

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Definisi Kanker Payudara

Kanker payudara termasuk keganasan yang berkembang dari jaringan kelenjar, saluran kelenjar dan jaringan penunjang di payudara yang mana sel-sel di jaringan payudara mengalami proliferasi secara tidak terkendali dan berlebihan akibat hilangnya kontrol serta mekanisme pengaturan sel yang normal. Hal ini menyebabkan perkembangan sel yang cepat, tidak normal, dan tidak terkendali di jaringan payudara (Simanullang dkk., 2024).

B. Penyebab Kanker Payudara

Hingga kini, penyebab pasti kanker payudara belum dapat dipastikan karena bersifat multifactorial, yakni melibatkan berbagai faktor yang saling berkaitan, beberapa faktor risiko terkait menurut (Simanullang dkk., 2024) yaitu faktor genetik yang berpengaruh yaitu riwayat keluarga dan faktor genetik. Riwayat keluarga dan faktor genetic merupakan komponen penting dalam proses skrining kanker payudara, karena perempuan yang memiliki anggota keluarga dengan riwayat kanker ini cenderung memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami kondisi serupa. Selanjutnya yaitu faktor karakteristik, risiko kanker payudara meningkat seiring bertambahnya usia wanita, dengan kelompok usia 50 hingga 60 tahun menjadi yang paling rentan, terutama pada mereka yang mengalami menopause setelah usia 50 tahun. Selain itu, wanita yang mengalami menarche sebelum usia 12 tahun memiliki risiko lebih tinggi dibandingkan dengan yang mengalami menarche setelah usia tersebut. Serta faktor perilaku, risiko kanker payudara

meningkat akibat kurangnya aktivitas fisik, pola makan yang tidak sehat dan tidak teratur, serta kebiasaan merokok dan mengonsumsi alkohol hingga tiga gelas setiap hari.

C. Tanda dan Gejala Kanker Payudara

Tanda dan gejala umum kanker payudara yang menjadi keluhan menurut (Simanullang dkk., 2024) yang pertama adalah gejala klinis pada payudara biasanya berupa benjolan yang tidak menimbulkan nyeri, yang awalnya kecil dan secara bertahap membesar, kemudian dapat melekat pada kulit atau menyebabkan perubahan pada kulit payudara maupun puting susu. Yang kedua adalah erosi atau eksema puting susu, perubahan pada kulit atau puting payudara dapat berupa retraksi, perubahan warna menjadi merah muda atau kecoklatan, serta pembengkakan yang menyebabkan permukaan kulit tampak seperti kulit jeruk. Kondisi ini dapat disertai kerutan atau munculnya ulkus yang secara bertahap membesar dan mendalam, hingga merusak seluruh jaringan payudara, sering kali berbau busuk dan mudah mengalami perdarahan.

D. Proses Patologis Kanker Payudara

Menurut Simanullang dkk., (2024) proses terjadinya kanker payudara terdiri dari dua tahap utama, yaitu fase inisiasi dan fase promosi. Pada fase inisiasi, perubahan awal terjadi pada saluran susu yang menghubungkan alveolus (kelenjar penghasil susu) dengan puting susu, di mana sel kanker belum menyebar ke jaringan di luar saluran tersebut. Selanjutnya, pada fase promosi sel yang telah mengalami inisiasi mulai berkembang menjadi sel ganas. Sementara itu, sel yang belum mengalami inisiasi tidak akan terpengaruh oleh fase promosi, karena untuk

berkembang menjadi keganasan diperlukan kombinasi antara sel yang sensitif dan paparan zat karsinogen.

E. Masalah Keperawatan

1. Definisi Nyeri Kronis

Nyeri merupakan keluhan yang paling umum dialami oleh pasien dengan kanker. (Supriati dkk., 2023). Menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) nyeri kronis merupakan respons sensorik dan emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan, baik nyata maupun fungsional, yang dapat muncul secara mendadak atau bertahap, bersifat menetap dengan intensitas bervariasi dari ringan hingga berat, serta berlangsung lebih dari tiga bulan.

Nyeri kanker adalah sensasi tidak nyaman yang diakibatkan oleh invasi tumor ke jaringan sekitarnya, metastasis ke tulang atau saraf, serta efek dari prosedur diagnostic dan terapi. Nyeri ini bisa bersifat akut maupun kronis, bergantung pada progresivitas penyakit dan respons tubuh terhadap tumor (Grossman & Porth, 2014).

2. Etiologi Nyeri Kronis

Etiologi utama nyeri kronis pada kanker payudara menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) yaitu infiltrasi tumor. Nyeri pada kanker itu sendiri biasanya berasal dari beberapa sebab (Hanna & Zbigniew, 2013) yaitu adanya tumor atau pertumbuhan metastasis, serta terapi antikanker seperti prosedur diagnostic, tindakan bedah, radioterapi, dan kemoterapi, termasuk faktor-faktor yang berperan. Selain itu, terdapat mekanisme yang tidak langsung berhubungan dengan kanker dan pengobatannya, seperti infeksi, ketidakseimbangan metabolik dan nyeri

myofascial, serta mekanisme lain yang sama sekali tidak terkait dengan kanker maupun terapinya.

Nyeri kronis pada kanker payudara merupakan salah satu gejala kompleks yang dipengaruhi oleh berbagai faktor biologis, psikologis, dan sosial. Stadium kanker merupakan faktor utama yang berkontribusi terhadap intensitas nyeri yang dialami pasien. Semakin lanjut stadium kanker, semakin besar kemungkinan terjadinya infiltrasi tumor ke jaringan saraf dan organ di sekitarnya, yang dapat menyebabkan nyeri persisten (Bernadetha, 2024).

Lebih lanjut, makna nyeri yang dimiliki pasien berperan dalam memengaruhi persepsi terhadap rasa sakit. Pasien yang memandang nyeri sebagai tanda progresivitas penyakit atau ancaman terhadap kehidupan cenderung mengalami intensitas nyeri yang lebih tinggi dibandingkan mereka yang memiliki pandangan lebih positif terhadap nyeri (Putri & Mustofa, 2024).

Faktor psikologis juga berperan penting dalam memperburuk nyeri kronis pada pasien kanker payudara. Kecemasan dan depresi dapat meningkatkan persepsi nyeri, di mana pasien dengan tingkat stres emosional yang tinggi lebih cenderung melaporkan nyeri yang lebih berat dibandingkan mereka yang memiliki kondisi mental yang stabil (Putri & Mustofa, 2024).

Selain faktor internal, dukungan keluarga juga berperan dalam pengalaman nyeri pasien. Kehadiran dan keterlibatan keluarga dalam perawatan pasien kanker payudara memiliki dampak signifikan terhadap intensitas nyeri yang dirasakan. (Nugroho, 2023).

Selain itu, pengalaman sebelumnya terhadap nyeri juga dapat mempengaruhi persepsi nyeri saat ini. Pasien dengan riwayat nyeri kronis atau pengalaman medis

yang buruk mungkin memiliki tingkat sensitivitas nyeri yang lebih tinggi dan lebih cemas terhadap nyeri yang mereka alami saat ini (Putri & Mustofa, 2024).

Lebih lanjut, faktor pascaoperasi juga berkontribusi terhadap nyeri kronis pada kanker payudara. Pasien yang menjalani prosedur seperti mastektomi atau lumpektomi sering mengalami nyeri yang menetap akibat kerusakan jaringan dan peradangan yang terjadi setelah operasi (Bernadetha, 2024).

3. Tanda dan Gejala Nyeri Kronis

Tanda dan gejala nyeri kronis menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) yaitu :

a. Gejala dan tanda mayor nyeri kronis

Subjektif

- 1) Mengeluh nyeri
- 2) Merasa depresi (tertekan)

Objektif

- 1) Tampak meringis
- 2) Gelisah
- 3) Tidak mampu menuntaskan aktivitas

b. Gejala dan tanda minor nyeri kronis

Subjektif

- 1) Merasa takut mengalami cedera berulang

Objektif

- 1) Bersikap protektif (mis. posisi menghindari nyeri)
- 2) Waspada
- 3) Pola tidur berubah
- 4) Anoreksia

- 5) Focus menyempit
- 6) Berfokus pada diri sendiri

4. Proses Patologis Nyeri Kronis

Kanker dapat menyebabkan rasa nyeri dengan menumbuhkan atau menghancurkan sel atau jaringan tubuh yang berada di dekatnya. Rasa nyeri kanker dapat berasal dari kanker primer atau kanker sekunder yang tumbuh di area tubuh lainnya, yang mana kanker telah menyebar atau bermetastasis. Pertumbuhan tumor dapat memberikan tekanan pada jaringan saraf, sumsum tulang belakang, tulang atau organ tubuh yang menyebabkan timbulnya rasa nyeri. Namun nyeri kanker tidak hanya berasal dari efek fisik kanker pada daerah tubuh, tetapi juga dapat disebabkan oleh zat kimia yang bisa dilepaskan oleh kanker di daerah tumor (Firman & Anina, 2024).

Nyeri kronis pada pasien kanker payudara terjadi akibat interaksi kompleks antara faktor biologis, neurologis, dan inflamasi. Proses ini bermula dari kerusakan jaringan akibat pertumbuhan tumor ganas yang menekan dan menginvasi saraf, pembuluh darah, dan jaringan sekitarnya. Kerusakan ini memicu pelepasan mediator inflamasi seperti prostaglandin, bradykinin, dan ion hydrogen yang mengaktifkan nosiseptor (reseptor nyeri) (Grossman & Porth, 2014).

Setelah nosiseptor diaktifkan, impuls nyeri dihantarkan melalui serabut saraf A-delta dan C menuju sumsum tulang belakang. Di sinilah peran substansi P menjadi penting. Substansi P adalah neurotransmitter utama yang dilepaskan oleh ujung serabut C, berfungsi untuk memperkuat transmisi sinyal nyeri dari perifer ke system saraf pusat (Hall, 2021). Selain itu, substansi P juga meningkatkan

vasodilatasi dan permeabilitas kapiler, memperparah peradangan dan memperluas sensitisasi jaringan.

Bila stimulus ini berlangsung terus-menerus, terjadi sensitisasi sentral di system saraf pusat, yakni penurunan ambang nyeri dan hiperaktivasi neuron di dorsal horn sumsum tulang belakang. Sensitisasi ini didukung oleh pelepasan substansi P dalam jumlah berlebihan, yang kemudian menyebabkan pasien mengalami nyeri kronis, yaitu nyeri persisten yang berlangsung lebih dari tiga bulan (Grossman & Porth, 2014).

5. Dampak Nyeri Kronis

Rasa nyeri dapat mengubah hidup pasien dalam banyak hal. Nyeri dapat menyulitkan pasien untuk melakukan aktivitas sehari-hari di rumah dan menyebabkan masalah pada pekerjaan pasien di tempat kerja. Selain berdampak pada aktivitas sehari-hari atau pekerjaan, nyeri juga dapat menyebabkan pasien merasakan lelah, gelisah, stres, khawatir, dan depresi (Firmana & Anina, 2024).

Penilaian dan persepsi terhadap sensasi nyeri yang dirasakan oleh setiap pasien sangat beragam. Rasa nyeri dapat berupa nyeri yang tajam, tumpul, menusuk, berdenyut, menyengat, seperti syok, kesemutan, mati rasa, kram, kencang, menekan, mencubit, dingin, atau terbakar (Firmana & Anina, 2024).

6. Penatalaksanaan

Ada dua jenis penatalaksanaan mengenai nyeri menurut (Dewi, 2021) yaitu :

a. Farmakologi

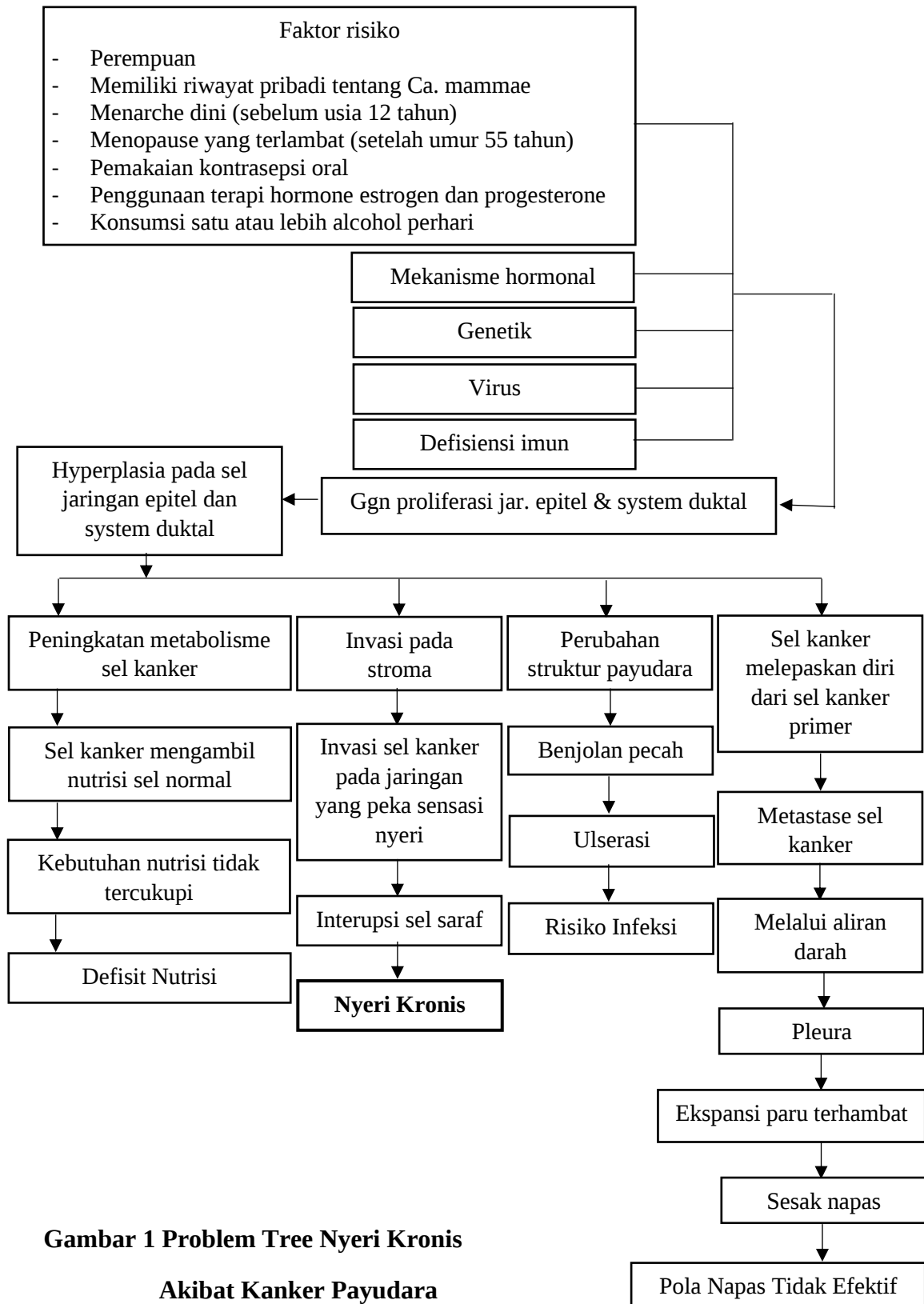
Penanganan yang paling efektif terhadap nyeri akibat kanker adalah dengan mengobati penyakit kankernya secara langsung. Sebagian besar terapi kanker terbukti mampu mengurangi bahkan menghilangkan keluhan nyeri yang dialami

pasien. Diperkirakan sekitar 85-95% nyeri kanker dapat dikendalikan melalui pendekatan terintegrasi, yang mencakup terapi sistemik, farmakologis, serta pengobatan antikanker. Sementara itu, sisanya dapat ditangani melalui prosedur invasive apabila pendekatan konvensional tidak memberikan hasil yang optimal. Opioid merupakan ujung tombak utama dalam penanggulangan nyeri kanker. Untuk nyeri ringan dapat diberikan obat parasetamol maupun obat antiinflamasi non steroid. Nyeri moderat dapat ditanggulangi dengan pemberian opioid lemah seperti tramadol maupun kodein.

b. Non farmakologi

Relaksasi merupakan salah satu bentuk terapi yang mudah dikuasai dan dapat membantu mengurangi intensitas nyeri dengan menurunkan ketegangan otot serta tingkat kecemasan. Terapi imajinasi terbimbing di mana imajinasi mengurangi rasa sakit melalui berbagai mekanisme. Ini juga merupakan cara untuk membantu individu mengalihkan perhatian dari rasa sakit yang mereka alami yang akan meningkatkan toleransi mereka terhadap rasa sakit. Imajinasi juga dapat menghasilkan respons relaksasi yang mengurangi rasa sakit. Distraksi di mana perhatian dialihkan dari sensasi nyeri atau rangsangan emosional negatif yang terkait dengan episode nyeri. Intervensi dapat diberikan menggunakan berbagai modalitas yang mengharuskan klien untuk terlibat dalam aktivitas mental yang menyenangkan yang membutuhkan tingkat fokus yang tinggi. Terapi hipnosis di mana reaksi seseorang terhadap rasa sakit dapat diubah secara signifikan melalui hipnosis. Hipnosis didasarkan pada sugesti, disosiasi, dan proses pemusatan perhatian. Dalam situasi kronis, sugesti pasca-hipnosis sering digunakan dalam kombinasi dengan hipnosis diri untuk memberikan kelegaan yang lebih lama.

F. Problem Tree Nyeri Kronis Akibat Kanker Payudara



**Gambar 1 Problem Tree Nyeri Kronis
Akibat Kanker Payudara**

Sumber : (Kristin, 2017)

G. Konsep Asuhan Keperawatan Nyeri Kronis Akibat Kanker Payudara

1. Pengkajian Keperawatan

a. Pengkajian data keperawatan

1) Identitas pasien

Identitas pasien mencakup nama, tempat/tanggal lahir, umur, no. RM, jenis kelamin, kewarganegaraan, agama, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, alamat, tanggal dan jam MRS

2) Identitas penanggung jawab

Memuat hubungan dengan pasien, nama, tanggal lahir, jenis kelamin, umur, kewarganegaraan, agama, pendidikan, alamat, pekerjaan

3) Keluhan utama

Keluhan umum yang dialami pasien ketika pengkajian yaitu rasa nyeri.

4) Riwayat kesehatan

a) Riwayat kesehatan sekarang

Umumnya, pasien datang ke rumah sakit dengan keluhan benjolan di payudara, kulit kemerahan, luka, tekstur kulit menyerupai kulit jeruk, keluarnya cairan dari puting, pembengkakan, serta rasa nyeri.

b) Riwayat kesehatan dahulu

Biasanya, pasien mempunyai riwayat karsinoma mammae, serta pernah mengalami nyeri di area dada

c) Riwayat kesehatan keluarga

Menanyakan apakah ada anggota keluarga yang pernah menderita kanker payudara, karena riwayat keluarga dapat memengaruhi risiko klien dalam mengalami penyakit tersebut

5) Genogram

Genogram berfungsi untuk memetakan hubungan keluarga, sekaligus melihat riwayat penyakit genetik atau faktor keturunan yang mungkin berperan dalam kondisi pasien. Dalam genogram ini anggota keluarga yang memiliki kondisi kesehatan yang relevan diberi tanda khusus, misalnya lingkaran untuk perempuan, persegi untuk laki-laki, garis penghubung menggambarkan hubungan keluarga, seperti pernikahan atau anak.

6) Pola kebutuhan dasar nyeri/kenyamanan

Berikut merupakan pola kebutuhan dasar nyeri/kenyamanan menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) :

- a) Mengeluh nyeri : kaji apakah pasien mengeluhkan adanya nyeri atau tidak
- b) Merasa depresi (tertekan) : kaji apakah pasien merasa depresi atau tidak
- c) Tampak meringis : kaji apakah pasien tampak meringis atau tidak
- d) Tampak gelisah : kaji apakah pasien tampak gelisah atau tidak
- e) Tidak mampu menuntaskan aktivitas : kaji apakah pasien tidak mampu menuntaskan aktivitas atau tidak
- f) Merasa takut mengalami cedera berulang : kaji apakah pasien merasa takut mengalami cedera berulang
- g) Bersikap protektif : kaji apakah pasien bersikap protektif atau tidak
- h) Waspada : kaji apakah pasien bersikap waspada atau tidak
- i) Pola tidur berubah : apakah mengalami pola tidur berubah atau tidak
- j) Anoreksia : kaji apakah pasien mengalami anoreksia atau tidak
- k) Fokus menyempit : apakah pasien mengalami fokus menyempit atau tidak

- 1) Berfokus pada diri sendiri : kaji apakah pasien bersikap berfokus pada diri sendiri atau tidak

2. Diagnosis keperawatan

a. Analisis Data Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian subjektif dan objektif, ditemukan beberapa gejala dan tanda mayor maupun minor yang mengarah pada masalah nyeri kronis. Data tersebut kemudia dianalisis dan dibandingkan dengan nilai normal sebagai dasar penetapan masalah keperawatan. Rincian analisis dapat dilihat pada tabel 1 berikut :

Tabel 1
Analisis Data Keperawatan Nyeri Kronis

Data Keperawatan	Nilai Normal	Masalah
1	2	3
Gejala dan tanda mayor	-	Nyeri Kronis
Subjektif	- Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat	
- Mengeluh nyeri	- Keluhan nyeri menurun	
- Merasa depresi (tertekan)	- Meringis menurun	
Objektif	- Sikap protektif menurun	
- Tampak meringis	- Gelisah menurun	
- Gelisah	- Kesulitan tidur menurun	
- Tidak mampu menuntaskan aktivitas	- Menarik diri menurun	
Gejala dan tanda minor	-	
Subjektif	- Berfokus pada diri sendiri menurun	
- Merasa takut mengalami cedera berulang	- Diaforesis menurun	
Objektif	- Perasaan depresi (tertekan) menurun	
- Bersikap protektif (mis. posisi menghindari nyeri)	- Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun	
- Waspada	- Anoreksia menurun	
- Pola tidur berubah	- Perineum terasa tertekan menurun	
- Anoreksia		
- Fokus menyempit		
- Berfokus pada diri sendiri		

-	Uterus teraba membulat menurun
-	Ketegangan otot menurun
-	Pupil dilatasi menurun
-	Muntah menurun
-	Mual menurun
-	Frekuensi nadi membaik
-	Pola napas membaik
-	Tekanan darah membaik
-	Proses berpikir membaik
-	Fokus membaik
-	Fungsi berkemih membaik
-	Perilaku membaik
-	Nafsu makan membaik
-	Pola tidur membaik

b. Analisis Masalah Keperawatan

Masalah utama yang teridentifikasi pada pasien adalah nyeri kronis. Masalah ini dianalisis lebih lanjut untuk mengetahui proses terjadinya berdasarkan kondisi klinis pasien. Penjabaran proses terjadinya masalah keperawatan tersebut dapat dilihat pada tabel 2 berikut :

Tabel 2
Analisis Masalah Keperawatan Nyeri Kronis

Masalah Keperawatan	Proses Terjadinya Masalah Keperawatan
1	2
Nyeri Kronis	Tumor
	↓
	Infiltrasi tumor
	↓
	Nyeri Kronis

c. Rumusan Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan hasil penilaian klinis terhadap respons individu, keluarga, atau masyarakat terhadap kondisi kesehatan atau tahap kehidupan tertentu. Diagnosis ini berperan penting dalam merencanakan perawatan keperawatan yang tepat guna mendukung pasien dalam mencapai kesehatan yang maksimal (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Dalam penelitian ini, diagnosis keperawatan dirumuskan sebagai berikut :

Nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor dibuktikan dengan mengeluh nyeri, merasa depresi (tertekan), tampak meringis, gelisah, tidak mampu menuntaskan aktivitas, merasa takut mengalami cedera berulang, bersikap protektif (mis. posisi menghindari nyeri), waspada, pola tidur berubah, anoreksia, fokus menyempit, berfokus pada diri sendiri (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

3. Perencanaan keperawatan

Setelah diagnosis keperawatan ditetapkan. Langkah selanjutnya adalah menyusun rencana dan melaksanakan tindakan keperawatan yang bertujuan untuk mengurangi, mengatasi, dan mencegah masalah keperawatan pada pasien. Tahap perencanaan ini meliputi dua komponen utama, yaitu perumusan hasil keperawatan dan perumusan intervensi keperawatan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Dengan acuan Standar Luaran Keperawatan Indonesia dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Lebih rinci mengenai perencanaan keperawatan berdasarkan SIKI dan SLKI pada pasien nyeri kronis akibat kanker payudara dapat dilihat pada lampiran 1.

4. Implementasi

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien mengatasi masalah kesehatannya. Keberhasilan proses ini tercermin dari tercapainya tujuan atau hasil yang diharapkan. Dalam pelaksanaannya, implementasi harus disesuaikan dengan kondisi dan kebutuhan masing-masing pasien agar intervensi yang diberikan efektif. Secara umum tindakan keperawatan dibagi menjadi tiga jenis, yaitu tindakan mandiri yang dilakukan oleh perawat tanpa instruksi dari tenaga medis lain, tindakan kolaboratif (interdependen) yang dilakukan dengan tim kesehatan lain, dan tindakan yang tergantung pada arahan atau instruksi dari tenaga medis lain (dependen) (Leniwita & Anggraini, 2019).

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan tahap terakhir dalam proses asuhan keperawatan yang bertujuan untuk menilai apakah intervensi yang telah dilakukan berhasil mencapai tujuan yang direncanakan atau masih memerlukan pendekatan lain. Tahapan ini berfungsi sebagai indikator keberhasilan rencana dan tindakan keperawatan dalam menjawab kebutuhan pasien. Melalui evaluasi, perawat dapat menentukan apakah perawatan yang diberikan sudah efektif atau perlu disesuaikan agar hasil yang diinginkan benar-benar tercapai. (Leniwita & Anggraini, 2019).

Kriteria evaluasi untuk masalah nyeri kronis adalah tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat, keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, berfokus pada diri sendiri menurun, diaforesis menurun, perasaan depresi (tertekan) menurun, perasaan takut mengalami 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, pola napas membaik, tekanan darah membaik, proses berpikir membaik, focus membaik, fungsi berkemih membaik, perilaku membaik, pola tidur membaik (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2022).

Evaluasi keperawatan disusun dengan menggunakan SOAP yang operasional, seperti:

- a. S (*Subjektif*) merupakan tanggapan subjektif dari pasien atau keluarga yang diungkapkan setelah menerima tindakan keperawatan.
- b. O (*Objektif*) merupakan hasil observasi tenaga kesehatan terhadap respons pasien saat dan setelah tindakan keperawatan dilakukan.
- c. A (*Assesment*) merupakan analisis tenaga kesehatan terhadap respons subjektif dan objektif pasien yang dibandingkan dengan tujuan serta kriteria hasil dalam rencana keperawatan.
- d. P (*Planning*) merupakan rencana tindak lanjut yang disusun oleh tenaga kesehatan setelah melakukan analisis atau asesmen.