

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Konsep Medis

##### 1. Definisi *Ca Mammapae*

Kanker merupakan ancaman serius kesehatan masyarakat karena insiden dan angka kematiannya terus meningkat (Kemenkes, 2018). Kanker payudara (*Carcinoma Mammapae*) merupakan suatu kondisi dimana penyakit ini selnya telah kehilangan pengendalian dan mekanisme normalnya, sehingga akan mengakibatkan pertumbuhan yang tidak normal, cepat dan tidak terkendali yang terjadi pada jaringan payudara. Kanker golongan penyakit yang ditimbulkan oleh sel tunggal yang tumbuh dengan abnormal dan tidak terkendali, sehingga dapat menjadi tumor yang ganas yang dapat menghancurkan dan merusak sel atau jaringan sehat (Nurhayati, 2023).

*Ca mammapae* yaitu sekelompok sel yang tidak normal pada sebuah payudara akan dan terus menerus tumbuh akan berupa ganda. Metastase bisa juga terjadi pada sebuah kelenjar getah bening atau (limfe) di ketiak ataupun bisa juga diatas tulang belikat. Dan Selain itu kanker juga akan bisa bersarang di dalam tulang, di paru-paru, di hati dan kulit (Erik T, 2018).

##### 2. Etiologi

Tidak ada satupun penyebab spesifik dari kanker payudara, sebaliknya serangkaian factor genetic, hormonal dan kemungkinan kejadian lingkungan dapat menunjang terjadinya kanker ini. Kanker membutuhkan waktu 7 tahun untuk tumbuh dari satu sel menjadi massa. Hormone steroid

yang dihasilkan oleh ovarium juga berperan dalam 22 pembentukan kanker payudara (estradiol dan progesterone mengalami perubahan dalam lingkungan seluler). (Nurarif & Kusuma, 2015).

Menurut ( Aji, 2019), penyebab Ca mammae yaitu:

a. Genetika

- 1) Adanya kecenderungan pada suatu keluarga tertentu yang lebih banyak mengalami gangguan kanker payudara daripada anggota keluarga sehat yang lain. Pada kembar suatu dari monozygote, dan juga terdapat kanker penyakit yang sama.
- 2) Terdapat kesamaan dan juga lateralisasi pada kanker buah dada dan juga pada keluarga terdekat dari orang yang menderita kanker payudara itu.
- 3) Seseorang dengan klinifelter akan menapati kemungkinan lebih dari 66 kali dari pada seorang pria normal atau dari jumlah angka terjadinya 2%.

b. Hormon

- 1) Kanker payudara yang umumnya sering terjadi pada wanita, dan kejadian pada laki-laki akan kemungkinannya sangat lebih kecil.
- 2) Insiden ini akan jauh lebih tinggi terjadi pada wanita yang usianya diatas 35 tahun
- 3) Saat ini pengobatan dengan menggunakan terapi hormon yang hasilnya sangat memuaskan.

c. Virogen

Yaitu yang baru dilakukan percobaan atau experimentnya pada seorang manusia dan hasilnya belum terbukti.

d. Makanan

Yaitu yang terutama makanan yang sangat banyak mengandung dan terkandung lemak.

e. Radiasi Daerah Dada

Terapi ini sudah cukup lama diketahui oleh orang, tapi radiasi juga akan dapat menyebabkan kejadian mutagen.

### 3. Manifestasi Klinis

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

Menurut (Tasrapiyah,2015) tanda dan gejala Ca mammae antara lain yaitu sebagai berikut ini :

- a. Adanya benjolan yang terasa sangat keras di bagian payudara
- b. Bentuk puting berubah (bisa masuk kedalam atau sering terasa sangat sakit terus menerus), mengeluarkan cairan/ darah
- c. Ada banyak perubahan pada permukaan kulit payudara yaitu diantaranya terlihat berkerut, seperti iritasi, dan juga seperti kulit jeruk
- d. Adanya benjolan-benjolan kecil

- e. Payudara terasa panas, memerah dan bengkak
- f. Adanya luka di bagian payudara yang sulit untuk disembuhkan
- g. Terasa sakit/ nyeri (bisa juga ini bukan penyebab sakit karena mengalami kanker, tapi juga tetap harus di waspada)
- h. Terasa akan sangat gatal pada bagian didaerah sekitar seputaran putting. Benjolan yang sangat keras itu tidak akan bisa bergerak atau (terfiksasi) dan hanya saja biasanya pada awal-awalnya mengalami itu tidak ada terasa rasa sakit. Apabila sebuah benjolan itu kanker, maka awalnya biasanya hanya saja terdapat pada 1 payudara.

#### 4. Patofisiologi

Sel-sel dari kanker itu dibentuk dari sebuah sel-sel yang normal di dalam suatu proses yang sangat rumit yang bisa disebut juga dengan transformasi, yang juga terdapat dari setiap insiasi dan promosi (Wijaya, 2017)

##### a. Fase insiasi

Pada tahap pertama yaitu insiasi akan terjadi sebuah perubahan di dalam bahan yang genetic sel yang sering memancing sel itu menjadi sangat ganas. Perubahan yang ada di dalam bahan yang genetic sel ini sering disebabkan oleh salah satu agen yang bisa disebut karsinogen, yang juga bisa berupa bahan yang ber kimia virus, atau bisa juga radiasi/ (penyinaran) dari sinar matahari. Tetapi tidak juga semua sel yang memiliki kepekaan yang sama semuanya terhadap suatu karsinogen. Maka Kelainan genetic di dalam sel atau bahan kimia lainnya disebut dengan promotor, akan menyebabkan sel yang lebih rentan terhadap

salah suatu karsinogen.dan juga Bahkan gangguan fisik yang sudah menahunpun juga bisa membuat sel menjadi akan lebih peka sekali untuk mengalami gangguan suatu keganasan.

b. Fase promosi

Pada tahap kedua ini yaitu promosi, salah satu sel yang sudah mengalami fase insiasi akan bisa berubah untuk menjadi ganas. Sel ini yang belum mampu melewati tahap pertama insiasi maka tidak akan bisa terpengaruh oleh promosi. Karna itu diperlukan beberapa factor untuk terjadinya keganasan atau (gabungan dari semua sel yang sudah peka dan pada suatu karsinogen) (Wijaya, 2017).

Menurut (Anomae, 2018) proses dalam jangka panjang untuk terjadinya kanker yaitu ada 4 fase yaitu :

a. Fase induksi : 15-30 tahun

Sampai saat ini belum bisa di pastikan apa penyebab terjadinya kanker, akan tetapi faktor lingkungan mungkin memegang juga peranan yang besar didalam penyebab terjadinya kanker pada seorang manusia.

b. Fase insitu : 1 hingga 5 tahun

Yaitu dimana pada fase ini perubahan jaringan yang muncul akan menjadi sebuah lesi atau pre-cancerous yang juga bisa kita temukan di bagian serviks uteri, bisa juga ditemukan di rongga mulut, dan juga paruparu, pada saluran cerna, didalam kandung kemih, di bagian kulit dan pada akhirnya akan ditemukan di bagian payudara itu sendiri.

c. Fase invasi

Sel-sel yang akan menjadi ganas, dan terus berkembang biak untuk menginfiltasi dengan melalui membrane sel dan menuju ke jaringan sekitarnya lalu ke pembuluh darah setelah itu ke limfe. Selang waktu antara fase ke3 dan ke4 berlangsung dalam antara selang beberapa minggu bahkan sampai juga beberapa tahun lamanya.

d. Fase deseminasi : 1 sampai 5 tahun

Bila tumor itu akan makin membesar maka bisa juga kemungkinan dalam penyebaran ketempat-tempat yang lain untuk bertambah.

## 5. Penatalaksanaan

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

- a. Mastektomi radikal yang dimodifikasi mencakup pengangkatan seluruh jaringan payudara, termasuk kompleks puting-aerola dan bagian nodus limfe aksila.
- b. Mastektomi total mencakup pengangkatan payudara dan kompleks puting-aerola tetapi tidak mencakup diseksi nodus limfe aksila (axillary lymph node dissection, ALND).
- c. Pembedahan penyelamatan payudara : lumpektomi, mastektomi eksisi luas, parsial atau segmental, kuadrantektomi dilanjutkan oleh pengangkatan nodus limfe untuk kanker payudara invasif.

- d. Biopsi nodus limfe sentinel : dianggap sebagai standar asuhan untuk terapi kanker payudara stadium dini.
- e. Terapi radiasi sinar eksternal : biasanya radiasi dilakukan pada seluruh payudara, tetapi radiasi payudara parsial (radiasi ke tempat lumpektomi saja) kini sedang dievaluasi di beberapa institusi pada pasien tertentu secara cermat.
- f. Kemoterapi untuk menghilangkan penyebaran mikrometastatik penyakit : siklofosfamid (Cytoxan), metotreksat, fluorourasil, regimen berbasis antrasiklin misalnya dokpasienrubisin (Adriamycin), epirubisin (Ellence), taksans (paklitaksel seperti Taxol), dosetaksel (Taxotera).
- g. Terapi hormonal berdasarkan indeks reseptor estrogen dan progesteron : Tamoksifen (Paszienttamox) adalah agen hormonal; primer yang digunakan untuk menekan tumor yang bergantung hormonal lainnya adalah inhibitor anastrazol (Arimidex), letrozol (Femara), dan eksemestan (Aromasin).
- h. Terapi target : *trastuzumab (Herceptin)*, *bevacizumab (Avastin)*.
- i. Rekonstruksi

Penatalaksanaan keperawatan Post Op Mastektomi meliputi :

- a. Perawatan Luka
- b. Diberikan pereda nyeri pasca operasi Mastektomi
- c. Pemulihan psikologis dan dukungan emosional
- d. Rekontruksi payudara
- e. Pemeriksaan dan pemantauan

## B. Asuhan Keperawatan

### 1. Konsep Nyeri

#### a. Pengertian

Nyeri adalah perasaan yang tidak nyaman yang sangat subjektif dan hanya orang yang mengalaminya yang dapat menjelaskan dan mengevaluasi perasaan tersebut. Keluhan sensorik yang dinyatakan seperti pegal, linu, ngilu dan seterusnya dapat dianggap sebagai modalitas nyeri. Nyeri merupakan tanda penting terhadap adanya gangguan fisiologis atau jaringan (Mubarak, 2015).

Nyeri merupakan fenomena subjektif, yang dapat dialami oleh penderita ca mammae. Nyeri terjadi ketika sel kanker berkembang, timbul luka, atau bermetastasis ke tulang. Nyeri mempunyai dampak terhadap aspek bio-psiko- sosio-kultural dan spiritual seseorang. Dampak nyeri secara biologis dapat memulai, memelihara, dan memodulasi gangguan fisik. Klien yang merasakan nyeri setiap saat tidak bisa melakukan aktivitas rutinnya, sulit tidur, sulit melakukan higiene normal, dan dapat mengganggu kemampuan individu dalam bekerja. Sedangkan secara psikologis nyeri bisa menyebabkan kecemasan dan mengubah pola hidup serta kesejahteraan psikologi individu. Sensasi nyeri ini akan memicu pengeluaran hormone-hormon stress merangsang sistem syaraf simpatis. Kedua mekanisme tersebut akan memicu terjadinya vosokonstriksi yang semakin memperberat kondisi hipertensinya (Putri et al., 2022).

Nyeri dapat diklasifikasikan sebagai akut dan kronik. Nyeri akut seringkali adaptif karena mengingatkan individu mengenai kehadiran dan lokasi dari cedera pada lapisan jaringan dan mengoreksi perilaku yang dapat menyebabkan atau berkontribusi terhadapnya. terhadapnya. Nyeri kronik, disisi lain merujuk pada nyeri yang berkelanjutan lebih ringan dari tiga bulan walaupun terapi dan usaha-usaha untuk mengatasinya telah dilakukan oleh pasien. Nyeri dapat berdampak pada semua area kehidupan seseorang dan seringkali berasosiasi dengan masalah-masalah fungsional, psikologis, dan sosial. Lebih lanjut lagi, nyeri kronik dapat memiliki dampak yang signifikan terhadap fikiran terhadap keluarga dan rekan-rekan penderita -rekan penderita (Kurniawan, 2015).

b. Penyebab

Penyebab yang berasal dari nyeri ini bisa dikategorikan 3 (tiga) yaitu menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI, 2017) yaitu:

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

c. Tanda Dan Gejala

Tanda dan gejala dari nyeri ini menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) dibagi menjadi gejala dan tanda yaitu mayor dan minor. Dari masing masing gejala dan tanda mayor dan minor memiliki sub bagian yaitu dibagi subjektif dan objektif, diantaranya adalah :

1) Mayor

a) Subjektif :

(1) Mengeluh nyeri

b) Objektif:

(1) Tampak meringis

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

(3) Gelisah

(4) Frekuensi nadi meningkat

(5) Sulit tidur

2) Minor

a) Subjektif:

(Tidak tersedia)

b) Objektif:

(1) Tekanan darah meningkat

(2) Pola nafas berubah

(3) Nafsu makan berubah

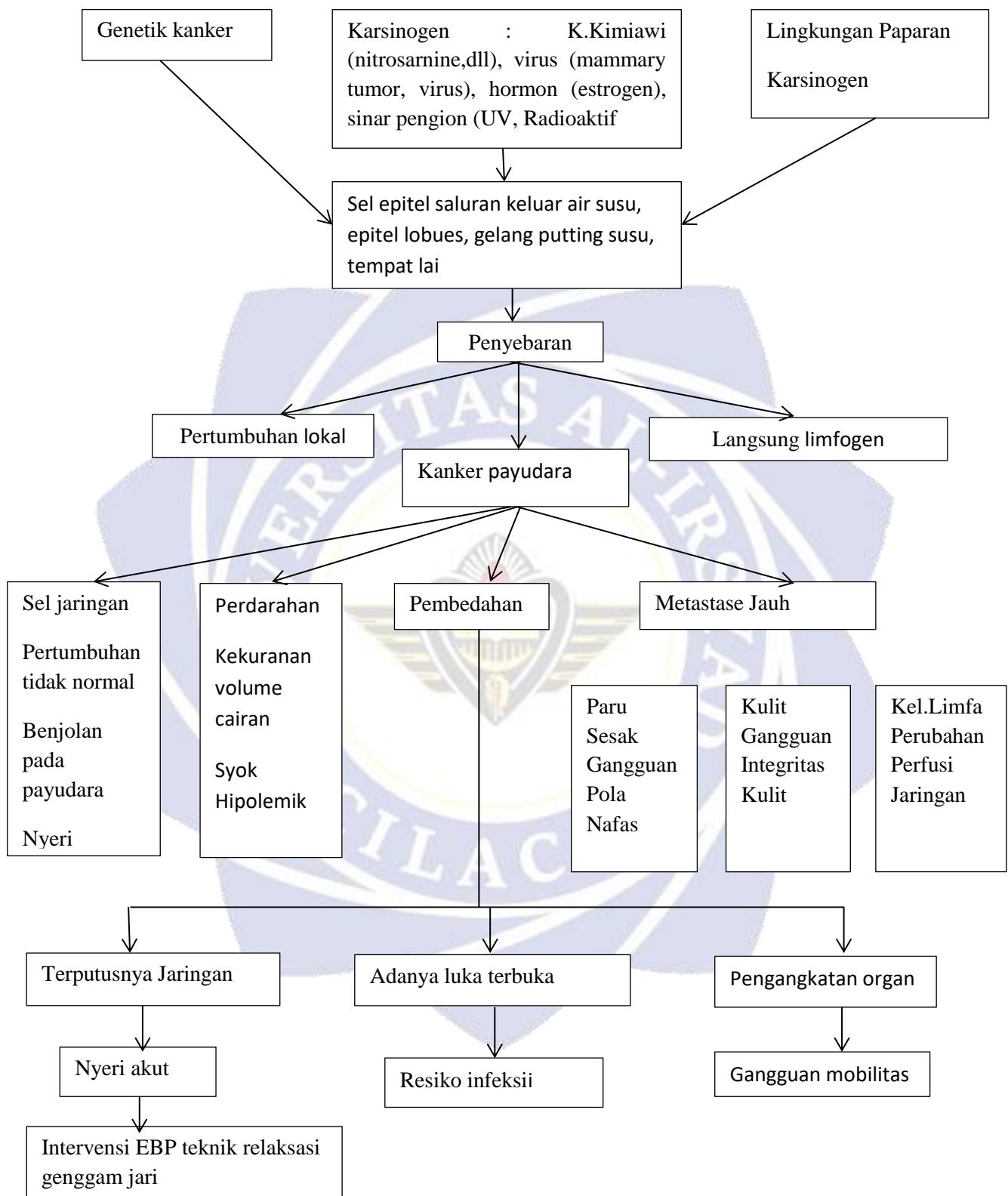
(4) Proses berpikir terganggu

(5) Menarik diri

(6) Berfokus pada diri sendiri

(7) Diaforesis

d. Pathways



**Bagan 2.1** Pathway Ca Mammeae (Sumber : Nurarif dan Kusuma,2015)

e. Penatalaksanaan

1) Penatalaksanaan nyeri secara farmakologis

Penatalaksanaan nyeri secara farmakologis efektif untuk nyeri sedang dan berat. Penanganan yang sering digunakan untuk menurunkan nyeri biasanya menggunakan obat analgesic yang terbagi menjadi dua golongan yaitu analgesik non narkotik dan analgesik narkotik. Penatalaksanaan nyeri dengan farmakologis yaitu dengan menggunakan obat-obat analgesik narkotik baik secara intravena maupun intramuskuler. Pemberian secara intravena maupun intramuskuler misalnya dengan meperidin 75-100 mg atau dengan morfin sulfat 10-15 mg, namun penggunaan analgesic yang secara terus menerus dapat mengakibatkan ketagihan obat. Namun demikian pemberian farmakologis tidak bertujuan untuk meningkatkan kemampuan pasien sendiri untuk mengontrol nyerinya (Cunningham et al., 2015).

2) Penatalaksanaan nyeri secara non farmakologis

Penatalaksanaan nyeri secara non farmakologi dapat dilakukan dengan cara terapi fisik (meliputi stimulasi kulit, pijatan, kompres hangat dan dingin, TENS, akupuntur dan akupresur) serta kognitif dan biobehavioral terapi (meliputi latihan nafas dalam, relaksasi genggam jari, terapi musik, bimbingan imaginasi, biofeedback, distraksi, sentuhan terapeutik, meditasi, hipnosis, humor dan magnet).

Penatalaksanaan pemberian terapi relaksasi genggam jari membantu pasien untuk mengurangi nyeri. Akan tetapi, penggunaan kolaborasi farmakologi secara terus-menerus dapat memberikan efek samping seperti ketergantungan obat dan rasa nyeri berulang dapat terjadi apabila obat sudah tidak dikonsumsi. Oleh karena itu, mengombinasikan terapi farmakologi dan non farmakologi merupakan salah satu cara untuk meredakan nyeri yang berlangsung secara berkelanjutan (Alza et al., 2023).

## 2. Asuhan Keperawatan

### a. Pengkajian

#### 1) Identitas pasien

Wanita diatas umur 40 tahun keatas disebut dengan masa pramenopause, pada masa ini hormon esterogen semakin meningkat dan hal ini memicu untuk terjadinya kanker payudara. Selain itu wanita diatas usia 40 tahun memiliki resiko menderita kanker payudara lebih tinggi karena pada usia ini fungsi organ tubuh sudah menurun yang menyebabkan sel kanker tumbuh dengan tidak terkendali (Rahayu & Arania, 2018).

#### 2) Keluhan utama

Keluhan utama yang sering ditemukan pada klien *Ca Mammapae* biasanya klien masuk ke rumah sakit karena merasakan adanya benjolan yang menekan payudara, adanya ulkus, kulit berwarna merah dan mengeras, bengkak serta nyeri.

#### 3) Riwayat penyakit sekarang

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

#### 4) Riwayat kesehatan dahulu

Adanya riwayat *karsinoma mammae* sebelumnya atau ada kelainan pada *mammae*, kebiasaan makan tinggi lemak, pernah mengalami sakit pada bagian dada sehingga pernah mendapatkan penyinaran pada bagian dada, ataupun mengidap penyakit kanker lainnya seperti kanker ovarium atau kanker serviks. Pemakaian obat-obatan, hormon termasuk pil KB jangka waktu yang lama. Riwayat menarche, jumlah kehamilan, abortus, riwayat menyusui.

#### 5) Riwayat kesehatan keluarga

Adanya keluarga yang mengalami *Ca Mammapae* berpengaruh pada kemungkinan klien mengalami *Ca Mammapae* atau pun keluarga klien

pernah mengidap penyakit kanker lainnya, seperti kanker ovarium atau kanker serviks.

6) Riwayat psikososial

Merupakan respon emosi klien terhadap penyakit yang dideritanya dan peran klien dalam keluarga dan masyarakat serta respon atau pengaruhnya dalam kehidupan sehari-hari (Andini, 2018). Pada penderita kanker payudara akan terjadi perubahan tubuh sejak kanker mulai menyebar pada tubuh, menyebabkan perubahan persepsi sehingga pasien harus beradaptasi dari sisi fisiologis dan psikososial baik konsep diri, peran fungsi dan interdependensi. Adanya gejala fisik seperti kerontokan rambut dimana rambut merupakan identitas diri pasien sehingga ketika mengalami kebotakan akan mempengaruhi penampilan mereka dan kondisi ini akan menimbulkan persepsi serta harga diri yang negatif. Perubahan citra tubuh akibat perubahan fisik merupakan respon psikologis yang sangat menekan bagi pasien kanker payudara, dimana payudara merupakan organ penyusuan bagi bayinya dan sebagai daya tarik bagi kaum pria. Payudara juga mempunyai fungsi sebagai simbol kewanitaan (*body image*) dan fungsi erotik atau seksual terhadap lawan jenis. Kehilangan payudara pada akhirnya dapat menciptakan disfungsi seksual yang parah sebagai bentuk hilangnya *self image*, rendahnya *self esteem*, hilangnya *perceived attractiveness*, rasa malu dan kehilangan gairah. (Ambarwati, 2017)

7) Pengkajian fungsional

a) Pola persepsi dan Manajemen

Biasanya klien tidak langsung memeriksakan benjolan yang terasa pada payudaranya ke rumah sakit karena menganggap itu hanya benjolan biasa.

b) Pola nutrisi – Metabolik

Kebiasaan diet buruk, biasanya klien akan mengalami anoreksia, muntah dan terjadi penurunan berat badan, klien juga ada riwayat mengkonsumsi makanan mengandung MSG.

c) Pola eliminasi

Biasanya terjadi perubahan pola eliminasi, klien akan mengalami melena, nyeri saat defekasi, distensi abdomen dan konstipasi.

d) Pola aktivitas dan latihan

Anoreksia dan muntah dapat membuat pola aktivitas dan latihan klien terganggu karena terjadi kelemahan dan nyeri.

e) Pola kognitif dan Persepsi

Biasanya klien akan mengalami pusing pasca bedah sehingga kemungkinan ada komplikasi pada kognitif, sensorik maupun motoric. Menurut (Oktiawati, 2017) terdapat beberapa cara yang dapat dilaksanakan untuk melakukan pengkajian nyeri yaitu:

**P** : Provokes Penyebab terjadinya nyeri

**Q** : Quality Kualitas : seperti apa nyeri yang dirasakan?

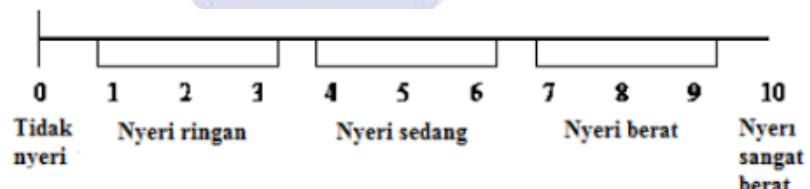
**R** : Radiation Radiasi atau Lokasi: dimana letak nyeri muncul ?  
Bergeser atau tetap.

**S** : Severity Keparahan: Menilai nyeri dengan menghitung dari angka 1- 10

**T** : Time Waktu : nyeri timbul seberapa lama ?

*Numerical Rating Scale (NRS)*

meminta pasien menyebutkan dari angka 0-10 untuk melihat tingkat nyerinya. Pada angka 10 yaitu nyeri paling parah.



Gambar 2. 1 Skala Nyeri

f) Pola istirahat dan tidur

Biasanya klien mengalami gangguan pola tidur karena nyeri.

g) Pola persepsi dan konsep diri

Payudara merupakan alat vital bagi wanita. Kelainan atau kehilangan akibat operasi akan membuat klien tidak percaya diri, malu, dan kehilangan haknya sebagai wanita normal.

h) Pola peran dan hubungan

Biasanya pada sebagian besar klien akan mengalami gangguan dalam melakukan perannya dalam berinteraksi social.

i) Pola reproduksi dan seksual

Biasanya akan ada gangguan seksualitas klien dan perubahan pada tingkat kepuasan.

j) Pola coping dan toleransi stress

Biasanya klien akan mengalami stress yang berlebihan, denial dan keputus asaan.

k) Pola nilai dan keyakinan

Diperlukan pendekatan agama supaya klien menerima kondisinya dengan lapang dada.

8) Pemeriksaan fisik (Head to Toe)

a) Keadaan umum

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

b) Kepala dan Wajah

(1) Inspeksi

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

(2) Palpasi

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

c) Mata

(1) Inspeksi

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

(2) Palpasi

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

d) Hidung

(1) Inspeksi

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

e) Telinga

(1) Inspeksi

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

(2) Palpasi

Adanya nyeri tekan pada telinga atau tidak

f) Mulut

(1) Inspeksi

Mengamati bibir apakah ada kelainan kongenital (bibir sumbing), mukosa bibir biasanya tampak pucat dan kurang

bersih, pada gusi biasanya mudah terjadi pendarahan akibat rapuhnya pembuluh darah dan caries positif

(2) Palpasi

Apakah ada nyeri tekan pada daerah sekitar mulut

g) Leher

(1) Inspeksi

Mengamati adanya bekas luka, kesimetrisan, ataupun massa yang abnormal

(2) Palpasi

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

h) Payudara dan Ketiak

(1) Inspeksi

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

(2) Palpasi

Teraba benjolan payudara yang menegras dan teraba pembengkakakan, 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.

## b. Diagnosa Keperawatan

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

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

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

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

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

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

b) Manifestasi Klinis

(1) Tanda Gejala Mayor:

Tanda Subjektif : Mengeluh nyeri.

Tanda Objektif : Tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, nadi meningkat, sulit tidur.

(2) Tanda Gejala Minor:

Tanda subjektif : -,

Tanda Objektif : TD meningkat, pola nafas berubah, menarik diri, fokus diri sendiri, diaforesis.

c) Kondisi Klinis Terkait :

Pengkajian nyeri dapat menggunakan instrumen skala nyeri, yaitu:

- (1) Behavioral Pain Scale untuk usia kurang dari 3 tahun
- (2) Baker-Wong-FACES scale untuk usia 3-7 tahun
- (3) Visual analogue scale atau numeric rating scale untuk usia diatas 7 tahun

2) Gangguan mobilitas fisik b.d kecemasan (D.0054)

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

a) Etiologi : kerusakan integritas struktur tulang, perubahan metabolisme, ketidakbugaran fisik, penurunan kendali otot, penurunan massa otot, penurunan kekuatan otot, keterlambatan perkembangan, kekakuan sendi, kontraktur, malnutrisi, gangguan muskoskeletal, gangguan neuromuskular, indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia, efek agen farmakologis, program pembatasan gerak, nyeri, kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik, kecemasan, gangguan kognitif, keengganan melakukan pergerakan, gangguan sensoripersepsi.

b) Manifestasi Klinis

(1) Tanda Gejala Mayor :

Tanda subjektif : mengeluh sulit menggerakan ekstermitas.

Tanda objektif: kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun.

(2) Tanda Gejala Minor :

Tanda subjektif: nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak.

Tanda objektif: sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, fisik lemah.

c) Kondisi Klinis Terkait

(1) Stroke

(2) Cedera medua spinalis

(3) Trauma

(4) Fraktur

(5) Osteoarthritis

(6) Ostemalasia

(7) Keganasan

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

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

a) Faktor resiko:

- (1) Penyakit kronis (mis. Diabetes mellitus)
- (2) Efek prosedur invasive
- (3) Malnutrisi
- (4) Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan
- (5) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer
- (6) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder

b) Kondisi Klinis Terkait

- (a) AIDS
- (b) Luka bakar
- (c) Penyakit paru obstruktif kronis
- (d) Diabetes mellitus
- (e) Tindakan invasive
- (f) Kondisi penggunaan terapi steroid
- (g) Penyalahgunaan obat
- (h) Ketuban pecah sebelum waktunya
- (i) Kanker
- (j) Gagal ginjal

c. Intervensi Keperawatan

**Tabel 2. 1 intervensi keperawatan**

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1	Nyeri Akut b.d agen pencedera fisik (D.0077)	<p><b>Tingkat Nyeri (L.08066)</b>  Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan tingkat nyeri menurun dan kontrol nyeri meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri</li> <li>2. Meringis</li> <li>3. Gelisah</li> <li>4. Kesulitan tidur</li> </ol>	<p><b>Manajemen Nyeri (I.08238)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi respons nyeri non verbal</li> <li>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperringan nyeri</li> <li>5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</li> <li>6. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>7. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</li> <li>8. Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ol>

		<p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat dingin, terapi bermain)</li><li>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li><li>3. Fasilitasi istirahat dan tidur</li><li>4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li></ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li><li>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li><li>3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li><li>4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</li><li>5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li></ol>
--	---	---

			<p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</li> </ol>
2.	Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri (D.0054)	<p><b>Mobilitas Fisik (L.05042)</b></p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan mobilitas fisik meningkat</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstermitas</li> <li>2. Kekuatan otot</li> <li>3. Rentang gerak (ROM)</li> </ol>	<p><b>Dukungan mobilisasi (I.05173)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Identifikasi toleransi fisik saat melakukan pergerakan</li> <li>3. monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan atau memula mobilisasi</li> <li>4. monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> </ol> <p><b>Terapiutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu</li> <li>2. fasilitasi melakukan pergerakan, jika ada</li> <li>3. libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini</li> <li>3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus</li> </ol>

			dilakukan (mis, duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)
3	Resiko Infeksi b.d efek prosedur invasif (D.0142)	<p><b>Tingkat infeksi (L.03030)</b></p> <p>Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x 24 jam, diharapkan tingkat infeksi menurun , dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemerahan</li> <li>2. Bengkak</li> <li>3. Nyeri</li> </ol>	<p><b>Perawatan Luka I.14564</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor karakteristik luka (misalnya drainase, warna, ukuran, bau)</li> <li>2. Monitor tanda-tanda infeksi</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</li> <li>2. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan</li> <li>3. Bersihkan jaringan nekrotik</li> <li>4. Pasang balutan sesuai jenis luka</li> <li>5. Pertahankan teknik sterili saat melakukan perawatan luka.</li> <li>6. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase</li> <li>7. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>2. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri</li> </ol>

#### d. Implementasi Keperawatan sesuai EBP

##### 1) Konsep Dasar Teknik Relaksasi Genggam Jari

###### a) Definisi Teknik Relaksasi Genggam Jari

Teknik relaksasi merupakan salah satu metode manajemen nyeri non farmakologis dalam strategi mengatasi nyeri, disamping metode TENS (*Transcutaneous Electric Nerve Stimulation*), *feedback*, *placebo* dan distraksi. Relaksasi adalah kebebasan mental dan fisik dari ketegangan dan stress, akrena dapat mengubah persepsi kognitif dan motivasi afektif pasien. Teknik relaksasi membuat pasien dapat mengontrol diri ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri, stress fisik dan emosi pada nyeri. Teknik relaksasi *Finger Hold* atau genggam jari merupakan teknik relaksasi yang sederhana dan mudah dilakukan oleh siapapun yang berhubungan dengan jari tangan serta aliran energi di dalam tubuh. Teknik relaksasi genggam jari dan nafas efektif dalam menurunkan nyeri haid (Aswad, 2020).

Teknik relaksasi genggam jari adalah bagian dari teknik *jin syin jyutsu*. *Jin syin jyutsu* adalah akupresur dari jepang. Bentuk seni yang menggunakan sentuhan sederhana tangan dan pernafasan untuk menyeimbangkan energi didalam tubuh. Tangan (jari dan telapak tangan) merupakan alat bantuan sederhana dan ampuh untuk menyelaraskan dan membawa tubuh menjadi seimbang. Setiap jari tangan berhubungan dengan sikap sehari-hari. Ibu jari berhubungan dengan perasaan khawatir, jari telunjuk berhubungan dengan ketakutan, jari tengah berhubungan dengan kemarahan, jari manis berhubungan dengan kesedihan, dan jari kelingking berhubungan dengan rendah diri dan kecil hati (Rosiska, 2021).

Salah satu cara yang dapat digunakan untuk mengurangi rasa nyeri adalah dengan menggunakan teknik relaksasi genggam jari. Menggenggam jari sambil ngetaur napas (relaksasi) yang dilakukan selama kurang lebih 3-5 menit dapat mengurangi ketegangan fisik

dan emosional, karena menggenggam jari mampu menghangatkan titik titik keluar dan masuknya energi meridian (energi channel) yang terletak pada jari tangan kita. Titik-titik refleksi pada tangan akan memberikan rangsangan secara reflek/spontak pada saat genggaman. Rangsangan tersebut akan mengalihkan gelombang listrik menuju otak yang akan diterima dan diproses dengan cepat, lalu diteruskan menuju saraf pada organ tubuh yang mengalami gangguan, sehingga sumbatan di jalur energi menjadi lancar (Neila Sulung S. D., 2017)

b) Mekanisme Relaksasi

Merupakan suatu tindakan untuk membebaskan mental dan fisik dari ketegangan dan stress sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyero. Masase dapat dilakukan dengan cara menekan tangan pada jaringan lunak, biasanya otot, tendon atau ligamentum tanpa merubah posisi sendi untuk meredakan nyeri. Tindakan ini dianggap “menutup gerbang” untuk menghambat perjalanan rangsangan nyeri pada sistem saraf pusat.

Teknik relaksasi genggam jari dilakukan dengan cara menggenggam kelima jari satu persatu dimulai dari ibu jari hingga jari kelingking selama sekitar 3-5 menit. Sentuhan pada ibu jari dipercaya dapat meredakan kecemasan dan sakit kepala. Genggaman pada jari telunjuk dilakukan untuk meminimalisir frustasi, rasa takut serta nyeri otot dan berhubungan langsung dengan ginjal. Jari tengah berhubungan dengan sirkulasi darah dan rasa lelah, sentuhan pada jari tengah menciptakan efek relaksasi yang mampu mengatasi kemarahan dan menurunkan tekanan darah serta kelelahan pada tubuh. Sentuhan jari manis dapat membantu mengurangi masalah pencernaan dan penafasan juga dapat mengatasi energy negatif dan perasaan sedih. Jaro kelingking berhubungan langsung dengan organ jantung dan usus kecil. Dengan melakukan genggaman pada jari kelingking dipercaya dapat menghilangkan rasa gugup dan stress.

Relaksasi genggam jari menghasilkan impuls yang dikirim melalui serabut saraf aferen non-nosiseptor. Serabut saraf nonnosiseptor mengakibatkan “gerbang” tertutup sehingga stimulus pada kortek serebi dihambat atau dikurangi akibat counter stimulasi relaksasi dan menggenggam jari. Hal itu akan membuat intensitas nyeri berubah akibat stimulasi relaksasi genggam jari yang lebih dahulu dan lebih banyak mencapai otak. Gelombang listrik yang dihasilkan dari genggaman, diproses menuju organ yang mengalami gangguan. Hasil yang ditimbulkan menyebabkan relaksasi yang akan memicu pengeluaran hormon endorphin untuk mengurangi nyeri (Pinandita, 2012). Setiap jari tangan berhubungan dengan sikap sehari-hari. Ibu jari berhubungan dengan perasaan khawatir, jari 39 telunjuk berhubungan dengan ketakutan, jari tengah berhubungan dengan kemarahan, jari manis berhubungan dengan kesedihan, dan jari kelingking berhubungan dengan rendah diri dan kecil hati (Hill, 2011)

c) Prosedur

Pasien dalam keadaan sadar dan kooperatif saat dilakukan tindakan, mengobservasi tanda-tanda vital kemudian mengidentifikasi nyeri pada pasien. Langkah-langkah melakukan teknik relaksasi genggam jari :

- (1) Meminta persetujuan pasien
- (2) Persiapkan pasien dalam posisi yang nyaman
- (3) Siapkan lingkungan yang tenang
- (4) Kontrak waktu dan jelaskan tujuan
- (5) Jelaskan rasional dan keuntungan dari teknik relaksasi genggam jari
- (6) Cuci tangan dan observasi tindakan prosedur pengendalian infeksi lainnya yang sesuai dan berikan privasi pasien
- (7) Kaji skala nyeri pasien dan dokumentasikan hasil
- (8) Pasien dalam posisi berbaring atau posisi senyaman mungkin

- (9) Menjelaskan tindakan dan tujuan dilakukan teknik relaksasi genggam jari
- (10) Minta pasien untuk tutup mata, fokus, dan menarik nafas dalam dan perlahan dengan mulut secara teratur untuk membuat rileks semua otot
- (11) Genggam jari dengan lembut, tidak keras, tidak menekan tapi genggam lembut seperti menggenggam tangan bayi
- (12) Lakukan satu persatu pada jari tangan selama kurang lebih 3-5 menit
- (13) Lakukan hal yang sama untuk jari-jari lainnya dengan rentang waktu yang sama
- (14) Setelah selesai menanyakan kembali bagaimana intensitas nyeri yang dirasakan pasien
- (15) Dokumentasikan respon pasien



Gambar 2. 2 Teknik Relaksasi Genggam Jari (Henderson, 2007 dalam Sri Dinengsih 2017)

#### e. Evaluasi

Evaluasi merupakan tindakan yang direncanakan, berkelanjutan, dan terarah ketika pasien dan profesional kesehatan menentukan kemajuan pasien menuju pencapaian tujuan/hasil dan keefektifan rencana asuhan keperawatan (Kozier et al., 2010). Evaluasi asuhan keperawatan didokumentasikan dalam bentuk SOAP (subjektif, objektif, assesment, planning). (Dermawan, 2012).

Setelah diberikan intervensi terapi relaksasi genggam jari diharapkan Tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil (SLKI, 2018) :

1. Keluhan nyeri menurun (5)
2. Meringisn menurun (5)
3. Gelisah menurun (5)
4. Sikap protektif (5)

### C. EVIDENCE BASE PRACTICE (EBP)

Dalam Karya Ilmiah Akhir Ners ini, peneliti akan menggunakan *Evidence Base Practice* (EBP) mengenai penerapan terapi relaksasi genggam jari pada pasien post op mastektomi. *Evidence Base Practice* dalam penelitian ini juga dimuat dalam beberapa jurnal; diantaranya :

Tabel 2. 2 Evidence Base Pravtice (EBP)

<b>Penulis/ Tahun</b>	<b>Judul Penelitian</b>	<b>Metode (desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)</b>	<b>Hasil</b>
Fatmawati, Muh. Tabran Thalib, Zaenal (2020)	Efektifitas Therapi Perilaku Kognitif Relaksasi genggam jari Pada Pasien Kanker Payudara Terhadap intensitas NyeriIntensitas Nyeri Di Ruang Bedah Tumor Rsup. Dr Wahidin Sudirohusodo	Pengambilan data dilakukan dengan teknik purposive sampling. Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuasi eksprimen, pre- test, post-test desain pada kedua kelompok intervensi jumlah sampel sebanyak 12 orang. Hasil pengukuran nyeri diolah dengan menggunakan uji wilcoxon dan independent test.	Setelah dilakukan analisis dengan uji T-Test, sebelum terapi diperoleh $p$ value sebesar $0.31 > \alpha = 0.05$ , sehingga intensitas nyeri tidak mengalami pengaruh apapun dari terapi relaksasi sedangkan pada analisis uji t-test setelah terapi diperoleh nilai $p$ sebesar $0,014$ sehingga nilai $p < 0,05$ sehingga studi tersebut menegaskan efektivitas terapi relaksasi dalam mengurangi intensitas nyeri pada pasien kanker payudara, terbukti memberikan efek.
Rosliana Dewi, Johan Budhiana, Syiva Dwi Fatmala,	Coaching Dan Training Teknik Relaksasi genggam Jari Pada Pasien Kanker Payudara Untuk Menurunkan	Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah Quasi eksperimen, pretest, posttest. intervensi jumlah sampel sebanyak 15 orang.	Sebelum menggunakan teknik relaksasi lima jari, penelitian menemukan bahwa rata-rata adalah (58,89). Dengan memanfaatkan

Maria Yulianti, Dila Nurul Arsyi (2023)	Fatigue, Nyeri Dan Gangguan Tidur		metode relaksasi lima jari, rata-rata menurun menjadi (35,56) dari (58,89).
Nengke puspitasari (2022)	Efektivitas Relaksasi genggam jari dan Hipnoterapi terhadap penurunan skala nyeri pada pasien kanker payudara	Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah quasi eksprimen dengan pendekatan one group pretest post tes design	Hasil penelitian menunjukkan bahwa terjadi penurunan rata-rata skala nyeri setelah dilakukan relaksasi genggam jari yaitu 7,6 pada analisis bivariate menggunakan <i>Wilcoxon Test</i> didapatkan $p$ value = 0,0002 yang berarti penerapan relaksasi genggam jari efektif menurunkan skala nyeri