

SKRIPSI

GAMBARAN PENGETAHUAN PERAWAT TENTANG PERAWATAN LUKA POST RADIKAL MASTEKTOMI DI RUANG INSTALASI BEDAH RSUD JAYAPURA



Diajukan Oleh:

**HADIJAH DARUS
NIM. PO.71.20.1.12.165**

**KEMENTRIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES JAYAPURA
JURUSAN KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI D-IV KMMB
2013**

SKRIPSI

**GAMBARAN PENGETAHUAN PERAWAT TENTANG
PERAWATAN LUKA POST RADIKAL MASTEKTOMI DI
RUANG INSTALASI BEDAH RUMAH SAKIT UMUM
DAERAH JAYAPURA**

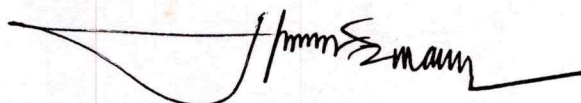
OLEH

**HADIJAH DARUS
NIM. PO.71.20.1.12.165**

**Siap dipertahankan
Di depan Dewan Penguji Skripsi
Diploma IV Keperawatan Mahir Medikal Bedah pada Jurusan Keperawatan
Politeknik Kesehatan Jayapura**

Jayapura, 26 Juli 2013

Pembimbing I



**Jems Kifen Roget Maay, S.Kep, Ns. M.Sc
NIP. 19780711 200112 1 004**

Pembimbing II,

**Kismiyati, S.Kep, Ns
NIP. 19800203 200112 2 001**

**Mengetahui,
Ketua Program D-IV Keperawatan Mahir Medikal Bedah**

**(Blestina Maryorita, S.Kep, Ns.MSi)
NIP. 19670520 198601 2 001**

SKRIPSI

**GAMBARAN PENGETAHUAN PERAWAT TENTANG
PERAWATAN LUKA POST RADIKAL MASTEKTOMI DI
RUANG INSTALASI BEDAH RUMAH SAKIT UMUM
DAERAH JAYAPURA**

OLEH

**HADIJAH DARUS
NIM. PO.71.20.1.12.165**

Telah dipertahankan Didepan Dewan Penguji Sidang Skripsi
Diploma IV Keperawatan Mahir Medikal Bedah
di Politeknik Kesehatan Jayapura
Pada Tanggal 29 Juli 2013
Dan dinyatakan telah **Lulus** memenuhi syarat

Susunan Dewan Penguji

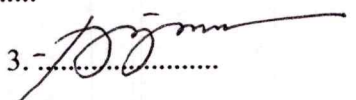
1. Jems Kifen Roget Maay, S.Kep, Ns. M.Sc

2. Lamria Situmeang, S.Kep, Ns

3. Lalu M. Guntur Payasan WP, S.Kep, MH

1. 

2.

3. 

Mengetahui,
Direktur Poltekkes Kemenkes Jayapura

(Isak Jurun Hans Tukayo S.Kp, MSc)
NIP.

SKRIPSI

GAMBARAN PENGETAHUAN PERAWAT TENTANG PERAWATAN LUKA POST RADIKAL MASTEKTOMI DI RUANG INSTALASI BEDAH RSUD JAYAPURA

Skripsi ini diajukan untuk memperoleh gelar Sarjana Sain Terapan



Oleh:

**HADIJAH DARUS
NIM. PO.71.20.1.12.165**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES JAYAPURA
JURUSAN KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI D-IV KMMB
2013**

KATA PENGANTAR

Dengan Mengucapkan Puji Syukur Kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, kerana atas Rahmat, Hidayah serta Kehendak-Nyalah penulisan Skripsi dengan judul ***“Gambaran Pengetahuan Perawat Tentang Perawatan Luka Post Radikal Mastektomi Di Ruang Instalasi Bedah Rumah Sakit Umum Daerah Jayapura ”*** dapat terselesaikan.

Tidak lupa pula penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada Dosen pembimbing yang telah banyak memberikan masukan serta arahan kepada penulis, kepada Keluargaku yang selalu memberikan do’a serta dukungan, dan seluruh pihak yang telah memberikan sumbangsih baik berupa pemikiran, material, serta dukungan morilnya sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan pengajuan proposal penelitian ini.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan skripsi ini masih terdapat kekurangan, oleh karena itu penulis membuka diri untuk menerima saran dan kritik demi kesempurnaan.

Akhirnya penulis berharap semoga skripsi ini dapat memberikan mamfaat untuk masyarakat luas, kalangan akademisi dan perawat.

Jayapura, 29 Juli 2013

Hadijah Darus

ABSTRAK

Hadijah Darus “Gambaran Pengetahuan Perawat Tentang Perawatan Luka Post Radikal Mastektomi Di Ruang Instalasi Bedah Rumah Sakit Umum Daerah Jayapura” dibimbing oleh: Jems KR Maay, S.Kep, Ns, M.Sc dan Kismiati, S.Kep, Ns

Latar Belakang: RSUD Dok II Jayapura tahun 2012 terdapat sebanyak 60 (enam puluh) kasus, distribusi terbanyak di temukan pada umur diatas 40 tahun dan pada stadium lanjut (stadium III dan IV).

Tujuan: Mengidentifikasi gambaran pengetahuan perawat tentang perawatan luka post radikal mastektomi di RSUD Jayapura.

Metode: Deskriptik kuantitatif dengan pendekatan cross sectional. Populasi sebanyak 51 orang dan teknik sampling dengan total sampling.

Hasil: Pengetahuan responden yang paling banyak berkategori cukup sebanyak 29 orang (55,9%), kategori baik sebanyak 12 orang (23,5%) dan paling sedikit dengan kategori kurang sebanyak 9 orang (19,6%).

Kesimpulan: Pengetahuan perawat tentang perawatan luka pos radikal mastektomi di RSUD Jayapura paling banyak berkategori cukup sebanyak 29 orang (55,9%),

Saran: Perlu adanya pendidikan dan pelatihan berkala kepada perawat terkait perawatan luka secara umum maupun secara khusus tentang post radikal mastektomi

Kata Kunci: Pengetahuan, perawatan luka post radikal mastektomi

DAFTAR ISI

	Halaman
LEMBAR JUDUL -----	i
LEMBAR PERSETUJUAN -----	ii
LEMBAR PENGESAHAN -----	iii
KATA PENGANTAR -----	iv
INTISARI -----	v
DAFTAR ISI -----	vi
DAFTAR TABEL -----	viii
DAFTAR GAMBAR -----	ix
 BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang Masalah -----	1
B. Perumusan Masalah -----	4
C. Tujuan Penelitian -----	4
D. Manfaat Penelitian -----	5
 BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Tinjauan Umum Tentang Anatomi dan Fisiologi Payudara -----	6
B. Tinjauan Umum Tentang Kanker Payudara -----	7
C. Tinjauan Umum Tentang Konsep Luka dan Perawatan Luka -----	17
D. Tinjauan Umum Tentang Perawatan Luka Kanker -----	27
E. Kerangka Teoritis -----	35
F. Kerangka Konsep -----	35
 BAB III METODE PENELITIAN	
A. Jenis Penelitian -----	36
B. Lokasi dan Waktu Penelitian -----	36
C. Populasi dan Sampel Penelitian -----	36
D. Variabel Penelitian -----	38
E. Teknik Pengumpulan Data -----	39
F. Pengolahan Data -----	39

G. Penyajian Data -----	40
H. Analisa Data -----	40
I. Penarikan Kesimpulan -----	40
J. Etika dalam Penelitian -----	40
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian -----	42
B. Hasil -----	43
1. Karakteristik Responden -----	43
2. Gambaran Pengetahuan -----	44
C. Pembahasan -----	45
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan -----	48
B. Saran -----	48
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Distribusi responden berdasarkan umur -----	42
Tabel 4.1 Distribusi responden berdasarkan pendidikan -----	42
Tabel 4.1 Distribusi responden berdasarkan masa kerja-----	43
Tabel 4.1 Pengetahuan pengetahuan perawat tentang perawatan luka post radikal Mastektomi -----	43

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Contoh Payudara Yang Sudah Menjalani Mastektomi -----	12
Gambar 2.2 Total Mastektomi-----	13
Gambar 2.3 Mastektomi Radikal Termodifikasi-----	13
Gambar 2.4 Mastektomi Radikal -----	14
Gambar 2.5 Mastektomi Parsial-----	15
Gambar 2.6 Suntikan Cairan Biru untuk Identifikasi Sel Kanker -----	16
Gambar 2.7 Lumpectomy -----	17
Gambar 2.8 Excisional Biopsi-----	17
Gambar 2.9 Luka Post Radikal Mastektomi-----	29
Gambar 2.10 Luka Kanker-----	30
Gambar 2.11 Kerangka Teoritis-----	35
Gambar 2.12 Kerangka Konsep-----	35

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Badan Kesehatan Dunia (WHO) dan Serikat Pengendalian Kanker Internasional (UICC) memprediksi, akan terjadi peningkatan lonjakan penderita kanker sebesar 300 persen di seluruh dunia pada tahun 2030. Jumlah tersebut 70 persennya berada di negara berkembang seperti Indonesia (Kompas, 2013).

Kepala Departemen Radioterapi Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo Profesor Soehartati Gondhowiardjo mengatakan, jumlah penderita kanker di Indonesia kian meningkat. Data dari Kementerian Kesehatan tahun 2012 menyebutkan, prevalensi kanker mencapai 4,3 banding 1.000 orang. Padahal data sebelumnya menyebutkan prevalensinya 1 banding 1.000 orang.

Kenaikan prevalensi kanker di Indonesia menjadi masalah bagi pengobatan. Soehartati mengatakan, pusat pengobatan kanker di Indonesia baru dapat melayani 15 persen pasien kanker. "Padahal, angka itu saat pasien kanker di Indonesia masih diprediksi 1 banding 1.000". Menurut Soehartati, Indonesia perlu menambah pusat pengobatan kanker dengan lokasi yang merata. "Pusat pengobatan kanker di Indonesia masih 22 rumah sakit negeri, dan 2 rumah sakit swasta. Itu pun letaknya tidak merata. Selain jumlah, perlu juga diperhatikan jaraknya," cetusnya.

Faktor risiko kanker antara lain riwayat keluarga, infeksi virus, paparan bahan kimia, dan radiasi. Sedangkan untuk mencegah kanker diperlukan pencegahan primer yang terdiri dari berpikir positif, bergerak aktif, dan menjaga pola makan, serta pencegahan sekunder yaitu deteksi dini dan vaksinasi.

Kanker payudara di Indonesia menempati urutan kedua terbanyak setelah kanker leher rahim serta angka kesakitannya semakin meningkat dari tahun ke tahun. Scholastika dan Bidasari (1993) dalam suatu penelitian deskriptif mengenai penyakit kanker payudara dan di papua khususnya di RSUD Dok II Jayapura tahun 2012 terdapat sebanyak 60 (enam puluh) kasus, distribusi terbanyak di temukan pada umur diatas 40 tahun dan pada stadium lanjut (stadium III dan IV). Kanker ini mendapatkan perhatian tersendiri karena payudara merupakan salah satu organ wanita yang erat kaitannya dengan fungsi reproduksi dan kewanitaan.

Dalam kasus kanker payudara, di samping jumlah kasusnya yang semakin meningkat, masalah lain yang penting adalah karena kanker ini lebih banyak di temukan pada stadium lanjut (60-70 %) dan hanya ± 30 % saja yang datang dalam stadium dini. Hal ini akan sangat berpengaruh pada pengobatan dan harapan kesembuhan maupun harapan hidup penderita. Dengan pengobatan yang adekuat pada stadium I memberikan angka 70-80 % harapan hidup selama 10 tahun, sedangkan pada stadium IV (lanjut) sudah tidak ada harapan lagi penderita untuk hidup dalam kurung waktu 10 tahun (Prihartono Joedo,1992).

Dengan terbatasnya kemampuan manusia untuk mencegah kanker payudara maka diagnosis dini atau deteksi awal merupakan langkah awal, paling depan, paling penting dalam penanganan kanker payudara. Dengan demikian semua upaya yang di arahkan pada deteksi dini, keberadaan kanker akan memperbaiki prognosis.

Dalam kaitan dengan diagnosis dini ini perhatian selayaknya di berikan kepada mereka yang beresiko tinggi. Peranan pendidikan kesehatan adalah sangat penting dalam memberikan kesadaran kepada masyarakat tentang gejala-gejala dini pada kanker payudara tersebut.

Etiologi kanker payudara pada saat ini belum diketahui secara pasti, namun beberapa ahli berpendapat bahwa resiko timbulnya kanker payudara ini kompleks dan multi faktorial. Faktor yang memudahkan timbulnya kanker payudara biasa juga disebut juga faktor resiko. Makin banyak seorang wanita mempunyai faktor resiko makin besar kemungkinan untuk menderita kanker payudara dan seharusnya lebih teliti lagi memeriksakan payudaranya.

Mengingat tingginya kejadian kanker payudara dari sekian banyak kasus kanker dan sampai sekarang masih belum dapat di sembuhkan secara total bagi mereka yang telah menderita kanker payudara terutama pada stadium lanjut, maka sewajarnya kita memberikan perhatian yang cukup serius faktor resiko penyakit ini dan segala aspek yang berkaitan penyakit tersebut serta upaya-upaya preventif yang dapat mengurangi insidensi ca mammae.

Atas dasar latar belakang masalah di atas maka penulis mengajukan penelitian tentang “Gambaran Pengetahuan Perawat Tentang Perawatan Luka Post Radikal Mastektomi di Ruang Instalasi Bedah Rumah Sakit Umum Daerah Jayapura”.

B. Perumusan Masalah

Bagaimanakah Gambaran Pengetahuan Perawat terhadap Perawatan Luka post Radikal Mastektomi di Rumah Sakit Umum Daerah Jayapura

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Mengidentifikasi gambaran tingkat pengetahuan perawat terhadap perawatan Luka post Radikal Mastektomi di ruang instalasi bedah RSUD Jayapura.

2. Tujuan khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik umur, pendidikan dan masa kerja perawat di Ruang Bedah RSUD Jayapura.
- b. Mengidentifikasi gambaran tingkat pengetahuan perawat bedah tentang perawatan klien dengan luka post Radikal Mastektomi.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi pendidikan keperawatan

Sebagai bahan penelitian lebih lanjut khusus perawatan luka post Radikal Mastektomi.

2. Bagi penelitian selanjutnya

Diharapkan penelitian ini dapat bermanfaat untuk mengembangkan penelitian selanjutnya perawatan luka maupun hal lainnya yang menyangkut post radikal mastektomi.

3. Bagi praktek keperawatan

Memberikan tambahan pengetahuan bagi perawat khusus perawatan luka post Radikal Mastektomi di instalasi bedah RSUD Jayapura.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Anatomi dan Fisiologi Payudara

Payudara terletak pada dinding dada depan antara fasiapectoralis superfisialis dan fascia profunda. Jaringan payudara terdiri dari 15-20 lobus. Tiap lobus terbentuk oleh bagian yang lebih kecil di sebut lobulus dan asini. Masing-masing lobulus melewati jaringan kelenjar dan berkumpul menuju ke papilla yang di kelilingi oleh areola mamma. Pada papilla mamma duktus tadi melebar membentuk ampulla dan dari ampulla keluar beberapa saluran kecil yang bermuara ke puting susu. Setiap lobus, lobulus dan asini di kelilingi oleh jaringan lemak dan jaringan ikat fibrous yang melekat ke fascia superfisialis dan kulit. Jaringan lemak dan ligamentum suspensium membantu menyokong, sehingga memungkinkan payudara bergerak pada dinding dada.

Payudara merupakan target organ kelenjar endokrin yang di pengaruhi oleh level hormon dalam darah. Waktu pubertas kelenjar ini di pengaruhi oleh hypothalamus, hypofise anterior dan ovarium. Ovarium menghasilkan hormon estrogen yang menyebabkan sel-sel duktus berproliferasi, volume jaringan bertambah serta terjadi penumpukan lemak.

Pada orang dewasa perkembangan dan pematangan payudara di pengaruhi oleh kerja hormon estrogen dan progesteron bersama-sama sesudah ovulasi. Pada umur 3-4 hari sebelum haid, peninggian level progesteron dan

estrogen menyebabkan vaskularisasi bertambah, pertumbuhan duktus dan alveolus disertai penimbunan butir-butir lemak dalam sitoplasma.

Sebagai respon akibat stimulasi hormonal pada waktu menstruasi, semua jaringan payudara berkembang dengan daerah-daerah kecil bermacam-macam tingkat noduler, dan pada waktu hamil perubahan-perubahan tersebut lebih hebat lagi. Sel-sel alveolar dipersiapkan untuk mensintesis ASI sehingga dapat diproduksi pada waktu ibu bersalin atau sesudah bersalin. Pada menopause, aktivitas ovarium hilang dan payudara sendiri hanya terdiri jaringan ikat dan saluran-saluran kelenjar (Tambunan, 1993).

B. Kanker Payudara

1. Definisi

Kanker payudara adalah kanker yang berasal dari parenkim, stroma, areola dan papilla mamma termasuk tumor filloides maligna. Kanker yang berasal dari kulit payudara tidak digolongkan ke dalam kanker payudara tetapi digolongkan sebagai kanker kulit.

Kanker ditakuti oleh karena kanker dapat menyebabkan penderitaan pada manusia, menimbulkan cacat, rasa nyeri hebat dan yang paling menakutkan adalah kanker dapat menyebabkan kematian bagi penderitanya pada semua tingkat usia.

Kanker payudara merupakan tumor ganas pada wanita dengan frekuensi nomor dua di Indonesia setelah kanker leher rahim. Kondisinya hampir sama pada semua rumah sakit di Indonesia, yaitu datang sudah

dalam keadaan terlambat, di mana keadaan penyakit untuk di lakukan tindakan pembedahan kuratif tidak memungkinkan lagi.

2. Etiologi

Penyebab kanker payudara sampai saat ini belum di ketahui dengan jelas. Faktor endogen yang di duga memegang peranan dalam proses kejadian tumor ini adalah faktor hormon estrogen. Namun bagaimana mekanisme kejadiannya belum jelas diketahui. Menarche yang lebih dini, hamil pertama terlambat atau mandul merupakan predisposisi menderita kanker payudara. Akan tetapi pemberian estrogen dan progesteron yang biasa di pergunakan menekan ovulasi (kontrasepsi) belum terbukti berpengaruh meningkatkan angka kejadian kanker payudara, bahkan pada golongan pemakai pil kontrasepsi, kejadian tumor jinak lebih sedikit di banding dengan populasi tanpa pil (Tambunan,1993).

Selain faktor endogen, kemungkinan ada juga faktor eksogen. Virus tumor payudara yang dapat menimbulkan kanker payudara pada tikus di tulis oleh Bitter pada tahun 1936. sebagai akibatnya banyak petunjuk adanya virus serupa pada kanker payudara manusia, tetapi kesimpulannya belum begitu meyakinkan sampai saat ini.

Faktor eksogen lainnya yakni makanan, di duga ada kaitannya dengan insiden kanker payudara. Kejadian kanker payudara pada wanita Jepang lima kali lebih kecil di banding dengan wanita barat. Terdapat pendapat kuat pada suatu tesis, bahwa makanan dengan kandungan lemak tinggi merupakan predisposisi penting.

3. Pertumbuhan

Kanker payudara sebagian besar merupakan karsinoma. Neoplasma ini 90% berasal dari duktus laktiferus dan sisanya 10% dari epitel duktus terminal. Pertumbuhan tumor di mulai pada duktus kemudian meluas pada jaringan stroma yang sering di sertai pembentukan jaringan ikat padat, dan reaksi radang. Kemudian tumor membentuk konfigurasi jari ke arah fasia dan membuat perlengketan, sedang ke arah kulit menimbulkan kongestif pembuluh getah bening yang membuat gambaran kulit mirip dengan kulit jeruk (*peau d'orange*) yang lambat laun dapat terjadi ulserasi pada kulit.

Pertumbuhan kanker bervariasi dari yang lambat sampai yang sangat cepat. Para pakar juga melaporkan kanker payudara secara klinik tumbuh laten dan bahkan ada yang mengalami regresi. Hal ini bergantung pada daya tahan tubuh penderita dan perangai (*behaviour*) tumor. Daya pertahanan penderita biasanya di sponsori oleh jaringan limfoid. Efek reaksi imunologik ini berpengaruh terhadap pertumbuhan tumor. Perangai pertumbuhan subtype kanker payudara tidak sama, ada yang lambat dan ada yang cepat. Perpaduan kedua faktor ini penting dalam menentukan derajat keganasan ataupun prognosis. Ukuran tumor merupakan parameter untuk evaluasi kecepatan tumbuh tumor. Semakin besar tumor, prognosisnya semakin buruk.

4. Tanda dan Gejala

Fase awal kanker payudara asimtomatik (tanpa ada tanda dan gejala). Tanda awal yang paling umum terjadi adalah adanya benjolan atau penebalan pada payudara. Kebanyakan 90% ditemukan oleh wanita itu sendiri, akan tetapi di temukan secara kebetulan, tidak dengan menggunakan pemeriksaan payudara sendiri (sasari), karena itu yayasan kanker menekankan pentingnya melakukan sarari.

Tanda dan gejala lanjut dari kanker payudara meliputi kulit sekung (lesung), retraksi atau deviasa putting susu dan nyeri. Nyeri tekan atau rabas khususnya berdarah dari putting. Kulit peau d'orange, kulit tebal dengan pori-pori yang menonjol sama dengan kulit jeruk dan atau ulserasi pada payudara keduanya merupakan tanda lanjut dari penyakit.

Tanda dan gejala metastasis yang luas meliputi nyeri pada daerah bahu, pinggang, punggung bagian bawah atau pelvis, batuk menetap, anoreksi atau berat badan yang turun, gangguan pencernaan, pusing, penglihatan yang kabur dan sakit kepala.

5. Pengobatan kanker payudara primer

Pengobatan kanker payudara didasarkan atas tahap penyakit dan beberapa faktor lain. Wanita saat ini lebih banyak mempunyai pilihan dalam pengobatan kanker payudara dari pada sebelumnya. Pengobatan kanker payudara biasanya meliputi kombinasi pembedahan, kemoterapi dan terapi radiasi.

Tahap awal dari kanker payudara seringkali dapat sembuh total dengan hanya dilakukan pembedahan saja. Tahap radiasi dapat digunakan sebagai pengobatan primer untuk kanker payudara tahap 1 dan 2. Efek samping yang segera muncul dari pengobatan ini adalah reaksi kulit. Kemoterapi yang menggunakan agen antineoplasma dan obat hormonal memegang peranan penting dalam pengobatan kanker.

6. Komplikasi

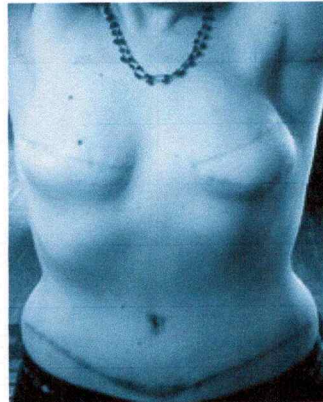
Komplikasi dari kanker payudara adalah metastase ke tulang, jika hal itu terjadi di tulang belakang maka akan terjadi kompresi medula spinalis.

7. Beberapa Tipe Mastektomi

a. Mastektomi Preventif (*Preventive Mastectomy*)

Wanita yang memiliki faktor genetik atau resiko keturunan kanker payudara yang tinggi dapat memilih pembedahan mastektomi preventif. Mastektomi preventif disebut juga prophylactic mastectomy. Operasi ini dapat berupa total mastektomi dengan mengangkat seluruh payudara dan puting. Atau berupa subcutaneous mastectomy, dimana seluruh payudara diangkat namun puting tetap dipertahankan. Penelitian menunjukkan bahwa tingkat kekambuhan kanker payudara dapat dikurangi hingga 90% atau lebih setelah mastektomi preventif pada wanita dengan resiko tinggi. Kadang wanita pengidap kanker payudara di salah satu payudaranya akan memutuskan untuk menjalani mastektomi preventif untuk mengangkat

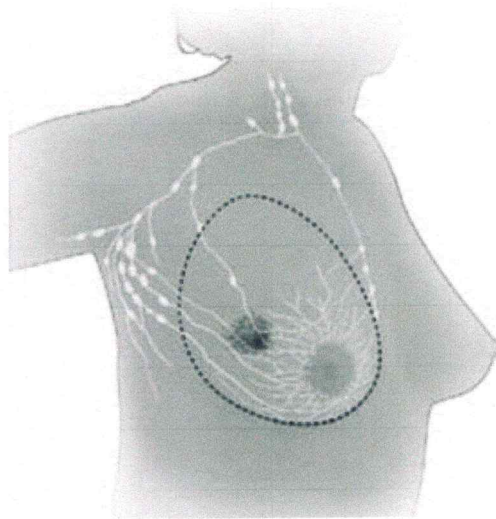
payudara satunya. Hal ini mampu mengurangi peluang kembalinya (kambuhnya) kanker payudara. Pada beberapa kasus kedua payudara diangkat. Pengangkatan kedua payudara ini disebut double mastektomi.



Gambar 2.1: Contoh payudara yang sudah dilakukan mastektomi

Rekonstruksi (pengembalian kondisi dan penampilan) payudara dapat dilakukan pada saat dilakukan mastectomy preventif. Rekonstruksi ini disebut sebagai immediate reconstruction (rekonstruksi segera). Dapat juga dijadwalkan sesudah beberapa waktu kemudian. Rekonstruksi ini disebut delayed reconstruction (rekonstruksi tertunda). Dokter biasanya menggunakan implant sintetis atau jaringan pengganti yang diambil dari bagian tubuh yang lain.

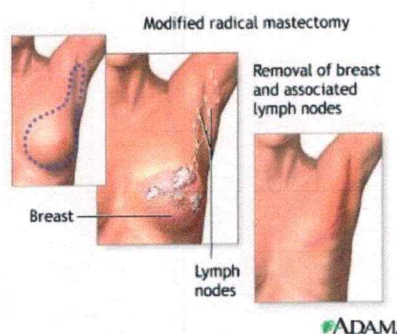
b. Mastektomi Sederhana atau Total (*Simple or Total Mastectomy*)



Gambar 2.2: Total mastectomy

Mastektomi dengan mengangkat payudara berikut kulit dan putingnya, namun simpul limfe masih dipertahankan. Pada beberapa kasus, sentinel node biopsy terpisah dilakukan untuk membuang satu sampai tiga simpul limfe pertama.

c. Mastektomi Radikal Termodifikasi (*Modified Radical Mastectomy*)



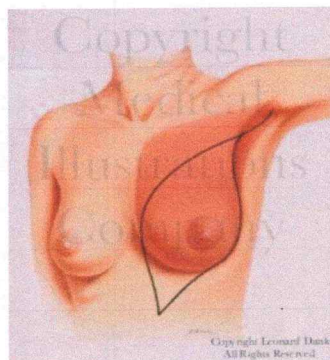
Gambar 2.3: Mastektomi Radikal Termodifikasi

Terdapat prosedur yang disebut modified radical mastectomy (MRM)-mastektomi radikal termodifikasi. MRM memberikan trauma yang lebih ringan daripada mastektomi radikal, dan saat ini banyak dilakukan di Amerika.

Dengan MRM, seluruh payudara akan diangkat beserta simpul limfe di bawah ketiak, tetapi otot pectoral (mayor dan minor) – otot penggantung payudara – masih tetap dipertahankan. Kulit dada dapat diangkat dapat pula dipertahankan, Prosedur ini akan diikuti dengan rekonstruksi payudara yang akan dilakukan oleh dokter bedah plastik.

d. Mastektomi Radikal (*Radical Mastectomy*)

Mastektomi radikal merupakan pengangkatan payudara ‘komplit’, termasuk puting. Dokter juga akan mengangkat seluruh kulit payudara, otot dibawah payudara, serta simpul limfe (getah bening). Karena mastektomi radikal ini tidak lebih efektif namun merupakan bentuk mastektomi yang lebih ‘ekstrim’, saat ini jarang dilakukan.



Gambar 2.4: Mastektomi Radikal

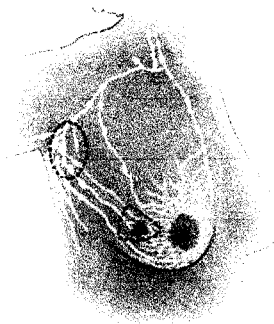
Selama melakukan mastektomi dan mengangkat tumor, dokter akan menentukan apakah kanker telah menyebar. Prosedur ini disebut

pentahapan (staging). Setelah tahapan kanker ditentukan, dokter akan menentukan penanganan lanjutan yang harus dilakukan pasien, termasuk terapi radiasi, kemoterapi, dan atau pengobatan.

Beberapa wanita memilih untuk melakukan bedah rekonstruksi payudara segera setelah mastektomi. Namun demikian, ini membawa resiko tersendiri sehingga harus berkonsultasi dengan dokter.

e. Mastektomi Parsial atau Segmental (*Partial or Segmental Mastectomy*)

Dokter dapat melakukan mastektomi parsial kepada wanita dengan kanker payudara stadium I dan II. Mastektomi parsial merupakan breast-conserving therapy- terapi penyelamatan payudara yang akan mengangkat bagian payudara dimana tumor bersarang. Prosedur ini biasanya akan diikuti dengan terapi radiasi untuk mematikan sel kanker pada jaringan payudara yang tersisa. Sinar X berkekuatan penuh akan ditembakkan pada beberapa bagian jaringan payudara. Radiasi akan membunuh kanker dan mencegahnya menyebar ke bagian tubuh yang lain.

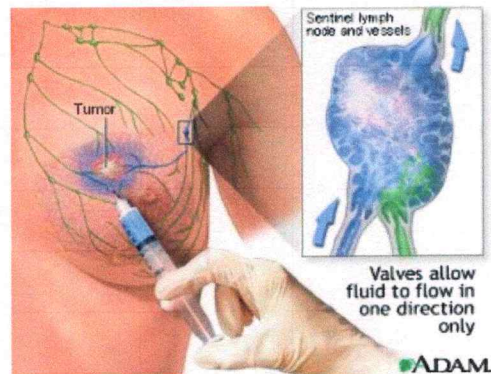


Gambar 2.5: Mastektomi Parsial

Pada beberapa kasus, akan lebih banyak pembedahan dilakukan setelah mastektomi parsial. Kadang, jika sel kanker masih ada dalam jaringan payudara, dokter akan mengangkat seluruh payudara.

f. Quandrantectomy

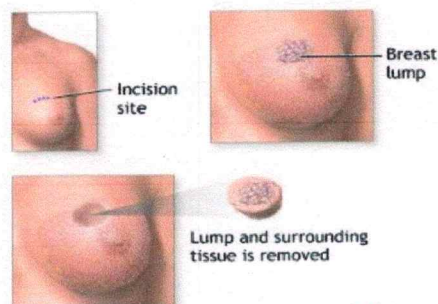
Tipe lain dari mastektomi parsial disebut quadrantectomy. Pada prosedur ini, dokter akan mengangkat tumor dan lebih banyak jaringan payudara dibandingkan dengan lumpektomi.



Gambar 2.6: Contoh suntikan biru mengidentifikasi simpul limfe yang mengandung sel kanker

Mastektomi tipe ini akan mengangkat seperempat bagian payudara, termasuk kulit dan jaringan konektif (breast fascia). Dokter juga akan melakukan prosedur terpisah untuk mengangkat beberapa atau seluruh simpul limfe, dengan axillary node dissection atau sentinel node biopsy.

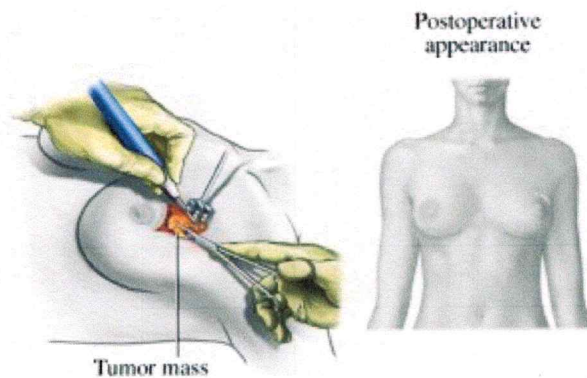
g. Lumpectomy atau sayatan lebar.



Gambar 2.7: Lumpectomy

Merupakan pembedahan untuk mengangkat tumor payudara dan sedikit jaringan normal di sekitarnya. Lumpektomi (lumpectomy) hanya mengangkat tumor dan sedikit area bebas kanker di jaringan payudara di sekitar tumor. Jika sel kanker ditemukan di kemudian hari, dokter akan mengangkat lebih banyak jaringan. Prosedur ini disebut re-excision (terjemahan : pengirisan/penyayatan kembali).

h. Excisional Biopsy



Gambar 2.8: Excisional Biopsy

Biopsi dengan sayatan juga mengangkat tumor payudara dan sedikit jaringan normal di sekitarnya. Kadang, pembedahan lanjutan tidak diperlukan jika biopsy dengan sayatan ini berhasil mengangkat seluruh tumor.

C. Luka dan Perawatan Luka

1. Pengertian

Luka adalah keadaan hilang/terputusnya kontinuitas jaringan (Mansjoer, 2000). Menurut InETNA, luka adalah sebuah injuri pada jaringan yang

mengganggu proses selular normal, luka dapat juga dijabarkan dengan adanya kerusakan pada kontinuitas/kesatuan jaringan tubuh yang biasanya disertai dengan kehilangan substansi jaringan.

2. Klasifikasi Luka

Luka dibedakan berdasarkan:

a. Berdasarkan penyebab

- 1) Ekskoriiasi atau luka lecet
- 2) Vulnus scisum atau luka sayat
- 3) Vulnus laseratum atau luka robek
- 4) Vulnus punctum atau luka tusuk
- 5) Vulnus morsum atau luka karena gigitan binatang
- 6) Vulnus combotio atau luka bakar

b. Berdasarkan ada/tidaknya kehilangan jaringan

- 1) Ekskoriiasi
- 2) Skin avulsion
- 3) Skin loss

c. Berdasarkan derajat kontaminasi

- 1) Luka bersih
- 2) Luka sayat elektif
- 3) Steril, potensial terinfeksi
- 4) Tidak ada kontak dengan orofaring, traktus respiratorius, traktus elimentarius, traktus genitourinarius
- 5) Luka bersih tercemar

- 6) Luka sayat elektif
- 7) Potensi terinfeksi : spillage minimal, flora normal
- 8) Kontak dengan orofaring, respiratorius, elimentarius dan genitourinarius
- 9) Proses penyembuhan lebih lama
- 10) Luka tercemar
- 11) Potensi terinfeksi: spillage dari traktus elimentarius, kandung empedu, traktus genito urinarius, urine
- 12) Luka trauma baru : laserasi, fraktur terbuka, luka penetrasi
- 13) Luka kotor
- 14) Akibat proses pembedahan yang sangat terkontaminasi
- 15) Perforasi visera, abses, trauma lama.

3. Tipe Penyembuhan luka

Terdapat 3 macam tipe penyembuhan luka, dimana pembagian ini dikarakteristikan dengan jumlah jaringan yang hilang.

- a. *Primary Intention Healing* (penyembuhan luka primer) yaitu penyembuhan yang terjadi segera setelah diusahakan bertautnya tepi luka biasanya dengan jahitan.
- b. *Secondary Intention Healing* (penyembuhan luka sekunder) yaitu luka yang tidak mengalami penyembuhan primer. Tipe ini dikarakteristikan oleh adanya luka yang luas dan hilangnya jaringan dalam jumlah besar. Proses penyembuhan terjadi lebih kompleks dan lebih lama. Luka jenis ini biasanya tetap terbuka.

- c. *Tertiary Intention Healing* (penyembuhan luka tertier) yaitu luka yang dibiarkan terbuka selama beberapa hari setelah tindakan debridement. Setelah diyakini bersih, tepi luka dipertautkan (4-7 hari). Luka ini merupakan tipe penyembuhan luka yang terakhir (InETNA, 2004).

4. Fase Penyembuhan Luka

Proses penyembuhan luka memiliki 3 fase yaitu fase inflamasi, proliferasi dan maturasi. Antara satu fase dengan fase yang lain merupakan suatu kesinambungan yang tidak dapat dipisahkan.

a. Fase Inflamasi

Tahap ini muncul segera setelah injuri dan dapat berlanjut sampai 5 hari. Inflamasi berfungsi untuk mengontrol perdarahan, mencegah invasi bakteri, menghilangkan debris dari jaringan yang luka dan mempersiapkan proses penyembuhan lanjutan.

b. Fase Proliferasi

Tahap ini berlangsung dari hari ke 6 sampai dengan 3 minggu. Fibroblast (sel jaringan penyambung) memiliki peran yang besar dalam fase proliferasi.

c. Fase Maturasi

Tahap ini berlangsung mulai pada hari ke 21 dan dapat berlangsung sampai berbulan-bulan dan berakhir bila tanda radang sudah hilang. Dalam fase ini terdapat remodeling luka yang merupakan hasil dari peningkatan jaringan kolagen, pemecahan kolagen yang berlebih dan regresi vaskularitas luka (InETNA, 2004).

5. Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Penyembuhan Luka

Penyembuhan luka merupakan suatu proses yang kompleks dan dinamis karena merupakan suatu kegiatan bioseluler dan biokimia yang terjadi saling berkesinambungan. Proses penyembuhan luka tidak hanya terbatas pada proses regenerasi yang bersifat lokal saja pada luka, namun dipengaruhi pula oleh faktor intrinsik dan faktor ekstrinsik (InETNA,2004).

- a. Faktor Instrinsik adalah faktor dari penderita yang dapat berpengaruh dalam proses penyembuhan meliputi : usia, status nutrisi dan hidrasi, oksigenasi dan perfusi jaringan, status imunologi, dan penyakit penyerta (hipertensi, DM, Arthereosclerosis).
- b. Faktor Ekstrinsik adalah faktor yang didapat dari luar penderita yang dapat berpengaruh dalam proses penyembuhan luka, meliputi : pengobatan, radiasi, stres psikologis, infeksi, iskemia dan trauma jaringan (InETNA,2004).

6. Komplikasi Penyembuhan Luka

Komplikasi dan penyembuhan luka timbul dalam manifestasi yang berbeda-beda. Komplikasi yang luas timbul dari pembersihan luka yang tidak adekuat, keterlambatan pembentukan jaringan granulasi, tidak adanya reepitalisasi dan juga akibat komplikasi post operatif dan adanya infeksi.

Beberapa komplikasi yang mungkin terjadi adalah : hematoma, nekrosis jaringan lunak, *dehiscence*, keloids, formasi hipertropik scar dan juga infeksi luka (Inetna, 2004).

7. Penatalaksanaan/Perawatan Luka

Dalam manajemen perawatan luka ada beberapa tahap yang dilakukan yaitu evaluasi luka, tindakan antiseptik, pembersihan luka, penjahitan luka, penutupan luka, pembalutan, pemberian antibiotik dan pengangkatan jahitan.

- a. Evaluasi luka meliputi anamnesis dan pemeriksaan fisik (lokasi dan eksplorasi).
- b. Tindakan Antiseptik, prinsipnya untuk mensucikan kulit. Untuk melakukan pencucian/pembersihan luka biasanya digunakan cairan atau larutan antiseptik seperti:
 - 1) Alkohol, sifatnya bakterisida kuat dan cepat (efektif dalam 2 menit)
 - 2) Halogen dan senyawanya
 - a) *Yodium*, merupakan antiseptik yang sangat kuat, berspektrum luas dan dalam konsentrasi 2% membunuh spora dalam 2-3 jam
 - b) *Povidon Yodium* (Betadine, septadine dan isodine), merupakan kompleks yodium dengan *polyvinylpirrolidone* yang tidak merangsang, mudah dicuci karena larut dalam air dan stabil karena tidak menguap.
 - c) *Yodoform*, sudah jarang digunakan. Penggunaan biasanya untuk antiseptik borok.
 - d) *Klorhesidin* (Hibiscrub, savlon, hibitane), merupakan senyawa biguanid dengan sifat bakterisid dan fungisid, tidak berwarna, mudah larut dalam air, tidak merangsang kulit dan mukosa, dan baunya tidak menusuk hidung.

c. Oksidansia

- 1) Kalium permanganat, bersifat bakterisid dan fungisida agak lemah berdasarkan sifat oksidator.
- 2) Perhidrol (Peroksida air, H_2O_2), berkhasiat untuk mengeluarkan kotoran dari dalam luka dan membunuh kuman anaerob.

d. Logam berat dan garamnya

- 1) Merkuri klorida (sublimat), berkhasiat menghambat pertumbuhan bakteri dan jamur.
- 2) Merkurokrom (obat merah) dalam larutan 5-10%. Sifatnya bakteriostatik lemah, mempercepat keringnya luka dengan cara merangsang timbulnya kerak (korts)

e. Asam borat, sebagai bakteriostatik lemah (konsentrasi 3%).

f. Derivat fenol

- 1) Trinitrofenol (asam pikrat), kegunaannya sebagai antiseptik wajah dan genitalia eksterna sebelum operasi dan luka bakar.
- 2) Heksaklorofan (pHisohex), berkhasiat untuk mencuci tangan.

g. Basa ammonium kuartener, disebut juga etakridin (rivanol), merupakan turunan aridin dan berupa serbuk berwarna kuning dan konsentrasi 0,1%. Kegunaannya sebagai antiseptik borok bernanah, kompres dan irigasi luka terinfeksi (Mansjoer, 2000:390).

Dalam proses pencucian/pembersihan luka yang perlu diperhatikan adalah pemilihan cairan pencuci dan teknik pencucian luka. Penggunaan cairan pencuci yang tidak tepat akan menghambat pertumbuhan jaringan sehingga

memperlama waktu rawat dan meningkatkan biaya perawatan. Pemelihan cairan dalam pencucian luka harus cairan yang efektif dan aman terhadap luka. Selain larutan antiseptik yang telah dijelaskan diatas ada cairan pencuci luka lain yang saat ini sering digunakan yaitu *Normal Saline*. Normal saline atau disebut juga NaCl 0,9%. Cairan ini merupakan cairan yang bersifat fisiologis, non toksik dan tidak mahal. NaCl dalam setiap liternya mempunyai komposisi natrium klorida 9,0 g dengan osmolaritas 308 mOsm/l setara dengan ion-ion Na^+ 154 mEq/l dan Cl^- 154 mEq/l (InETNA, 2004).

8. Pembersihan Luka

Tujuan dilakukannya pembersihan luka adalah meningkatkan, memperbaiki dan mempercepat proses penyembuhan luka; menghindari terjadinya infeksi; membuang jaringan nekrosis dan debris (InETNA, 2004). Beberapa langkah yang harus diperhatikan dalam pembersihan luka yaitu:

- a. Irigasi dengan sebanyak-banyaknya dengan tujuan untuk membuang jaringan mati dan benda asing.
- b. Hilangkan semua benda asing dan eksisi semua jaringan mati.
- c. Berikan antiseptic
- d. Bila diperlukan tindakan ini dapat dilakukan dengan pemberian anastesi lokal
- e. Bila perlu lakukan penutupan luka (Mansjoer, 2000)

9. Penjahitan luka

Luka bersih dan diyakini tidak mengalami infeksi serta berumur kurang dari 8 jam boleh dijahit primer, sedangkan luka yang terkontaminasi berat dan

atau tidak terbatas tegas sebaiknya dibiarkan sembuh per sekundam atau per tertiam.

10. Penutupan Luka

Adalah mengupayakan kondisi lingkungan yang baik pada luka sehingga proses penyembuhan berlangsung optimal.

11. Pembalutan

Pertimbangan dalam menutup dan membalut luka sangat tergantung pada penilaian kondisi luka. Pembalutan berfungsi sebagai pelindung terhadap penguapan, infeksi, mengupayakan lingkungan yang baik bagi luka dalam proses penyembuhan, sebagai fiksasi dan efek penekanan yang mencegah berkumpulnya rembesan darah yang menyebabkan hematoma.

12. Pemberian Antibiotik

Prinsipnya pada luka bersih tidak perlu diberikan antibiotik dan pada luka terkontaminasi atau kotor maka perlu diberikan antibiotik.

13. Pengangkatan Jahitan

Jahitan diangkat bila fungsinya sudah tidak diperlukan lagi. Waktu pengangkatan jahitan tergantung dari berbagai faktor seperti, lokasi, jenis pengangkatan luka, usia, kesehatan, sikap penderita dan adanya infeksi (Walton, 1990).

14. Pemasangan Perban

Mengganti balutan perban adalah tindakan keperawatan untuk mengganti balutan dalam perawatan luka untuk mencegah infeksi silang dengan cara menjaga luka agar luka tetap dalam keadaan bersih.

a. Tujuan Pemasangan Perban

- 1) Untuk membersihkan luka
- 2) Memberikan rasa aman dan nyaman
- 3) Menciptakan tekanan kearah bagian tubuh
- 4) Mencegah pergerakan bagian tubuh
- 5) Menyangga luka
- 6) Mengurangi atau mencegah endema
- 7) Mengamankan bidai
- 8) Mengamankan balutan

b. Jenis perban

- 1) Kassa
- 2) Elastis perban
- 3) Kain segitiga
- 4) Plester
- 5) Pembalut pita biasa

c. Tehnik membalut (memasang perban)

- 1) Jalannya balutan dari kiri kekanan
- 2) Balutan harus menutup dan pinggirannya harus rapat
- 3) Balutan tidak boleh terlalu kendur dan tidak kencang

d. Bentuk anggota yang akan diperban

- 1) Berbentuk bundar, misalnya kepala.
- 2) Berbentuk bulat panjang, misalnya leher, lengan, jari dan badan.
- 3) Bentuk persendian

D. Perawatan Luka Kanker

Kanker adalah pertumbuhan sel yang tidak normal yang menyerang organ dengan cepat sehingga fungsinya hancur dan menyebabkan kematian. Kanker menjadi salah satu penyakit yang paling ditakuti masyarakat, apalagi kanker yang sudah metastase dan menimbulkan luka kanker. Kanker dapat disebabkan oleh berbagai hal seperti pola hidup yang tidak sehat dan juga faktor genetik dan lingkungan. Pada era globalisasi inilah kasus penyakit kanker kian meningkat akibat pola hidup dan lingkungan yang tidak sehat.

Beberapa dekade ini penyakit kanker semakin meningkat. Negara Indonesia dan beberapa Negara di dunia tiap tahun kasus kanker terus meningkat, mulai dari yang tertinggi kanker payudara, kanker leher rahim (serviks), kanker paru, kanker usus besar (kolorektal), kanker prostat, kanker darah, kanker tulang, kanker hati, kanker kulit. Setidaknya di dunia ada lebih dari 100 jenis kanker Menurut WHO dan Bank Dunia memperkirakan setiap tahun, 12 juta orang di seluruh dunia menderita kanker dan 7,6 juta di antaranya meninggal dunia (4).

Berdasarkan data Riskesdas, 2007, menurut Prof. Tjandra Yoga, di Indonesia rasio tumor atau kanker adalah 4,3 per 1000 penduduk (4). Kanker merupakan penyebab kematian nomor 7 (5,7%) setelah stroke, TB, hipertensi, cedera, perinatal dan Diabetes Melitus. Sedangkan berdasarkan data Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) tahun 2007, kanker payudara menempati urutan pertama pada pasien rawat inap di seluruh RS di Indonesia (16,85%), disusul kanker leher rahim (11,78%) (4,5).

Menurut Dowsett (2002) menyatakan perkiraannya antara 5-10% pada pasien yang mengalami metastase kanker akan mengalami luka kanker (1). Sedangkan menurut Schwartz (1995) dalam Schiech (2002) melaporkan jumlah luka kanker 9% dari jumlah pasien kanker. Luka kanker memiliki karakteristik antara lain; sulit sembuh, banyak slough dan nekrotik, mudah berdarah, sangat bau, banyak eksudat, infeksius, pingggiran luka mudah teriritasi. Melihat karakteristik luka kanker maka banyak pasien kanker yang minder (malu) jika mendapatkan luka kanker. Oleh karena itu, banyak pasien kanker yang menutup diri dan tidak mau bersosialisasi dengan lingkungan sekitarnya. Sehingga kualitas hidup pasien kanker juga terganggu.

Peran tenaga kesehatan dalam mengatasi luka kanker dan meningkatkan kualitas hidup pasien kanker sangatlah penting. Khususnya perawat sebagai salah satu tenaga kesehatan mempunyai peran penting menggunakan pengetahuan dan keterampilannya untuk merawat luka kanker dan memberikan dukungan psikologis dalam membantu meningkatkan kualitas hidup pasien. Seorang perawat profesional akan mampu memberikan kenyamanan pada perawatan luka kanker dan mampu melakukan kolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya untuk meningkatkan kualitas hidup pasien kanker.

1. Pengertian

Luka kanker atau dikenal sebagai Fungating wound merupakan kerusakan integritas kulit yang disebabkan oleh infiltrasi sel maligna. Luka kanker adalah salah satu luka kronik yang berhubungan dengan kanker stadium lanjut (11,2,7). Luka kanker terjadi ketika kanker yang tumbuh

dibawah kulit merusak lapisan kulit sehingga terbentuk luka. Seperti pertumbuhan kanker, luka kanker juga akan menyebabkan penghambatan dan merusak pembuluh darah tipis, dimana daerah tersebut kekurangan oksigen. Hal ini akan menyebabkan kulit dan jaringan menjadi mati (nekrosis). Selain jaringan menjadi nekrosis, bakteri atau kuman juga akan mudah menginfeksi luka sehingga luka akan berbau. Luka kanker akan terlihat seperti jamur atau cauliflower, maka dari itu luka kanker sering disebut fungating wound (1,26). Daerah sekitar luka kanker juga kemungkinan terjadi ulserasi akibat cairan luka yang begitu banyak. Luka kanker dapat berkembang pada daerah tempat kanker itu muncul pertama kali (primer), atau ketika kanker telah metastase ke bagian tubuh yang lain (sekunder). Pada gambar 9 dapat dilihat luka Post Radikal Mastektomi.



Gambar 2.9: Luka Post Radikal Mastektomi (RSUD Jayapura, 2013)

2. Tanda dan Gejala

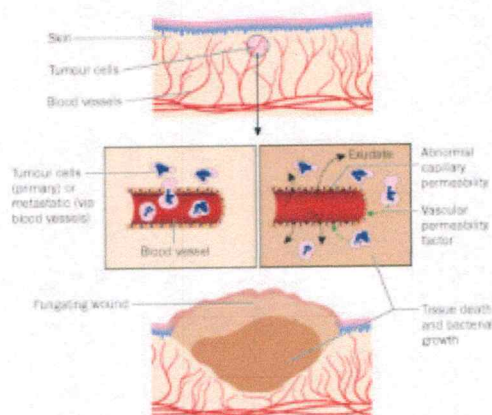
Gejala umum pada luka kanker, antara lain (3,6);

- a. Eksudat banyak
- b. Bau tidak sedap
- c. nyeri

- d. mudah berdarah
- e. Gatal-gatal
- f. Ekskoriiasi kulit sekitar luka
- g. infeksi lokal

3. Patofisiologi

Sel kanker akan tumbuh terus menerus dan sulit untuk dikendalikan. 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. Infiltrasi sel kanker dapat dilihat pada gambar diawah.



Gambar 2.10: Luka Kanker

Jaringan nekrosis merupakan media yang baik untuk pertumbuhan bakteri, baik yang 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 perdarahan.

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/tersinggung, menarik diri dan membatasi kegiatannya. Hal tersebut yang akan menurunkan kualitas hidup pasien kanker. Maka dari itu peran tenaga kesehatan khususnya perawat dapat memberikan pelayanan terbaik dalam perawatan luka pasien kanker.

4. Penatalaksanaan

Kanker merupakan penyebab dasar dari luka kanker sehingga tindakan medis yang dilakukan ditujukan untuk mengurangi tumor dan juga mengurangi ukuran luka kanker dan mengatasi gejala yang muncul. Penatalaksanaan akan tergantung pada jenis kanker, bagian tubuh yang

dipengaruhi dan bagaimana perkembangan kanker lebih lanjut. Tindakan medis yang umum, antara lain;

- a. Radioterapi; menggunakan *high-energy rays* yang dapat menghancurkan sel kanker. Dapat membantu menyusutkan tumor dan mengeringkan cairan luka yang banyak. Efek sampingnya akan menimbulkan kemerahan sekitar kulit dan menjadi kering. Gejala tersebut akan hilang setelah beberapa minggu .
- b. Kemoterapi; menggunakan obat anti kanker untuk menghancurkan sel kanker. Membantu mengurangi ukuran tumor yang menyebabkan luka dan mengurangi beberapa gejala.
- c. Terapi hormonal; mempengaruhi produksi beberapa hormonal penyebab kanker, atau menghambat kerja dari hormonal dan membantu memperlambat pertumbuhan kanker. Terapi ini juga dapat memperbaiki beberapa gejala.
- d. Pembedahan; tergantung ukuran dan posisi tumor, kemungkinan dapat dipindahkan atau tidak, dapat diambil sebagian atau keseluruhannya dengan pembedahan. Beresiko terjadinya perdarahan karena sel kanker sering menyebabkan kerusakan pembuluh darah. Oleh karena itu pembedahan memerlukan persiapan yang matang dari tim medis.

Manajemen perawatan pasien dengan luka kanker di fokuskan terutama untuk mengendalikan gejala yang timbul dan mendukung psikologis dari pasien kanker. Saat ini, teknik konvensional dalam perawatan luka kanker yang menggunakan kompres NaCl 0,9% sudah mulai ditinggalkan.

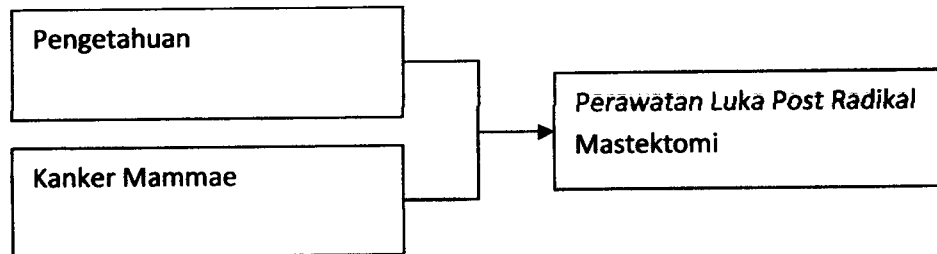
Perkembangan terbaru perawatan luka menggunakan teknik modern dressing yang dapat menciptakan lingkungan luka yang lembab sehingga dapat membantu proses penyembuhan luka. Pada gambar 3 dapat dilihat bahan balutan modern (*modern dressing*). Metode TIME (*Tissue management, Infection control, Moist balance, dan Edge advancement*) dapat digunakan pada perawatan luka kanker, hanya saja seorang perawat profesional harus lebih teliti dan hati-hati terutama dalam manajemen jaringan luka kanker. Manajemen jaringan luka dapat dilakukan dengan cara pembedahan, CSWD, dan autolitik debridement untuk dapat menghilangkan slough dan jaringan nekrotik pada luka. Khusus pada perawatan luka kanker, perawat hanya dapat melakukan manajemen jaringan dengan autolitik debridement, karena CSWD akan menyebabkan resiko perdarahan dan begitu juga pembedahan yang memerlukan persiapan khusus di kamar operasi .

Berikut beberapa tindakan yang dapat dilakukan perawat untuk mengendalikan gejala dalam perawatan luka kanker;

- a. Eksudat yang berlebihan; dapat digunakan balutan yang menyerap eksudat banyak seperti hidroselulosa (Aquacel), foam, gammge dan lainnya. Usahakan balutanyang digunakan tidak melekat pada luka untuk menghindari perdarahan ketika membuka balutan. Eksudat juga akan menyebabkan kulit sekitar luka lecet, untuk itu dapat digunakan film barrier atau cream (zink cream atau metcovazin cream dll).
- b. Bau tidak sedap; ditimbulkan akibat infeksi bakteri. Balutan yang dapat digunakan adalah yang mengandung silver yang dapat mengurangi

- pertumbuhan bakteri, dan efektif mengontrol bau. Charcoal dressing (Carboflex dll) juga dapat digunakan untuk mengontrol bau. Jika bahan yang digunakan terlalu mahal maka dapat digunakan metode alami menggunakan madu asli atau pasta gula yang dapat mencegah pertumbuhan bakteri (6). Penggunaan aromaterapi untuk lingkungan sekitar juga dapat membantu mengendalikan bau tidak sedap dan dapat meningkatkan kenyamanan pasien.
- c. Nyeri; disebabkan kerusakan saraf akibat kanker atau akibat dressing yang melekat pada kulit. Obat anti nyeri/ analgetik dapat diberikan sebelum perawatan dan memilih balutan yang tidak lengket pada luka akan membantu mengurangi nyeri pada pasien luka kanker.
 - d. Perdarahan; diakibatkan oleh sel kanker yang merusak pembuluh darah kapiler. Memilih balutan/dressing yang tidak melekat pada luka akan mengurangi resiko perdarahan ketika membuka balutan. Selain itu juga dapat digunakan balutan yang mengandung kalsium alginat (kaltostat, suprasorb A, seasorb dll) yang dapat menghentikan perdarahan minor. Jika perdarahan tidak berhenti maka dapat digunakan adrenalin dan tekan lembut pada daerah yang perdarahan
 - e. Gatal; disebabkan oleh kulit yang meregang dan ujung saraf yang teriritasi oleh kanker. Dapat diberikan anti histamin, TENS machine (membantu merangsang otak mengeluarkan endorphin/painkiller), menggunakan lembaran hidrogel untuk menghidrasi kulit dan krim mentol (6).

E. Kerangka Teoritis



Gambar 2.11: Kerangka Teoritis: Gambaran Pengetahuan Perawat Tentang Perawatan Luka Post Radikal Mastektomi (Bisono, 2008)

F. Kerangka Konsep



Gambar 2.12: Kerangka Konsep Gambaran Pengetahuan Perawat Tentang Perawatan Luka Post Radikal Mastektomi di Ruang Instalasi Bedah Rumah Sakit Umum Daerah Jayapura

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Penelitian yang dilakukan oleh peneliti berdasarkan latar belakang permasalahan sebagai mana yang telah diuraikan sebelumnya, maka jenis penelitian ini adalah deskriptif. Metode penelitian deskriptif adalah suatu metode yang dilakukan dengan tujuan utama untuk membuat gambaran tentang suatu keadaan secara obyektif. Metode penelitian deskriptif digunakan untuk memecahkan atau menjawab permasalahan yang sedang dihadapi pada situasi sekarang. penelitian ini dilakukan dengan langkah-langkah pengumpulan data, klasifikasi data, pengolahan, membuat kesimpulan dan laporan (Setiadi, 2007).

B. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Umum Daerah Jayapura pada bulan Mei 2013.

C. Populasi dan Sampel Penelitian

1. Populasi

Populasi menurut Algifari (1997), merupakan kumpulan semua anggota dari objek yang diteliti. Maka populasi dalam penelitian ini adalah seluruh perawat di ruang instalasi bedah RSUD Jayapura yang berjumlah 55 responden.

2. Sampel

a. Teknik Sampling

Sampling adalah suatu cara yang ditempuh dengan pengambilan sampel yang benar-benar sesuai dengan keseluruhan obyek penelitian (Nursalam, 2008). Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah total sampling. Total sampling adalah teknik pengambilan sampel dimana jumlah sampel sama dengan populasi (Sugiyono, 2007). Alasan mengambil total sampling karena menurut Sugiyono (2007) jumlah populasi yang kurang dari 100 maka seluruh populasi dijadikan sampel penelitian.

b. Jumlah Sampel

Dalam penelitian ini sampel berjumlah 55 sampel yang terdiri dari seluruh perawat ruang instalasi bedah Rumah Sakit Umum Jayapura.

c. Kriteria Inklusi dan Eksklusi

1) Kriteria Inklusi

a) Perawat di Ruang Bedah RSUD Jayapura

b) Perawat yang tidak lagi cuti dan atau ijin

2) Kriteria Eksklusi

Mau menjadi responden

D. Variabel Penelitian

1. Variabel Bebas

Instrumen penelitian adalah alat-alat yang digunakan untuk pengumpulan data. Instrumen penelitian yang di gunakan dalam penelitian Variabel Bebas (*Independent Variabel*)

Variabel bebas adalah variabel yang diduga sebagai penyebab timbulnya variabel lain. Variabel bebas biasanya dimanipulasi, diamati, dan diukur untuk mengetahui pengaruhnya terhadap variabel lain (Sandjaja, 2006). Dalam penelitian ini yang menjadi variabel bebas adalah Perawat ruang bedah Rumah Sakit Umum Daerah Jayapura.

2. Variabel Terikat (*Dependent Variabel*)

Variabel terikat adalah variabel yang timbul sebagai akibat langsung dari manipulasi dan pengaruh dari variabel bebas. Dalam penelitian ini, variabel terikat diamati dan diukur untuk mengetahui pengaruh dari variabel bebas (Sandjaja, 2006). Pada penelitian ini, yang menjadi variabel terikat adalah Pengetahuan Perawat tentang perawatan post radikal mastektomi di ruang instalasi bedah RSUD Jayapura.

E. Teknik Pengumpulan Data

Untuk mendapatkan data dalam penelitian ini, peneliti menggunakan teknik pengumpulan data yaitu sebagai berikut:

1. Data Primer

Merupakan data yang diperoleh secara langsung dan dikumpulkan dari jawaban responden melalui kuisioner.

2. Data Sekunder

Data yang dikumpulkan dari laporan dan dokumentasi di Rumah Sakit Umum Daerah Jayapura, buku-buku literatur, artikel-artikel terkait, internet, dan hasil karya ilmiah orang lain.

F. Pengolahan Data

Data yang diperoleh dari kuesioner akan diolah dengan langkah-langkah sebagai berikut:

1. *Editing*

Yaitu memeriksa data untuk menghindari perhitungan dan pengukuran yang salah, dan memeriksa jawaban.

2. *Coding*

Yaitu memberi kode jawaban dengan cara penilaian.

3. *Tabulating*

Yaitu menabulasi hasil data yang diperbolehkan sesuai dengan item pertanyaan. (Setiadi, 2007).

G. Penyajian Data

Agar mudah dipahami baik peneliti maupun orang lain, penyajian data menggunakan pedoman kuesioner dan dijelaskan dalam bentuk tabel persentil.

H. Analisa Data

Analisa yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah analisa univariant. Dalam penelitian ini menggambarkan distribusi frekuensi responen dari seluruh variabel yang bertujuan melihat kecenderungan data dan menginterpretasikan hasil perhitungan dari kuesioner kecemasan

I. Penarikan Kesimpulan

Setelah penyajian data selanjutnya adalah pembahasan. Dalam pembahasan tersebut, peneliti dapat menentukan dan mengambil kesimpulan dari hasil penelitian.

J. Etika Dalam Penelitian

1. *Informed consent*

Subjek harus mendapatkan informasi secara lengkap tentang tujuan penelitian, mempunyai hak untuk bersedia atau menolak menjadi responden. Lembar persetujuan menjadi responden diedarkan sebelum riset dilakukan. Tujuannya agar subyek mengetahui maksud dan tujuan riset. Serta mengetahui dampak yang akan terjadi selama dalam

pengumpulan data. Jika subyek bersedia diteliti maka peneliti harus menghormati hak-hak reponden.

2. *Anonymity* (tanpa nama)

Untuk menjaga kerahasiaan identitas subyek, peneliti tidak akan mencantumkan identitas subyek pada lembar pengumpulan data (kuesioner) yang diisi oleh subyek. Lembar tersebut hanya diberi nomer kode tertentu.

3. *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Kerahasiaan informasi responden dijamin oleh peneliti. Hanya kelompok data tertentu yang akan dijelaskan atau dilaporkan sebagai hasil penelitian.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum

RSUD Jayapura Didirikan dan Di bangun oleh Pemerintah Hindia Belanda pada tahun 1956 di area tanah seluas 361.262 m² dan bangunan seluas 10.114 m², mulai digunakan pada tanggal 5 Juni 1959 dengan kapasitas 100 tempat tidur.

Sejak tanggal 2 Mei 1962 (penyerahan Irian Barat Ke Pemerintah Republik Indonesia maka status kepemilikan beralih menjadi milik Pemerintah Provinsi Irian Barat yang sekarang berubah nama menjadi Provinsi Papua.

Sejak Tahun 2004 oleh ketetapan Kepmenkes RI Nomor : 1157 / MENKES / SK / X / 2004 menetapkan RSUD Jayapura sebagai RS Tipe B Pendidikan.

Rumah Sakit Umum (RSU) Jayapura merupakan milik Pemerintah Provinsi Papua dengan luas tanah 361.262 m² dan luas bangunan 16.000 m². RSU Jayapura berlokasi di Jln. Kesehatan No. 01 Jayapura, kelurahan Bhayangkara Dok II Jayapura Utara, Papua. Sarana fisik Rumah sakit terdiri dari instalasi gawat darurat, instalasi rawat jalan, rawat inap, perawatan intensif, bedah sentral, radiologi diagnostik, laboratorium patologi klinik, laboratorium patologi anatomi, unit hemodialisa, instalasi rehabilitasi medik,

instalasi gizi, instalasi farmasi, instalasi sanitasi, instalasi CSSD, instalasi laundry, instalasi rekam medik dan gedung kamar mayat.

B. Hasil

1. Karakteristik Responden

a. Umur

Tabel 4.1 Distribusi responden berdasarkan umur

No	Umur	Frekusensi	%
1	20-30	20	39,2
2	31-40	20	39,2
3	≥ 40	11	22,6
Jumlah		51	100%

Table 4.1 didapatkan karakteristik responden menurut umur paling banyak kategori 20-30 dan 31-40 tahun sebanyak 20 orang (39,2%), serta paling sedikit kategori ≥ 40 tahun sebanyak 11 orang (22,6%).

b. Pendidikan

Tabel 4.2 Distribusi responden berdasarkan pendidikan

No	Pendidikan	Frekuensi	%
1	SPK	5	9.8
2	Diploma	37	72.6
3	Ners	9	17.6
Jumlah		51	100

Dari table 4.2 didapatkan bahwa karakteristik responden menurut pendidikan yang paling banyak adalah diploma III sebanyak 37 orang (72,6%), kategori Ners sebanyak 9 orang (17,6%) dan paling sedikit kategorik pendidikan SPK sebanyak 5 orang (9,8%).

c. Masa kerja

Tabel 4.2 Distribusi responden berdasarkan pendidikan

No	Masa Kerja	Frekuensi	%
1	≤ 5	14	27.5
2	6-10	17	33.3
3	≥ 11	20	39.2
Jumlah		51	100

Dari table 4.3 didapatkan bahwa karakteristik responden menurut masa kerja yang paling banyak adalah yang mempunyai masa kerja ≥ 11 sebanyak 20 orang (39,2%), kategori masa kerja 6-10 sebanyak 17 orang (33,3%) dan masa kerja yang paling sedikit adalah dengan masa kerja ≤ 5 sebanyak 14 orang (27,5%).

2. Gambaran Pengetahuan

Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Pengetahuan Responden

No	Masa Kerja	Frekuensi	%
1	Baik	12	23.5
2	Cukup	29	55.9
3	Kurang	10	19.6
Jumlah			

Dari table 4.4 didapatkan bahwa pengetahuan responden yang paling banyak berkategori cukup sebanyak 29 orang (55,9%), kategori baik sebanyak 12 orang (23,5%) dan paling sedikit dengan kategori kurang sebanyak 9 orang (19,6%).

C. Pembahasan

Berdasarkan analisa dan interpretasi data yang didapat bahwa sebagian besar responden berpengetahuan cukup sebanyak 29 orang (55,9%), kategori baik sebanyak 12 orang (23,5%) dan paling sedikit dengan kategori kurang sebanyak 9 orang (19,6%).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden berpengetahuan cukup sebanyak 29 orang (55,9%), kategori baik sebanyak 12 orang (23,5%). Hasil analisis ini didukung oleh berturut-turut adalah pendidikan, masa kerja dan umur responden.

Karakteristik responden menurut pendidikan yang paling banyak adalah diploma III sebanyak 37 orang (72,6%), kategori Ners sebanyak 9 orang (17,6%) dan paling sedikit kategorik pendidikan SPK sebanyak 5 orang (9,8%).

Faktor pendidikan berpengaruh pada pengetahuan seseorang tentang perawatan luka post radikal mastektomi karena sebagian responden berpendidikan Diploma III, yang dirasa cukup untuk bisa mengetahui banyak tentang perawatan luka post radikal mastektomi. Pernyataan diatas sesuai dengan pernyataan Notoatmodjo (2009) yakni tingkat pengetahuan seseorang tentang suatu objek salah satunya di pengaruhi oleh pendidikan sedangkan menurut Bloom dalam Notoatmodjo (2009) pendidikan dapat berpengaruh terhadap kemampuan kognitif seseorang. Disamping itu Nursalam (2001) menyatakan bahwa makin tinggi pendidikan seseorang, maka makin mudah menerima informasi sehingga makin banyak pula pengetahuan yang dimiliki. Responden yang berpendidikan tinggi akan mudah menyerap informasi, sehingga ilmu pengetahuan yang dimiliki lebih

tinggi namun sebaliknya orang tua yang berpendidikan rendah akan mengalami hambatan dalam penyerapan informasi sehingga ilmu yang dimiliki juga lebih rendah yang berdampak pada kehidupannya. Faktor pendidikan inilah yang dimungkinkan mempengaruhi tingkat pengetahuan perawat tentang perawatan luka post radikal mastektomi di ruang bedah RSUD Jayapura.

Karakteristik responden menurut masa kerja yang paling banyak adalah yang mempunyai masa kerja ≥ 11 sebanyak 20 orang (39,2%), kategori masa kerja 6-10 sebanyak 17 orang (33,3%) dan masa kerja yang paling sedikit adalah dengan masa kerja ≤ 5 sebanyak 14 orang (27,5%). Sedangkan Karakteristik responden berdasarkan umur didapatkan bahwa sebagian paling banyak kategori 20-30 dan 31-40 tahun sebanyak 20 orang (39,2%), serta paling sedikit kategori ≥ 40 tahun sebanyak 11 orang (22,6%).

Dari data pendidikan, masa kerja dan umur tersebut diatas peneliti berasumsi bahwa ketiga unsur tersebut diatas berpengaruh terhadap pengetahuan seseorang tentang perawatan dalam perawatan luka post radikal mastektomi. Disamping itu penelitian Mega, Fajar, dan Harun (2011) menunjukkan ada hubungan signifikan antara pengetahuan dengan umur dan pendidikan yakni p value = 0,441 dan 0,023.

Selanjutnya Notoatmodjo (2009) menyatakan bahwa Faktor yang mempengaruhi Pengetahuan antara lain 1) Pendidikan, 2) Pengalaman, 3) Usia, 4) Informasi.

Pengalaman yang dimaksud oleh notoadmojo diatas menurut penilaian peneliti bias disama artikan sebagai masa kerja. Dengan masa

kerja yang lama maka akan menambah pengalaman pada perawata di Instalasi Bedah RSUD Jayapura.

Dengan demikian, pengetahuan perawat tentang perawatan luka post radikal mastektomi dipengaruhi oleh pendidikan, masa kerja dan umur.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Distribusi responden menurut pendidikan paling banyak adalah Diploma III sebanyak 37 orang (72,6%), masa kerja paling banyak adalah 6-10 tahun masa kerja ≥ 11 sebanyak 20 orang (39,2%) dan umur paling banyak adalah umur 20-30 dan 31-40 tahun sebanyak 20 orang (39,2%),
2. Pengetahuan perawat tentang perawatan luka pos radikal mastektomi di RSUD Jayapura paling banyak berkategori cukup sebanyak sebanyak 29 orang (55,9%),

B. Saran

Dengan memperhatikan hasil penelitian dengan segala keterbatasan yang dimiliki peneliti, maka peneliti mengajukan beberapa saran:

1. Perlu ada pendidikan dan pelatihan berkala tentang perawatan luka baik itu secara umum maupun secara khusus yakni perawatan luka post radikal mastektomi
2. Perlu ada penelitian lanjutan tentang faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan perawat tentang perawatan luka post radikal mastektomi di RSUD Jayapura.

DAFTAR PUSTAKA

- Rumah Sakit Umum Daerah Jayapura, 2011. *Profil RSUD Jayapura*.
- Bustan M. N. 2000. *Epidemiologi Penyakit Tidak Menular*. Rineka Cipta. Jakarta.
- Depkes, 2011. *Profil Kesehatan*. Available from: <http://depkes.go.id/> diakses pada 20 Mei 2013.
- Kompas, 2013. *Penderita kanker di Indonesia meningkat*. Available from: <http://health.kompas.com/>, Diakses: 20 Mei 2013.
- Indonesia Enterostomal Therapy Nurse Association (InETNA) & Tim Perawatan Luka dan Stoma Rumah Sakit Dharmais. 2004, *Perawatan Luka*, Makalah Mandiri, Jakarta.
- Mansjoer. Arif, dkk. 2000. *Kapita Selekta Kedokteran*. Edisi III. Media Aesculapius FKUI, Jakarta.
- Notoatmojo, 2009. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Nursalam dan Siti Parini. 2001. *Pendekatan Praktis Metodologi Riset Keperawatan*. Salemba Medika, Jakarta.
- Sandjaja B, Heriyanto A, 2006. *Panduan Penelitian*, Prestasi Pustaka, Jakarta.
- Sugiyono, 2011. *Metodologi Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Alfabeta, Bandung.
- Tambunan W. Gani, 1996. *Diagnosis dan Tatalaksana 10 Jenis Kanker Terbanyak di Indonesia*. EGC, Jakarta.
- Walton, Robert L. 1990. *Perawatan Luka dan Penderita Perlukaan Ganda*, Alih bahasa. Sonny Samsudin, Cetakan I. EGC, Jakarta.



PEMERINTAH PROVINSI PAPUA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH JAYAPURA
Jl. Kesehatan No. 01 ☎ (0967) - 533616, 533516 Fax (0967) - 533781
J A Y A P U R A

Nomor : 819.128/SDM-LITBANG/VII /2013

Lampiran :

Perihal : Ijin Penelitian

Kepada Yth.
Kepala Instalasi Bedah
RSUD Jayapura
Di –

T e m p a t

Dengan hormat,

1. Dasar:

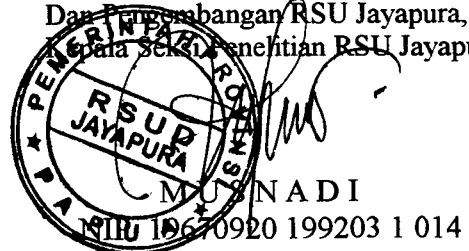
- a. Surat Direktur Akademi Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura Nomor : DL.02.02/II.01/ 0532/2013 tanggal 21 Mei 2013 tentang permohonan Ijin Penelitian.
- b. Disposisi wadir Diklit dan SDM RSUD Jayapura 23 Mei 2013 tentang persetujuan Ijin Penelitian.

2. Sehubungan dengan point (satu) di atas, bersama ini kami sampaikan hal-hal sebagai berikut:

- a. Bahwa Mahasiswa Akademi Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura Jayapura AnHadijah Darus NIM : PO.71.20.1.12.165 akan melaksanakan kegiatan penelitian dengan Judul: Gambaran Pengetahuan Perawat Tentang Perawatan Luka Post Radikal Mastektomi di Ruang Instalasi Bedah RSUD Jayapura
- b. Kegiatan ini dilaksanakan selama 1(satu) Bulan Mulai tanggal 23 Mei s/d 23 Juni 2013
- c. Mohon bimbingan, arahan dan pengawasan terhadap mahasiswa ybs selama kegiatan berlangsung agar tidak mengganggu pelayanan di unit Kerja Saudara.

3. Demikian kami sampaikan dan atas perhatian serta kerja yang baik di ucapkan terima kasih.

Jayapura, 23 Mei 2013
An. Kepala Bidang Penelitian
Dan Pengembangan RSUD Jayapura,
Kepala Seksi Penelitian RSUD Jayapura



Tembusan

1. Wadir Umum dan Keuangan RSUD Jayapura
2. Kepala Bid. Keperawatan
3. Mahasiswa yang bersangkutan
4. Arsip



PEMERINTAH PROVINSI PAPUA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH JAYAPURA
Jl. Kesehatan No. 01 ☎ (0967) - 533616,533516 Fax (0967) - 533781
J A Y A P U R A

Nomor : 818.061/SDM-LITBANG/VII/2013
Lampiran :-
Perihal : Pengembalian Mahasiswa

Kepada Yth :
Ketua Program Studi-D-IV KMMB
Politeknik Kesehatan Kemenkes
Jayapura
di-
Jayapura

Dengan hormat,

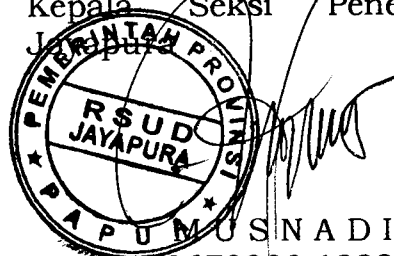
Bersama ini kami beritahukan bahwa kegiatan Penelitian Mahasiswa a.n. Hadijah Darus NIM PO. 71. 20.1.12.165 telah melaksanakan Penelitian mulai tanggal 23 Mei s/d 23 Juni 2013 .

untuk selanjutnya mahasiswa tersebut kami kembalikan pada institusi asal.

Semoga pemahaman tentang Praktek kerja lapangan di RSU Jayapura dapat menjadi target dari kegiatan kuliah tersebut dapat tercapai.

Demikian kami sampaikan, atas kerjasama yang baik di ucapkan terima kasih.

Jayapura, 24 Juni 2013
An. Kepala Bidang Penelitian
Dan Pengembangan RSU Jayapura,
Kepala Seksi Penelitian RSU
Jayapura



MUSNADI
NIP. 19670920 199203 1 014

LAMPIRAN

FREKUENSI RESPONDEN BERDASARKAN

1. Umur

Statistics

UMUR

N	Valid	51
	Missing	0
Mean		1.82
Std. Error of Mean		.107
Std. Deviation		.767
Sum		93

UMUR

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 20-30	20	39.2	39.2	39.2
31-40	20	39.2	39.2	78.4
>40	11	21.6	21.6	100.0
Total	51	100.0	100.0	

2. Pendidikan

Statistics

Pendidikan

N	Valid	51
	Missing	0
Mean		2.08
Std. Error of Mean		.073
Std. Deviation		.523
Sum		106

Pendidikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid SPK	5	9.8	9.8	9.8
Diploma	37	72.5	72.5	82.4
Ners	9	17.6	17.6	100.0
Total	51	100.0	100.0	

3. Masa Kerja

Statistics

Masa Kerja

N	Valid	51
	Missing	0
Mean		2.12
Std. Error of Mean		.114
Std. Deviation		.816
Sum		108

Masa Kerja

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid <=5	14	27.5	27.5	27.5
6-10	17	33.3	33.3	60.8
>=11	20	39.2	39.2	100.0
Total	51	100.0	100.0	

4. Pengetahuan

Statistics

Pengetahuan

N	Valid	51
	Missing	0
Mean		1.96
Std. Error of Mean		.093
Std. Deviation		.662
Sum		100

Pengetahuan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Baik	12	23.5	23.5	23.5
Cukup	29	56.9	56.9	80.4
Kurang	10	19.6	19.6	100.0
Total	51	100.0	100.0	

SURAT PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada
Yth: Calon Responden
di,-
Tempat

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini adalah mahasiswa Program DIV Keperawatan Mahir Medikal Bedah Politeknik Kesehatan Jayapura

Nama : HADIJAH DARUS

NIM : PO.71.20.1.12.165

akan melakukan penelitian yang berjudul ” **Gambaran Pengetahuan Perawat Tentang Perawatan Luka Post Radical Mastectomi di Ruangan Instalasi Bedah Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Jayapura**”

Penelitian ini tidak menimbulkan akibat yang merugikan saudara sebagai responden, kerahasiaan semua informasi yang diberikan akan dijaga dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. Apabila saudara tidak bersedia menjadi responden maka tidak ada konsekuensi apapun bagi saudara karena bersifat sukarela.

Apabila saudara menyetujui, maka saya mohon kesediaannya untuk menandatangani surat persetujuan dan menjawab pertanyaan-pertanyaan yang akan saya ajukan. Atas perhatian dan kesediaan bapak/ ibu/ saudara/ i, saya ucapkan terima kasih.

Hormat saya

(Hadijah Darus)

LAMPIRAN 2

No. Responden

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini, menyatakan **bersedia** untuk menjadi responden penelitian mahasiswa Progam Studi mahasiswa Program DIV Keperawatan Mahir Medikal Bedah Politeknik Kesehatan Jayapura yang berjudul ” Gambaran Pengetahuan Perawat Tentang Perawatan Luka Post Radical Mastectomi di Ruangan Instalasi Bedah Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Jayapura”.

Saya mengerti bahwa penelitian ini tidak menimbulkan dampak negatif dan data-data mengenai saya dalam penelitian ini akan dirahasiakan. Semua berkas yang mencantumkan identitas saya hanya akan digunakan untuk keperluan pengolahan data dan bila sudah tidak digunakan akan dimusnahkan. Hanya peneliti yang dapat mengetahui kerahasiaan data-data.

Demikian, secara sukarela dan tidak ada unsur paksaan dari siapapun saya bersedia berperan serta dalam penelitian ini.

Jayapura, Mei 2013

Tanda tangan responden

(Tanpa Nama)

KUESIONER PENELITIAN

PETUNJUK:

Berilah tanda ☒ pada Kolom salah satu jawaban yang Bapak/Ibu/Saudara anggap sesuai dengan pendapat Bapak/Ibu/Saudara

1. KARAKTERISTIK RESPONDEN

UMUR

20-30 Th	
31-40 Th	
>40 Th	

PENDIDIKAN

SPK	
DIII	
Ners	

MASA KERJA

≤ 5 Th	
6-10 Th	
≥ 11 Th	

2. PENGETAHUAN

PETUNJUK:

Berilah tanda ☒ pada Kolom salah satu jawaban yang Bapak/Ibu/Saudara anggap sesuai dengan pendapat Bapak/Ibu/Saudara

(A) Sangat Setuju (SS)

(B) Setuju (S)

(C) Kurang Setuju (KS)

(D) Sangat Tidak Setuju (SKS)

Nomor Kode Responden:

No	Pertanyaan	SS	S	KS	SKS
1	Apakah perlu dalam perawatan luka Post Radical Mastectomi menggunakan instrument steril?				
2	Apakah perlu adanya alat pelindung diri (APD) untuk melakukan perawatan luka Post Radical Mastectomi?				
3	Apakah dapat menggunakan kembali Instrumen / perawatan luka Post Radical Mastectomi, pada pasien yang lain?				
4	Apakah dalam perawatan luka Post Radical Mastectomi perlu dibersihkan berulang-ulang kali agar mempercepat timbulnya jaringan granulasi?				
5	Dalam proses penyembuhan luka ada fase Proliferasi, fase ini berlangsung mulai hari ke VI sampai 3 minggu				
6	Tidak menggunakan Haushoen pada saat tindakan terburu-buru?				
7	Apakah dalam perawatan luka Post Radical Mastectomi menggunakan 1 Set Instrumen untuk beberapa pasien dikarenakan keterbatasan Instrumen diruangan?				
8	Apakah perlu dalam perawatan luka Post Radical Mastectomi cukup dengan menggunakan Bethadine 3% ?				
9	Bersihkan luka post mastectomy dari luar luka kedalam luka lalu Dressing seketat mungkin agar tidak berdarah?				
10	Luka Post Radical Mastectomi diganti setiap 2x sehari agar Flap kulit tidak rusak?				
11	Apakah semua Klien Post Radical Mastectomi dibuat Flap Kulit?				
12	Pengertian dari Radical Mastectomi adalah pengangkatan mammae / payudara beserta puting susu sampai kedaerah Axilla				

13	Jika terdapat adanya jaringan Necrotic pada luka Post Radical Mastectomi apakah perlu dilakuan tindakan Necrotomie?				
14	Daerah luka Post Radical Mastectomi harus di inspeksi dan palpasi untuk mengetahui adanya Rubor, Tumor, Kalor, Dolor, harus di Dressing dan diperketat agar tidak terjadi tanda-tanda tersebut.				
15	Dalam perawatan Luka Post Radical Mastectomi belum tepat dilakukan di Instalasi Bedah RSUD Jayapura dikarenakan keterbatasan alat dan pengobatan dalam perawatan luka.				