaan umum

Pada pasien *Pre Op Ca Mammariae* biasanya tidak terjadi penurunan kesadaran (*composmentis*), untuk pemeriksaan tanda-tanda vital yang dikaji yaitu tekanan darah, suhu, nadi, respirasi.

2) Kepala dan Wajah

a) Inspeksi

Lihat apakah kulit kepala dan wajah terdapat lesi atau tidak, apakah ada edema atau tidak. Pada rambut terlihat kotor, kusam dan kering. Lihat apakah wajah simetris atau tidak.

b) Palpasi

Raba dan tentukan ada benjolan atau tidak di kepala, tekstur kulit kasar/halus, ada nyeri tekan atau tidak dan raba juga apakah rambut halus/kasar maupun adanya kerontokan.

3) Mata

a) Inspeksi

Lihat bentuk mata simetris atau tidak, apakah ada lesi dikelopak mata. Pada pemeriksaan mata terdapat konjungtiva yang tampak anemis disebabkan oleh nutrisi yang tidak adekuat, amati reaksi pupil terhadap cahaya isokor/anisokor dan amati sklera ikterus/tidak.

b) Palpasi

Raba apakah ada tekanan intra okuler dengan cara ditekan ringan jika ada peningkatan akan teraba keras, kaji apakah ada nyeri tekan pada mata

4) Hidung

a) Inspeksi

Lihat apakah hidung simetris/tidak, lihat apakah hidung terdapat secret/tidak, apakah terdapat lesi/tidak, adanya polip/tidak, adanya pernafasan cuping hidung yang disebabkan klien sesak nafas terutama pada pasien yang kankernya sudah bermetastase ke paru-paru.

5) Telinga

a) Inspeksi

Cek apakah telinga simetris/tidak, terdapat lesi/tidak, melihat kebersihan telinga dengan adanya serumen/tidak.

b) Palpasi

Adanya nyeri tekan pada telinga atau tidak

6) Mulut

a) Inspeksi

Mengamati bibir apakah ada kelainan kongenital (bibir sumbing), mukosa bibir biasanya tampak pucat dan kurang bersih, pada gusi biasanya mudah terjadi pendarahan akibat rapuhnya pembuluh darah dan caries positif

b) Palpasi

Apakah ada nyeri tekan pada daerah sekitar mulut

7) Leher

a) Inspeksi

Mengamati adanya bekas luka, kesimetrisan, ataupun massa yang abnormal

b) Palpasi

Mengkaji adakah pembesaran vena jugularis, kelenjar getah bening dan kelenjar tiroid.

8) Payudara dan Ketiak

a) Inspeksi

Biasanya ada benjolan yang menekan payudara, adanya ulkus dan berwarna merah, keluar cairan dari puting. Serta payudara mengerut seperti kulit jeruk.

b) Palpasi

Teraba benjolan payudara yang menegeras dan teraba pembengkakan, teraba pembesaran kelenjar getah bening diketiak atau timbul benjolan kecil di bawah ketiak. Dan pada penderitanya *Ca Mammaria* yang sudah parah akan terdapat cairan yang keluar dari puting ketika ditekan.

3. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan keputusan klinik tentang respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan aktual dan potensial, dimana berdasarkan pendidikan dan pengalaman, perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga, menurunkan, membatasi, mencegah, dan mengubah status kesehatan klien. Diagnosa keperawatan ditetapkan berdasarkan analisis dan interpretasi data yang diperoleh dari pengkajian

keperawatan klien. Diagnosa keperawatan memberikan gambaran tentang masalah atau status kesehatan klien yang nyata dan kemungkinan akan terjadi, dimana pemecahannya dapat dilakukan dalam batas wewenang perawat. (Astuti, 2020)

Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2016), diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada post operasi *ca mammae* adalah sebagai berikut :

a. Nyeri Akut b.d agen pencedera fisik (D.0077)

Nyeri Akut b.d agen pencedera fisik, pengalaman sensorik yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat yang berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang lebih 3 bulan.

1) Etiologi : Agen pencedera fisiologis (ms.inflamasi, iskemia, neoplasma), Agen pencedera kimiawi (ms.terbakar, bahan kimia iritan), Agen pencedera fisik (ms. Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat beban, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebih)

2) Manifestasi Klinis

a) Tanda Gejala Mayor: Tanda Subjektif: Mengeluh nyeri.
Tanda Objektif: Tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, nadi meningkat, sulit tidur.

b) Tanda Gejala Minor: Tanda subjektif: -, Tanda Objektif :
TD meningkat, pola nafas berubah, menarik diri, fokus diri
sendiri, diaforesis.

3) Kondisi Klinis Terkait :

Pengkajian nyeri dapat menggunakan instrumen skala
nyeri, yaitu:

- a) *FLACC Behavioral Pain Scale* untuk usia kurang dari 3
tahun
 - b) *Baker-Wong-FACES scale* untuk usia 3-7 tahun
 - c) *Visual analogue scale atau numeric rating scale* untuk usia
diatas 7 tahun
- b. Gangguan mobilitas fisik b.d keengganan melakukan pergerakan
(D.0054)

Gangguan mobilitas fisik b.d keengganan melakukan pergerakan,
Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstermitas
secara mandiri.

1) Etiologi : kerusakan integritas struktur tulang, perubahan
metabolisme, ketidakbugaran fisik, penurunan kendali otot,
penurunan massa otot, penurunan kekuatan otot, keterlambatan
perkembangan, kekakuan sendi, kontraktur, malnutrisi,
gangguan muskokeletal, gangguan neuromuskular, indeks masa
tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia, efek agen farmakologis,

program pembatasan gerak, nyeri, kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik, kecemasan, gangguan kognitif, keengganan melakukan pergerakan, gangguan sensoripersepsi.

2) Manifestasi Klinis

a) Tanda Gejala Mayor : Tanda subjektif : mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas. Tanda objektif: kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun.

b) Tanda Gejala Minor : Tanda subjektif: nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak. Tanda objektif: sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, fisik lemah.

3) Kondisi Klinis Terkait

a) Stroke

b) Cedera medua spinalis

c) Trauma

d) Fraktur

e) Osteoathritis

f) Ostemalasia

g) Keganasan

c. Resiko Infeksi b.d efek prosedur invasif (D.0142)

Resiko Infeksi b.d efek prosedur invasif, beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.

1) Faktor resiko:

- a) Penyakit kronis (mis. Diabetes mellitus)
- b) Efek prosedur invasif
- c) Malnutrisi
- d) Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan
- e) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer

(1) Gangguan peristaltik

(2) Kerusakan integritas kulit

(3) Perubahan sekresi PH

(4) Penurunan kerja siliaris

(5) Ketuban pecah lama

(6) Ketuban pecah sebelum waktunya

(7) Merokok

(8) Status cairna tubuh

f) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder

(1) Penurunan hemoglobin

(2) Immunosupresi

(3) Leukopenia

(4) Supresi respon inflamasi

(5) Vaksinasi tidak adekuat

2) Kondisi Klinis Terkait

a) AIDS

b) Luka bakar

c) Penyakit paru obstruktif kronis

d) Diabetes mellitus

e) Tindakan invasif

f) Kondisi penggunaan terapi steroid

g) Penyalahgunaan obat

h) Ketuban pecah sebeum waktunya

i) Kanker

j) Gagal ginjal

k) Immunosupresi

l) Lymphedema

m) Leukositopenia


n) Gangguan fungsi hati

4. Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1.	Nyeri Akut b.d agen pencedera fisik (D.0077)	<p>Tingkat Nyeri (L.08066)</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan tingkat nyeri menurun dan kontrol nyeri meningkat dengan kriteri hasil :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Keluhan nyeri2. Meringis3. Gelisah4. Kesulitan tidur	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Identifikasi lokasi, karakteristik durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri2. Identifikasi skala nyeri3. Identifikasi respons nyeri non verbal4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri6. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup7. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan8. Monitor efek samping penggunaan

			<p>analgetik</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none">1. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat dingin, terapi bermain)2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)3. Fasilitasi istirahat dan tidur4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
--	--	--	---

			<ol style="list-style-type: none"> 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2.	<p>Gangguan mobilitas fisik</p> <p>b.d keengganan</p> <p>melakukan pergerakan</p> <p>(D.0054)</p>	<p>Mobilitas Fisik (L.05042)</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan mobilitas fisik meningkat Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstermitas 2. Kekuatan otot 3. Rentang gerak (ROM) 	<p>Dukungan mobilisasi (I.05173)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik saat melakukan pergerakan 3. monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan atau memulai

		 <p>mobilisasi</p> <p>4. monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>Terapiutik</p> <ol style="list-style-type: none">1. fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu2. fasilitasi melakukan pergerakan, jika ada3. libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis, duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)
--	--	--

3.	Resiko Infeksi b.d efek prosedur invasif (D.0142)	<p>Tingkat infeksi (L.03030)</p> <p>Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x 24 jam, diharapkan tingkat infeksi menurun , dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemerahan 2. Bengkak 3. Nyeri 	<p>Perawatan Luka I.14564</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor karakteristik luka (misalnya drainase, warna, ukuran, bau) 2. Monitor tanda-tanda infeksi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 2. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan 3. Bersihkan jaringan nekrotik 4. Pasang balutan sesuai jenis luka 5. Pertahankan teknik steriil saat melakukan perawatan luka Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase 6. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien
----	---	--	---

			<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi2. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri
--	--	--	--



E. EVIDENCE BASE PRACTICE (EBP)

Jurnal penerapan tindakan imajinasi terbimbing untuk mengurangi nyeri post operasi :

- a. Penelitian oleh Rosida *et al* (2020) dengan judul Manajemen Nyeri Melalui Imajinasi Terbimbing dalam Menurunkan Nyeri pada Asuhan Keperawatan *Post Operasi Kanker Payudara*.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pemberian terapi imajinasi terbimbing dalam menurunkan skala nyeri pasien post op kanker payudara. Jenis studi kasus ini menggunakan desain *quasi* experiment. Jumlah sampel yang digunakan sebanyak 22 responden dan pengambilan sample dengan menggunakan tehnik total sampling dengan kriteria yang sudah ditentukan dengan skala nyeri 3-6. Analisa data dalam penelitian ini menggunakan pre tes – post tes dan hubungan kedua variable ini dianalisa menggunakan paired T-Test. Hasil pengujian dengan menggunakan rumus Paired T-Test didapatkan nilai probabilitas atau Sig. (2-tailed) = 0.00, maka dapt diartikan nilai probabilitas nya atau Sig. < 0.05, terdapat perbedaan yang signifikan antara skala nyeri pretes dan postets, yang berarti terdapat pengaruh pemberian imajinasi terbimbing dalam menurunkan skala nyeri pada pasien post op kanker payudara. Kesimpulan. Teknik imajinasi terbimbing efektif dalam menurunkan nyeri pada asuhan keperawatan post operasi kanker payudara.

- b. Penelitian oleh Yanti, Yuli, dan Susan (2022) dengan judul Manajemen Nyeri Non Farmakologis *Guided Imagery* Pada Pasien *Post Operasi Carcinoma Mammae*.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pemberian terapi Non Farmakologis *Guided Imagery* Pada Pasien *Post Operasi Carcinoma Mammae*. Metode penelitian ini menggunakan studi kasus (*Case Study*) pada Ny. N dengan post operasi *ca mammae* di Ruang Wijaya Kusuma Rumah Sakit Umum Daerah Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto. Perawat memberikan asuhan keperawatan manajemen nyeri menggunakan teknik *guided imagery* selama 3 x 24 jam. Proses asuhan keperawatan dilakukan pada tanggal 2-5 Februari 2022 dengan teknik pengumpulan data yang digunakan adalah observasi langsung, wawancara kepada pasien, dan dokumentasi. Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa didapatkan hasil nyeri berkurang dari sebelum dilakukan tindakan dengan skala 6 (sedang) dan setelah dilakukan tindakan menjadi skala 3 (ringan).

- c. Penelitian oleh Milenia dan Retnaningsih (2022) dengan judul Penerapan Terapi *Guided Imagery* pada Pasien Dengan *Post Operasi Kanker Payudara* dengan Nyeri Sedang.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui efektifitas terapi *guided imagery* terhadap tingkat nyeri pada pasien kanker payudara. Metode studi kasus yang digunakan yaitu pendekatan asuhan keperawatan pada pasien kanker payudara dengan nyeri dan diberikan penerapan terapi *guided imagery*. Jumlah partisipan dalam studi kasus ini sebanyak 2 partisipan dengan kriteria inklusi pasien post op kanker payudara yang bersedia menjadi responden, pasien kanker payudara yang mengalami nyeri dengan skala 6-9. Hasil studi kasus menunjukkan bahwa sebelum diberikan intervensi tingkat nyeri partisipan I yaitu 7 dan partisipan II skala nyeri 6, kemudian sesudah diberikan intervensi tingkat nyeri partisipan I turun menjadi 5 dan partisipan

II tingkat nyeri menjadi 4. Kesimpulan yang didapat dari kedua responden bahwa penerapan terapi guided imagery mampu menurunkan tingkat nyeri pada pasien kanker payudara.

