

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. KONSEP CA MAMMAE

1. Pengertian

Ca mammae atau kanker payudara biasanya menyerang pada wanita, tetapi tidak menutup kemungkinan terjadi pada pria terkena kanker payudara. Kanker payudara (*carcinoma mammae*) dalam bahasa Inggris disebut *breast cancer* merupakan suatu keganasan yang berasal dari jaringan payudara baik dari epitel duktus maupun lobulusnya. (Rizka et al., 2022) Secara umum, *ca mammae* adalah tumor yang disebabkan oleh perkembangan jaringan payudara yang tidak teratur yang disebabkan oleh pertumbuhan abnormal sel-sel pada payudara. Pertumbuhan abnormal tersebut diduga disebabkan karena mutasi gen yang diturunkan secara genetik. Ini perkembangan yang tidak diatur disebabkan oleh beberapa penyebab, seperti: faktor internal (usia, genetik, hormon) atau faktor eksternal (diet, kurang olahraga, obesitas) (Dwi ayu, 2023).

Kanker payudara atau istilah medisnya Carsinoma Mammae adalah momok pembunuhan kedua bagi kaum wanita Indonesia setelah kanker rahim. Fase awal kanker payudara adalah asimptomatik (tanpa ada gejala dan tanda). Adanya benjolan atau penebalan pada payudara merupakan tanda dan gejala yang paling umum, sedangkan tanda dan gejala tingkat lanjut kanker payudara meliputi kulit cekung, retraksi atau deviasi puting susu dan nyeri, nyeri tekan atau rabas khususnya berdarah dari puting.

2. Etiologi

Penyebab kanker payudara sangat beragam, tetapi ada beberapa faktor resiko yang dihubungkan dengan perkembangan penyakit ini yaitu asap rokok, konsumsi alkohol, umur pada menstruasi pertama, umur saat melahirkan pertama, lemak pada makanan, dan sejarah keluarga tentang ada tidaknya anggota keluarga yang menderita

penyakit ini. Terdapat banyak faktor yang akan menyebabkan terjadinya kanker payudara. Menurut Rosida (2020) penyebab dari *ca mammae*:

a. Usia

Pada wanita yang berusia 60 tahun ke atas memiliki resiko tinggi terjadinya kanker payudara

b. Riwayat penyakit

Penderita pernah memiliki riwayat penyakit yang sama yaitu kanker payudara tetapi masih tahap awal dan sudah melakukan pengangkatan kanker, maka akan beresiko pula pada payudara yang sehat.

c. Riwayat keluarga

Penderita memiliki riwayat keluarga yang mana Ibu, atau saudara perempuan yang mengalami penyakit yang sama akan beresiko tiga kali lipat untuk menderita kanker payudara.

d. Faktor genetik dan hormonal

Kadar hormonal yang berlebihan akan menumbuhkan sel-sel genetik yang rusak yang akan menyebabkan kanker payudara.

e. Menarce, menopause, dan kehamilan pertama

Seseorang yang mengalami menarce pada umur kurang dari 12 tahun, menopause yang lambat dan kehamilan pertama pada usia yang tua akan beresiko besar terjadinya kanker payudara.

f. Obesitas pasca menopause

Di mana seseorang yang mengalami obesitas itu akan meningkatkan kadar estrogen pada wanita yang akan beresiko terkena kanker.

g. Dietilstilbestro

Obat untuk mencegah keguguran akan beresiko terkena kanker.

h. Penyinaran

Ketika masa kanak-kanak sering terkena paparan sinar pada dadanya dapat menimbulkan resiko terjadinya kanker payudara.

3. Manifestasi Klinis

Manifestasi awal berupa munculnya benjolan pada jaringan payudara, penebalan yang berbeda dari jaringan payudara lainnya,

ukuran satu payudara menjadi lebih besar atau lebih rendah dari payudara lainnya, perubahan posisi atau bentuk puting susu, lekukan pada kulit payudara, perubahan pada putting (seperti adanya retraksi, sekresi cairan yang tidak biasa, ruam di sekitar area putting), rasa sakit yang konstan di bagian payudara atau ketiak, dan pembengkakan di bawah ketiak, (Rosida, 2020).

Terkadang ca mammae dapat muncul sebagai penyakit metastasis. Tipe ca mammae metastasis memiliki gejala yang berbeda-beda, tergantung pada organ yang terkena metastasis tersebut. Organ-organ yang umumnya terkena metastasis ca mammae ialah tulang, hati, paru-paru dan otak. Gejalanya tergantung pada lokasi metastasis, selain itu disertai dengan penurunan berat badan yang tidak dapat dijelaskan, demam, menggilir, nyeri tulang, sakit kuning atau gejala neurologis, (Putri, 2020).

4. Patofisiologi

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

pemajaman berulang terhadap agens yang mempromosikan dan menyebabkan ekspresi informal abnormal atau genetik mutan bahkan setelah periode laten yang lama, progresi dimana sel-sel yang telah mengalami perubahan bentuk selama insiasi dan promosi mulai menginvasi jaringan yang berdekatan dan bermetastase menunjukkan perilaku maligna, (Putri, 2020).

5. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Ayu et.al (2023):

1). Laboratorium

- a. Morfologi sel darah
- b. Laju endap darah
- c. Tes faal hati
- d. Tes tumor marker (carsino Embrionyk Antigen/CEA) dalam serum atau plasma.
- e. Pemeriksaan sitologik Pemeriksaan ini memegang peranan penting pada penilaian cairan yang keluar spontan dari putting payudar, cairan kista atau cairan yang keluar dari ekskoriasi.

2). Mammografi

Pengujian mammae dengan menggunakan sinar untuk mendekripsi secara dini. Memperlihatkan struktur internal mammae untuk mendekripsi kanker yang tidak teraba atau tumor yang terjadi pada tahap awal. Mammografi pada masa menopause kurang bermanfaat karena gambaran kanker diantara jaringan kelenjar kurang tampak.

3). Ultrasonografi

Biasanya digunakan untuk mendekripsi luka-luka pada daerah padat pada mammae ultrasonography berguna untuk membedakan tumor sulit dengan kista. kadang-kadang tampak kista sebesar sampai 2 cm.

4). Thermography

Mengukur dan mencatat emisi panas yang berasal dari mammae karena peningkatan suplay darah dan penyesuaian suhu kulit yang lebih tinggi.

5). Xerodiography

Memberikan dan memasukkan kontras yang lebih tajam antara pembuluh-pembuluh darah dan jaringan yang padat. Menyatakan peningkatan sirkulasi sekitar sisi tumor.

6). Biopsi

Untuk menentukan secara menyakinkan apakah tumor jinak atau ganas, dengan cara pengambilan massa. Memberikan diagnosa definitif terhadap massa dan berguna klasifikasi histogi, pentahapan dan seleksi terapi.

7). CT-Scan

Dipergunakan untuk diagnosis metastasis carsinoma payudara pada organ lain.

8). Pemeriksaan hematologi

Yaitu dengan cara isolasi dan menentukan sel-sel tumor pada speredaran darah dengan sendimental dan sentrifugis darah.

B. KONSEP RELAKSASI NAFAS DALAM

1. Pengertian relaksasi nafas dalam

Relaksasi napas dalam adalah pernapasan pada abdomen dengan frekuensi lambat serta perlahan, berirama, dan nyaman (Mahardhini & Wahyuni, 2018). Teknik relaksasi napas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan, yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan napas dalam, napas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan napas secara perlahan (Nasuha, Widodo & Widiani, 2016).

2. Tujuan Relaksasi Nafas Dalam

Tujuan teknik relaksasi napas dalam adalah untuk meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah, meningkatkan ventilasi alveoli, memelihara pertukaran gas, mencegah atelektasi paru,

meningkatkan efisiensi batuk, mengurangi stress baik stress fisik maupun emosional, menurunkan intensitas nyeri, dan menurunkan kecemasan (Nasuha, Widodo & Widiani, 2016).

3. Manfaat Relaksasi Nafas Dalam

- a. Pasien mendapatkan perasaan yang tenang dan nyaman.
- b. Mengurangi rasa nyeri.
- c. Pasien tidak mengalami stress.
- d. Melemaskan otot untuk menurunkan ketegangan dan kejemuhan yangbiasanya menyertai nyeri.
- e. Mengurangi kecemasan yang memperburuk persepsi nyeri.
- f. Relaksasi nafas dalam mempunyai efek distraksi atau penglihatan perhatian.

4. Strategi Pelaksanaan Relaksasi Nafas Dalam

Menurut Angioni et al., (2021) terdapat 2 pelaksanaan relaksasi nafas dalam yaitu sebagai berikut:

a. Persiapan

1) Persiapan Klien

Memberitahukan pasien mengenai tindakan dan tujuan yang akan dilakukan.

2) Persiapan lingkungan

Menyiapkan tempat yang nyaman untuk melakukan relaksasi nafas dalam.

b. Pelaksanaan

1. Fase prainteraksi

Perawat melakukan persiapan terlebih dahulu sebelum bertemu dengan pasien (membaca status pasien).

2. Fase orientasi

a) Salam terapeutik

Mengucapkan salam dan perkenalkan diri

b) Evaluasi dan validasi

Menanyakan kabar pasien dan keluhan yang dirasakan

c) Informend consent

Menjelaskan tindakan pemberian relaksasi nafas dalam, tujuan, manfaat, waktu dan persetujuan pasien.

3. Fase interaksi

- 1). Persiapan alat Tempat tidur atau kursi yang ada sandaranya
- 2). Persiapan pasien Mengatur posisi pasien duduk senyaman mungkin
- 3). Persipan lingkungan Mengatur lingkungan cukup cahaya, suhu, dan terjaga privasi
- 4). Persiapan perawat Perawat cuci tangan jika di perlukan menggunakan handscoon
- 5). Prosedur tindakan
 - a) Pertama lakukan pengkajian nyeri kepala sebelum dilakukan relaksasi nafas dalam.
 - b) Atur posisi pasien duduk senyaman mungkin
 - c) Ajarkan pasien teknik nafas dalam dengan cara letakan tangan di atas abdomen, anjurkan pasien menarik nafas melalui hidung dan rasakan abdomen mengembang saat menarik nafas, kerutkan bibir, keluarkan melalui mulut dan hembuskan nafas secara perlahan, rasakan abdomen gerak ke bawah, ulangi langkah tersebut sebanyak 15 kali, dengan selingi istirahat singkat setiap 5 kali, dilakukan selama 5-10 menit. Penderita harus melakukanya minimal dua kali sehari atau setiap kali merasakan nyeri, stress, terlalu banyak pikiran dan pada saat merasakan sakit (fernalia, 2019).
 - d) Lakukan pengkajian nyeri setelah dilakukan relaksasi nafas dalam.
 - e) Prosedur tindakan relaksasi nafas dalam dalam menurunkan rasa nyeri pasien.

4. Fase terminasi

- a) Evaluasi subjektif dan objektif Menanyakan bagaimana perasaan pasien setelah dilakukan relaksasi nafas dalam.
- b) Rencana tindakan lanjut Akan dilakukan relaksasi nafas dalam pada hari selanjutnya.
- c) Kontrak yang akan datang Kontrak waktu kapan akan dilakukan relaksasi nafas dalam.

C. KONSEP NYERI

1. Konsep Nyeri

a. Pengertian

Nyeri merupakan pengalaman yang sangat individual dan subjektif yang dapat mempengaruhi semua orang di semua usia. Nyeri dapat terjadi pada anak-anak dan orang dewasa. Penyebab nyeri yaitu proses penyakit, cedera, prosedur, dan intervensi pembedahan (Kyle, 2015). Menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

b. Penyebab

Menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) penyebab dari nyeri adalah:

- 1). Agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma).
- 2). Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan).
- 3). Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan).

c. Tanda dan Gejala

Terdapat tanda dan gejala dari nyeri menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) :

1. Gejala dan Tanda Mayor

a. Subyektif

- 1). Mengeluh nyeri

b. Obyektif

- 1). Tampak meringis
- 2). Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri)
- 3). Gelisah
- 4). Frekuensi nadi meningkat
- 5). Sulit tidur

2. Tanda dan Gejala Minor

a. Subjektif

Tidak Tersedia

b. Objektif

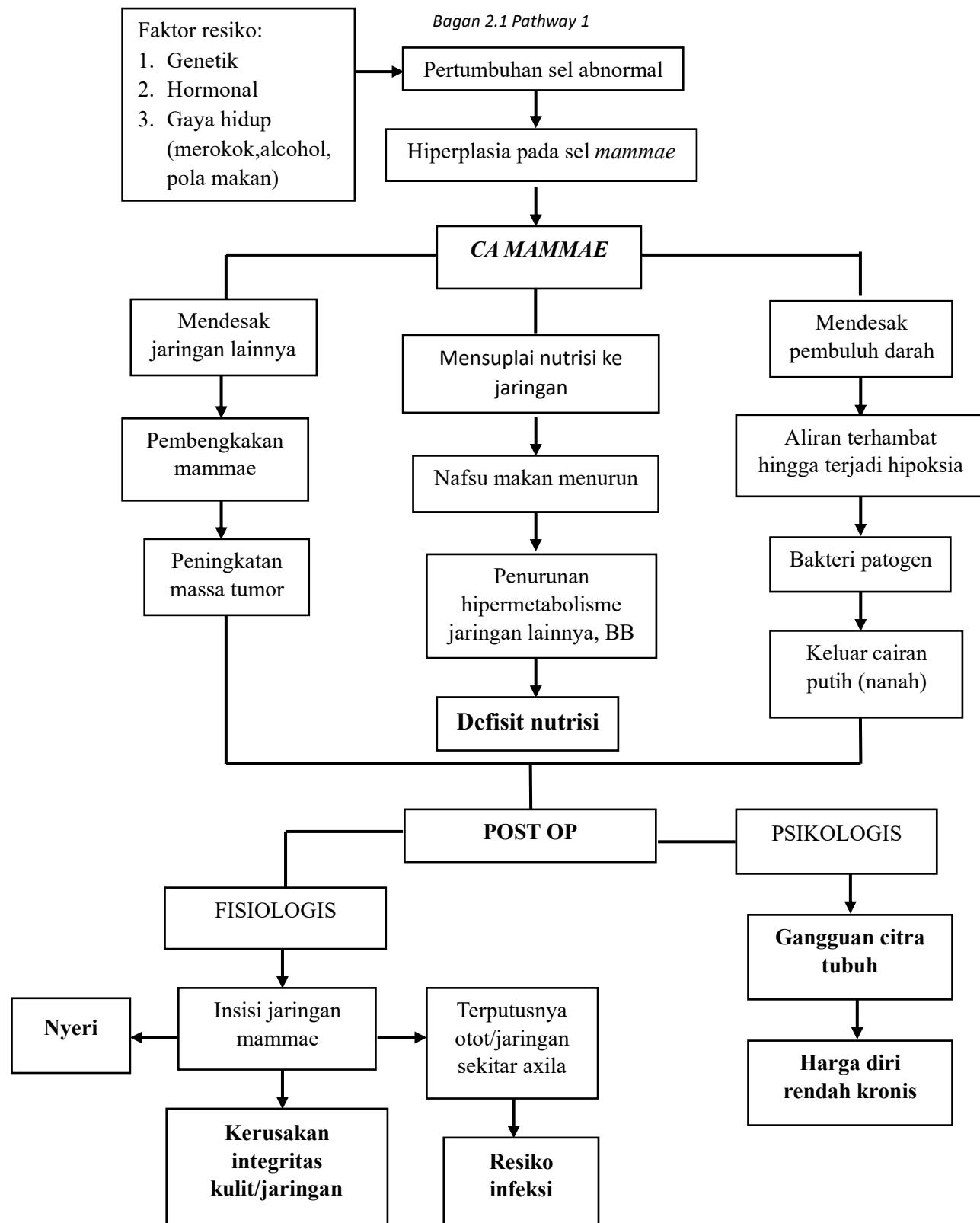
- 1). Tekanan darah meningkat
- 2). Pola napas berubah
- 3). Nafsu makan berubah
- 4). Proses berfikir terganggu
- 5). Menarik diri
- 6). Berfokus pada diri sendiri
- 7). Diaforesis

d. Kondisi Klinis Terkait

Beberapa kondisi klinis yang dapat menyebabkan timbulnya nyeri adalah sebagai berikut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017):

- 1). Kondisi pembedahan
- 2). Cedera traumatis
- 3). Infeksi
- 4). Sindrom koroner akut
- 5). Glaukoma

e. Pathways



f. Penatalaksanaan Keperawatan

Tujuan teknik relaksasi napas dalam adalah untuk meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah, meningkatkan ventilasi alveoli, memelihara pertukaran gas, mencegah atelektasi paru, meningkatkan efisiensi batuk, mengurangi stress baik stress fisik maupun emosional, menurunkan intensitas nyeri, dan menurunkan kecemasan (Nasuha, Widodo & Widiani, 2016).

2. Asuhan Keperawatan

a. Pengkajian

Pengkajian adalah langkah awal dari tahapan proses keperawatan, kemudian dalam mengkaji harus memperhatikan data dasar dari pasien, untuk informasi yang diharapkan dari pasien. Pengkajian yang dilakukan pada pasien yang menderita Ca mammae adalah sebagai berikut:

1. Identitas Klien

Meliputi: nama, umur, agama, jenis kelamin, alamat, suku bangsa, pekerjaan, pendidikan, status pernikahan, tanggal masuk rumah sakit, nomor registrasi, dan diagnosa medis.

2. Keluhan Utama

Keluhan utama pada post operasi Ca Mammape biasanya adalah nyeri dibagian payudara akibat luka jahitan setelah operasi dan pusing.

3. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Kesehatan 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 diberikan dan bagaimana perubahannya. pada pasien Ca mammae merasakan adanya benjolan yang menekan payudara, adanya ulkus, kulit berwarna merah dan mengeras, bengkak serta nyeri Putri (2020).

b. 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, hyperplasia tipikal. 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. Pada Pasien Ca mammae mempunyai riwayat menarche atau menstruasi pertama pada usia yang relative muda dan menopause pada usia yang relative tua dan pada riwayat obstetri, 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, (Swasri, 2021)

c. Riwayat Kesehatan Keluarga

Adanya keluarga yang mengalami Ca mammae berpengaruh pada kemungkinan pasien mengalami Ca mammae atau pun keluarga pasien pernah mengidap penyakit kanker lainnya, seperti kanker ovarium atau kanker serviks, (Putri, 2020).

4. Pemeriksaan Fisik

a. Kepala

- a) Rambut: bagaimana bentuk kepala, warna rambut, kebersihan rambut, dan apakah ada benjolan.
- b) Mata: terkadang adanya pembengkakan pada kelopak mata, konjungtiva, dan kadang-kadang keadaan selaput mata pucat (anemia) karena perdarahan, sklera kuning proses persalinan yang mengalami
- c) Telinga: biasanya bentuk telinga simetris atau tidak, bagaimana kebersihannya, adakah cairan yang keluar dari telinga

- d) Hidung: Adanya polip atau tidak dan apabila pada post partum kadang-kadang ditemukan pernapasan cuping hidung
- e) Mulut dan Gigi: Mulut bersih kotor, mukosa bibir kering / lembab
- f) Leher: Saat dipalpasi ditemukan ada tidak pembesaran kelenjar tiroid, karnaadanya proses penerangan yang salah
- g) Palpasi: Ada/tidak nyeri tekan, ada/tidak teraba massa. I
- h) Perkusi: Redup / sonor Auskultasi: Suara nafas Vesikuler/ ronkhi/wheezing

b. Thorax

1).Jantung

Inspeksi Amati kesimetrisan, Ictus cordis tampak atau tidak.Palpasi Apakah Ictus cordis teraba di ICS 5 midklavikula sinistra Perkusi Normalnya terdengar pekak Auskultasi Normalnya BJ I dan BJ II terdengar tunggal “lup dup”. dengarkan apakah ada bunyi jantung tambahan seperti murmur/gallop/friction-rub.

2).Paru-paru

1. Inspeksi: bentuk dada simetris atau tidak, ada pembengkakkan atau tidak, luas pembengkakkan.
2. Palpasi: biasanya taktil fremitus pada paru-paru kiri dan kanan karens kanker belum bermetastase ke organ lain.
3. Perkusi: biasanya terdengar bunyi redup yang dapat ditemukan pada infiltrate paru dimana parenkim paru lebih padat/mengandung sedikit udara dan bunyi pekak paru-paru pasien didapatkan berisi cairan disebut dengan efusi pleura. Jika kanker lebih bermetastase pada organ paru.
4. Auskultasi : terdengar vesikuler pada paru-paru atau tidak

- c. Payudara dan ketiak
 - a) Inspeksi biasanya ada benjolan yang menekan payudara, adanya ulkus dan berwarna merah, keluar cairan dari putting. Serta payudara mengerut seperti kulit jeruk.
 - b) Palpasi teraba benjolan payudara yang mengeras dan teraba pembengkakkan, teraba pembesaran kelenjar getah bening diketiak atau timbul benjolan kecil di bawah ketiak. Dan pada penderita Ca mammae yang sudah parah akan terdapat cairan yang keluar dari puting ketika ditekan.
- d. Abdomen
 - a) Inspeksi: Terdapat luka jahitan post op ditutupi perban, adanya striae gravidarum
 - b) Palpasi: Nyeri tekan pada luka, konsistensi uterus lembek / keras
 - c) Perkusi: Redup
 - d) Auskultasi: Bising usus
- e. Sistem integumen
 - a) Inspeksi amati warna kulit, kulit kering/tidak, terdapat gatal-gatal pada kulit atau tidak, terdapat lesi/tidak.
 - b) Palpasi biasanya terjadi perubahan pada kelembaban kulit pasien dan turgor kulit pasien tidak elastic, Capillary Refill Time (CRT) pada jari normalnya < 2 detik, rasakan akral hangat/tidak.
- f. Genitalia Pengeluaran darah bercampur lendir, pengeluaran air ketuban, bila terdapat pengeluaran mekonium yaitu feses yang dibentuk anak dalam kandungan menandakan adanya kelainan letak anak.
- g. Ekstremitas.
 - a. Inspeksi mengkaji kesimetrisan dan pergerakan ekstremitas atas dan bawah, lihat ada tidaknya lesi, lihat ada tidaknya cyanosis, periksa kekuatan otot lemah/kuat.

b. Palpasi Mengkaji bila terjadi pembengkakan pada ekstremitas atas maupun bawah.

b. Diagnosa Keperawatan

Menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) pada diagnosis keperawatan ca mammae sebagai berikut:

1. Nyeri Akut (D.0077)

a. Pengertian

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

b. Etiologi

Menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) penyebab dari nyeri adalah:

- 1). Agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma).
- 2). Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan).
- 3). Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan).

c. Manifestasi Klinis

Terdapat tanda dan gejala dari nyeri menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) :

1. Gejala dan Tanda Mayor

a. Subyektif

Mengeluh nyeri

b. Obyektif

1). Tampak meringis

2). Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri)

3). Gelisah

- 4). Frekuensi nadi meningkat
 - 5). Sulit tidur
2. Gejala dan Tanda Minor
 - a. Subjektif

Tidak Tersedia
 - b. Objektif
 - 1) Tekanan darah meningkat
 - 2) Pola napas berubah
 - 3) Nafsu makan berubah
 - 4) Proses berfikir terganggu
 - 5) Menarik diri
 - 6) Berfokus pada diri sendiri
 - 7) Diaforesis

d. Kondisi Klinis Terkait

Beberapa kondisi klinis yang dapat menyebabkan timbulnya nyeri adalah sebagai berikut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017):

- 1) Kondisi pembedahan
- 2) Cedera traumatis
- 3) Infeksi
- 4) Sindrom koroner akut
- 5) Glaukoma

2. Gangguan Integritas Kulit Atau Jaringan (D. 0129)

a. Pengertian

Kerusakan kulit (dermis dan/ atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/ atau ligamen)

b. Etiologi

Menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) penyebab dari nyeri adalah:

1. Perubahan sirkulasi
2. Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan)

3. Kekurangan/ kelebihan volume cairan
 4. Penurunan mobilitas
 5. Bahan kimia iritatif
 6. Suhu lingkungan yang ekstrem
 7. Faktor mekanis (mis. penekanan pada tonjolan tulang, gesekan) atau faktor elektris (elektrodiatermi, energi listrik bertegangan tinggi)
 8. Efek samping terapi radiasi
 9. Kelembaban
 10. Proses penuaan
 11. Neuropati perifer
 12. Perubahan pigmentasi
 13. Perubahan hormonal
 14. Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/ melindungi integritas jaringan
- c. Manifestasi Klinis
1. Gejala dan Tanda Mayor:
 - a. Subjektif
Tidak tersedia
 - b. Objektif
 - 1).Kerusakan jaringan dan/ atau lapisan kulit
 2. Gejala dan Tanda Minor:
 - a. Subjektif
Tidak tersedia
 - b. Objektif
 - 1).Nyeri
 - 2).Perdarahan
 - 3).Kemerahan
 - 4).Hematoma
 - d. Kondisi Klinis Terkait
 - 1).Imobilisasi
 - 2).Gagal jantung kongestif

- 3).Gagal ginjai
- 4).Diabetes melitus
- 5).Imunodefisiensi (mis. AIDS)
- 6).Dispesifikasi menjadi kulit atau jaringan
- 7).Kulit hanya terbatas pada dermis dan epidermis, sedangkan jaringan meliputi tidak hanya kulit tetapi juga mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi, dan atau ligamen

3. Risiko Infeksi (D.0142)

a. Pengertian

Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik

b. Etiologi

1. Penyakit kronis (mis. diabetes melitus)
2. Efek prosedur invasif
3. Malnutrisi
4. Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan

c. 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. Statis cairan tubuh

d. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder

1. Penurunan hemoglobin
2. Imununosupresi
3. Leukopenia
4. Supresi respon inflamasi
5. Vaksinasi tidak adekuat

- e. Kondisi klinis terkait
 - 1. AIDS
 - 2. Luka bakar
 - 3. Penyakit paru obstruktif kronis
 - 4. Diabetes melitus
 - 5. Tindakan invasif
 - 6. Kondisi penggunaan terapi steroid
 - 7. Penyalahgunaan Obat
 - 8. Ketuban Pecah Sebelum Waktunya (KPSW)
 - 9. Kanker
 - 10. Gagal ginjal
 - 11. Imunosupresi
 - 12. Lymphedema
 - 13. Leukositopenia
 - 14. Gangguan fungsi hati

c. Intervensi Keperawatan

a. Nyeri Akut (D.0077)

Luaran : tingkat nyeri (L.08066)

Ekspektasi : menurun

Kriteria hasil :

- 1) Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat
- 2) Keluhan nyeri menurun
- 3) Meringis menurun
- 4) Sikap protektif menurun
- 5) Gelisah menurun
- 6) Kesulitan tidur menurun
- 7) Menarik diri menurun
- 8) Berfokus pada diri sendiri menurun
- 9) Diaphoresis menurun
- 10) Perasaan depresi (tertekan) menurun
- 11) Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun
- 12) Anoreksia menurun

- 13) Perineum terasa tertekan menurun
- 14) Uterus teraba membulat menurun
- 15) Ketegangan otot menurun
- 16) Pupil dilatasi menurun
- 17) Muntah menurun
- 18) Mual menurun
- 19) Frekuensi nadi membaik
- 20) Pola nafas membaik
- 21) Tekanan darah membaik
- 22) Proses berpikir membaik
- 23) Focus membaik
- 24) Fungsi berkemih membaik
- 25) Perilaku membaik
- 26) Nafsu makan membaik
- 27) Pola tidur membaik

b. Gangguan Integritas Kulit dan Jaringan (D.0129)

Luaran : Integritas Kulit dan Jaringan (L.14125)

Ekspektasi : meningkat

Kriteria hasil :

1. Elastisitas
2. Hidrasi
3. Perfusi jaringan
4. Kerusakan kulit
5. Nyeri
6. Perdarahan
7. Hematoma
8. Pigmentasi abnormal
9. Jaringan parut
10. Nekrosis
11. Abrasi kornea
12. Suhu kulit
13. Sensasi

14. Tekstur
 15. Pertumbuhan rambut
 16. Jaringan parut
- c. Resiko Infeksi (D.0142)
- Luaran : Tingkat Infeksi (L.14137)
- Ekspektasi : Menurun
- Kriteria hasil :
1. Kebersihan tangan
 2. Kebersihan badan
 3. Demam
 4. Kemerahan
 5. Nyeri
 6. Bengkak
 7. Vesikel
 8. Cairan berbau busuk
 9. Sputum berwarna hijau
 10. Drainase purulen
 11. Piuria
 12. Periode malaise
 13. Periode menggigil
 14. Letergi
 15. Gangguan kognitif
 16. Kadar sel darah putih
 17. Kultur darah
 18. Kultur urin
 19. Kultur Sputum
 20. Kultur area luka
 21. Kultur fases
 22. Nafsu makan

d. Implementasi Keperawatan

Pada karya ilmiah ini peneliti menegakan implementasi keperawatan menggunakan buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) (PPNI, 2018)

a. Nyeri Akut (D.0077)

Intervensi : manajemen nyeri (I.08238)

Observasi:

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan tingkat nyeri
- 2) Identifikasi skala nyeri
- 3) Identifikasi respons nyeri non verbal
- 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- 5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- 6) Identifikasi faktor budaya terhadap respons nyeri
- 7) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- 8) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
- 9) Monitor efek samping penggunaan analgesic

Terapeutik:

- 1) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
- 2) Kontrol lingkungan, yang memperberat rasa nyeri
- 3) Fasilitasi istirahat dan tidur.
- 4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi:

- 1) Jelaskan penyebab, periode nyeri dan pemicu nyeri
- 2) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- 3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- 4) Anjurkan menggunakan analgesic secara tepat
- 5) Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi:

- 1) Kolaborasi pemberian analgesic, jika perlu
- b. Gangguan Integritas Kulit dan Jarigan (D. 0129)

Intervensi: Perawatan Luka (I.14564)

Observasi

- 1) Monitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau)
- 2) Monitor tanda-tanda infeksi

Terapeutik

- 1) Lepaskan balutan dan plester secara perlahan
- 2) Cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu
- 3) Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan
- 4) Bersihkan jaringan nekrotik
- 5) Berikan salep yang sesuai ke kulit atau Lesi, jika perlu
- 6) Pasang balutan sesuai jenis luka
- 7) Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka
- 8) Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase
- 9) Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien
- 10) Berikan diet dengan kalori 30-35 kkal/kgBB/hari dan protein 1,25-1,5 g/kgBB/hari
- 11) Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis. vitamin A, vitamin C, Zinc, asam amino), sesuai indikasi
- 12) Berikan terapi TENS (stimulasi saraf transkutaneus), jika perlu

Edukasi

- 1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- 2) Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein
- 3) Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi prosedur debridement (mis. enzimatik, biologis, mekanis, autolitik), jika perlu
- 2) Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu

c. Risiko Infeksi (D.0142)

Intervensi: Pencegahan Infeksi (I.14539)

Observasi

- 1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistematik

Terapeutik

- 1) Batasi jumlah pengunjung
- 2) Berikan perawatan kulit pada area edema
- 3) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
- 4) Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi

Edukasi

- 1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- 2) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
- 3) Ajarkan etika batuk
- 4) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka dan luka operasi
- 5) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
- 6) Anjurkan meningkatkan asupan cairan

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu

e. **Evaluasi Keperawatan**

Dilaksanakan suatu penilaian terhadap asuhan keperawatan yang telah diberikan atau dilaksanakan dengan berpegang teguh pada tujuan yang ingin dicapai. Pada bagian ini apakah perencanaan sudah tercapai atau belum. Pada tahap ini dibutuhkan data subjektif yaitu data yang berisi ungkapan, keluhan dari klien kemudian data objektif yang diperoleh dari pengukuran maupun penilaian perawat sesuai dengan kondisi yang tampak kemudian penilaian asesmen dan terakhir perencanaan atau planning, untuk mudah diingat biasanya menggunakan singkatan SOAP (Subjektif, Objektif, Analisis, dan Planning).

D. EVIDENCE BASE PRACTICE (EBP)

Tabel 2.1 Evidence Based Practice 1

Penulis/ Tahun	Judul Penelitian	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil
Agung 2017	Terdapat Pengaruh Pemberian Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Tingkat Nyeri Pada Pasien Post Operas	Pada jurnal ini Pengambilan sampel menggunakan teknik Purposive Sampling dengan jumlah sampel penelitian 30 responden dan instrumen penelitian menggunakan lembar observasi, skala nyeri deskriptif dan lembar panduan untuk melakukan teknik relaksasi napas dalam	Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada pengaruh teknik relaksasi napas dalam dengan nilai z hitung $(4,830) > z$ tabel $(1,96)$ dan angka signifikan $(p) < 0,05$
Lestari 2022	Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Skala Nyeri	Jenis penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif menggunakan quasi eksperimen, populasi berjumlah 90 responden dengan teknik pengambilan sampel purposive random sampling dengan accidental sampling di dapat sampel sebanyak 73 orang. Penelitian ini dilakukan menggunakan metode pre-post test	Setelah dilakukan uji t-test dengan nilai p value $< t$ tabel oleh karena itulah maka dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan penurunan skala nyeri secara signifikan antara sebelum dan sesudah dilakukan teknik relaksasi napas dalam pada klien post bedah
Stania 2020	Pengaruh Teknik Relaksasi Terhadap Perubahan Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi Di Ruang Irina A	Penelitian ini dilakukan dengan metode Kuasi Eksperimen dengan “pre test-post test design”, pemilihan sampel menggunakan accidental sampling.	Pada jurnal ini diketahui bahwa teknik relaksasi terbukti efektif dalam menurunkan intensitas nyeri pada pasien post di Irina A Atas RSUP

	Atas Rsup Prof. Dr. R. D. Kandou Manado	Sampel 30 responden. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan lembar observasi kemudian diolah menggunakan SPSS dengan uji Wilcoxon dengan tingkat kemaknaan $\alpha=0,05(95\%)$.	Prof. Dr. R. D. Kandou Manado (nilai $p=0,001 < \alpha 0,05$) yang berarti hipotesis diterima.
--	---	---	---