

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Kanker Payudara

1. Definisi kanker payudara

Kanker bermula pada tumor. Tumor merupakan sekumpulan sel-sel dalam jaringan tubuh yang berkembang dan bertambah dalam jumlah atau ukuran yang melebihi batas normal. Terdapat 2 jenis tumor dengan karakteristik berbeda, yaitu benignan dan malignan. Tumor benignan dapat bertumbuh besar namun pada umumnya pertumbuhannya dapat terkontrol dan terbatas serta tidak bermetastasis. Berbeda dengan tumor benignan, tumor malignant dapat bertumbuh terus-menerus tanpa terkendali dan dapat bermetastasis ke jaringan atau organ tubuh lain.

Kanker merupakan tumor malignan. Ketika kanker tersebut terjadi pada atau di sekitar kelenjar susu, maka kanker tersebut digolongkan sebagai kanker payudara. Kanker payudara terdiri dari 2 kategori berdasarkan kemampuan metastasisnya. Dalam dunia kedokteran hingga kini dikenal kanker payudara invasif dan kanker payudara non-invasif atau yang juga dikenal dengan karsinoma in-situ. Sebagian besar kanker payudara bersifat invasif (American Cancer Society [ACS], 2015). Terdapat banyak faktor risiko dari kanker payudara, diantaranya merupakan faktor-faktor yang dapat dikendalikan, dan sebagian lainnya merupakan faktor determinan yang bersifat tidak dapat dihindari, seperti usia, riwayat kanker pada keluarga, menarche pada usia dini

dan keterlambatan usia menopause (Wita, 2022). Kanker menurut perkembangannya dibagi menjadi :

a. Karsinoma in-situ

Karsinoma in-situ merupakan suatu kondisi di mana terdapat sel epitel malignan di dalam pembuluh (*duct*) dan/atau lobulus (*lobule*). Karsinoma in-situ bersifat tidak menyebar melebihi membran dasarnya. Secara umum terdapat 2 jenis karsinoma in situ yang dikelompokkan berdasarkan pola pertumbuhannya, yaitu *Ductal carcinoma in-situ* (DCIS) dan *Lobular carcinoma in-situ* (LCIS)

b. *Ductal carcinoma in-situ* (DCIS)

Disebut demikian karena DCIS akan berkembang menyerupai ductal atau pembuluh ketika sudah menginfeksi lobulus. Pada umumnya berupa lesi berukuran kecil (*non-palpable* atau tidak dapat diraba-rasakan) yang dapat menyebar menginfeksi seluruh pembuluh dan lobulus pada payudara

c. *Lobular carcinoma in-situ* (LCIS)

Seperti DCIS, LCIS merupakan proliferasi sel yang bersifat klonal (terus memperbanyak diri atau berkembang) pada membran dasar di payudara. Akan tetapi, pada LCIS, sel yang berkembang tidak mengubah ruang di sekitarnya sehingga struktur lobular yang menjadi dasar pertumbuhan LCIS bersifat stabil (Lester, 2015). LCIS ditemukan pada kurang lebih 1—4% kanker payudara.

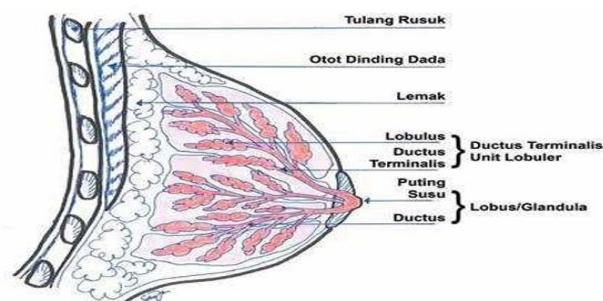
d. Karsinoma Invasif

Karsinoma invasif atau yang sering juga disebut dengan karsinoma infiltrasi berkembang meluas hingga melewati jaringan membran dasarnya. Pertumbuhan tersebut dapat berlangsung secara terus menerus hingga

menembus jaringan parenkim payudara dan menuju ruang lymphovascular hingga bermetastasis ke modus-nodus limfa atau jaringan lain di sekitarnya. Klasifikasi karsinoma invasif dibagi berdasarkan sitologi, pola pertumbuhan sel, sekresi, fitur arsitektural, dan perilaku biologisnya. Karsinoma invasif terdiri dari beberapa macam subtype, antara lain: karsinoma duktal invasif, karsinoma lobular invasif, karsinoma medular, karsinoma tubular dan karsinoma mucinous (koloid), dengan angka kejadian tertinggi pada kanker invasif jenis karsinoma duktal invasif yaitu sekitar 65—80%.

2. Anatomi kanker payudara

Payudara merupakan organ yang mulai tumbuh sejak minggu keenam masa embrio berupa penebalan pada ektodermal sepanjang milk line yang terletak dari aksila sampai pertengahan lipatan paha (inguinal). Dalam perkembangannya pertumbuhan di milk line itu akan menjadi rudimenter dan hanya menetap di daerah dada saja. Kelenjar payudara menjadi fungsional saat pubertas dan akan memberikan respons terhadap estrogen pada perempuan. Kelenjar payudara mencapai puncak perkembangan saat kehamilan dan berfungsi memproduksi air susu setelah melahirkan. Selanjutnya kelenjar payudara mengalami involusi pada saat menopause.



Sumber : (Heru Purwanto et al ,2014)

Gambar 1 Anatomi Payudara

Payudara merupakan elevasi dari jaringan glandular dan adiposa yang tertutup kulit pada dinding anterior dada. Payudara terletak di atas otot pektoralis mayor dan melekat pada otot tersebut melalui selapis jaringan ikat. Ukuran payudara bergantung pada variasi jumlah jaringan lemak dan jaringan ikat, bukan pada jumlah glandulanya. Struktur payudara terdiri dari:

- a. Jaringan glandular terdiri dari 15 sampai 20 lobus mayor, setiap lobus dialiri duktus laktiferus yang membesar menjadi sinus laktiferus (ampula),
- b. Lobus-lobus dikelilingi jaringan adiposa dan dipisahkan oleh ligamen suspensorium Cooper (berkas jaringan ikat fibrosa),
- c. Lobus mayor ber subdivisi menjadi 20 sampai 40 lobulus, setiap lobulus kemudian bercabang menjadi duktus-duktus kecil yang berakhir di 10-100 alveoli sekretori,
- d. Puting memiliki kulit berpigmen dan berkerut membentang keluar sekitar 1 cm sampai 2 cm untuk membentuk areola,
- e. Jaringan ikat, pembuluh darah, pembuluh limfe dan saraf yang merupakan stroma payudara.

Batas Anatomi Payudara :

- 1) Batas superior : kosta II atau kosta III (atau garis sub clavicula)
- 2) Batas inferior : kosta VI atau VII (*submammary fold line*)
- 3) Medial : garis parasternal
- 4) Lateral : garis aksilaris anterior

Pengenalan batas payudara ini sangat penting pada waktu akan dilakukan operasi mastektomi.

3. Etiologi kanker payudara

Bukti spesifik yang menjadi penyebab kanker payudara tidak ada namun ada beberapa faktor seperti faktor genetik, hormonal dan kemungkinan kejadian lingkungan yang bisa menjadi penyebab terjadinya kanker ini. Beberapa penelitian menunjukkan perubahan genetik belum terkait dengan kanker payudara (Pingkan, 2024). Perubahan pada genetik ini bisa saja karena terjadi perubahan atau mutasi dalam gen normal, juga pengaruh kondisi protein yang menekan atau meningkatkan perkembangan *ca mammae*. Beberapa hormone salah satunya hormon steroid yang diproduksi oleh ovarium memiliki peranan penting pada terjadinya kanker payudara (Sarma Nursani Lumbanraja n.d.). Estradiol dan progesterone yang merupakan dua hormon ovarium utama yang mengalami perubahan di dalam lingkungan seluler, hal ini yang mempengaruhi faktor pertumbuhan pada kanker payudara, beberapa penyebab *Ca Mammae* diantaranya:

a. Genetika

- 1) Kecenderungan terjadi jika ditemukan ada keluarga yang menderita penyakit yang sama
- 2) Kembar monozygote akan terdapat kanker yang sama
- 3) Pada keluarga dekat dari penderita kanker payudara ditemukan ada kesamaan lateralisasi kanker buah dada
- 4) Seorang dengan klinefelter akan memiliki peluang kemungkinan 66 kali dari pria normal atau angka kejadiannya sekitar 2%.

b. Hormon

- 1) Kejadian yang lebih sedikit pada laki-laki dan lebih umum pada wanita

- 2) Pada wanita di atas 35 tahun insidennya lebih meningkat
- 3) Pengobatan dengan hormone lebih memuaskan hasil yang didapatkan

c. Virogen

Baru dilakukan percobaan pada binatang namun belum ada bukti pada manusia.

d. Makanan

Kandungan lemak dalam makanan meningkatkan insiden.

e. Radiasi daerah dada

Mutagen genetic oleh karena radiasi bisa menyebabkan penyakit. Beberapa

Faktor risiko untuk kanker sebagai berikut:

- a. Berusia di atas 40 tahun.
- b. Individu atau keluarga memiliki riwayat kanker payudara
- c. Terjadi menstruasi di usia yang muda/ usia dini.
- d. Menopause pada usia lanjut.
- e. Tidak memiliki anak atau memiliki anak pertama ketika sudah berada di usia lanjut.
- f. Dalam waktu jangka panjang menggunakan hormon estrogen eksogen
- g. Terdapat Riwayat penyakit fibrokistik.
- h. Terdapat Kanker kolon, endometrial dan ovarium

Namun hanya 25% dari wanita yang memiliki beberapa faktor risiko ini dan mengalami kanker payudara. Olehnya, wanita adalah salah satu faktor resiko yang bisa kita simpulkan secara sangat sederhana. Menurut beberapa penelitian, factor-faktor lain yang menyebabkan kanker payudara adalah kegemukan, makanan yang mengandung tinggi lemak, namun hal ini belum bisa diprediksi secara pasti (Ummah, 2019)

5. Stadium kanker payudara

Menana Savitri (2015) pembagian stadium kanker payudara adalah sebagai berikut:

1. Stadium 0

Kanker payudara stadium ini disebut carcinoma in situ. Ada tiga jenis carcinoma in situ yaitu ductal carcinoma in situ (DCIS), lobular carcinoma in situ (LCIS), dan penyakit paget pating.

2. Stadium 1

Pada stadium I umumnya sudah mulai terbentuk. Stadium 1 kanker payudara dibagi dua bagian tergantung ukuran dan beberapa faktor lain yaitu :

1) Stadium I A

Tumor berukuran 2 cm atau lebih kecil dan belum menyebar keluar payudara

2) Stadium I B

Tumor berukuran sekitar 2 cm dan tidak berada pada payudara melainkan pada kelenjar getah bening.

3. Stadium II

Pada stadium II kanker umumnya tumbuh membesar. Stadium II dibagi dua bagian yaitu:

1) Stadium IIA

Kanker berukuran 2-5 cm dan ditemukan pada 3 lajur kelenjar getah bening.

2) Stadium II B

Kanker berukuran 2-5 cm dan ditemukan penyebaran pada 1-3 lajur kelenjar getah bening dan terletak di dekat tulang dada.

4. Stadium III

Pada stadium ini kanker dibagi menjadi 3 stadium yaitu

1) Stadium III A

Kanker berukuran lebih dari 5 cm dan ditemukan 4-9 lajur kelenjar getah bening dan di area dekat tulang dada.

2) Stadium III B

Ukuran Kanker sangat beragam dan umumnya telah menyebar ke dinding dada hingga mencapai kulit sehingga menimbulkan infeksi pada kulit payudara.

3) Stadium III C

Ukuran kanker sangat beragam dan umumnya telah menyebar ke dinding dada dan kulit payudara sehingga mengakibatkan pembengkakan atau luka. Kanker juga mungkin sudah menyebar ke 10 lajur kelenjar getah bening atau kelenjar getah bening yang sudah menyebar ke 10 lajur kelenjar getah atau kelenjar getah bening yang berada di bawah tulang selangka atau tulang dada.

5. Stadium IV

Pada stadium ini kanker telah menyebar dari kelenjar getah bening menuju aliran darah dan mencapai organ lain dari tubuh seperti otak, paru-paru, hati, dan tulang (Rochmawati 2023). Menurut American Joint Committee on Cancer (AJCC) tahun 2018 stadium kanker payudara dikelompokkan adalah sebagai berikut:

Tabel 1
Pengelompokan Stadium Kanker Payudara

Stadium	T	N	M
Stadium 0	Tis	N0	M0
Stadium IA	T1	N0	M0
Stadium IB	T0	N1 mic	M0
	T1	N1 mic	M0
Stadium IIA	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
Stadium IIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
Stadium IIIA	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1-N2	M0
Stadium IIIB	T4	N1-N2	M0
Stadium IIIC	Semua T	N3	M0
Stadium IV	Semua T	Semua N	M1

Sumber : American Joint Committee on Cancer (AJCC) tahun 2018

6. Patofisiologi

Menurut Smeltzer & Bare (2017) proses terjadinya kanker payudara belum diketahui penyebab pastinya, kemungkinan penyebabnya yaitu mutasi genetik, pertambahan usia, riwayat kanker payudara dalam keluarga, manarce pada usia sebelum 12 tahun, melahirkan anak pertama pada usia lebih dari 30 tahun, menopause pada usia lebih dari 55 tahun, terapi hormon, terpajan radiasi, obesitas di masa dewasa awal, asupan alkohol dan diet tinggi lemak.

Dari penyebab tersebut akan mengakibatkan gangguan proliferasi mengakibatkan hiperplasia sel atypical yang akan menyebabkan terjadinya kanker payudara. Pada kanker payudara terjadi suatu kondisi dimana sel telah kehilangan pengendalian dan mekanisme normalnya, sehingga terjadi

pertumbuhan yang tidak normal, cepat dan tidak terkendali yang terjadi pada jaringan payudara.

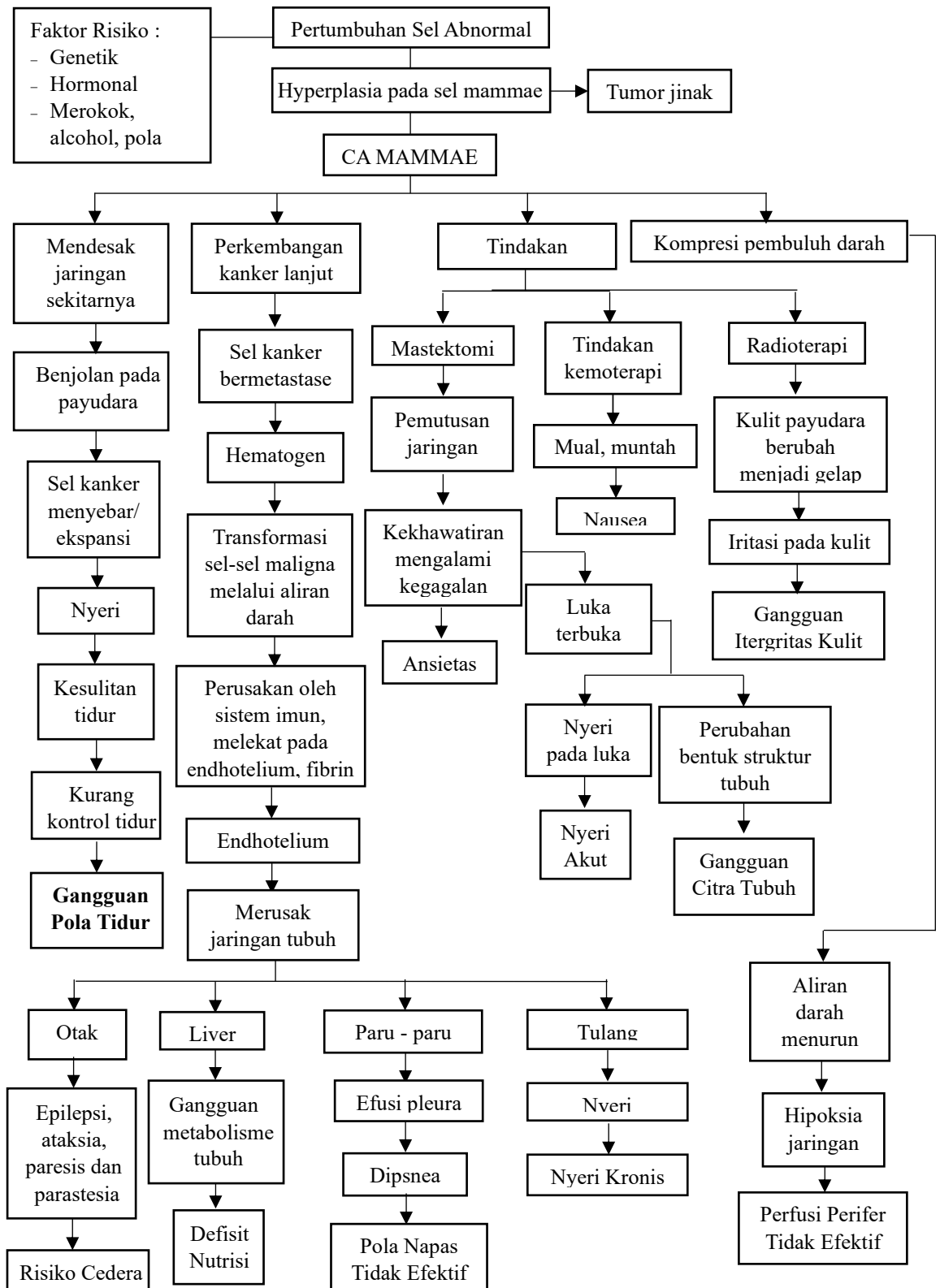
Proliferasi abnormal sel kanker akan mengganggu fungsi jaringan normal dengan menginfiltrasi dan memasuki dengan cara menyebarkan anak sebar ke organ-organ yang jauh. Di dalam sel tersebut telah terjadi perubahan secara biokimiawi terutama dalam intinya. Hampir semua tumor ganas tumbuh dari satu sel yang mengalami transformasi maligna dan berubah menjadi sel kelompok ganas di antara sel normal. Sel abnormal membentuk klon dan mulai berproliferasi secara abnormal, mengabaikan sinyal yang mengatur pertumbuhan dalam lingkungan sel tersebut. Kemudian dicapai suatu tahap dimana sel mendapatkan ciri-ciri invasif, dan terjadi perubahan pada jaringan sekitarnya. Sel-sel tersebut pembuluh darah, melalui pembuluh darah sel-sel dapat terbawa ke area lain dalam tubuh untuk membentuk metastase pada bagian tubuh yang lain. Pembuluh darah yang terpengaruh akibat pendesakan sel kanker selanjutnya akan menghambat aliran darah dan terjadi hipoksia jaringan lalu menimbulkan bakteri patogen (anaerob) yang dapat mengakibatkan infeksi. Bakteri patogen tersebut masuk ke sirkulasi (hematogen) yang selanjutnya akan mengakibatkan anak sebar (metastase) ke orang lain.

Terjadi pembelahan sel abnormal di jaringan payudara yang menyebabkan jumlah sel meningkat dan terjadi hipermetabolisme di jaringan kanker, sehingga mengurangi suplai nutrisi dan oksigen ke jaringan lain yang dapat mempengaruhi penurunan berat badan dan terjadinya anemia perifer. Selanjutnya sel kanker payudara mendesak jaringan sekitarnya dan menekan

jaringan normal pada payudara, lalu payudara yang terkena kanker membengkak dan mendesak jaringan di luar payudara seperti paru-paru. Di paru-paru terjadi infiltrasi pleura yang selanjutnya menjadi efusi pleura, hal ini berpengaruh pada ekspansi lapangan paru dan dapat menyebabkan tergantungnya perfusi jaringan payudara yang dapat mengakibatkan nekrosis dan ulserasi payudara. Payudara yang asimetris dapat menyebabkan beberapa hal seperti ketidaktepatan interpretasi karena kurangnya pengetahuan tentang kanker payudara dan menimbulkan ansietas serta gangguan citra tubuh. Sel kanker tersebut dapat mendesak sel saraf yang selanjutnya akan mempengaruhi sel saraf yang peka terhadap rangsangan nyeri dan terjadilah nyeri

Ketika kanker telah memasuki stadium lanjut maka tindakan yang dapat dilakukan yaitu pengangkatan atau mastektomi payudara, dan kemoterapi. Jika seorang pasien kanker payudara tidak mengetahui prosedur dan efek dari pembedahan maka masalah kesehatan yang dapat terjadi yaitu ansietas, lalu dari tindakan mastektomi akan terjadi pemutusan jaringan saraf maka pasien akan mengeluh nyeri dan mastektomi juga dapat mengakibatkan terjadinya luka terbuka selanjutnya masalah keperawatan yang dapat terjadi risiko infeksi dan kerusakan integritas kulit. Ketika payudara diangkat pasien merasa malu dengan kondisinya saat ini maka masalah keperawatan yang dapat diangkat gangguan citra tubuh

7. Pathway



Sumber : Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017, Tim Pokja SLKI DPP PPNI. 2022

Gambar 2 Pathway Kanker Payudara dengan Gangguan Pola Tidur

8. Manifestasi klinis

Manifestasi klinis kanker payudara pada setiap wanita berbeda-beda Tanda yang paling umum terjadi adalah perubahan bentuk payudara dan puting, perubahan yang terasa saat perabaan dan keluarnya cairan dari puting (Ashariati 2019). Beberapa gejala kanker payudara yaitu :

a. Munculnya benjolan pada payudara

Biasanya benjolan di payudara terasa keras dan tidak terasa di payudara sebelahnya.

b. Munculnya benjolan di aksila

Biasanya terasa adanya benjolan kecil dan keras muncul di ketiak dan bisa menjadi tanda bahwa kanker payudara telah menyebar sampai ke kelenjar getah bening.

c. Perubahan bentuk dan ukuran payudara

Biasanya bentuk dan ukuran payudara tidak sama. Bisa lebih kecil atau lebih besar sebelahnya

d. Keluarnya cairan dari puting

Biasanya keluar cairan sendiri tanpa menekan puting susu, terjadi hanya pada salah satu payudara, disertai darah atau nanah berwarna kuning sampai kehijauan.

e. Perubahan pada puting susu

Puting susu terasa seperti terbakar, gatal, dan muncul luka yang sulit atau lama sembuh. Selain itu biasanya puting susu terlihat tertarik ke dalam (retraksi), dan berubah bentuk atas polusi memerah

f. Kulit payudara berkerut

Muncul kerutan seperti jeruk purut pada kulit payudara. Tanda- Tanda kanker payudara telah menyebar (Savitri, 2015):

- 1) Nyeri tulang
- 2) Pembengkakan lengan atau luka pada kulit payudara
- 3) Pesumpakan cairan di sekitar paru-paru
- 4) Mual.
- 5) Kehilangan nafsu makan
- 6) Penurunan berat badan.
- 7) Sesak nafas.
- 8) Penglihatan ganda

9. Pemeriksaan penunjang

Demi mendukung pemeriksaan klinis dapat dilakukan pemeriksaan penunjang berupa radiologi untuk mendapatkan gambaran yang lebih jelas terkait kondisi payudara pasien. Selain itu pemeriksaan radiologi juga bisa digunakan untuk kepentingan penentuan stadium (Ummah 2019). Adapun pemeriksaan radiologi yang dianjurkan pada diagnosis kanker payudara yaitu :

a. Mamografi

Merupakan pemeriksaan dengan menggunakan sinar X yang digunakan sebagai bagian dari skrining maupun diagnosis kanker payudara. Mamografi memiliki sensitivitas pada pasien > 40 tahun, namun kurang sensitif dan memiliki bahaya radiasi pada pasien < 40 tahun.

b. Ultrasonografi (USG)

Merupakan modalitas diagnosis dengan menggunakan gelombang suara yang relatif aman, hemat biaya, dan tersedia secara luas. Pemeriksaan ini aman

dilakukan untuk menemukan ukuran lesi dan bisa menentukan lesi berupa lesi kistik atau lesi solid. Pemeriksaan bersifat operator dependent yaitu memerlukan ahli radiologi berpengalaman “man behind the gun”.

c. CT scan

Merupakan pemeriksaan dengan sinar X yang divisualisasikan oleh komputer. CT scan toraks dengan kontras merupakan salah satu modalitas untuk diagnosis kanker payudara. Selain itu, CT scan kepala juga dapat memberikan keuntungan dalam penentuan metastasis ke otak.

d. Bone scanning

Merupakan pemeriksaan yang menggunakan bahan radioaktif pada kanker payudara pemeriksaan ini menentukan ada atau tidaknya metastasis kanker, serta keparahannya. Namun sudah tidak direkomendasikan karena sulit dan memiliki efektifitas yang kurang.

e. Magnetic Resonance Imaging (MRI)

Memanfaatkan gelombang magnet. MRI cocok dilakukan untuk pasien usia muda dan pasien dengan risiko kanker payudara tinggi karena memberikan hasil yang sensitif pada tumor kecil. Namun MRI ini belum digunakan secara luas karena biaya tinggi, dan durasi waktu yang lama.

f. Radiologi

Melalui pemeriksaan radiologi dapat dilakukan deteksi *Morfologi Palpable Massa* payudara untuk tingkat keparahan benjolan payudara yang mengacu pada *Breast Imaging Reporting and Data System* (BIRADS) oleh *American College of Radiology* (ACR)

Tabel 2
Klasifikasi Breast Imaging Reporting and Data System (BIRADS)

Kategori	Pemeriksaan
BIRADS 0	Inklompet
BIRADS 1	Negatif
BIRADS 2	Jinak
BIRADS 3	Kemungkinan jinak
BIRADS 4	Curiga ke arah ganas
BIRADS 5	Sangat curiga ganas
BIRADS 6	Hasil biopsi positif keganasan
Sumber (Bonacho, T., Rodrigues, F., & Liberal, 2019)	

10. Penatalaksanaan medis

a. Bedah

1) *Lumpektomi*

Prosedur untuk mengangkat tumor, baik yang ganas maupun jinak, pada payudara disebut mastektomi parsial atau operasi pelestarian payudara. Bagi pasien dengan kanker payudara pada stadium awal, lumpektomi dilakukan untuk menjaga bentuk dan penampilan payudara. Setelah lumpektomi, dokter Anda mungkin akan merekomendasikan terapi radiasi guna mengurangi risiko terjadinya kambuhnya kanker.

2) *Mastektomi*

Prosedur pengangkatan seluruh atau sebagian jaringan payudara ini dikenal sebagai mastektomi. Mastektomi umumnya dilakukan pada pasien yang menderita kanker payudara stadium lanjut atau mereka yang memiliki risiko tinggi untuk mengembangkan kanker payudara. Selain itu, mastektomi juga dapat dilakukan sebagai langkah pencegahan terhadap kemungkinan kekambuhan.

b. Radioterapi

Terapi radiasi (RT) merupakan bentuk pengobatan kanker yang memanfaatkan radiasi dosis tinggi untuk membunuh sel-sel kanker dan mengecilkan tumor. Sejak penemuan radioaktivitas oleh Marie Curie, seorang pemenang Hadiah Nobel, radioterapi (RT) telah diakui sebagai salah satu metode yang paling penting dan efektif dalam menghancurkan atau melawan tumor. Umumnya, RT menggunakan radiasi foton berenergi tinggi, seperti sinar-X atau sinar gamma (γ), untuk menangani sel kanker. Terapi radiasi bekerja dengan menghancurkan sel kanker dan jaringan tumor melalui mekanisme yang langsung maupun tidak langsung. Meskipun radioterapi telah mencapai sejumlah keberhasilan yang signifikan, tantangan besar masih dihadapi dalam upaya memperbaiki dan mengurangi kerusakan akibat radiasi pada jaringan tumor serta efek samping yang muncul pada jaringan sehat. Radiosensitizer adalah zat kimia atau obat yang dapat meningkatkan efektivitas membunuh sel tumor dengan cara secara tidak langsung mempercepat kerusakan DNA dan meningkatkan produksi radikal bebas. Dalam banyak kasus, radiosensitizer memiliki dampak yang minimal terhadap jaringan normal. Selama beberapa tahun terakhir, beragam strategi telah diterapkan untuk mengembangkan radiosensitizer yang memiliki efikasi tinggi dan toksisitas rendah.

Melalui aksi langsungnya, radiasi secara langsung menyebabkan pemutusan untai tunggal (SSBs) dan pemutusan untai ganda (DSBs) pada DNA, yang mengakibatkan pembelahan sel, terhentinya pertumbuhan, serta munculnya nekrosis sel dan apoptosis. Sebagai efek tidak langsung, radiasi juga dapat memicu pembentukan ROS, yang menyebabkan stres sel, merusak biomolekul,

dan pada akhirnya mengubah jalur sinyal seluler. Studi klinis menunjukkan bahwa lebih dari separuh pasien (sekitar 70%) perlu menjalani radioterapi (RT), dan dalam beberapa situasi, RT merupakan satu-satunya metode pengobatan kanker. Oleh karena itu, terdapat kebutuhan yang signifikan untuk mengembangkan pendekatan dalam meningkatkan radiosensitivitas ini.

c. Kemoterapi

Kemoterapi adalah bentuk pengobatan yang memanfaatkan zat-zat kimia untuk menghambat perkembangan serta membunuh sel-sel kanker. Sering kali hanya disebut sebagai "kemoterapi," metode ini melibatkan penggunaan obat-obatan untuk mengatasi kanker. Obat-obatan tersebut dapat diberikan melalui infus, suntikan, atau dalam bentuk tablet maupun cairan. Karena obat ini disalurkan ke aliran darah dan menyebar ke seluruh tubuh, terapi ini sangat efektif dalam mengatasi kanker yang telah menyebar ke organ-organ yang lebih jauh. Meski pengobatan ini berfungsi untuk menghancurkan sel kanker, obat ini juga dapat merusak beberapa sel normal dan menyebabkan efek samping. Adapun cara kemoterapi yang biasa digunakan pada pasien kanker payudara yaitu:

1) Kemoterapi *Adjuvant*

Perawatan pasien pasca operasi yang menunjukkan bahwa kanker belum menyebar disebut terapi adjuvan. Tujuan dari jenis kemoterapi ini adalah untuk mengurangi risiko kambuhnya kanker payudara. Bahkan pada stadium awal penyakit, sel kanker dapat terlepas dari tumor payudara asli dan menyebar melalui aliran darah.

2) Kemoterapi *Neoajuvant*

Kemoterapi yang dilakukan sebelum operasi dikenal sebagai terapi neoadjuvan. Salah satu keuntungan utama dari pendekatan ini adalah kemampuan untuk memperkecil ukuran kanker yang besar menjadi cukup kecil untuk diangkat melalui lumpektomi, alih-alih mastektomi. Meskipun belum ada kejelasan apakah kemoterapi neoadjuvan dapat meningkatkan kelangsungan hidup, tetapi terapi ini setidaknya menunjukkan efektivitas yang setara dengan terapi adjuvan.

3) Kemoterapi Paliatif

Kemoterapi paliatif umumnya diberikan secara khusus kepada pasien kanker pada tahap lanjut, dengan tujuan utama untuk meningkatkan kualitas hidup mereka daripada mencari kesembuhan. Oleh karena itu, saat menawarkan kemoterapi paliatif, penting untuk mempertimbangkan beberapa hal secara serius, yakni: menghargai otonomi (semua keputusan ada di tangan pasien), manfaat (pastikan apa yang anda kelola benar- benar memberikan manfaat), tidak merugikan (pastikan apa yang Anda kelola tidak bersifat merugikan), dan adil (berlaku dengan bijaksana).

d. Terapi Target dan Imunoterapi

1. Terapi Target

Terapi target (targeted therapy) merupakan salah satu metode pengobatan kanker yang dilakukan bersamaan dengan kemoterapi dan terapi radiasi. Terapi ini dirancang sebagai bentuk pengobatan yang selektif, mampu membunuh sel kanker payudara tanpa merusak sel normal. Pengobatan ini berdasar pada analisis molekuler dari jaringan kanker payudara, yang menunjukkan bahwa kanker payudara bukanlah penyakit yang seragam, sehingga setiap pasien

memiliki penanda molekuler yang unik. Dengan demikian, terapi yang ditargetkan dapat efektif dalam menghancurkan sel kanker yang mengandung penanda molekuler tertentu. Penerapan terapi ini bersifat individual; seluruh pasien kanker payudara perlu menjalani tes molekuler terlebih dahulu agar dapat menerima perawatan yang tepat. Oleh karena itu, pengobatan untuk kanker payudara harus disesuaikan dengan penanda molekuler masing-masing pasien. Pada pengujian molekuler, jaringan kanker payudara yang memiliki reseptor hormon (baik reseptor estrogen maupun progesteron) menunjukkan respons yang baik terhadap penggunaan modulator reseptor estrogen selektif.

2) Imunoterapi

Sejak dekade 1980-an, para peneliti telah mengembangkan pengobatan yang ditargetkan secara imunologis (imunoterapi) untuk kanker payudara, yang memanfaatkan mekanisme pengikatan pada reseptor HER2/neu melalui antibodi spesifik. Molekul trastuzumab adalah antibodi monoklonal telanjang yang pertama kali disetujui oleh Badan Pengawas Obat dan Makanan AS (FDA) pada tahun 1998, untuk pengobatan kanker payudara stadium lanjut metastasis HER2/neu-positif, baik dalam pengobatan adjuvan maupun sebagai lini pertama. Berbagai jenis imunoterapi mencakup terapi antibodi, vaksinasi, transfer sel T adopsi, dan transfer gen reseptor sel T :

a) Imunoterapi Berbasis Terapi antibodi

Terapi antibodi untuk kanker payudara menggunakan antibodi monoklonal yang mengikat sel-sel kanker, memicu respons imun, serta memicu apoptosis. Beberapa antibodi monoklonal telah disetujui oleh Food and Drug Administration (FDA) sebagai pengobatan untuk kanker. Antibodi monoklonal

ini meliputi reseptor faktor pertumbuhan epidermal (cetuximab, Erbitux), faktor pertumbuhan endotel vaskular (VEGF) (bevacizumab, Avastin), dan reseptor faktor pertumbuhan epidermal (panitumumab, Vectibix).

b) Imunoterapi Berbasis Sel Limfosit T

Imunoterapi ini mencakup berbagai jenis, termasuk vaksinasi, transfer sel T adopsi, dan transfer gen reseptor sel T, yang semuanya bertujuan untuk membunuh sel tumor dengan memanfaatkan sel limfosit T sitotoksik yang bersifat antitumor.

c) Vaksinasi

Vaksin kanker berfungsi dengan menggunakan antigen tumor spesifik yang diperoleh dari peptida, protein, dan DNA. Setelah itu, vaksin tersebut disuntikkan secara subkutan ke pasien, dan selanjutnya diterima oleh sel penyaji antigen (APC), termasuk sel dendritik dan makrofag. Tujuan utama dari proses ini adalah untuk merangsang respons kekebalan yang melibatkan limfosit anti-tumor, yang akan bergerak menuju lokasi tumor dan menghancurkan sel-sel tumor tersebut. Salah satu antigen tumor yang diidentifikasi pada kanker payudara mencakup HER-2/neu, MUC-1, dan NY-ESO-1. Di antara semua, MUC-1 terlihat sebagai vaksin kanker yang paling menjanjikan bagi pasien yang mengalami kanker payudara.

d) *Adoptive T Cell Transfer*

Hasil uji klinis menunjukkan bahwa transfer sel T adaptif sangat efektif dalam melawan sel kanker dan berfungsi sebagai terapi imun pasif bagi pasien yang menderita kanker. Pertama kali diperkenalkan pada tahun 1980-an, dalam transfer sel T adaptif, limfosit T antitumor dihasilkan dari jaringan tumor

primer, kemudian dibuat dan diaktifkan secara *in vitro*, sebelum akhirnya disuntikkan kembali ke pasien (biasanya sekitar 10^9 hingga 10^{11} sel T ditransfer). Proses ini memungkinkan sel antitumor untuk mencapai lokasi tumor dan membunuh sel-sel tumor yang sudah ada.

e) T Cell Receptor Gene Transfer

Ada reseptor di permukaan sel T yang berfungsi untuk mengenali antigen, sehingga sel T dapat melaksanakan perannya. Dengan mentransfer reseptor sel R secara langsung, ini berpotensi untuk melawan antigen histokompatibilitas minor yang diekspresikan oleh sel hematopoietik. Oleh karena itu, terapi ini dapat menjadi penemuan baru dalam pengobatan keganasan yang berkaitan dengan sel hematopoietik.

B. Konsep Dasar Gangguan Pola Tidur

1. Definisi pola tidur

Pola tidur adalah bentuk yang bervariasi dari suatu keadaan dimana sistem fisiologis manusia mengistirahatkan tubuhnya dalam waktu tertentu untuk memulihkan dan memperbaiki sistem tubuh manusia melakukan kegiatan sehari-hari yang bisa dibangunkan dengan bantuan stimulus sensorik, audio maupun stimulus lainnya. Menurut Widiyanto (2016), pola tidur adalah model, bentuk atau corak tidur dalam jangka waktu yang relatif menetap dan meliputi jadwal jatuh (masuk) tidur dan bangun, irama tidur, frekuensi tidur dalam sehari, mempertahankan kondisi tidur, dan kepuasan tidur.

2. Faktor-faktor yang mempengaruhi pola tidur

Sejumlah faktor yang mempengaruhi kualitas dan kuantitas tidur, kualitas tidur mengandung arti kemampuan individu untuk tetap tidur dan bangun dengan jumlah tidur REM dan NREM yang cukup. Sedangkan kuantitas tidur berarti total waktu tidur individu. Faktor psikologis, fisiologi dan lingkungan dapat mempengaruhi kualitas dan kuantitas tidur. Beberapa faktor tersebut adalah sebagai berikut (Bruno, 2019):

- a. Usia durasi dan kualitas tidur beragam diantara orang-orang dari semua kelompok usia . Variasi pola tidur menurut usia antara lain :
 - 1) Remaja : tidur 8,5 jam/hari dan sekitar 20% adalah tidur REM (Rapid Eye Movement).
 - 2) Dewasa muda : tidur 6-8 jam /hari tetapi waktunya bervariasi , 20-25% adalah tidur REM (Rapid Eye Movement).
 - 3) Dewasa pertengahan : tidur 7 jam/hari, 20% adalah tidur REM (Rapid Eye Movement).
 - 4) Dewasa tua : tidur sekitar 6 jam/hari, sekitar 20-25% tidur REM (Rapid Eye Movement).
- b. Penyakit fisik, setiap penyakit yang menyebabkan nyeri, ketidaknyamanan (seperti kesulitan bernafas), atau masalah hati seperti kecemasan atau depresi dapat menyebabkan masalah tidur .
- c. Gaya hidup, rutinitas harian seseorang mempengaruhi pola tidur seseorang. Individu dengan waktu kerja tidak sama setiap harinya seringkali mempunyai kesulitan menyesuaikan perubahan pola tidur. Perubahan lain yang

menggunakan pola tidur merupakan kerja berat yang tidak biasanya, terlihat dalam aktivitas sosial pada larut malam, perubahan waktu makan malam

d. Lingkungan

Lingkungan fisik tempat seseorang tidur berpengaruh penting pada kemampuan untuk tertidur. Ventilasi yang baik adalah esensial untuk tidur yang tenang. Ukuran dan posisi tempat tidur mempengaruhi kualitas tidur. Selain itu suara juga mempengaruhi tidur, tingkat suara yang dibutuhkan untuk membangunkan seseorang tergantung pada tahapan tidurnya. Suara yang lebih rendah cenderung dapat membangunkan orang yang tidur dalam tahap 1, sementara suara yang keras membangunkan seseorang dari tidur tahap 3 dan 4.

1) Aktivitas dan kelelahan Jam hidup manusia terbagi atas 3 tahap yaitu, delapan jam bekerja normal, delapan jam berikutnya dipergunakan untuk pekerjaan ringan, dan delapan jam berikutnya dipergunakan untuk istirahat total. Maka dari itu istirahat yang cukup sangat penting demi menjaga stabilitas kerja tubuh dan menghindari berbagai dampak yang timbul akibat dari kurangnya waktu tidur di malam hari oleh aktivitas tambahan.

3. Jenis pola tidur

Bruno (2019), jenis tidur dibedakan menjadi 2 jenis yaitu :

a. Tipe *Rapid Eye Movement* (REM)

Seseorang biasanya mencapai tidur REM sekitar 90 menit ke siklus tidur, mimpi yang seperti kenyataan terjadi di fase REM. Mimpi merupakan hasil dari neuron-neuron bagian bawah otak atau yang disebut dengan Pons yang bekerja secara spontan selama tidur REM. Tidur REM terlihat penting untuk pemulihan kognitif

b. Tipe Non Rapid Eye Movement (NREM) Terdapat 4 tahap yaitu :

- 1) Tahap stadium Satu tahap paling dangkal tidur, tahap ini berakhir beberapa menit dan pengurangan aktifitas dimulai dengan penurunan secara bertahap tanda-tanda vital dan metabolisme, biasanya tahap ini seseorang sangat mudah terbangun oleh stimulus sensori dan ketika terbangun seseorang merasa lelah seperti telah melamun.
- 2) Tahap stadium Dua merupakan periode tidur bersuara, kemajuan relaksasi dan mudah terbangun masih relatif mudah. Tahap ini berakhir 10 menit hingga 20 menit dan kelanjutan fungsi tubuh melambat.
- 3) Tahap stadium Tiga meliputi tahap awal dari tidur yang dalam, orang akan sulit dibangunkan dan jarang bergerak, otot-otot dalam keadaan santai penuh dan tanda-tanda vital menurun tetapi tetap teratur.
- 4) Tahap stadium Empat merupakan tahap tidur terdalam dan sangat sulit membangunkan orang yang tidur. Pada tahap ini tanda-tanda vital menurun secara bermakna dibanding selama jam terjaga, dan tidur sambil berjalan dan enuresis dapat terjadi pada tahap ini.

4. Penilaian pola tidur

Menurut Susilo (2017), kualitas tidur dapat dilihat melalui tujuh komponen, yaitu :

- a. Kualitas tidur subjektif : yaitu penilaian subjektif diri sendiri terhadap kualitas tidur yang dimiliki, adanya perasaan terganggu dan tidak nyaman pada diri sendiri berperan terhadap penilaian kualitas tidur. Latensi tidur : yaitu berapa waktu yang dibutuhkan sehingga seseorang bisa tertidur, ini berhubungan dengan gelombang tidur seseorang.

- c. Efisiensi tidur : yaitu didapatkan melalui presentase kebutuhan tidur manusia, dengan menilai jam tidur seseorang dan durasi tidur seseorang dan durasi tidur sehingga dapat disimpulkan apakah sudah tercukupi atau tidak.
- d. Durasi tidur : yaitu dinilai dari waktu mulai tidur sampai waktu terbangun, waktu tidur yang tidak terpenuhi akan menyebabkan kualitas tidur yang buruk.
- e. Gangguan tidur : yaitu seperti adanya mengorok, gangguan pergerakan sering terbangun dan mimpi buruk dapat mempengaruhi proses tidur seseorang.
- f. Penggunaan obat tidur dapat menandakan seberapa berat gangguan tidur yang dialami, karena penggunaan obat tidur diindikasikan apabila orang tersebut sudah sangat terganggu pola tidurnya dan obat tidur dianggap perlu untuk membantu tidur.
- g. Gangguan tidur yang dialami pada siang hari atau adanya gangguan pada kegiatan sehari-hari diakibatkan oleh perasaan mengantuk

5. Pengukuran pola tidur

Alat ukur yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuisisioner Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), yang telah dikembangkan oleh. Instrument ini telah baku dan banyak digunakan dalam penelitian kualitas tidur seperti dalam penelitian Menurut Contreras et al., (2014) untuk menilai pola tidur pada pasien hipertensi diperlukan suatu alat ukur. Pengukuran pola tidur pada pasien hipertensi dilakukan dengan wawancara atau kuesioner yang menanyakan tentang isi materi yang akan diukur dari subjek penelitian. Interpretasi nilai skor kualitas tidur :

- a. Kualitas tidur tinggi nilai : 1-5
- b. Kualitas tidur cukup nilai : 6-7

- c. Kualitas tidur kurang nilai : 8-14
- d. Kualitas tidur rendah nilai : 15-21

B. Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian keperawatan merupakan tahap awal proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Pengkajian keperawatan merupakan dasar pemikiran dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien. pengkajian yang lengkap, dan sistematis sesuai dengan fakta atau kondisi yang ada pada klien sangat penting untuk merumuskan suatu diagnosis keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respons individu.

a. Pengkajian Data Keperawatan

1) Identitas Pasien dan Penanggung Jawab

Identitas pasien pada pengkajian keperawatan meliputi nama, umur, jenis kelamin, tempat/tanggal lahir, pendidikan, agama, alamat dan kewarganegaraan. Identitas penanggung jawab dalam pengkajian keperawatan meliputi nama, alamat, umur, hubungan dengan pasien, serta nomor telepon.

2) Keluhan Utama

Keluhan yang paling di rasakan oleh pasien pada saat melakukan pengkajian. Orang yang mengalami kanker payudara biasanya sering mengalami gangguan pola tidur dikarenakan nyeri yang diakibatkan oleh peradangan pada benjolan payudara.

3) Riwayat Kesehatan

a) Riwayat Kesehatan Dahulu

Informasi mengenai riwayat penyakit yang pernah di derita oleh pasien sebelumnya. Riwayat merokok atau bekas perokok dengan atau tanpa gejala pernapasan, riwayat terpajan zat iritan yang bermakna ditempat kerja.

b) Riwayat Kesehatan Sekarang

Informasi terkait dengan kondisi kesehatan saat ini yang dimulai dari keluhan yang dialami oleh pasien hingga usaha yang telah dilakukan dalam mencari pelayanan kesehatan hingga sebelum pengkajian.

c) Riwayat Kesehatan Keluarga

Informasi terkait riwayat penyakit yang pernah dialami atau yang sedang diderita oleh anggota keluarga, baik yang terkait maupun tidak terkait dengan penyakit yang dialami pasien.

4) Kebutuhan Biopsikososial :

a) Pola manajemen kesehatan dan persepsi

Apakah pasien memiliki alergi terhadap makanan ataupun obat-obatan, dan adakah perubahan terhadap kebiasaan pasien sebelum dan sesudah sakit.

b) Pola metabolik dan nutrisi

Frekuensi/porsi makan pasien sebelum dan saat sakit, berat badan pasien Sebelum dan saat sakit, tinggi badan pasien, jenis makanan yang disukai dan makanan yang dimakan sebelum dan sesudah sakit, makanan pantangan dan nafsu makan pasien.

c) Pola Eliminasi

Frekuensi BAK dan BAB pasien, waktu, warna, konsistensi dan apakah pasien menggunakan pencahar jika kesulitan BAB.

d) Pola aktivitas dan latihan

Kegiatan dan pekerjaan yang dilakukan pasien pada saat Sebelum dan sesudah sakit.

e) Pola istirahat dan tidur

(1) Jam berapa pasien tidur dan terbangun

(2) Apakah pasien terjaga pada malam hari

(3) Jika pasien terbangun pada malam hari, berapa lama biasanya pasien untuk bisa tertidur kembali

(4) Berapa lama pasien tidur dalam sehari

(5) Apakah pasien memiliki kebiasaan pengantar tidur dan saat tidur

(6) Apakah pasien mengalami kesulitan pada saat ingin tidur

(7) Apakah pasien biasanya tidur pada siang hari

(8) Apakah pasien merasa perubahan terhadap pola tidurnya sebelum dan sesudah sakit

f) Pola persepsi dan kognitif

Apakah pasien mengalami kesulitan dalam kegiatan sehari harinya dan bagaimana perasaan pasien ketika saat sakit

g) Pola konsep diri dan persepsi diri

Hal yang dipikirkan pasien saat ini pada penyakitnya, dan bagaimana tanggapan pasien terkait perubahan yang dialami sebelum dan sesudah sakit, harapan pasien setelah menjalani perawatan.

Hubungan/komunikasi :

Pengucapan pasien saat bicara, bahasa yang digunakan, dan apakah pasien mampu mengekspresikan apa yang dia bicarakan.

h) Pola hubungan dan peran

Genogram

i) Pola reproduktif dan seksualitas

Apakah mengalami gangguan hubungan seksual dan apakah pasien dan suami mengerti terhadap fungsi seksual

j) Pola toleransi stres dan coping

Pengambilan keputusan dalam keluarga, yang disukai pasien terhadap dirinya dan apa yang dilakukan ketika merasa stres.

k) Pola keyakinan dan nilai

Kegiatan keagamaan, kepercayaan pasien terhadap Tuhan

5) Pengkajian fisik

a) Vital sign

b) Head to toe

(1) Kepala

Bentuk : Bentuk kepala pasien

Lesi/luka : Apakah memiliki lesi ataupun luka pada bagian kepala

(2) Rambut

Warna : Warna rambut pasien

Kelainan : Memiliki kelainan rambut seperti rontok, atau berketu

(3) Mata

Penglihatan : Penglihatan mata pasien

Sklera : Sklera mata pasien

Konjungtiva : Konjungtiva pasien tidak anemis

Pupil : Bagaimana pupil mata pasien

Kelainan : Apakah memiliki kelainan mata

(4) Hidung

Penghidu : Penghidu pasien

Sekret/ darah/ polip : Apakah ada sekret/darah/polip pada hidung pasien

Tarikan cuping hidung : Apakah ada tarikan cuping hidung pada pasien

(5) Telinga

Pendengaran : Bagaimana pendengaran pasien

Sekret/ cairan/ darah : Sekret/cairan/darah pada telinga pasien

(6) Mulut dan gigi

Bibir : Mukosa bibir pasien

Mulut dan tenggorokan : Mulut dan tenggorokan pasien

Gigi : Gigi pasien

(7) Leher

Pembesaran kelenjar tiroid : Teraba/ tidak

Lesi : Lesi pada leher pasien

Nadi karotis : Nadi karotis pasien

Pembesaran kelenjar limfoid : tidak teraba / teraba

(8) Thorax

Jantung : Nadi pasien berapa x/menit

Dada : Bentuk dada (simetris, pengembangan dada simetris, tidak ada retraksi pada dinding dada, terdapat nyeri tekan pada dada)

Paru : Frekuensi napas pasien (teratur, kualitas normal, tidak ada suara wheezing/mengi)

(9) Abdomen

Kembung : Apakah perut pasien teraba kembung

Kram perut : Apakah ada kram pada perutnya

Ascites : Berapa kali

(10) Genetalia

Kelainan : Tidak ada kelainan apapun pada genetalia pasien

Kebersihan : Tampak genetalia pasien bersih

Pengeluaran : Tidak terdapat adanya pengeluaran darah atau lendir

(11) Kulit

Turgor : Turgor pasien

Laserasi : Laserasi pada pasien

Warna kulit : Warna kulit pasien

(12) Ekstremitas

Kekuatan otot : R O M, hemiplegi/parese, akral, capillary refill time, edema

6) Data Penunjang

Diagnosa medis, hasil laboratorium, hasil tes darah, hasil radiologi

b. Analisis Data Keperawatan

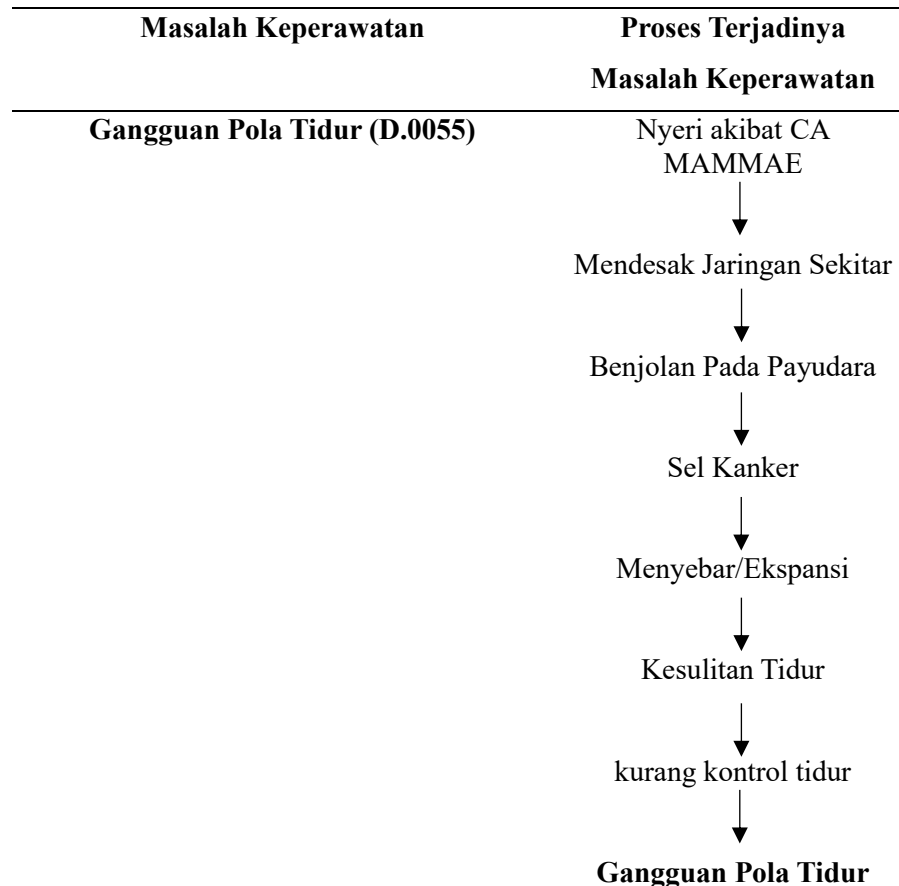
Tabel 3
Analisis Data Keperawatan Gangguan Pola Tidur Pada Ny.M
Akibat Kanker Payudara

Data Keperawatan	Standar	Masalah
Tanda dan Gejala Mayor Subjektif : 1. Mengeluh sulit tidur 2. Mengeluh sering terjaga 3. Mengeluh tidak puas tidur 4. Mengeluh pola tidur berubah, 5. Mengeluh istirahat tidak cukup Obyektif : (tidak tersedia) Tanda dan Gejala Minor Subjektif : 1. Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun. Obyektif : (tidak tersedia)	1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan tidak puas tidur menurun 4. Keluhan pola tidur berubah menurun 5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun 6. Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun membaik	Gangguan Pola Tidur (D.0055)

Sumber : (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017, Tim Pokja SLKI DPP PPNI. 2022.)

c. Analisis Masalah Keperawatan

Tabel 4
Analisis Masalah Keperawatan Gangguan Pola Tidur Pada Ny.M
Akibat Kanker Payudara



Sumber : (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017.)

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual atau potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. Diagnosis keperawatan yang dirumuskan pada masalah ini adalah gangguan pola tidur (D.0055) berhubungan dengan kurang kontrol tidur dibuktikan dengan mengeluh sulit tidur, mengeluh sering

terjaga, mengeluh tidak puas tidur, mengeluh pola tidur berubah, mengeluh istirahat tidak cukup, mengeluh kemampuan beraktivitas menurun. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2017)

3. Rencana Keperawatan

Tabel 5
Rencana Keperawatan Gangguan Pola Tidur Pada Ny.M
Akibat Kanker Payudara

Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan Keperawatan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1	2	3
Gangguan Pola Tidur (D.0055) berhubungan dengan kurang control tidur dibuktikan dengan mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh tidak puas tidur, mengeluh pola tidur berubah, mengeluh istirahat tidak cukup.	Setelah dilakukan intervensi keperawatan 5x24 jam maka diharapkan Pola Tidur (L.05045) membaik dengan kriteria hasil: 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan tidak puas tidur menurun 4. Keluhan pola tidur berubah menurun 5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun	Dukungan Tidur (I.05174) Observasi 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik/atau psikologis) 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis, kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) 4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi Terapeutik 1. Modifikasi lingkungan (mis, pencahayaan, kebisingan, suhu, matras dan tempat tidur) 2. Batasi waktu tidur siang, jika perlu 3. Fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur 4. Tetapkan jadwal tidur rutin 5. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis, pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) 6. Sesuaikan pemberian jadwal obat dan/ tindakan menunjang siklus tidur-terjaga

1	2	3
		Edukasi 1. Anjurkan pentingnya tidur cukup selama sakit 2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 3. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur 4. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM 5. Ajarkan faktor- faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis, psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja) 6. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya
		Edukasi Aktivitas/Istirahat (I.12362) Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
		Terapeutik 1. Sediakan materi dan media pengaturan aktifitas dan istirahat 2. Jadwalkan pemberian pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan pada pasien dan keluarga untuk bertanya
		Edukasi 1. Jelaskan pentingnya melakukan aktivitas fisik/olahraga secara rutin 2. Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok, aktivitas bermain atau aktivitas lainnya 3. Anjurkan menyusun jadwal aktivitas dan istirahat 4. Ajarkan cara mengidentifikasi kebutuhan istirahat (mis, kelelahan, sesak napas saat aktivitas) 5. Ajarkan cara mengidentifikasi target dan jenis aktivitas sesuai kemampuan

1	2	3
		Intervensi Pendukung Manajemen Nyeri (I.08238)
		Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetic
		Terapeutik 1. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri
		Edukasi 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat

1	2	3
		5. Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri
		Kolaborasi
		6. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

Sumber : Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017, Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 2018. ,Tim Pokja SLKI DPP PPNI. 2022.

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh seorang perawat untuk membantu pasien dari masalah kesehatan yang dialami, kesehatan yang baik menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses penerapan implementasi harus berkaitan dengan kebutuhan pasien. Pada laporan kasus ini implementasi yang dilakukan adalah sesuai intervensi keperawatan yaitu dukungan tidur dan edukasi aktivitas/istirahat.

5. Evaluasi keperawatan

Langkah terakhir dalam proses asuhan keperawatan adalah evaluasi keperawatan. Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Untuk memudahkan dalam mengevaluasi atau memantau perkembangan klien digunakan komponen SOAP diantaranya:

S : Artinya data subjektif, tuliskan keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan.

O : Artinya data objektif, data objektif adalah data berdasarkan hasil pengukuran atau hasil observasi yang dilakukan secara langsung kepada klien dan yang dirasakan klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

A : Artinya analisis, analisis merupakan suatu masalah atau diagnosis keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituliskan masalah/diagnosis baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan klien yang telah teridentifikasi datanya dalam data subjektif dan objektif.

P : Artinya planning, perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan, hentikan, modifikasi, atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya (Budiono & Pertami, 2017)