

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

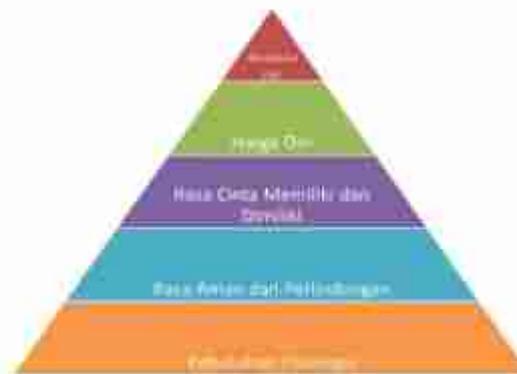
1. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Kebutuhan dasar manusia merupakan kebutuhan yang harus segera dipenuhi karena berpengaruh langsung terhadap kehidupan dan kematian. Kebutuhan dasar manusia dibagi menjadi lima komponen. Komponen-komponen tersebut membentuk satu piramida yang berarti kebutuhan pada tingkat pertama harus terpenuhi sebelum seseorang naik untuk memenuhi kebutuhan kedua, dan seterusnya. Kebutuhan tersebut adalah kebutuhan material, kebutuhan rasa aman, kebutuhan sosial, kebutuhan pengakuan, dan kebutuhan aktualisasi diri (Asaf, 2020).

Dalam Teori hierarki kebutuhan dasar manusia menurut Abraham Maslow dikenal dapat dikembangkan untuk menjelaskan kebutuhan dasar manusia sebagai berikut:

- a. Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan yang paling mendasar, seperti; oksigen, cairan (minuman), gizi (makanan), keseimbangan suhu tubuh, eliminasi, tempat tinggal, istirahat dan tidur, serta kebutuhan seksual.
- b. Kebutuhan rasa aman dan perlindungan dibagi menjadi perlindungan fisik dan perlindungan psikologis. Perlindungan fisik mencakup perlindungan terhadap ancaman bahaya terhadap tubuh atau hidup. Ancaman tersebut dapat berupa penyakit, kecelakaan, bahaya dari lingkungan dan sebagainya. Perlindungan psikologis yaitu perlindungan terhadap ancaman dari pengalaman yang baru dan asing. Misalnya, kekhawatiran yang dialami seseorang ketika pertama kali masuk sekolah karena merasa terancam oleh keharusan untuk berinteraksi dengan orang lain dan sebagainya.
- c. Kebutuhan rasa cinta serta rasa memiliki dan dimiliki, antara lain memberi dan menerima kasih sayang, mendapatkan kehangatan keluarga, memiliki sahabat, diterima oleh kelompok sosial dan sebagainya.

- d. Kebutuhan akan harga diri maupun perasaan dihargai oleh orang lain. Kebutuhan ini terkait dengan keinginan untuk mendapatkan kekuatan, meraih prestasi, rasa percaya diri dan kemerdekaan diri, selain itu, orang juga memerlukan pengakuan dari orang lain (Haswita & Sulistyowati, 2017).



Gambar 2.1 Hierarki Maslow
(Sumber: Haswita & Sulistyowati, 2017)

2. Konsep Kebutuhan Rasa Nyaman

Kebutuhan dasar manusia adalah unsur-unsur yang dibutuhkan manusia dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun psikologis yang tentunya untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan. Manusia memiliki berbagai macam kebutuhan menurut intensitas kegunaan, menurut sifat, menurut bentuk, menurut waktu dan menurut subjek (Haswita & Sulistyowati, 2017).

3. Konsep Dasar Nyeri

a. Definisi

Nyeri merupakan sensasi yang rumit, unik, universal dan bersifat individual. Dikatakan bersifat individual karena respons individu terhadap sensasi nyeri beragam dan tidak bisa disamakan dengan orang lain. Inilah dasar dari perawat dalam mengatasi rasa nyeri pada klien. Nyeri dapat diartikan sebagai suatu sensasi yang tidak menyenangkan baik secara sensori maupun emosional yang berhubungan dengan adanya suatu kerusakan jaringan atau faktor lain,

sehingga individu merasa tersiksa, menderita yang pada akhirnya akan mengganggu aktivitas sehari-hari, psikis dan lain-lain (Sutanto & Fitriana, 2022).

Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan tidak menyenangkan bersifat sangat subjektif karena perasaan nyeri berbeda pada setiap orang dalam hal skala atau tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya. berikut ini adalah pendapat beberapa ahli tentang pengertian nyeri:

- 1) Wolf Weifsel Feurst: nyeri merupakan suatu perasaan menderita secara fisik dan mental atau perasaan yang bisa menimbulkan ketegangan.
- 2) Mc. Coffery: mendefinisikan nyeri sebagai suatu keadaan yang memengaruhi seseorang yang keberadaannya diketahui hanya jika orang tersebut pernah mengalaminya.
- 3) Arthur C. Curton mengatakan bahwa nyeri merupakan suatu mekanisme produksi bagi tubuh, timbul ketika jaringan sedang dirusak, dan menyebabkan individu tersebut bereaksi untuk menghilangkan rangsangan nyeri.
- 4) Scrumum, mengartikan bahwa nyeri sebagai suatu keadaan yang tidak menyenangkan akibat terjadinya rangsangan fisik maupun dari serabut saraf dalam tubuh ke otak dan diikuti oleh reaksi fisik, fisiologis, dan emosional (Hidayat & Uliyah, 2014).

b. Teori Nyeri

1) Teori Pemisahan (Specificity Theory)

Rangsangan sakit masuk ke medula spinalis melalui kornu dorsalis yang bersinaps di daerah posterior, kemudian naik ke tractus lissur dan menyilang di garis median ke sisi lainnya, dan berakhir di korteks sensoris tempat rangsangan nyeri tersebut diteruskan.

2) Teori Pola (Teori Pola)

Rangsangan nyeri masuk melalui akar gangliondorsal ke medulla spinalis dan merangsang aktivitas sel T. Hal ini mengakibatkan suatu respon yang merangsang ke bagian lain yang lebih tinggi yaitu kortek serebri, serta kontraksi menimbulkan persepsi dan otot berkontraksi sehingga menimbulkan nyeri. Persepsi dipengaruhi oleh modalitas respon dari reaksi sel T.

3) Teori Pengendalian (Gate Control Theory)

Nyeri tergantung dari kerja serat saraf besar dan kecil yang keduanya berada dalam akar ganglion dorsalis. Rangsangan pada serat saraf besar akan meningkatkan aktivitas substansia gelatinosa yang mengakibatkan tertutupnya pintu mekanisme sehingga sel T terhambat dan menyebabkan hantaran rangsangan ikut terhambat. Rangsangan serat saraf besar dapat langsung merangsang kortek serebri. Hasil persepsi ini akan dikembalikan dalam medulla spinalis melalui serat eferen dan reaksinya mempengaruhi aktivitas sel T. Rangsangan pada serat saraf kecil akan menghambat substansia gelatinosa dan membuka mekanisme, sehingga rangsangan aktivitas sel T yang selanjutnya akan menghantarkan rangsangan nyeri.

4) Teori Transmisi dan Inhibisi

Adanya rangsangan pada nociceptor memulai transmisi impuls implus nyeri menjadi efektif oleh neurotransmitter yang spesifik. (Haswita & Sulistyowati, 2017).

c. Fisiologis Nyeri

Saat terjadinya stimulus yang menimbulkan kerusakan jaringan hingga pengalaman emosional dan psikologis yang menyebabkan nyeri, terdapat rangkaian peristiwa elektrik dan kimiawi yang kompleks, yaitu transduksi, transmisi, modulasi dan persepsi.

- 1) Transduksi adalah proses dimana stimulus noksius diubah menjadi aktivitas elektrik pada ujung saraf sensorik (reseptor) terkait.

- 2) Proses berikutnya yaitu transmisi dalam proses ini terlibat tiga komponen saraf yaitu saraf sensorik perifer yang meneruskan impuls kemedulla spinalis, kemudian jaringan saraf yang meneruskan impuls yang menuju ke atas (ascendens), dari medulla spinalis ke batang otak dan thalamus, yang terakhir hubungan timbal balik antara thalamus dan cortex.
- 3) Proses ketiga adalah modulasi yaitu aktivitas saraf yang bertujuan mengontrol transmisi nyeri. Suatu senyawa tertentu telah ditemukan disistem saraf pusat yang secara selektif menghambat transmisi nyeri dimedula spinalis. Senyawa ini diaktifkan jika terjadi relaksasi atau obat analgetik seperti morfin.
- 4) Proses terakhir adalah persepsi, proses impuls nyeri yang ditransmisikan hingga menimbulkan perasaan subjektif dari nyeri sama sekali belum jelas. Bahkan struktur otak yang menimbulkan persepsi tersebut juga tidak jelas. Sangat disayangkan karena nyeri secara mendasar merupakan pengalaman subjektif yang dialami seseorang sehingga sangat sulit untuk memahaminya (Haswita & Sulistyowati, 2017).

d. Klasifikasi Nyeri

1) Jenis Nyeri

Berdasarkan jenisnya nyeri dapat dibedakan menjadi nyeri perifer, nyeri sentral, dan nyeri psikogenik.

- a. Nyeri perifer: nyeri ini dapat dibedakan menjadi beberapa yaitu:
 - 1) Nyeri superfisial: rasa nyeri yang muncul akibat rangsangan pada kulit.
 - 2) Nyeri viseral: rasa nyeri timbul akibat rangsangan pada reseptor nyeri di rongga abdomen, kranium dan toraks.
 - 3) Nyeri alih: rasa nyeri dirasakan di daerah lain yang jauh dari jaringan penyebab nyeri.
- b. Nyeri sentral: nyeri yang muncul akibat rangsangan pada medulla spinalis.

- c. Nyeri psikogenik: nyeri yang penyebab fisiknya tidak diketahui. Umumnya nyeri disebabkan karna faktor psikologis.
- 2) Bentuk nyeri dapat dibedakan menjadi nyeri akut dan nyeri kronis.

Tabel 1
Perbedaan nyeri akut dan nyeri kronik

Karakteristik	Nyeri Akut	Nyeri Kronik
Pengalaman	Suatu kejadian.	Suatu situasi, status eksistensi nyeri.
Sumber	Faktor eksternal atau penyakit dari dalam.	Tidak diketahui.
Serangan	Mendadak.	Bisa mendadak atau bertahap, tersembunyi.
Durasi	Sampai 6 bulan.	6 bulan atau sampai bertahun-tahun.
Pernyataan nyeri	Daerah nyeri diketahui dengan pasti.	Daerah nyeri sulit dibedakan intensitasnya dengan daerah yang tidak nyeri sehingga sulit di evaluasi.
Gejala klinis	Pola respon yang khas dengan gejala yang lebih jelas.	Pola respon bervariasi.
Perjalanan	Umumnya gejala berkurang setelah beberapa waktu.	Gejala berlangsung terus dengan intensitas yang tetap atau bervariasi.
Prognosis	Baik dan mudah dihilangkan.	Penyembuhan total umumnya tidak terjadi.

e. Pengukuran Intensitas Nyeri

Intensitas nyeri adalah gambaran tentang seberapa parah nyeri yang dirasakan oleh individu. Pengukuran pada intensitas nyeri juga sangat subjektif dan individual, serta kemungkinan nyeri yang sama dirasakan setiap orang juga berbeda-beda.

1). Skala Nyeri Menurut Hayward

Pengukuran intensitas nyeri dengan menggunakan skala menurut Hayward dilakukan dengan meminta penderita untuk memilih salah satu bilangan dari 0-10 yang menurutnya paling menggambarkan pengalaman nyeri yang sangat ia rasakan.

Tabel 2
Skala Nyeri Menurut Hayward

Skala	Keterangan
0	Tidak Nyeri
1-3	Nyeri Ringan
4-6	Nyeri Sedang
7-9	Nyeri berat terkontrol
10	Nyeri berat tidak terkontrol

2). Skala Wajah atau Wong Baker FACES Rating Scale

Pengukuran intensitas nyeri di wajah dilakukan dengan cara memperhatikan mimik wajah pasien pada saat nyeri tersebut menyerang. Cara ini diterapkan pada pasien yang tidak dapat menyebutkan intensitas nyerinya dengan skala angka, misalnya anak-anak dan lansia.



Gambar 2.2 Skala Nyeri
(Sumber: Haswita & Sulistyowati 2017)

f. Stimulus Nyeri

Seseorang dapat menoleransi, menahan nyeri (*pain tolerance*), atau dapat mengenali jumlah stimulasi nyeri sebelum merasakan nyeri (*pain threshold*). Terdapat beberapa jenis stimulus nyeri, di antaranya sebagai berikut:

- 1) Trauma pada jaringan tubuh, misalnya karena bedah akibat terjadi kerusakan jaringan dan iritasi secara langsung pada reseptor.
- 2) Gangguan pada jaringan tubuh, misalnya karena edema akibat terjadinya penekanan pada reseptor nyeri.
- 3) Tumor, dapat juga menekan pada reseptor nyeri.
- 4) Iskemia pada jaringan, misalnya terjadi blokade pada arteri koronaria yang menstimulasi reseptor nyeri akibat tertumpuknya asam laktat.

- 5) Spasme otot, dapat menstimulasi mekanik (Hidayat & Uliyah, 2014).

g. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Nyeri

1. Usia

Usia merupakan faktor penting yang mempengaruhi nyeri, khususnya pada anak-anak dan lansia. Perkembangan, yang ditemukan diantara kelompok usia ini dapat mempengaruhi bagaimana anak-anak dan lansia bereaksi terhadap nyeri. Anak yang masih kecil (bayi) mempunyai kesulitan mengungkapkan dan mengekspresikan nyeri. Para lansia menganggap nyeri sebagai komponen alamiah dari proses penuaan dan dapat diabaikan atau tidak ditangani oleh petugas kesehatan.

2. Jenis kelamin

Karakteristik jenis kelamin dan hubungannya dengan sifat keterpaparan dan tingkat kerentanan memegang peranan tersendiri. Berbagai penyakit tertentu ternyata erat hubungannya dengan jenis kelamin, dengan berbagai sifat tertentu. Penyakit yang hanya dijumpai pada jenis kelamin tertentu, terutama yang berhubungan erat dengan alat reproduksi atau yang secara genetik berperan dalam perbedaan jenis kelamin. Toleransi nyeri dipengaruhi oleh faktor-faktor biokimia dan merupakan hal yang unik pada setiap individu tanpa memperhatikan jenis kelamin. Meskipun penelitian tidak menemukan perbedaan antara laki-laki dan perempuan dalam mengekspresikan nyerinya, pengobatan ditemukan lebih sedikit pada perempuan. Perempuan lebih suka mengkomunikasikan rasa sakitnya, sedangkan laki-laki menerima analgesik opioid lebih sering sebagai pengobatan untuk nyeri.

3. Kebudayaan keyakinan dan nilai-nilai budaya mempengaruhi cara individu mengatasi nyeri. Individu mempelajari apa yang diharapkan dan apa yang diterima oleh kebudayaan mereka. Hal ini meliputi bagaimana bereaksi terhadap nyeri. Ada perbedaan makna dan sikap dikaitkan dengan nyeri diberbagai kelompok budaya.

4. Makna nyeri individu akan mempersepsikan nyeri dengan cara yang berbeda-beda.
5. Perhatian tingkat seorang pasien memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat mempengaruhi persepsi nyeri.
6. Ansietas hubungan antara nyeri dan ansietas bersifat kompleks. Ansietas seringkali meningkatkan persepsi nyeri, tetapi nyeri juga dapat menimbulkan suatu perasaan ansietas. Pola bangkitan otonom adalah sama dalam nyeri dan ansietas. Ansietas yang tidak berhubungan dengan nyeri dapat mendistraksi pasien dan secara aktual dapat menurunkan persepsi nyeri. Secara umum cara yang efektif untuk menghilangkan nyeri adalah dengan mengarahkan pengobatan nyeri ketimbang ansietas.
7. Pengalaman terdahulu
Individu yang mempunyai pengalaman yang multiple dan berkepanjangan dengan nyeri akan lebih sedikit gelisah dan lebih toleran terhadap nyeri dibanding dengan orang yang hanya mengalami sedikit nyeri. Bagi kebanyakan orang, bagaimana pun, hal ini tidak selalu benar. Sering kali, lebih berpengalaman individu dengan nyeri yang dialami, makin takut individu tersebut terhadap peristiwa yang menyakitkan yang akan diakibatkan.
8. Gaya koping
Mekanisme koping individu sangat mempengaruhi cara setiap orang dalam mengatasi nyeri. Ketika seseorang mengalami nyeri dan menjalani perawatan di rumah sakit adalah hal yang sangat tak tertahankan. Secara terus menerus klien kehilangan kontrol dan tidak mampu untuk mengontrol lingkungan termasuk nyeri. Klien sering menemukan jalan untuk mengatasi efek nyeri baik fisik maupun psikologis. Penting untuk mengerti sumber koping individu selama nyeri. Sumber-sumber koping ini seperti berkomunikasi dengan keluarga, latihan dan bernyanyi dapat digunakan sebagai rencana untuk mensupport klien dan menurunkan nyeri klien. Sumber koping lebih dari sekitar metode teknik. Seorang klien mungkin tergantung

pada support emosional dari anak-anak, keluarga atau teman meskipun nyeri masih ada tetapi dapat meminimalkan kesendirian. Kepercayaan pada agama dapat memberi kenyamanan untuk berdoa, memberikan banyak kekuatan untuk mengatasi ketidaknyamanan yang datang.

9. Dukungan keluarga dan sosial

Faktor lain yang juga mempengaruhi respon adalah kehadiran dari orang terdekat. Orang-orang yang sedang dalam keadaan nyeri sering bergantung pada keluarga untuk mensupport, membantu atau melindungi. Ketidakhadiran keluarga atau teman terdekat mungkin akan membuat nyeri semakin bertambah. Kehadiran orangtua merupakan hal khusus yang penting untuk anak-anak dalam menghadapi nyeri (Sumber: Haswita dan Sulistyowati, 2017).

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan langkah pertama dari proses keperawatan melalui kegiatan pengumpulan data atau perolehan data yang akurat dari pasien guna mengetahui berbagai permasalahan yang ada (Hidayah & Uliyah, 2014).

Pengkajian pada masalah nyeri yang dapat dilakukan adalah adanya riwayat nyeri, serta keluhan nyeri seperti lokasi nyeri, intensitas nyeri, kualitas, dan waktu serangan. Pengkajian bisa dilakukan dengan PQRST, yaitu sebagai berikut:

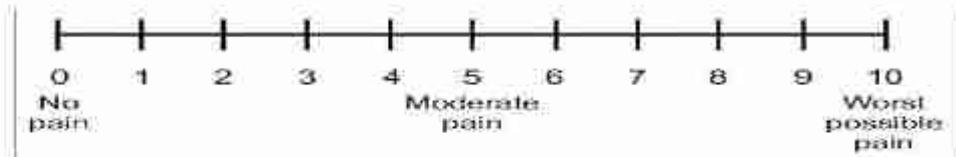
P: Provokes, *palliative* (penyebab) yaitu faktor yang menyebabkan nyeri seperti faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.

Q: *Quality* (kualitas) pada kualitas nyeri ini seperti rasa nyeri yang dirasakan seperti diremas, menekan, membakar, ditusuk-tusuk.

R: *Region* atau lokasi pada nyeri yaitu apakah nyeri yang dirasakan menyebar hingga kebagian tubuh yang lain.

S: Skala nyeri yaitu diberikan angka dari 1-10 untuk mengukur tingkat keparahan nyeri dengan 0 tidak nyeri 10 yang paling nyeri.

T: *Time* atau waktu, yaitu jangka waktu yang terjadi selama nyeri timbul. Intensitas nyeri dapat diketahui dengan *Numeric Rating Scale* pada pengukuran skala ini pasien diminta untuk menyebutkan rasa nyerinya terdapat diangka berapa. Perawat menyelesaikan tingkatan nyerinya yaitu 0 tidak nyeri, 1-3 nyeri ringan, 4-6 nyeri sedang, 7-9 nyeri berat tetapi tidak terkontrol, dan 10 nyeri sangat berat tidak terkontrol.



Gambar 2.3 *Numeric Rating Scale*
(Sumber: Haswita & Sulistyowati, 2017)

a. Tahap Pengkajian

1) Identitas pasien

Identitas pasien meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, tanggal, dan jam masuk rumah sakit, diagnosa medis.

2) Keluhan utama

Pada umumnya keluhan yang paling banyak pada pasien adalah nyeri pada payudara.

3) Riwayat kesehatan sekarang

Riwayat kesehatan sekarang yang ditemukan saat pengkajian, yang diuraikan dari mulai masuk rumah sakit sampai dilakukan pengkajian. Pasien yang mengalami kanker payudara umumnya mengeluh nyeri. Pada riwayat kesehatan sekarang dilakukan pengkajian nyeri pada masalah nyeri umumnya mencakup 5 hal yaitu penyebab nyeri, kualitas nyeri, lokasi nyeri, skala nyeri, dan waktu nyeri yang timbul.

4) Riwayat kesehatan dahulu

Pada riwayat kesehatan dahulu ini berisikan tentang pengalaman penyakit dahulu, apakah memberi pengaruh pada penyakit yang diderita sekarang dan apakah dahulu pernah dirawat dirumah sakit.

5) Riwayat kesehatan keluarga

Pada riwayat kesehatan keluarga hal yang perlu diketahui apakah ada anggota keluarga yang lainnya yang menderita penyakit yang sama seperti pasien, karena salah satu penyebab kanker payudara adalah dari faktor keturunan.

6) Pola nutrisi dan metabolic data yang perlu dikaji meliputi nafsu makan, jumlah makanan dan minuman serta cairan yang masuk adakah perubahan antara sebelum sakit dan setelah sakit.

7) Pola eliminasi data yang perlu dikaji meliputi pola buang air besar, dan pola buang air kecil sebelum sakit dan setelah sakit.

8) Pola aktivitas dan latihan kemampuan aktivitas dan latihan meliputi kemampuan melakukan perawatan diri, makan dan minum, mandi, toileting, berpakaian, dan berpindah. Pola latihan sebelum sakit dan saat sakit.

9) Pola tidur dan istirahat

Data yang perlu dikaji meliputi pola tidur dan istirahat sebelum sakit dan saat sakit apakah ada perubahan.

10) Pengkajian fisik

a. Keadaan umum meliputi tingkat kesadaran: composmentis, apatis, somnolen, sopor, coma, dan GCS (*Glasglow Coma Scale*).

b. Tanda-tanda vital: nadi, suhu, tekanan darah, respiratory rate.

c. Pemeriksaan head to toe. Pemeriksaan fisik yang dilakukan dengan menggunakan metode atau teknik P.E. (*physical Examination*) yang terdiri atas:

1. Inspeksi, yaitu teknik yang dapat dilakukan dengan observasi yang dilaksanakan secara sistematis.

2. Palpasi, yaitu suatu teknik yang dapat dilakukan dengan menggunakan indera peraba. Langkah-langkah yang perlu diperhatikan adalah menciptakan lingkungan yang kondusif, nyaman, dan santai. Kemudian tangan harus dalam keadaan kering, hangat, dan kuku pendek. Palpasi pada setiap ekstermitas dan rasakan (kekuatan/kualitas nadi perifer, adanya nyeri tekan atau tidak).

3. Perkusi, adalah pemeriksaan yang perlu dilakukan dengan mengetuk, dengan tujuan untuk membandingkan kiri-kanan pada setiap daerah permukaan tubuh dengan menghasilkan suara. Perkusi bertujuan untuk mengidentifikasi, ukuran, bentuk, dan konsistensi jaringan. contoh suara-suara yang dihasilkan sonor, redup, pekak, hipersonor/timpani.
4. Auskultasi merupakan pemeriksaan yang dapat dilakukan dengan mendengarkan suara yang dihasilkan oleh tubuh dengan menggunakan stetoskop.

2. **Diagnosis Keperawatan**

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang di alaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

Tabel 3
Diagnosis keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan	Penyebab Faktor Resiko	Tanda dan Gejala		Kondisi Terkait
			Mayor	Minor	
1.	Nyeri akut (D.0077) Definisi: 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 tiga bulan	1. Agen pencedera fisiologis (misal inflamasi (misal inflamasi, iskemia, neoplasma). 2. Agen pencedera kimiawi (misal terbakar, bahan kimia iritan) 3. Agen pencedera fisik (misal abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, latihan fisik berlebihan)	Subjektif 1. Mengeluh nyeri Objektif 1. Tampak meringis, gelisah, dan sulit tidur 2. Bersikap protektif (misal waspada, posisi menghindari nyeri	Subjektif 1. Tidak tersedia Objektif 1. Tekanan darah meningkat, pola napas berubah 2. Nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu 3. Menarik diri, berfokus pada diri sendiri 4. Diaforesis	1. Kondisi pembedahan cidera traumatis 2. Infeksi 3. Sindrom coroner akut 4. Glaukoma

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi atau rencana keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Tabel 4
Intervensi Keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan	Intervensi Utama	Intervensi Pendukung
1.	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluhan nyeri menurun - Meringis menurun - Gelisah menurun - Kesulitan tidur menurun - Menarik diri menurun - Bertitik pada diri sendiri menurun - Diaphoresis menurun - Perasaan depresi menurun - Perasaan takut engalami cedera berulang menurun - Anoreksia menurun - Perineum terasa tertekan menurun - Uterus teraba membulat menurun - Ketegangan otot menurun - Pupil dilatasi menurun - Muntah menurun - Mual menurun - Frekuensi nadi membaik 	<p>- Manajemen Nyeri</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respons nyeri non verbal - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri. - Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri. - Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup. - Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan. - Monitor efek samping penggunaan analgetik. <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangirasa nyeri. - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri. - Fasilitasi istirahat dan tidur. - Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aromaterapi - Dukungan hypnosis diri - Dukungan pengungkapan kebutuhan - Edukasi efek samping obat - Edukasi proses penyakit - Edukasi teknik nafas - Kompres dingin - Kompres panas - Konsultasi - Latihan pernafasan - Manajemen efek samping obat - Manajemen kenyamanan lingkungan - Manajemen medikasi - Manajemen sedasi - Manajemen terapi radiasi - Pementauan nyeri - Pemberian obat - Pemberian obat interavena - Pemberian obat oral - Pemberian obat tropical - Pengaturan posisi - Perawatan amputasi - Perawatan kenyamanan - Teknik distraksi - Teknik imajinasi terbimbing - Terapi akupresur. - Teknik akupuntur - Teknik bantuan hewan - Teknik humor - Teknik murrotal - Teknik musik - Teknik pemijatan - Teknik relaksasi - Teknik sentuhan - Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS)

		<p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri. - Jelaskan strategi meredakan nyeri. - Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri... - Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat - Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian analgetik jika perlu (Manajemen nyeri: I.08238). 	
--	--	--	--

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Pada tahap ini dilaksanakan tindakan keperawatan berdasarkan rencana keperawatan yang telah dibuat sesuai teori dan asuhan keperawatan (Budiono & S Pertami, 2015).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi mengacu kepada penilaian, tahapan dan perbaikan. Dalam evaluasi, perawat menilai reaksi klien. Terhadap intervensi yang telah diberikan dan menetapkan apa yang menjadi sasaran dari rencana keperawatan dapat diterima. Evaluasi proses atau promotif dilakukan setelah menyelesaikan tindakan. Evaluasi dapat dilakukan menggunakan SOAP (Subjective, Objective, Assesment, and Planning) sebagai pola pikirnya.

S (Subjective): adalah informasi yang berupa ungkapan yang di dapatkan dari klien setelah tindakan di berikan.

O (objective): adalah informasi yang didapatkan berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah dilakukan tindakan.

A (Analisis): adalah membandingkan antara informasi subjective dan objective dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi.

P (Planning): adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa.

Adapun ukuran pencapaian tujuan pada tahap evaluasi meliputi:

- a. Masalah teratasi, jika pasien menunjukkan perubahan sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan.
- b. Masalah teratasi sebagian, jika pasien menunjukkan sebagian dari kriteria hasil yang ditetapkan.
- c. Masalah belum teratasi, jika pasien tidak menunjukkan perubahan dan kemajuan sama sekali yang sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan. Muncul masalah baru, jika pasien menunjukkan adanya perubahan kondisi atau munculnya masalah baru.

C. Konsep Penyakit Kanker Payudara

Kanker payudara adalah keganasan pada sel-sel yang terdapat pada jaringan payudara bisa berasal dari komponen kelenjarnya (epitel saluran maupun lobusnya) maupun komponen selain kelenjar seperti jaringan lemak, pembuluh darah dan persyarafan jaringan payudara.

Setiap risiko kanker payudara pada wanita dapat mempunyai kemungkinan yang lebih tinggi atau lebih rendah, bergantung pada beberapa faktor yang meliputi riwayat keluarga, genetik, usia saat menstruasi pertama, dan faktor-faktor lainnya. Ketika wanita dengan usia muda terkena kanker payudara, maka ada kecenderungan perkembangan kanker tersebut lebih agresif dibandingkan wanita dengan usia yang lebih tua. Hal inilah yang mungkin menjelaskan mengapa angka harapan hidup pada wanita usia muda lebih rendah. Angka harapan hidup wanita yang mengidap kanker payudara.

Pada kanker payudara tidak seperti kanker leher rahim yang dapat diketahui etiologi dan perjalanan penyakitnya secara jelas, penyakit kanker

payudara belum dapat dijelaskan. Akan tetapi banyak penelitian yang menunjukkan adanya beberapa faktor yang berhubungan dengan peningkatan risiko atau kemungkinan untuk terjadi kanker payudara. Faktor-faktor tersebut disebut sebagai faktor risiko. Perlu diingat, apabila seorang wanita memiliki faktor risiko, bukan berarti wanita tersebut pasti akan menderita kanker payudara. Banyak wanita yang mempunyai satu atau beberapa faktor risiko, tetapi tidak pernah menderita kanker payudara sampai akhir hidupnya. Kanker payudara tidak menyerang kulit payudara yang berfungsi sebagai pembungkus. Kanker payudara menyebabkan sel dan jaringan payudara berubah bentuk menjadi abnormal dan bertambah banyak secara tidak terkendali.

Selama dua dekade terakhir telah terjadi perubahan yang bermakna dari pelaksanaan pembedahan kanker payudara, dan melewati abad ke-20 tindakan bedah konvensional mastektomi radikal atau modifikasinya masih menempati pilihan terapi. Sejarah mastektomi radikal diperkenalkan Halsted yang saat itu diartikan operasi radikal bagi penyembuhan kanker payudara tindakan tersebut meliputi pengangkatan jaringan payudara yang melibatkan sebagian kulit atasnya dan kompleks areola papilla, sebagian besar muskulus pektoralis dan seluruh kelenjar getah bening ketiak secara bersamaan enblok bahkan kemudian juga kelenjar getah bening daerah supraklavikularis pada beberapa kasus. Mastektomi ini diterima karena hasilnya nyata dalam pembedahan kanker payudara.

Beberapa tahun selanjutnya ditemukan tindakan pembedahan kanker payudara yang kurang multistatif dengan cara preservasi kedua muskulus pektoralis atau mengangkat muskulus pektoralis minor dan mastektomi radikal modifikasinya ini ternyata memiliki efektivitas yang sama dalam hal kontrol lokoregional dan angka harapan hidup bila dibandingkan dengan mastektomi radikal modifikasi ini telah menjadi tindakan pembedahan penyakit kanker payudara yang baku dan pilihan bagi kanker payudara pada stadium dini.

Pada tahun-tahun kemudian, studi-studi lebih banyak dilakukan dengan tindakan pembedahan yang lebih konservatif dengan tindakan konservatif BCT, tumor diangkat dengan menyertakan jaringan normal sekelilingnya sebatas sayatan 1-2 cm. bilamana tindakan bedah konservatif dilakukan maka terapi radiasi merupakan suatu keharusan guna mencapai angka control local yang memadai (Irianto, 2015).

1. Etiologi Kanker Payudara

Penyebab kanker payudara memang belum diketahui dengan pasti, akan tetapi banyak penelitian yang menunjukkan adanya beberapa faktor yang berhubungan dengan peningkatan risiko atau kemungkinan untuk terjadinya kanker payudara. Faktor-faktor tersebut disebut sebagai faktor risiko. Perlu diingat, apabila seseorang perempuan mempunyai risiko, bukan berarti perempuan tersebut pasti akan menderita kanker payudara, tetapi faktor tersebut akan meningkatkan kemungkinan untuk terkena kanker payudara. Banyak perempuan yang mempunyai satu atau beberapa faktor risiko tetapi tidak pernah menderita kanker payudara sampai akhir hidupnya. Beberapa faktor risiko seperti usia dan ras, tidak bisa diganggu gugat. Namun, beberapa faktor risiko dapat dimodifikasi, khususnya yang berkaitan dengan lingkungan dan perilaku. Seperti kebiasaan merokok, minum alkohol, dan pengaturan pola makan. Berikut ini beberapa faktor risiko yang dapat menyebabkan kanker payudara yaitu:

a. Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi

1) Gender

Lahir sebagai wanita merupakan faktor risiko utama kanker payudara. Benar bahwa pria juga bisa menderita kanker payudara, tetapi penyakit ini sekitar 100 kali lebih umum dialami wanita dari pada pria. Mungkin penyebabnya karena pria memiliki lebih sedikit hormon estrogen dan progesteron yang menjadi pemicu tumbuhnya sel kanker.

2) Pertambahan usia

Risiko seorang wanita menderita kanker payudara meningkat seiring dengan pertambahan usia. Semakin tua usia seseorang wanita, semakin tinggi risiko ia menderita kanker payudara. Lebih dari 80%

kanker payudara terjadi pada wanita berusia 50 tahun keatas dan telah mengalami menopause. Hanya sekitar 1-8 kasus kanker payudara invasif (menyubar) ditemukan pada wanita berusia dibawah 45 tahun.

3) Genetik

Wanita yang memiliki *one degree relatives* (keturunan di atasnya) yang menderita/ pernah menderita kanker payudara atau kanker indung telur memiliki risiko kanker payudara yang lebih tinggi. Namun kanker payudara bukan merupakan penyakit keturunan seperti diabetes militus atau hemophilia atau alergi. Walaupun demikian gen yang dibawa wanita penderita kanker payudara mungkin saja dapat diturunkan. Sekitar 5-10% kasus kanker payudara diturunkan. Risiko kanker payudara lebih tinggi pada wanita yang memiliki kerabat dekat sedarah yang juga menderita penyakit ini. Memiliki hubungan darah satu tingkat pertama (ibu, saudara wanita, anak wanita) yang menderita kanker payudara meningkatkan risiko sekitar 2x lipat. Memiliki hubungan darah dua tingkat pertama (nenek atau bibi) meningkatnya risiko kanker sekitar 3x lipat. Walaupun belum dapat dipastikan dengan tepat wanita dengan riwayat kanker payudara dari garis keturunan ayah atau memiliki saudara pria yang menderita kanker payudara juga memiliki risiko kanker payudara. Secara keseluruhan hanya 15% wanita penderita kanker payudara memiliki anggota keluarga dengan penyakit ini. Ini berarti bahwa sebagian besar kasus kanker payudara justru diakibatkan oleh faktor risiko lain.

4) Riwayat pribadi kanker payudara

Wanita yang pernah menderita kanker payudara cenderung mengalami penyakit ini lagi suatu saat. Seorang wanita dengan kanker pada satu payudara memiliki 3-4 kali lipat peningkatan risiko mengembangkan kanker baru pada payudara sebelahnya atau di bagian lain dari payudara yang sama.

5) Riwayat tumor

Wanita yang menderita tumor jinak (benign) mungkin memiliki risiko kanker payudara. Beberapa jenis tumor jinak seperti atypical

ductal hyperplasia atau lobular carcinoma in situ cenderung berkembang sebagai kanker payudara suatu saat nanti.

6) Ras dan etnis

Secara umum, wanita ras kulit putih (kaukasia) memiliki risiko sedikit lebih tinggi menderita kanker payudara dibandingkan wanita dari ras Afrika, Asia, dan Hispanik (Amerika Latin). Namun wanita dari ras Afrika, Asia, dan Hispanik yang menderita kanker ini memiliki risiko kematian yang tinggi.

7) Jaringan payudara yang padat

Seseorang dikatakan mempunyai jaringan payudara yang padat ketika ia memiliki lebih banyak jaringan kelenjar dan fibrosa daripada jaringan lemak. Wanita dengan jaringan payudara padat memiliki risiko kanker payudara dua kali dari wanita dengan kepadatan jaringan payudara rata-rata. Kepadatan jaringan payudara hanya dapat terlihat pada pemeriksaan mammogram. Sejumlah faktor dapat mempengaruhi kepadatan jaringan payudara, seperti usia, menopause, obat-obat tertentu (terapi hormon menopause), kehamilan, dan genetik.

8) Paparan hormon estrogen

Produksi hormon estrogen dimulai ketika wanita mengalami menstruasi pertama kali. Produksi ini turun secara drastis ketika wanita memasuki menopause. Wanita yang mulai mengalami menstruasi dini (menarche) di usia yang sangat muda atau memasuki masa menopause lebih lambat dari pada umumnya memiliki risiko lebih tinggi menderita kanker payudara. Ini karena tubuh lebih lama terpapar hormon estrogen.

9) Paparan radiasi

Bekerja dengan peralatan sinar x dan sinar gamma bisa jadi meningkatkan risiko seorang wanita menderita kanker payudara, meskipun sangat kecil kemungkinannya. Selain itu wanita, wanita yang pernah terpapar radiasi dibagian dada (sebagai salah satu terapi kanker yang dideritanya saat anak-anak/remaja) juga berisiko menderita kanker payudara kondisi ini bervariasi sesuai dengan usia pasien ketika

mendapatkan radiasi. Risiko tinggi kanker payudara terjadi jika radiasi diberikan selama masa remaja, ketika payudara masih berkembang.

b. Faktor risiko yang berkaitan dengan pilihan dan gaya hidup

1) Tidak punya anak dan tidak menyusui

Wanita yang tidak pernah mempunyai anak dan tidak pernah menyusui memiliki risiko lebih tinggi terkena kanker payudara. Pasalnya masa menyusui secara aktif menjadi periode bebas kanker dan memperlancar sirkulasi hormonal. Pada masa menyusui, peran hormon estrogen menurun dan di dominasi oleh hormon prolaktin.

2) Tidak menikah/ tidak berhubungan seks

Wanita yang tidak menikah (tidak berhubungan seks) atau wanita menikah yang jarang berhubungan seksual juga berisiko tinggi terkena kanker payudara. Apalagi jika secara genetik memiliki keluarga sedarah yang pernah menderita kanker. Dengan kata lain, semakin sering wanita melakukan hubungan seksual, semakin baik sirkulasi hormonnya dan semakin rendah juga risiko terhadap penyakit kanker.

3) Kehamilan anak pertama setelah berumur 30 tahun

Wanita yang memiliki anak pertama diusia 30 tahun keatas memiliki risiko tinggi menderita kanker payudara. Risiko ini meningkat sebanyak 3% setiap kali ia bertambah usia, semakin tua usia wanita saat hamil dan melahirkan maka semakin tinggi risiko menderita kanker payudara.

4) Kontrasepsi hormonal

Penelitian menemukan bahwa wanita yang menggunakan kontrasepsi oral (pil KB) memiliki risiko sedikit lebih besar terkena kanker payudara dibandingkan dengan wanita yang tidak pernah menggunakannya. Selain pil KB, kontrasepsi hormonal lainnya seperti KB suntik yang diberikan setiap 3 bulan juga diketahui memberikan efek terhadap risiko kanker payudara. Wanita yang menggunakan KB suntik cenderung memiliki peningkatan risiko kanker payudara tetapi risikonya menurun jika ia berhenti menggunakan KB suntik lebih dari 5 tahun.

5) Obesitas

Wanita yang mengalami obesitas setelah memasuki masa menopause memiliki risiko lebih tinggi menderita kanker payudara. Wanita menopause yang mengalami obesitas memiliki tingkat estrogen yang jauh lebih tinggi daripada seharusnya, dimana hal itu dianggap menjadi peningkatan risiko kanker payudara. Sebelum menopause, indung telur bersama-sama jaringan lemak menghasilkan sebagian estrogen sehingga sebagian besar estrogen wanita berasal dari jaringan lemak. Memiliki lebih banyak jaringan lemak setelah menopause berarti meningkatkan kadar estrogen sehingga risiko kanker payudara menjadi lebih tinggi.

6) Konsumsi alkohol

Studi menunjukkan bahwa risiko kanker payudara meningkat berkaitan dengan asupan alkohol jangka panjang. Hal ini mungkin disebabkan karena alkohol mempengaruhi aktivitas ekstrogen. Hubungan antara peningkatan risiko kanker payudara dengan intake alkohol lebih kuat didapatkan pada wanita postmenopause. Alkohol dapat menyebabkan hiperinsulinemia yang akan merangsang faktor pertumbuhan pada jaringan payudara (*insulin like growth factor*). Hal ini akan merangsang pertumbuhan tergantung pada estrogen (*estrogen-independent-growth*) pada lesi prakanker yang selama masa menopause akan mengalami regresi ketika jumlah estrogen menurun. lesi akan memasuki fase dorman, dimana pada fase ini dapat diaktifasi oleh adanya faktor pemicu (*promoting factor*) seperti alkohol. Keadaan hiperinsulinemia yang disebabkan oleh alkohol menghambat terjadinya regresi spontan dari lesi prakanker selama masa menopause dan pertumbuhan lesi ini dapat berubah dari estrogen dependen menjadi autonom (Savitri, 2016).

2. Etiologi Nyeri Pada Pasien Kanker Payudara

Nyeri merupakan hal yang umum pada wanita yang menderita kanker payudara terutama jika kanker tersebut telah metastasis, hal tersebut dialami oleh lebih dari 50% penderita kanker. Salah satu penyebab yang paling sering adalah kerusakan jaringan.

Nyeri berkaitan dengan sensasi somatik maupun psikis, dan sensasi nyeri yang dirasakan seseorang berhubungan dengan bagaimana kemampuan seseorang untuk mengontrol nyeri dan mengetahui penyebab nyeri tersebut. Pasien akan merasakan nyeri yang lebih sering jika disertai dengan beberapa gejala lain seperti kelelahan, kecemasan, gangguan tidur, depresi, rasa takut, kemarahan, dan ketidakpastian tumor dapat menyebabkan nyeri baik oleh rangsangan saraf yang merespon tekanan mekanis maupun melalui rangsangan kimia. Berbagai bahan kimia yang sensitif terhadap ujung saraf dihasilkan oleh tumor seperti prostaglandin, sitokin, leukotrin, histamin, dan bradykinin. Selain itu, neurotransmitter penting dalam sumsum tulang belakang seperti sel-sel eksitator dan zat penghambat peptida seperti endorfin.

Pada keganasan, nyeri yang disebabkan oleh aktivasi nosiseptor disebut nyeri nosiseptif sedangkan nyeri yang ditimbulkan oleh gangguan pada sistem saraf disebut nyeri neuropatik. Nyeri nosiseptif terjadi akibat kerusakan jaringan yang potensial yang dapat disebabkan oleh penekanan langsung tumor, trauma, inflamasi, atau infiltrasi ke jaringan yang sehat dan dapat berupa nyeri somatik maupun viseral. Nyeri somatik terjadi akibat terkenanya struktur tulang dan otot, bersifat tajam, berdenyut, serta terlokalisasi dengan jelas. Nyeri viseral adalah nyeri nosiseptif yang disebabkan oleh penarikan, distensi, atau inflamasi pada organ dalam toraks dan abdomen. Nyeri viseral bersifat difus, tidak terlokalisasi, dan dideskripsikan sebagai tegang atau kejang disertai rasa mual dan muntah.

Nyeri neuropatik sering dijumpai pada pasien keganasan dan umumnya sulit untuk ditangani. Nyeri neuropatik dapat terjadi akibat kompresi saraf oleh masa tumor, trauma saraf pada prosedur diagnostik atau

pembedahan, serta cedera sistem saraf akibat efek samping kemoterapi atau radioterapi. Adanya gangguan pada sistem saraf akan menyebabkan lepasnya muatan spontan dan paroksismal pada sistem saraf perifer dan pusat atau menyebabkan hilangnya modulasi inhibitor pusat. Karakteristik nyeri neuropatik adalah hiperalgesia (respon berlebihan terhadap stimulus yang menimbulkan nyeri) dan alodinia (nyeri yang disebabkan oleh stimulus yang secara normal tidak menyebabkan nyeri). Beberapa penyebab nyeri pada pasien kanker payudara yaitu:

a. Post mastektomi

Diantara 10-30% pasien akan merasakan nyeri setelah mastektomi terutama mastektomi total. Sindrom post mastektomi terjadi karena cedera pada nervus intercostobrachialis percabangan Th 1-2 pada saat proses operasi. Selain itu nyeri dan parestesia akan dirasakan pada daerah distribusi saraf. Biasanya nyeri dirasakan segera setelah operasi atau akan muncul nyeri 30 sampai 60 hari post operasi. Pasien akan merasakan nyeri pada daerah dada seperti rasa terbakar, nyeri pada daerah aksila, nyeri pada kulit yang teriritasi oleh pakaian, serta nyeri pada daerah lengan yang diperparah oleh gerakan. Selain itu nyeri juga dapat disebabkan karena kerusakan pada saraf perifer.

b. Brachial plexopathy

Brachial plexopathy disebabkan oleh metastasis dari kanker yang menimbulkan gejala nyeri pada daerah distribusi pada plexus brachialis. Pasien dengan brachial plexopathy akan mengeluhkan rasa sakit di bahu, menjalar ke siku, sisi medial lengan bawah, jari ke 4 dan ke 5. Nyeri yang dirasakan disebabkan oleh kerusakan saraf. Keluhan nyeri biasanya disertai dengan kelemahan otot, atrofi otot, dan kadang-kadang menimbulkan sympathetic reflex dystrophy.

c. Metastasis kanker

Penyebab nyeri pada pasien kanker payudara yang paling sering disebabkan oleh metastasis ke tulang. Nyeri ditimbulkan oleh karena pertumbuhan kanker yang menekan saraf, reaksi inflamasi yang ditimbulkan oleh reaksi prostaglandin, dan aktivitas osteoklast.

Metastasis ketulang biasanya pada vertebra, costa, tulang panggul, femur, humerus, dan tulang tengkorak. Metastasis yang tak terkendali dapat menyebabkan hiperkalsemia, fraktur, quadriplegia, paraplegia, yang disebabkan karena tekanan pada tulang belakang yang disebabkan invasi sel-sel kanker pada epidural (Siampa & Suaib, 2015).

3. Patofisiologi Kanker Payudara

Payudara mengalami tiga macam perubahan yang dipengaruhi hormon. Perubahan pertama ialah mulai dari masa hidup anak melalui pubertas, masa fertilasi, sampai ke klimakterium, dan menopause. Sejak pubertas pengaruh estrogen dan progesterone yang diproduksi ovarium dan hipofisis, telah menyebabkan duktus berkembang dan timbulnya asinus. Perubahan kedua adalah perubahan sesuai dengan daur haid. Sekitar hari ke-8 haid, payudara jadi lebih besar dan pada beberapa hari sebelum haid berikutnya terjadi pembesaran maksimal. Kadang-kadang timbul benjolan yang nyeri dan tidak rata. Selama beberapa hari menjelang haid, payudara menjadi tegang dan nyeri sehingga pemeriksaan fisik, terutama palpasi, tidak mungkin dilakukan. Pada waktu itu, pemeriksaan foto mammography tidak berguna karena kontras kelenjar terlalu besar. Begitu haid mulai semuanya berkurang. Perubahan ketiga terjadi pada masa hamil dan menyusui. Pada kehamilan, payudara menjadi besar karena epitel duktus lobus dan duktus alveolus berfoliferasi, dan tumbuh duktus baru. Sekresi hormon prolactin dan hipofisis anterior memicu laktasi. Air susu diproduksi oleh sel-sel alveolus, mengisi asinus, kemudian dikeluarkan melalui duktus keputing susu.

Kanker payudara berasal dari jaringan epitelial, dan paling sering terjadi pada sistem ductal. Mula-mula hiperplasia sel-sel dengan perkembangan sel-sel atipik. Sel-sel ini akan berlanjut menjadi karsinoma in situ dan menginvasi stroma. Kanker membutuhkan waktu 7 tahun untuk bertumbuh dari sebuah sel tunggal sampai menjadi massa yang cukup besar untuk dapat teraba (kira-kira berdiameter 1 cm), pada ukuran seperti itu, kira-kira seperempat dari kanker payudara telah bermetastasis.

Karsinoma payudara 95% merupakan karsinoma berasal dari epitel saluran dan kelenjar payudara. Karsinoma payudara muncul sebagai akibat sel-sel yang abnormal terbentuk pada payudara dengan kecepatan tidak terkontrol dan tidak beraturan. Sel-sel tersebut merupakan hasil mutasi gen dengan perubahan-perubahan bentuk, ukuran maupun fungsinya. Sebagaimana sel-sel tubuh kita yang asli. Mutasi gen ini dipicu oleh lebar dan suatu bahan asing yang masuk ke dalam tubuh kita, diantaranya pengawet makanan, vetsin, radioaktif, oksidan, atau karsinogenik yang dihasilkan oleh tubuh sendiri secara alamiah. Pertumbuhan dimulai didalam duktus ataupun kelenjar lobulus yang disebut karsinoma non-invasif. Kemudian tumor menerobos ke luar dinding duktus atau kelenjar di daerah lobulus dan invasi ke dalam stroma, yang dikenal dengan nama karsinoma invasive. Pada pertumbuhan selanjutnya tumor meluas menuju fascia otot pektoralis ataupun daerah kulit yang menimbulkan perlengketan-perlengketan. Pada kondisi demikian, tumor dikategorikan stadium lanjut inoperable.

Penyebaran tumor terjadi melalui pembuluh getah bening, deposit dan tumbuh dikelenjar getah bening, sehingga kelenjar getah bening aksiler ataupun supraclavicular membesar. Kemudian melalui pembuluh darah, tumor menyebar ke organ jauh antara lain paru-paru, hati, tulang dan otak. Akan tetapi dari penelitian para pakar, mikrometastasis pada organ jauh dapat juga terjadi tanpa didahului penyebaran limfogen. Sel-sel kanker dan racun-racun yang dihasilkan dapat menyebar ke seluruh tubuh kita seperti tulang, paru-paru, dan liver tanpa disadari oleh penderita. Karenanya tidak mengherankan jika pada penderita kanker payudara ditandai dengan adanya benjolan di ketiak ataupun benjolan kelenjar getah bening lainnya. Bahkan muncul pula kanker pada liver dan paru-paru sebagai kanker metastasisnya.

Penyebab terjadinya kanker payudara tidak terlepas dari menurunnya atau mutasi dari aktifitas gen T-Supresor atau sering disebut dengan p53. Meskipun mutasi p53 umumnya terjadi pada kanker payudara berat, namun hanya sedikit yang dapat diidentifikasi pada kanker payudara berat in situ (kanker payudara intraduktal). Penelitian yang paling sering

tentang gen p53 pada kanker payudara adalah immunohistokimia dimana p53 ditemukan pada jaringan dengan menggunakan paraffin yang tertanam di jaringan. Terbukti bahwa gen suppressor p53 pada penderita kanker payudara telah mengalami mutasi sehingga tidak bekerja sebagai mana fungsinya. Mutasi dari p53 menyebabkan terjadinya penurunan mekanisme apoptosis sel. Hal inilah yang menyebabkan muncul neoplasma pada tubuh dan pertumbuhan sel yang menjadi tidak terkendali (Irianto, Kesehatan Reproduksi, 2015).

4. Tanda dan Gejala Keganasan

Tanda-tanda awal kanker payudara tidak sama pada setiap wanita. Tanda yang paling umum terjadi adalah perubahan bentuk payudara dan puting, perubahan yang terasa saat perabaan dan keluarnya cairan dari puting. Beberapa gejala kanker payudara yang dapat terasa dan terlihat cukup jelas, antara lain:

a. Munculnya benjolan pada payudara

Banyak wanita mungkin merasakan munculnya benjolan pada payudara. Dalam banyak kasus, benjolan jangan terlalu dikhawatirkan. Jika benjolan terasa lunak serta terasa di seluruh payudara dan juga payudara di sebelahnya, mungkin hal tersebut hanya jaringan payudara normal. Benjolan di payudara atau ketiak yang muncul setelah siklus menstruasi seringkali menjadi gejala awal kanker payudara yang paling jelas. Benjolan yang berhubungan dengan kanker payudara biasanya tidak menimbulkan rasa sakit, meskipun kadang-kadang dapat menyebabkan sensasi tajam pada beberapa penderita. Jika benjolan terasa keras atau tidak terasa di payudara sebelahnya, kemungkinan hal tersebut adalah tanda dari kanker payudara atau tumor jinak (*benign breast condition*, misalnya kista atau fibroadenoma). Segera temui dokter apabila:

- 1) Menemukan benjolan atau perubahan yang terasa berbeda-beda dengan bagian sekitarnya.
- 2) Menemukan benjolan atau perubahan yang terasa berbeda dengan payudara sebelahnya.
- 3) Merasakan sesuatu pada payudara yang berbeda dari yang biasanya.

b. Munculnya benjolan di ketiak (Aksila)

Kadang-kadang benjolan kecil dan keras muncul diketiak dan bisa menjadi tanda bahwa kanker payudara telah menyebar hingga kelenjar getah bening. Benjolan ini terasa lunak, tetapi seringkali terasa menyakitkan.

c. Perubahan bentuk dan ukuran payudara

Bentuk dan ukuran salah satu payudara mungkin terlihat berubah. Bisa lebih kecil atau lebih besar daripada payudara sebelahnya. Bisa juga terlihat turun.

d. Keluarnya cairan dari puting (*Nipple Discharge*)

Jika puting susu ditekan, secara umum tubuh bereaksi dengan mengeluarkan cairan. Namun, apabila cairan keluar tanpa menekan puting susu, terjadi hanya pada salah satu payudara, disertai darah atau nanah berwarna kuning sampai kehijauan, mungkin itu merupakan tanda kanker payudara. Perubahan pada puting susu terasa seperti terbakar, gatal, dan muncul luka yang sulit/lama sembuh. Selain itu, puting terlihat tertarik masuk kedalam (retraksi), berubah bentuk atau posisi, memerah atau berkerak, bisul atau sisik pada puting susu mungkin merupakan tanda dari beberapa jenis kanker payudara yang jarang terjadi.

e. Kulit payudara berkerut

Muncul kerutan-kerutan seperti jeruk pada kulit payudara. Selain itu kulit payudara terlihat memerah dan terasa panas.

f. Tanda-tanda kanker telah menyebar

Pada stadium lanjut bisa timbul tanda-tanda dan gejala yang menunjukkan bahwa kanker telah tumbuh membesar atau menyebar ke bagian lain dari tubuh lainnya. Tanda-tanda yang muncul seperti nyeri tulang, pembengkakan lengan atau luka pada kulit, penumpukan cairan di sekitar paru-paru (efusi pleura), mual, kehilangan nafsu makan, penurunan berat badan, penyakit kuning, sesak nafas, atau penglihatan ganda (Savitri, 2016).

5. Stadium Kanker Payudara

Sistem AJCC terbaru pada Januari 2018, memiliki sistem pementasan klinis dan patologis untuk kanker payudara. Tahap patologis juga disebut tahap bedah ditentukan dengan memeriksa jaringan yang diangkat selama operasi. Kadang-kadang, jika operasi tidak mungkin segera atau tidak sama sekali, kanker akan diberikan tahap klinis sebagai gantinya. Ini didasarkan pada hasil pemeriksaan fisik, biopsi, dan tes pencitraan. Tahap klinis digunakan untuk membantu merencanakan pengobatan. Kadang-kadang, meskipun, kanker telah menyebar lebih jauh dari perkiraan tahap klinis, dan mungkin tidak memprediksi pandangan pasien seakurat tahap patologis. Angka atau huruf setelah T, N, dan M memberikan detail lebih lanjut tentang masing-masing faktor ini. Angka yang lebih tinggi berarti kanker lebih maju. Setelah kategori T, N, dan M, serta ER, PR, status Her2 dan tingkat kankernya telah ditentukan, informasi ini digabungkan dalam proses yang disebut pengelompokan tahapan untuk menetapkan tahap keseluruhan.

Menurut *American Joint Committee on Cancer (AJCC)* memberlakukan penentuan tingkat keganasan atau stadium kanker dengan mengamati 3 indikator TNM, yaitu T = tumor primer, N = nodule regional, M = metastasis jauh (Kalli et al., 2018).

Tabel 5
Klasifikasi Tumor Primer (T).

T (Kategori)	T (Kriteria)
TX	Tumor primer tidak dapat dievaluasi
T0	Tidak ada tumor primer
Tis	Tumor Primer insitu
T1	Tumor ≤ 2 cm
T2	Tumor > 2 cm ≤ 5 cm
T3	Tumor > 5 cm
T4	Tumor dengan ekstensi langsung pada dinding dada dan /atau kulit

(Sumber: Kalli et al., 2018)

Tabel 6
Klasifikasi Nodule Regional (N)

N (Kategori)	N (Kriteria)
NX	Nodule regional tidak dapat dievaluasi
N0	Tidak ada metastasis ke nodule regional
N1	Nodule aksilla, tidak dapat digerakkan
N2	Nodule aksilla, tidak dapat digerakkan atau nodule mammary interna, tanpa nodule aksilla
N3	Multiple nodule aksilla

(Sumber: Kalli et al., 2018)

Kategori N untuk kanker payudara

N diikuti oleh angka 0 hingga 3 menunjukkan apakah kanker telah menyebar ke kelenjar getah bening di dekat payudara dan jika demikian, berapa banyak kelenjar getah bening yang terlibat.

- NX: Nodus limfa di dekatnya tidak dapat dinilai.
- N0: Kanker belum menyebar ke kelenjar getah bening di dekatnya.
- N1: Kanker telah menyebar ke 1 hingga 3 aksila (ketiak) kelenjar getah bening, dan sejumlah kecil kanker ditemukan di kelenjar getah bening kelenjar susu internal (yang dekat tulang payudara) pada biopsi kelenjar getah bening sentinel.
- N1a: Kanker telah menyebar ke 1 sampai 3 kelenjar getah bening di bawah lengan dengan setidaknya satu area kanker menyebar lebih dari 2 mm.
- N1b: Kanker telah menyebar ke kelenjar getah bening mammae pada sisi yang sama dengan kanker, tetapi penyebarannya ini hanya dapat ditemukan pada biopsi kelenjar getah bening sentinel (tidak menyebabkan kelenjar getah bening menjadi membesar).
- N1c: Baik N1a dan N1b berlaku.
- N2: Kanker telah menyebar ke 4 hingga 9 kelenjar getah bening di bawah lengan, atau kanker telah membesar kelenjar getah bening kelenjar mammae interna.
- N2a: Kanker telah menyebar ke 4 hingga 9 kelenjar getah bening di bawah lengan, dengan setidaknya satu area kanker menyebar lebih dari 2 mm.

- N2b: Kanker telah menyebar ke satu atau lebih kelenjar getah bening kelenjar mammae, menyebabkan mereka membesar.
- N3: Salah satu dari yang berikut:
 - N3a: Kanker telah menyebar ke 10 atau lebih kelenjar getah bening aksila, dengan setidaknya satu area kanker menyebar lebih dari 2 mm.
 - N3b: Kanker ditemukan di setidaknya satu kelenjar getah bening aksila (dengan setidaknya satu area kanker menyebar lebih dari 2 mm) dan telah membesar kelenjar getah bening kelenjar mammae interna.
 - N3c: Kanker telah menyebar ke kelenjar getah bening di atas tulang selangka (nodus supraklavikula) dengan setidaknya satu area kanker menyebar lebih dari 2 mm.

Kategori M untuk kanker payudara

- M diikuti oleh 0 atau 1 menunjukkan apakah kanker telah menyebar ke organ jauh misalnya, paru-paru, hati, atau tulang.
- MX: Penyebaran jauh (metastasis) tidak dapat dinilai.
- M0: Tidak ada penyebaran jauh yang ditemukan pada x-rays (atau tes pencitraan lainnya) atau dengan pemeriksaan fisik.
- cM0 (i+): Sejumlah kecil sel kanker ditemukan dalam darah atau sumsum tulang (hanya ditemukan oleh tes khusus), atau area kecil kanker menyebar (tidak lebih dari 0,2 mm) ditemukan dikelenjar getah bening jauh dari ketiak, tulang selangka, atau area mammae internal.
- M1: Kanker telah menyebar ke organ yang jauh (paling sering ke tulang, paru-paru, otak, atau hati). (*Breast Cancer Stage, 2018*).

Tabel 7
Stadium Kanker Payudara

Stadium	TNM
Stadium	Tis, N0, M0
Stadium I	T1, N0, M0
Stadium IIA	T0, N1, M0 T1, N2, M0 T2, N0, M0
Stadium II B	T2, N1, M0 T3, N0, M0
Stadium III A	T0, N2, M0 T1, N2, M0 T2, N2, M0 T3, N1, M0 T3, N2, M0

Stadium III B	T4, N0, M0 T4, N1, M0 T4, N2, M0
Stadium III C	Any T, N3, M0
Stadium IV	Any T, Any N, M1

6. Pemeriksaan Penunjang

a. Mammogram

Mammogram adalah proses penyinaran sinar-X terhadap payudara. Mammogram diagnostik digunakan untuk mendiagnosis penyakit payudara pada wanita yang mempunyai gejala-gejala payudara. Pemeriksaan mammogram digunakan untuk mencari penyakit payudara pada wanita yang tidak diketahui gejala-gejalanya, yaitu mereka yang tampak tidak mempunyai masalah pada payudara.

b. Duktografi

Duktografi adalah satu tipe khusus dari pencitraan mammograf yang dibuat kontras untuk memperlihatkan saluran air susu yang ada di dalam payudara. Duktografi dapat membantu dalam mendiagnosis penyebab keluarnya cairan atau kotoran dari puting (*nipple discharge*) dan sangat baik untuk mendiagnosis papilloma intraduktal (*intraductal papilloma*) dan kondisi abnormal lainnya.

c. Biopsi

Biopsi payudara (*breast biopsy*) merupakan tindakan untuk mengambil contoh jaringan payudara dan dilihat dibawah lensa mikroskop untuk mengetahui adanya sel kanker payudara. Pelaksanaan biopsi payudara biasanya dilakukan untuk mengetahui lebih lanjut benjolan payudara yang ditemukan saat pemeriksaan dengan mammogram atau USG payudara. Hasil biopsi payudara akan memberikan jawaban apakah contoh jaringan payudara pada benjolan bersifat kanker ganas (*malignant*) atau nonkanker jinak (*benign*).

d. MRI (*Magnetic Resonance Imaging*)

Pemeriksaan menggunakan MRI (*Magnetic Resonance Imaging*) direkomendasikan bersamaan dengan dilakukannya mammogram tahunan. MRI bisa juga digunakan pada wanita yang telah didiagnosis menderita

kanker payudara untuk lebih dalam menentukan ukuran sebenarnya dari kanker tersebut dan mencari beberapa kanker yang lain pada payudara tersebut.

e. Ultrasonografi (USG) payudara

Ultrasonografi (USG) payudara yang digunakan juga dikenal dengan sonografi atau ultrasonografi, sering digunakan untuk mengevaluasi ketidaknormalan payudara yang ditemukan pada hasil mammogram atau uji klinis payudara. USG sangat bagus untuk mencitrakan kista payudara atau kantung bulat berisi cairan didalam payudara.

f. Ductal lavage dan aspirasi puting (*Nipple spiration*)

Ductal lavage adalah sebuah tes eksperimental yang dikembangkan untuk kepentingan wanita yang tidak mempunyai gejala kanker payudara, tapi mempunyai risiko kanker payudara tinggi. Ini bukan tes untuk melakukan skrining atau mendiagnosa kanker payudara, tetapi membantu memberikan sebuah gambaran yang lebih akurat tentang perkembangan risiko yang dialami seseorang wanita. Hal ini dapat membuat dokter bisa mendeteksi lesi-lesi yang lebih kecil atau yang tersembunyi pada saat melakukan mammogram (Savitri, 2016).

7. Penatalaksanaan Kanker Payudara

Kanker payudara disebut primer jika sel kanker pertama berawal dari sel payudara dan bukan dari hasil penyebaran kanker organ lain. Pada umumnya, kanker payudara primer dapat disembuhkan secara total jika didiagnosa dan diobati sejak dini. Jenis penanganan kanker payudara yang pertama biasanya adalah operasi. Jenis operasinya tergantung jenis kanker payudara yang diderita. Proses operasi biasanya ditindaklanjuti dengan kemoterapi, radioterapi, atau perawatan biologis untuk beberapa kasus tertentu. Kemoterapi atau terapi hormon juga terkadang dapat menjadi langkah pengobatan pertama. Jika terdeteksi pada stadium lanjut setelah menyebar kebagian tubuh lain, kanker payudara tidak bisa disembuhkan. Jenis pengobatan yang akan dianjurkan pun berbeda dan bertujuan untuk meringankan beban bagi penderitanya.

a. Operasi kanker payudara

Operasi untuk kanker payudara terbagi dua, yaitu operasi yang hanya mengangkat tumor dan operasi yang mengangkat payudara secara menyeluruh (mastektomi). Operasi plastik rekonstruksi biasanya dapat dilakukan langsung setelah mastektomi. Untuk menangani kanker payudara stadium awal, penelitian menunjukkan bahwa kombinasi operasi pengangkatan tumor dan radioterapi memiliki tingkat kesuksesan yang sama dengan mastektomi total.

1) Operasi untuk menyelamatkan payudara

Ini adalah operasi pengangkatan tumor dimana payudara secara keseluruhan tidak diangkat melainkan dibiarkan seutuh mungkin. Operasi ini meliputi pengangkatan tumor beserta sedikit jaringan di sekitarnya sampai mastektomi parsial atau pengangkatan seperempat bagian payudara (quadrantectomy). Terdapat beberapa pertimbangan yang akan menentukan jumlah jaringan payudara yang akan diangkat:

- a) Kualitas jaringan pada daerah sekitar tumor yang perlu diangkat
- b) Jenis, ukuran, serta lokasi tumor, dan
- c) Ukuran payudara

Seluruh jaringan sehat di sekitar tumor juga akan diangkat untuk memeriksa keberadaan sel-sel kanker. Kemungkinan kanker akan kembali tumbuh sangat kecil jika tidak terdapat sel-sel kanker dalam jaringan sehat itu. Tetapi jika sel-sel kanker ditemukan, lebih banyak jaringan perlu diangkat. Lalu radioterapi biasanya ditawarkan untuk menghancurkan sisa-sisa sel kanker. Proses operasi ini adalah pengangkatan seluruh jaringan.

2) Mastektomi (Pengangkatan payudara)

Penderita dapat menjalani mastektomi bersamaan dengan biopsi noda limfa sentinel jika tidak ada indikasi penyebaran kanker pada kelenjar getah bening. Sebaiknya, penderita dianjurkan untuk menjalani proses pengangkatan kelenjar getah bening diketiak jika kanker sudah menyebar ke bagian itu.

3) Operasi plastik rekonstruksi

Ini adalah proses untuk membuat payudara baru yang semirip mungkin dengan payudara satunya. Operasi pembuatan payudara baru ini bisa dilakukan dengan menggunakan implant payudara atau jaringan dari bagian tubuh lain. Ada dua jenis operasi plastik rekonstruksi, yaitu:

- a) Operasi rekonstruksi langsung yang bisa dilakukan bersama mastektomi.
- b) Operasi rekonstruksi berkala yang dilakukan beberapa waktu setelah mastektomi.

b. Kemoterapi

Kemoterapi pada umumnya ada dua jenis, yaitu kemoterapi yang biasanya diterapkan setelah operasi untuk menghancurkan sel-sel kanker dan kemoterapi sebelum operasi yang digunakan untuk mengecilkan tumor. Kemoterapi biasanya menggunakan obat-obatan anti kanker. Beberapa jenis obat bisa diaplikasikan secara bersamaan. Jenis kanker dan tingkat penyebarannya akan menentukan jenis obat yang dipilih serta kombinasinya.

c. Radioterapi

Radioterapi adalah proses terapi untuk memutuskan sisa-sisa kanker dengan dosis radiasi yang terkendali. Proses ini biasanya diberikan sekitar satu bulan setelah operasi dan kemoterapi agar kondisi tubuh dapat pulih terlebih dahulu. Tetapi tidak semua penderita kanker payudara membutuhkannya.

d. Terapi hormon untuk mengatasi kanker payudara

Khusus untuk kanker payudara yang pertumbuhannya dipicu hormon esterogen dan progesterone alami (kanker reseptor-hormon), tetapi hormon digunakan untuk menurunkan tingkat atau menghambat efek hormon tersebut. Langkah ini juga kadang dilakukan sebelum operasi untuk mengecilkan tumor agar mudah diangkat, terapi ini umumnya diterapkan setelah operasi dan kemoterapi.

e. Terapi biologis dengan trastuzumab

Pertumbuhan sebagian jenis kanker payudara yang dipicu oleh protein HERN2 (*human epidermal growth factor receptor 2*) disebut positif HER2.

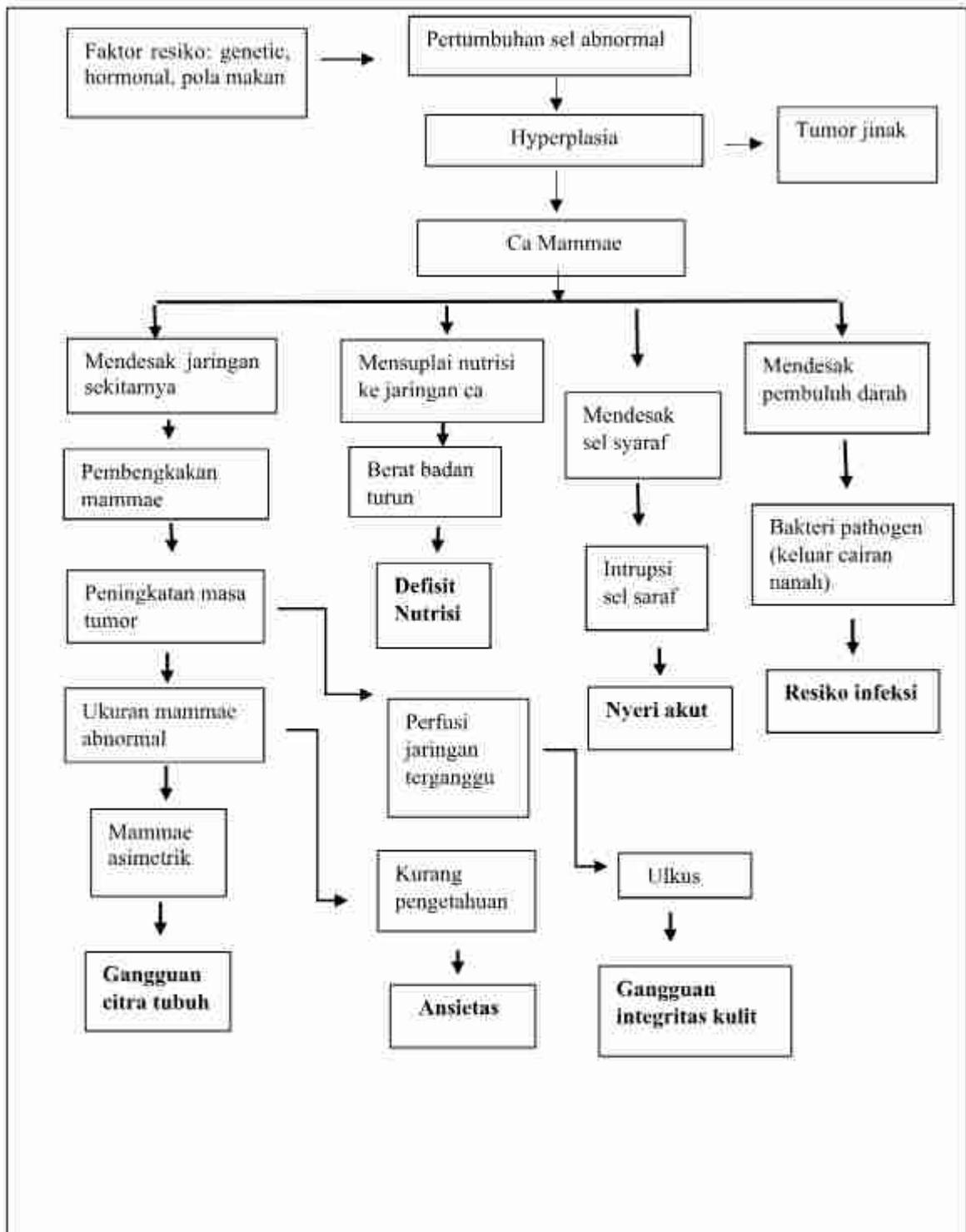
Selain menghentikan efek HER2, terapi biologis juga membantu sistem imun untuk melawan sel-sel kanker (Savitri, 2016).

D. Publikasi Terkait

Tabel 8
Publikasi Terkait

No	Judul	Penulis	Tahun	Ringkasan
1	Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Operasi Mastektomi Dalam Pemenuhan Kebutuhan Aman Nyaman; Nyeri Akut	Diana Safitri, Meri Oktariani	2022	Berdasarkan hasil data studi kasus, dapat diketahui bahwa pasien mengalami nyeri post operasi berdasarkan data subjektif pasien mengeluh nyeri pada luka jahitan post operasi, P: pasien mengatakan nyeri bertambah ketika bergerak dan terkenan tekanan, Q: pasien mengatakan nyeri seperti tersayat-sayat, R: pasien mengatakan nyeri pada luka jahitan post operasi, S: pasien mengatakan nyeri skala 5, T: pasien mengatakan nyeri hilang timbul. Data objektif pasien tampak gelisah, pasien tampak meringis kesakitan saat bergerak, pasien tampak bersikap protektif dan memegangi area nyeri, pasien tampak sulit tidur, pasien tampak lemas tampak berbaring ditempat tidur, pasien tampak tidak mengalami kecemasan. Dari hasil pengkajian didapatkan prioritas data diagnosa keperawatan yang pertama adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) ditandai dengan pasien mengeluh nyeri setelah prosedur operasi.
2.	Asuhan Keperawatan Pasien Ca Mammac Pada Ny.P Dengan Dingnosu Keperawatan Nyeri Akut Di Ruang Wijayakusuma RSUD Prof.DR.Margono Soekarjo	Septi Setio, Damayanti, Rahmaya Nova Handayani	2022	Hasil pengkajian didapatkan pasien mengeluh nyeri di payudara sinistra dan femur sinistra dengan skala 6, nyeri seperti tertusuk-tusuk dan nyeri hilang timbul. Diagnose keperawatan yang muncul pada kasus Ny. P adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Post Operasi Skin Graft) dengan nomor diagnosa D.0077 dengan intervensi yang dilakukan adalah untuk menyelesaikan masalah prioritas pasien yaitu dengan teknik terapi murattal al-qur'an dengan evaluasi akhir didapatkan bahwa skala nyeri menurun menjadi skala 4.

Pathway Kanker Payudara



(Sumber: Amin & Hardhi, 2016)