

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Kanker Payudara**

##### **1. Definisi**

Kanker berbeda dengan tumor. Secara umum, tumor merupakan benjolan yang dapat disebabkan oleh peradangan, metabolik, atau neoplasma (pertumbuhan sel-sel baru). Tumor bisa bersifat jinak maupun ganas. Tumor ganas inilah yang disebut sebagai kanker (Andinata dkk., 2024). Kanker adalah kondisi yang diklasifikasikan sebagai penyakit yang tidak menular, ditandai oleh perkembangan sel yang abnormal dengan cepat dan tidak terkendali. Pertumbuhan sel tersebut bisa merusak jaringan di sekitarnya dan dapat menyebar ke bagian tubuh yang jauh dari lokasi awal, yang dikenal dengan istilah metastasis (Anggraeni & Maharani, 2025).

Payudara adalah bagian tubuh berupa kelenjar yang terletak di area dada. Payudara terdiri dari jaringan kelenjar, saluran susu, lemak, serabut saraf, pembuluh darah, serta jaringan penunjang lainnya. Di belakang payudara, terdapat otot-otot dada yang berperan dalam memberikan topangan pada payudara. Selain itu, terdapat juga kumpulan kelenjar getah bening (KGB) yang berada di sekitar area payudara, yaitu di daerah ketiak dan bagian bawah leher (*supraclavicular*) (Andinata dkk., 2024).

Kanker payudara adalah pertumbuhan serta perkembangan sel abnormal yang muncul pada jaringan payudara (Alestari, 2024). Kanker payudara merupakan pertumbuhan sel-sel di area payudara yang mampu menyebabkan sifat ganas pada tubuh. Keganasan yang muncul berasal dari komponen kelenjar payudara, jaringan

lemak, pembuluh darah, dan saraf dalam jaringan payudara, tergantung di lokasi mana sel kanker berkembang di payudara (Anggraeni & Maharani, 2025). Kanker payudara terdiri dari dua kategori berdasarkan kemampuan metastasisnya. Kanker payudara invasif dan kanker payudara non-invasif atau yang juga dikenal dengan *karsinoma in-situ*. (Krisdianto, 2019).

## **2. Klasifikasi**

Menurut *National Breast Cancer Foundation* (2025) ada beberapa jenis kanker payudara yang sering ditemukan pada penderita kanker payudara, diantaranya :

### **a. *Ductal carcinoma in situ* (DCIS)**

DCIS adalah jenis kanker yang berkembang di dalam lapisan duktus atau saluran ASI, di mana sel-sel yang tidak normal belum menyebar keluar dari duktus atau area sekitarnya. DCIS merupakan kanker yang dapat terdeteksi lebih awal dan memiliki peluang penyembuhan yang tinggi, tetapi jika kanker ini tidak ditemukan dengan cepat dan tidak segera diobati, maka sel-sel kanker dapat menyebar ke jaringan payudara di sekitarnya.

### **b. *Invasive ductal carcinoma* (IDC)**

IDC adalah jenis kanker yang bersifat invasif. Sel-sel abnormal yang mulai muncul di saluran telah menyebar ke area di luar saluran tersebut atau ke bagian lain dari jaringan payudara, bahkan sel kanker ini memiliki kemampuan untuk berpindah ke bagian tubuh lainnya, sehingga disebut karsinoma duktal infiltratif atau kanker yang dapat menyebarkan sel kanker dari lokasi awal ke jaringan di sekitar yang tidak terpengaruh oleh kanker. IDC adalah jenis yang paling sering

ditemui pada kanker payudara, karena pasien dengan kanker IDC mencakup 70-80% dari total keseluruhan pasien yang didiagnosis dengan kanker payudara.

c. *Lobular carcinoma in situ (LCIS)*

LCIS adalah jenis kanker payudara yang ditandai dengan kehadiran sel-sel abnormal di dalam lobulus atau kelenjar susu. Dalam kondisi ini, sel-sel atipikal masih berada di dalam lobulus dan belum menyebar ke jaringan payudara lainnya. Jenis kanker ini tidak tergolong sebagai kanker invasif dan memiliki tingkat pengobatan yang bisa diobati. Namun, jika seseorang mengalami LCIS pada salah satu payudara, kemungkinan terkena kanker serupa pada kedua payudara akan meningkat.

d. *Invasive lobular cancer (ILC)*

ILC adalah perkembangan dari LCIS, atau bisa dikatakan ILC merupakan LCIS yang telah menyebar ke jaringan normal di sekitar lobulus atau kelenjar payudara. Penyebaran ILC dimulai dari lobulus, di mana sel-sel abnormal kemudian berpindah melalui darah dengan bantuan pembuluh darah serta sistem limfatik ke bagian tubuh lainnya. ILC merupakan tipe kanker payudara yang paling umum kedua setelah IDC. Lebih dari 10% dari mereka yang menderita kanker payudara mengalami jenis ILC. Kanker ini jarang terdeteksi melalui mammogram, sehingga diperlukan pemeriksaan MRI ketika mammogram menunjukkan adanya sel kanker payudara untuk menentukan apakah kanker tersebut termasuk ILC atau jenis lainnya, agar penanganan yang tepat dapat segera diberikan sesuai dengan jenis kanker yang dialami.

e. *Medullary carcinoma (MC)*

MC adalah jenis kanker yang memiliki batas yang jelas, terdiri dari sel-sel yang kurang berdiferensiasi dan berkembang dalam pola tanpa struktur kelenjar serta memiliki sedikit stroma, dengan infiltrasi limfoplasmasitik yang mencolok. MC berbeda dari karsinoma mammae. Secara umum, jenis karsinoma ini memiliki batas yang jelas dan dapat disamakan dengan fibroadenoma. Permukaan yang dipotong tampak berwarna cokelat keabu-abuan, dengan analisis mikroskopis, karsinoma meduler terlihat sebagai massa yang memiliki batas tegas yang meluas dan mendorong jaringan payudara di sekitarnya. Sel-sel tumor menunjukkan tingkat nukleus yang tinggi dan berkelompok dalam pola yang disebut sinsitial, dengan infiltrasi limfoplasmasitik yang tampak jelas.

f. *Inflammatory breast cancer (IBC)*

IBC adalah jenis kanker payudara yang jarang dan sangat agresif, dan mencakup antara 1-5% dari total kasus kanker payudara. IBC muncul ketika sel kanker mulai menyerang kulit serta pembuluh limfatik di area payudara. Pendeteksian IBC lebih sulit dibandingkan jenis kanker payudara lainnya dan cenderung terjadi pada wanita yang berusia lebih muda. Kanker ini juga memiliki laju penyebaran yang lebih cepat dibandingkan kanker payudara lainnya.

g. *Metastatic breast cancer (MBC)*

MBC merupakan kanker payudara dengan tahap empat yang telah berpindah dari tempat asalnya di payudara ke bagian tubuh lainnya. Proses penyebaran sel kanker ke bagian lain di tubuh dikenal dengan istilah metastasis. Kanker payudara metastatis sering kali disebut sebagai kanker payudara pada tahap

lanjut. Kanker payudara metastatis terjadi ketika penyakit ini sudah mulai menyebar ke area tubuh yang lain.

### **3. Penyebab dan faktor risiko**

#### **a. Faktor risiko internal**

Faktor risiko internal adalah komponen atau keadaan yang muncul dari dalam diri seseorang yang dapat berpengaruh terhadap peluang individu tersebut mengidap suatu penyakit, terutama kanker payudara. Faktor-faktor ini meliputi (Indan dkk., 2024).

##### **1) Usia**

Sejalan dengan bertambahnya usia, kemungkinan seorang perempuan mengalami kanker payudara akan semakin tinggi. Rentang usia antara 50-60 tahun adalah fase yang paling rawan terhadap kanker payudara. Namun, saat ini individu yang terkena kanker payudara semakin berusia muda, dengan kasus yang sudah muncul pada usia 30-40 tahun.

##### **2) Genetik**

Apabila terdapat anggota keluarga yang mengalami kanker payudara, maka kemungkinan seorang wanita untuk mengidap kanker payudara dapat meningkat hingga dua kali lipat dibandingkan dengan wanita lain yang tidak memiliki sejarah keluarga dengan penyakit ini.

#### **b. Faktor risiko eksternal**

Faktor risiko eksternal pada kanker payudara berasal dari lingkungan serta gaya hidup, yang dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya kanker payudara sebagai berikut (Indan dkk., 2024).

#### 1) Pola makan

Diet yang tinggi lemak jenuh dan rendah serat bisa berkontribusi pada meningkatnya kemungkinan terkena kanker payudara. Konsumsi makanan yang diproses, konsumsi daging merah, serta rendahnya asupan buah dan sayuran segar juga dapat berdampak pada tingkat risiko ini.

#### 2) Kegemukan dan obesitas

Kelebihan berat badan, terutama setelah melewati masa menopause, telah terbukti meningkatkan peluang terjadinya kanker payudara. Tingginya kadar lemak dalam tubuh dapat berkontribusi terhadap peningkatan tingkat estrogen, yang pada akhirnya dapat memicu perkembangan sel-sel kanker.

#### 3) Aktivitas fisik

Kurangnya gerakan fisik berhubungan dengan meningkatnya kemungkinan terkena kanker payudara. Dengan rutin berolahraga, kita bisa mempertahankan bobot tubuh ideal dan menurunkan tingkat estrogen dalam tubuh.

#### 4) Konsumsi alkohol

Tingginya pola konsumsi alkohol memiliki keterkaitan yang kuat dengan bertambahnya kemungkinan terjadinya kanker payudara. Menariknya, meminum hanya satu gelas alkohol setiap hari bisa secara signifikan memicu peningkatan risiko tersebut.

#### 5) Penggunaan obat dan zat tertentu

Sebagian obat, seperti terapi hormon tertentu dapat menambah risiko kanker payudara. Selain itu, penggunaan zat tertentu, seperti hormon dalam kontrasepsi oral, juga harus diperhatikan.

#### 4. Stadium

Penomoran stadium kanker dilakukan untuk mengetahui seberapa parah tingkatan penyakit kanker tersebut. *Cancer Research UK* (2023) membagi stadium kanker payudara menjadi 4 yaitu:

##### a. Stadium 1

Kanker payudara stadium 1 menunjukkan bahwa ukuran kankernya kecil dan hanya terlokalisasi pada jaringan payudara atau mungkin terdeteksi di kelenjar getah bening yang berdekatan. Ini merupakan jenis kanker payudara pada tahap awal. Kanker stadium 1 dapat dibagi menjadi 1A dan 1B.

##### 1) Stadium 1A

Stadium 1A menggambarkan kondisi di mana kanker payudara berukuran 2 cm atau kurang yang belum menjangkau bagian luar payudara.

##### 2) Stadium 1B

Stadium 1B menunjukkan bahwa sejumlah sel kanker payudara terdeteksi di kelenjar getah bening yang berdekatan dengan payudara. Dalam beberapa situasi, sel kanker tersebut tidak ditemukan di payudara, atau ukurannya adalah 2 cm atau lebih kecil.

##### b. Stadium 2

Kanker payudara stadium 2 menunjukkan bahwa kanker terletak di dalam payudara atau di kelenjar getah bening yang berada di sekitarnya, atau bisa juga keduanya. Stadium 2 dapat dibagi menjadi 2A dan 2B.

##### 1) Stadium 2A

Tidak ada kanker di payudara atau kanker payudara yang berukuran 2 cm atau lebih kecil, dan sel kanker terdeteksi di 1 hingga 3 kelenjar getah bening di

area ketiak atau di kelenjar getah bening yang dekat dengan tulang dada. Namun terdapat juga kanker berukuran lebih dari 2 cm tetapi tidak melebihi 5 cm dan tidak ada kanker yang ditemukan di kelenjar getah bening.

## 2) Stadium 2B

Pada stadium 2B seorang pasien akan memiliki salah satu dari gambaran berikut ini. Pertama: kanker yang berukuran lebih dari 2 cm tetapi tidak melebihi 5 cm serta terdapat sel kanker dalam jumlah kecil di kelenjar getah bening. Kedua: kanker juga bisa berukuran lebih dari 2 cm namun tidak lebih dari 5 cm dan sudah menyebar ke satu hingga tiga kelenjar getah bening di area ketiak atau ke kelenjar getah bening yang berada dekat dengan tulang dada. Ketiga: kanker yang berukuran lebih dari 5 cm dan belum menyebar ke kelenjar getah bening.

## c. Stadium 3

Stadium 3 berarti kanker telah menyebar dari payudara ke kelenjar getah bening di dekat payudara, ke kulit payudara, atau ke dinding dada. Stadium 3 dapat dibagi menjadi 3A, 3B, dan 3C.

### 1) Stadium 3A

Pada stadium 3A, seorang pasien akan menunjukkan salah satu dari kondisi berikut ini. Pertama: tidak ada tanda-tanda kanker di payudara atau kanker dengan ukuran berapa pun di dalam payudara. Kedua: terdapat kanker pada 4 hingga 9 kelenjar getah bening di area bawah lengan atau di kelenjar getah bening yang berdekatan dengan tulang dada. Ketiga: kanker memiliki ukuran lebih dari 5 cm dan sudah menyebar ke 1 hingga 3 kelenjar getah bening di bawah lengan atau ke kelenjar getah bening yang dekat dengan tulang dada.

## 2) Stadium 3B

Stadium 3B menunjukkan bahwa kanker telah menyebar ke kulit di area payudara atau dinding dada. Dinding dada merujuk pada struktur yang melindungi dan mengelilingi paru-paru, termasuk tulang rusuk, otot, kulit, atau jaringan ikat. Kanker ini telah menyebabkan kerusakan pada kulit atau memicu pembengkakan. Kanker ini mungkin juga telah menyebar ke sembilan kelenjar getah bening di ketiak atau kelenjar getah bening yang berada dekat tulang dada. Kanker yang telah menyebar ke kulit payudara bisa jadi merupakan jenis kanker payudara inflamasi.

## 3) Stadium 3C

Stadium 3C menunjukan bahwa kanker dapat berada dalam ukuran yang beragam, atau bisa jadi kanker tidak tampak di payudara. Kanker mungkin telah menjalar ke dinding dada atau kulit area payudara. Kanker telah menyebar ke salah satu lokasi seperti sepuluh kelenjar getah bening atau lebih di ketiak. Kelenjar getah bening di atas atau di bawah tulang selangka. Kelenjar getah bening yang berada di ketiak dan dekat dengan tulang dada.

## d. Stadium 4

Kanker payudara stadium 4 sudah menyebar ke bagian tubuh lainnya. Kanker ini disebut kanker stadium lanjut atau kanker payudara sekunder. Dimana Kanker telah bermetastasis ke bagian tubuh lain seperti tulang, paru-paru, hati, atau otak.

## 5. Tanda dan gejala

Berikut tanda dan gejala seseorang mengalami kanker payudara antara lain sebagai berikut (Donsu dkk, 2021).

a. Benjolan atau penebalan disekitar payudara

Benjolan yang muncul di area payudara adalah salah satu indikator atau gejala awal yang perlu diwaspadai. Tanda benjolan kanker payudara sebagai berikut.

- 1) Benjolan terasa keras
- 2) Benjolan tidak bergerak dan hanya ada di area payudara
- 3) Kulit payudara berlesung pipit
- 4) Benjolan disertai dengan keluarnya cairan

b. Perubahan ukuran dan bentuk payudara

Perubahan bentuk dan ukuran ini bisa terjadi pada satu payudara, atau kedua payudara sekaligus. Oleh karena itu, penting untuk mengamati jika terdapat perubahan pada salah satu payudara, atau mungkin kedua payudara mengalami perubahan dalam aspek bentuk dan ukuran.

c. Terdapat kerutan disekitar payudara

Kulit payudara yang sehat seharusnya tidak menunjukkan kerutan, memiliki tekstur yang halus dan permukaan yang rata (kecuali pada area puting susu). Kerutan yang menandakan kemungkinan kanker payudara ini dapat dirasakan dengan sentuhan, dengan adanya permukaan kasar serta kondisi dan spesifik di daerah tertentu pada kulit payudara. Umumnya, kerutan ini cenderung memiliki warna yang sedikit gelap dan ukurannya tidak terlalu besar.

d. Keluar cairan dari puting secara tiba-tiba

Saat tanpa alasan yang jelas dimana tidak dalam masa menyusui tiba-tiba terlihat keluarnya cairan dari puting susu, ini merupakan salah satu tanda mengalami kanker payudara. Cairan yang keluar dari puting ini dapat berwarna

putih dan bening, agak kental atau encer. Jika puting mengeluarkan cairan coklat atau bahkan berupa cairan berwarna merah darah, ini sudah tahap kronis.

e. Nyeri tidak kunjung hilang dibagian tertentu payudara

Payudara bisa saja mengalami ketidaknyamanan selama periode menstruasi atau saat kehamilan. Namun, rasa nyeri ini umumnya akan mereda setelah siklus tersebut berakhir. Jika nyeri terus-menerus dan menetap di satu titik kemungkinan nyeri tersebut tanda seseorang mengalami kanker payudara.

f. Payudara nampak kemerahan dan bengkak

Perhatikan area kulit di sekitar payudara, apabila terdapat perubahan warna yang tidak biasa di bagian atas, bawah, atau samping. Warna merah ini biasanya terasa hangat saat disentuh. Mirip dengan kondisi demam, tetapi terbatas hanya pada area tersebut. Selain benjolan ada juga bengkak yang lunak, tidak seperti benjolan yang keras bengkak ini cenderung lebih lunak sifatnya.

g. Puting susu masuk ke dalam

Puting susu umumnya akan muncul, meski kadang-kadang mengecil, setidaknya posisinya sejajar dengan kulit. Puting susu yang masuk ke dalam bisa terjadi di salah satu sisi atau bisa juga di kedua sisi payudara sekaligus. Bagian payudara yang masuk ke dalam harus diperhatikan sebagai tanda kanker payudara.

## **6. Patofisiologi**

Dampak dari ketidakseimbangan hormon estrogen dan progesteron yang terlalu tinggi menyebabkan adanya pengikatan reseptor estrogen di jaringan payudara. Hal ini kemudian berinteraksi dengan siklus sel, yang terdiri dari fase pertama atau G. Pada fase ini, sel akan membentuk protein untuk mereplikasi DNA. Setelah itu, DNA dan kromosom akan digandakan, dan sel bersiap untuk mitosis.

Tahap terakhir dari proses ini disebut fase M, di mana sel akan membelah diri. Akibatnya, akan terjadi perkembangan sel kanker, yang terjadi ketika sel normal bertransformasi menjadi sel ganas. Jaringan sel di area epitel dan sistem duktal akan mengalami masalah proliferasi, yang menyebabkan *hyperplasia* dalam jaringan tersebut. Berikut ini fase *hyperplasia* pada jaringan epitel dan sistem duktal sebagai berikut (Saputra, 2019).

a. Sel kanker melepaskan diri dari sel kanker primer

Terdapat dua cara sel kanker dapat menyebar dari lokasi asalnya. Pertama, sel-sel kanker dapat menggunakan sistem limfatik. Ini dapat terjadi ketika mereka menginfeksi limfosit T-helper, yang menyebabkan pembengkakan kelenjar limfa di area sekitarnya, serta mengakibatkan edema limfatik dan bercak pada kulit. Cara yang kedua adalah melalui aliran darah. Jika sel kanker menyerang sistem pernapasan, mereka dapat menyerang pleura. Ini dapat menyebabkan infeksi yang berujung pada efusi pleura, yang membuat pasien merasa sesak napas. Selanjutnya, jika sel kanker menyebar ke otak, pasien sering mengalami rasa sakit, kejang, serta gejala mual dan muntah, yang dapat menyebabkan penurunan tingkat kesadaran (Saputra, 2019).

b. Peningkatan metabolisme sel kanker

Sel kanker membutuhkan nutrisi yang diperoleh dari nutrisi sel normal untuk berkembang akibatnya nutrisi pasien juga tidak tercukupi (Saputra, 2019).

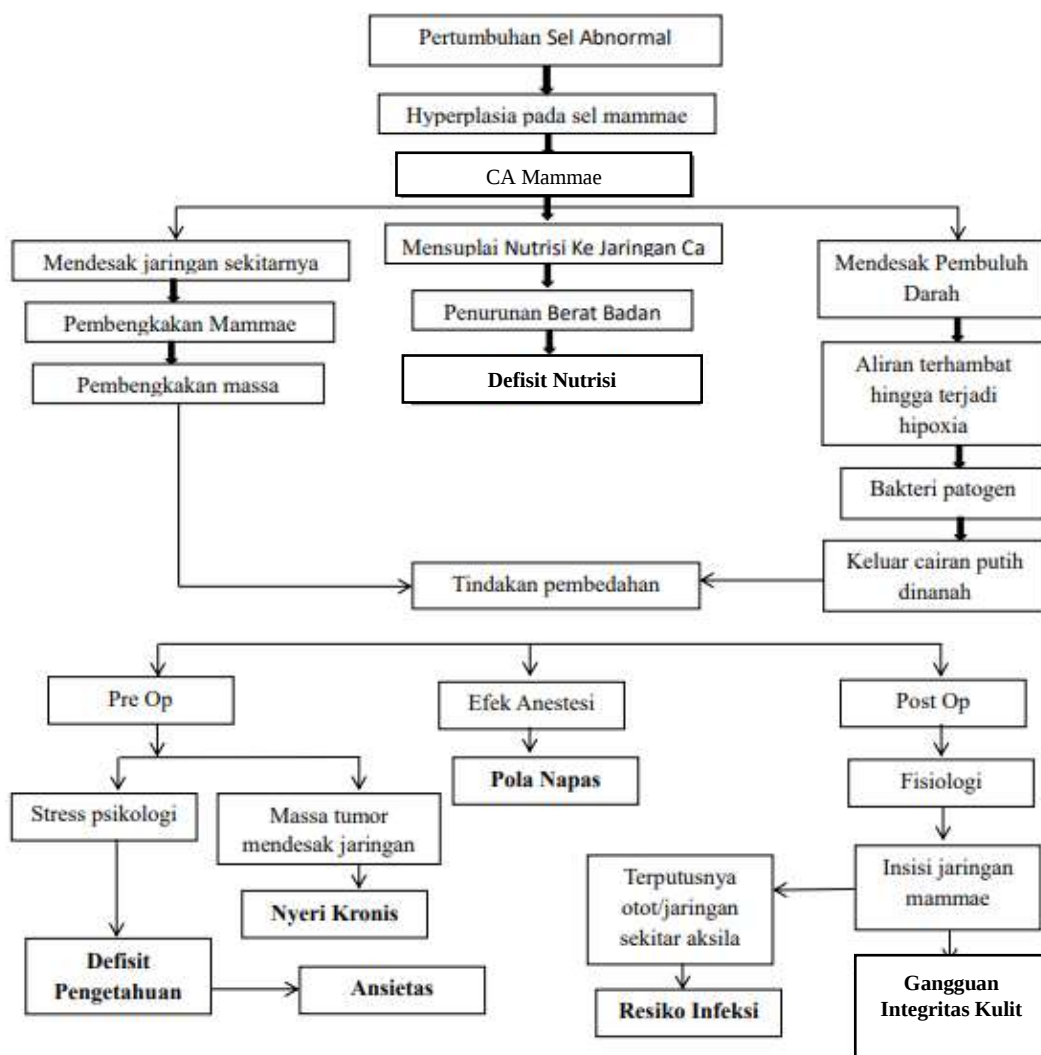
c. Invasi pada stroma

Peran periosteum dan pleksus saraf akan menyerang sel kanker dalam jaringan, yang menyebabkan gangguan pada sel saraf dan mengakibatkan pasien merasakan nyeri (Saputra, 2019).

d. Perubahan struktur pada payudara

Menunjukkan bahwa sel kanker telah tumbuh dan terus membelah banyak, pada fase ini benjolan mulai terlihat dan jika diraba terasa seperti massa yang padat. Kondisi ini dapat memburuk jika massa tersebut mengalami ulserasi, sehingga benjolan bisa pecah. Dalam situasi ini, perawatan suportif seperti kemoterapi, radiasi, terapi hormonal, dan mastektomi sangat dibutuhkan (Saputra, 2019).

## 7. Pohon masalah



Gambar 1. Pohon Masalah Keperawatan pada Penyakit Kanker Payudara

## **8. Pemeriksaan penunjang**

Dalam menegakkan diagnosa medis kanker payudara dapat dilakukan pemeriksaan penunjang yang meliputi antara lain sebagai berikut (Risnah, 2020).

### **a. Mammografi**

Mammografi merupakan cara untuk memeriksa payudara dengan menggunakan sinar X. Wanita yang berusia di atas 40 tahun disarankan untuk melakukan pemeriksaan ini setidaknya sekali dalam setahun, terutama jika mereka memiliki risiko tinggi mengidap kanker payudara. Untuk wanita yang memiliki risiko sangat tinggi, pemeriksaan mammografi dapat dilakukan sebelum mencapai usia 40 tahun.

### **b. Ultrasonografi**

Ultrasonografi digunakan untuk melihat bagian dalam organ yang mungkin terkena kanker. Alat ini menghasilkan gelombang suara yang akan memantul kembali ketika diarahkan ke tubuh. Pantulan tersebut menciptakan gambar yang akan digunakan untuk mendiagnosis kondisi kesehatan pasien. Salah satu keuntungan dari alat ini adalah tidak menimbulkan rasa sakit.

### **c. *Computed tomografi (CT)* dan *Magnetic resonance imaging scans (MRI)***

Metode ini berguna untuk memeriksa axila, mediastinum, dan daerah supraklavikula untuk pembesaran kelenjar getah bening dan mendukung penentuan tahap kanker.

## **B. Masalah Nyeri Kronis pada Pasien dengan Kanker Payudara**

### **1. Definisi**

Nyeri merupakan suatu kondisi yang melibatkan sensasi dan perasaan tidak nyaman yang berkaitan dengan jaringan yang sudah rusak atau mungkin akan rusak

(Fadlilah dkk, 2025). Nyeri yang disebabkan oleh kanker bisa muncul karena adanya pertumbuhan tumor, akibat dari pengobatan seperti kemoterapi dan radioterapi, atau karena kanker menyebar ke organ dan sistem saraf (Arimayanti dkk., 2025). Nyeri kronis merupakan pengalaman yang berkaitan dengan indera atau perasaan yang disebabkan oleh kerusakan jaringan yang sudah ada atau masalah fungsi bisa muncul tiba-tiba atau perlahan, memiliki tingkat keparahan dari ringan hingga berat, dan berlangsung secara terus-menerus, melebihi tiga bulan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

## **2. Penyebab**

Penyebab nyeri kronis antara lain sebagai berikut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

- a. Kondisi muskuloskeletal kronis
- b. Kerusakan sistem saraf
- c. Penekanan saraf
- d. Infiltrasi tumor
- e. Kesesuaian neurotransmitter, neuromodulator, dan reseptor
- f. Gangguan imunitas (mis: neuropati terkait HIV, virus *varicella-zoster*)
- g. Gangguan fungsi metabolik
- h. Riwayat posisi kerja statis
- i. Peningkatan indeks massa tubuh
- j. Kondisi pasca trauma
- k. Tekanan emosional
- l. Riwayat penganiayaan (mis: fisik, psikologis, seksual)
- m. Riwayat penyalahgunaan obat atau zat

### 3. Mekanisme fisiologi nyeri

Nyeri merupakan reaksi yang melibatkan sistem saraf dalam mengidentifikasi, mengirimkan, dan memahami sensasi nyeri yang muncul karena kerusakan jaringan atau rangsangan yang berbahaya. Proses fisiologis yang terlibat dalam proses nyeri terdiri dari transduksi, transmisi, modulasi, dan persepsi (Suryanti dkk., 2025).

#### a. Transduksi

Proses dimana rangsangan nyeri (nosiseptif) diubah menjadi sinyal listrik di reseptor nyeri (nosiseptor). Rangsangan ini bisa berupa rangsangan mekanis seperti tekanan, rangsangan termal seperti suhu panas atau dingin yang ekstrem atau rangsangan kimiawi seperti zat inflamasi prostaglandin dan bradikinin. Ketika nosiseptor aktif, ion natrium ( $\text{Na}^+$ ) dan kalsium ( $\text{Ca}^{2+}$ ) akan dilepaskan, yang kemudian memicu depolarisasi pada membran saraf (Suryanti dkk., 2025).

#### b. Transmisi

Sinyal nyeri yang sudah ditransfer dihantar ke sistem saraf pusat lewat serabut saraf aferen. Serabut A-delta mengirimkan rasa nyeri yang tajam, cepat, dan terarah. Serabut C mengirimkan rasa nyeri yang tumpul, lambat, dan menyebar. Sinyal ini bergerak dari nosiseptor di perifer, akar dorsal sumsum tulang belakang, dan thalamus di otak. Thalamus berfungsi sebagai pusat pemrosesan awal sebelum sinyal dilanjutkan ke area kortikal untuk persepsi lebih lanjut (Suryanti dkk., 2025).

#### c. Modulasi

Proses ini melibatkan penguatan atau pelemahan sinyal sepanjang jalurnya. Modulasi terjadi di tingkat sumsum tulang belakang (substansia gelatinosa di tanduk dorsal) dan melibatkan sistem inhibisi endogen. Neurotransmitter seperti

serotonin (5-HT), norepinefrin dan endorfin berperan dalam menghambat transmisi nyeri. mekanisme ini bertujuan melindungi tubuh dari sensasi nyeri yang berlebihan (Suryanti dkk., 2025).

d. Persepsi

Proses yang terjadi ketika otak mendeteksi dan memahami sinyal rasa nyeri sebagai sensasi yang tidak menyenangkan. Rasa nyeri dipersepsikan di otak, terutama di bagian somatosensori, insula, dan korteks cingulate anterior. Faktor psikis dan emosional, seperti kecemasan atau pengalaman rasa sakit sebelumnya, bisa mempengaruhi seberapa kuat rasa nyeri dirasakan (Suryanti dkk., 2025).

#### **4. Skala dan intensitas**

Dalam pengukuran skala nyeri, ada berbagai tipe skala yang bisa dipakai untuk menilai intensitas nyeri yang dirasakan oleh seseorang antara lain sebagai berikut (Eliza dkk., 2025).

a. *Verbal descriptor scale* (VDS)

VDS merupakan sebuah skala yang terdiri dari tiga sampai lima kata yang menggambarkan, yang diatur secara berurutan pada garis tersebut. Tujuan dari skala ini adalah untuk mengevaluasi tingkat rasa sakit, dari tanpa rasa sakit hingga sangat sakit sekali. Dalam penerapannya, perawat akan memperlihatkan skala ini kepada pasien dan meminta mereka untuk memilih tingkat rasa sakit yang paling menggambarkan pengalaman yang mereka alami saat ini.

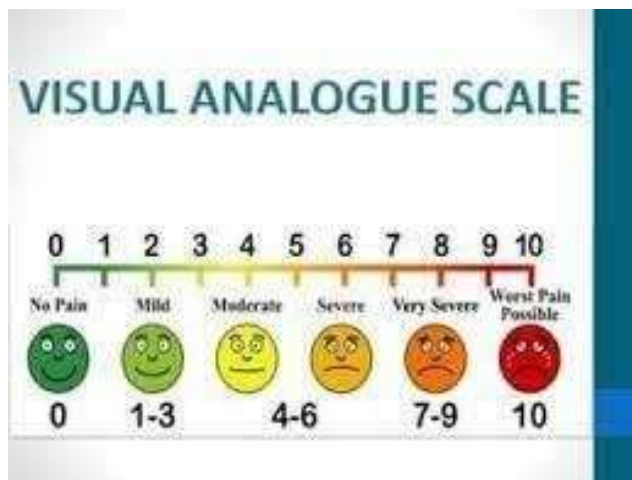
**Tabel 1**  
**Verbal Descriptive Scale (VDS)**

| Skor | Deskripsi                         |
|------|-----------------------------------|
| 0    | Tanpa rasa nyeri                  |
| 1    | Rasa sakit ringan                 |
| 2    | Rasa sakit yang tidak nyaman      |
| 3    | Rasa sakit yang menyiksa          |
| 4    | Rasa sakit yang sangat mengerikan |
| 5    | Rasa sakit yang sangat ekstrem    |

Sumber : (Eliza dkk., 2025)

b. Skala analog visual (VAS)

VAS berperan sebagai alat untuk menilai tingkat nyeri dengan akurasi yang lebih tinggi, karena klien bisa menunjukkan setiap titik pada skala yang ada, tanpa terikat pada satu istilah. VAS bagian kiri menunjukkan tidak ada rasa sakit sedangkan bagian kanan menggambarkan nyeri yang paling berat.



Sumber : (Eliza dkk., 2025)

Gambar 2. Skala Pengukur Nyeri VAS

c. *Numeric rating scale (NRS)*

NRS menggunakan skala nyeri yang berkisar antara angka 0 hingga 10. Skala 0 berarti tidak ada keluhan nyeri, sepenuhnya bebas dari rasa sakit, skala 1-3 berarti nyeri mulai terasa, namun masih dapat ditahan, termasuk dalam kategori nyeri ringan, skala 4-6 berarti rasa nyeri yang cukup mengganggu dan memerlukan

usaha untuk ditahan ini dikategorikan sebagai nyeri sedang, skala 7-10 berarti rasa nyeri yang sangat mengganggu dan sulit untuk ditahan, sering kali membuat seseorang meringis, menjerit, atau teriak, termasuk dalam kategori nyeri berat.



Sumber : (Eliza dkk., 2025)

Gambar 3. Skala Pengukur Nyeri NRS

d. Skala *wong-baker faces*

Skala ini menunjukkan enam wajah kartun yang menggambarkan berbagai ekspresi emosional. Dimulai dengan wajah tersenyum yang menunjukkan tidak adanya rasa sakit, skala ini secara bertahap memperlihatkan wajah-wajah yang terlihat semakin tidak bahagia, hingga sampai pada wajah yang sangat sedih, dan akhirnya diakhiri dengan wajah yang mencerminkan rasa takut yang mendalam.



Sumber : (Eliza dkk., 2025)

Gambar 4. Skala Pengukur Nyeri *Wong-Baker Faces*

## 5. Penatalaksanaan

Terdapat dua faktor utama dalam penatalaksanaan terapi farmakologi dan non-farmakologi untuk mengatasi nyeri (Eliza dkk., 2025).

a. Penatalaksanaan secara farmakologi

Pemakaian obat analgesik bertujuan untuk meredakan rasa nyeri. Golongan opioid digunakan untuk mengatasi nyeri yang berat, sedangkan obat anti-inflamasi non-steroid (NSAID) lebih cocok untuk nyeri sedang hingga ringan. Beberapa jenis analgetik yang umum digunakan, antara lain.

- 1) Analgesik non-opioid : obat-obatan yang termasuk dalam kelompok ini biasanya dipakai untuk mengurangi nyeri yang tingkatnya ringan hingga sedang. Secara umum, dibagi tiga kategori utama yaitu anti-inflamasi non-steroid (NSAID), asetaminofen, dan agen topikal.
- 2) Obat opioid : obat ini dipakai untuk meredakan rasa sakit yang tingkatannya sedang sampai berat, dan dibagi menjadi tiga jenis yaitu opioid alami, opioid yang dibuat secara sintetik, serta opioid semi-sintetis. Sangat penting untuk menggunakan opioid dengan hati-hati, karena ada kemungkinan efek samping dan risiko ketergantungan yang bisa terjadi.
- 3) Analgesik adjuvant : analgesik adjuvant merupakan obat pendamping dalam pengelolaan nyeri yang berfungsi meningkatkan efektivitas pengobatan atau menyasar jenis nyeri yang lebih spesifik. Berdasarkan cara kerja dan kegunaannya, obat ini terbagi menjadi beberapa kelompok, seperti obat antidepresan, antikonvulsan, anestesi, dan kortikosteroid.
- 4) Kortikosteroid : sebagai agen pengendali inflamasi yang kuat, obat ini sering diaplikasikan dalam penanganan nyeri yang berakar pada kondisi peradangan.

b. Penatalaksanaan terapi non-farmakologi

Terapi non-farmakologi mencakup implementasi metode fisik serta intervensi perilaku kognitif yang terukur guna mencapai hasil yang optimal.

### 1) Teknik relaksasi napas dalam

Selain berperan dalam meminimalkan intensitas nyeri, teknik relaksasi napas dalam juga berkontribusi pada peningkatan ventilasi pulmonal serta optimalisasi saturasi oksigen dalam darah.

### 2) Terapi musik

Terapi musik merupakan intervensi yang mengandalkan elemen musikal untuk memfasilitasi relaksasi, mempercepat pemulihan kesehatan, serta mengoptimalkan fungsi kognitif dan kesejahteraan holistik pasien.

### 3) Pijatan

Manajemen nyeri melalui pijatan dapat dilakukan dengan teknik meremas otot bahu, memberikan tekanan variatif pada punggung, serta menerapkan teknik *petrissage* secara horizontal. Sebagai sentuhan akhir, gerakan lembut dengan ujung jari dapat diberikan untuk menghadirkan sensasi ketenangan bagi pasien.

## **6. Skala nyeri dalam pemberian teknik relaksasi pada pasien kanker payudara**

Teknik relaksasi termasuk terapi non-farmakologi yang dapat diberikan pada berbagai tingkat nyeri terutama :

#### a. Nyeri ringan - sedang (skala 1-6)

Teknik relaksasi merupakan salah satu intervensi non-farmakologi yang efektif dalam manajemen nyeri, khususnya pada pasien kanker payudara dengan tingkat nyeri ringan hingga sedang (skala 1–6 pada *Numeric Rating Scale/NRS*). Efektivitas ini dapat dijelaskan melalui konsep *Gate Control Theory*, yang menyatakan bahwa impuls nyeri dapat dimodulasi pada tingkat medula spinalis melalui stimulasi kognitif dan sensorik, seperti relaksasi sehingga transmisi nyeri

ke otak dapat dihambat. Pada kondisi nyeri ringan hingga sedang, intensitas impuls nyeri masih relatif rendah sehingga mekanisme modulasi ini bekerja lebih optimal. Selain itu, teknik relaksasi terbukti meningkatkan kadar endorfin sebagai analgesik endogen yang berperan dalam menurunkan persepsi nyeri (Sulasri, Erika dan Rini, 2018). Dari aspek psikologis, keberhasilan teknik relaksasi sangat bergantung pada kemampuan pasien untuk berkonsentrasi dan mengikuti instruksi, yang umumnya masih optimal pada nyeri ringan hingga sedang secara signifikan menurunkan intensitas nyeri pada pasien kanker payudara serta memperbaiki gejala fisik dan psikologis seperti kecemasan dan depresi (Chen *et al.*, 2016).

b. Nyeri berat (skala  $\geq 7$ )

Nyeri berat (skala  $\geq 7$  pada NRS) tetap dapat diberikan teknik relaksasi karena intervensi ini tidak hanya bekerja pada aspek fisiologis nyeri, tetapi juga pada komponen psikologis dan kognitif yang memperberat persepsi nyeri. Berdasarkan konsep *Gate Control Theory*, meskipun impuls nyeri pada kondisi berat sangat kuat, stimulasi kognitif seperti relaksasi tetap dapat memberikan efek modulasi parsial dengan mengurangi transmisi sinyal nyeri ke otak. Selain itu, teknik relaksasi terbukti meningkatkan sekresi endorfin sebagai analgesik endogen, yang meskipun tidak sepenuhnya menghilangkan nyeri berat, tetap berkontribusi dalam menurunkan intensitas nyeri dan meningkatkan kenyamanan pasien.

Dalam praktik klinis, pemberian teknik relaksasi pada nyeri berat juga sejalan dengan prinsip manajemen nyeri menurut *World Health Organization* melalui *analgesic ladder*, di mana terapi non-farmakologi tetap direkomendasikan sebagai terapi adjuvan yang dikombinasikan dengan analgesik kuat (misalnya opioid). Hal ini bertujuan untuk meningkatkan efektivitas pengendalian nyeri

secara komprehensif, mengurangi kebutuhan dosis obat, serta meminimalkan efek samping farmakologi. Oleh karena itu, meskipun tidak menjadi terapi utama, teknik relaksasi tetap penting diberikan pada nyeri berat sebagai bagian dari pendekatan multidimensi dalam manajemen nyeri kanker (*World Health Organization*, 2019).

### **C. Konsep Intervensi Terapi Relaksasi Genggam Jari**

#### **1. Definisi**

Terapi relaksasi genggam jari adalah salah satu metode dari *Jin Shin Jyutsu* yang merupakan teknik akupresur asal Jepang. Terapi ini adalah suatu bentuk keterampilan yang memanfaatkan sentuhan jari tangan dan memusatkan perhatian pada jari tangan serta pernapasan untuk mengatur keseimbangan energi di dalam tubuh individu (Ridha dkk, 2025). *Fingers hold* merupakan sebutan lain untuk relaksasi genggam jari. Tujuan dari relaksasi menggenggam jari adalah untuk mengurangi rasa nyeri, ketakutan, dan kecemasan, menurunkan perasaan panik, kekhawatiran, serta ancaman, memberikan rasa nyaman bagi tubuh, menenangkan pikiran, mampu mengendalikan emosi, dan juga memperlancar sirkulasi darah (Hakim dkk, 2023).

Teknik relaksasi genggam jari merupakan suatu kegiatan yang dapat membantu menenangkan fisik dan mental. Metode ini bekerja dengan cara mengalihkan fokus pasien dari rasa nyeri, mengurangi dampak stres yang dapat memperparah nyeri, meningkatkan kemampuan untuk menghadapi rasa nyeri, dan juga meningkatkan keberhasilan dari intervensi pengurangan nyeri lainnya. Di samping itu, teknik relaksasi genggam jari juga dapat meningkatkan rasa kontrol pasien terhadap rasa nyeri yang mereka alami (Bakti dkk., 2024).

## **2. Mekanisme terapi relaksasi genggam jari**

Mekanisme terapi relaksasi genggam jari untuk mengurangi rasa nyeri terletak pada titik-titik meridian di jari manusia yang memberikan respons saat dilakukan genggaman. Aktivitas relaksasi yang melibatkan genggaman jari menciptakan impuls yang disalurkan melalui serabut saraf aferen non-nosiseptor. Serabut saraf non-nosiseptor ini menutup, sehingga menghambat atau mengurangi stimulus di korteks serebri akibat dari stimulasi balik yang dihasilkan oleh relaksasi dan genggaman jari. Sebagai hasilnya, tingkat rasa nyeri akan berubah atau dimodulasi karena stimulus dari relaksasi genggam jari lebih dominan dan lebih banyak mencapai otak terlebih dahulu (Bakti dkk., 2024).

Gelombang listrik yang dihasilkan akibat sentuhan diproses dan disampaikan melalui saraf ke organ yang mengalami masalah. Dampak yang terjadi menghasilkan relaksasi, yang selanjutnya memicu keluarnya hormon endorfin untuk meredakan rasa nyeri (Bakti dkk., 2024).



Sumber : (Bakti dkk., 2024)

Gambar 5. Relaksasi Genggam Jari

## **3. Efektivitas terapi relaksasi genggam jari**

Penggunaan metode relaksasi genggam jari yang diambil dari hasil studi (Sari dkk., 2025) didapatkan pada subjek penelitian muncul diagnosis keperawatan nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor. Pada implementasi diagnosis nyeri kronis yang terkait dengan infiltrasi tumor, langkah-langkah yang diambil untuk pasien adalah mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi,

kualitas, dan tingkat nyeri, serta menentukan skala nyeri, mengenali respons non verbal, dan mengidentifikasi faktor yang dapat memperburuk atau meredakan nyeri, serta memberikan terapi relaksasi genggam jari. Hasil penelitian mengungkapkan adanya pengurangan skala nyeri setelah penerapan terapi relaksasi genggam jari yang dilakukan secara berturut-turut. Intervensi ini terbukti mudah, terjangkau, tidak menyebabkan efek samping, dan bisa dilakukan secara mandiri oleh pasien. Oleh karena itu, terapi relaksasi jari dapat disarankan sebagai intervensi keperawatan tambahan untuk membantu mengurangi rasa nyeri pada pasien kanker payudara.

Pelaksanaan terapi relaksasi genggam jari (Pitasari & Kristinawati, 2025) yang dimana pasien diberikan intervensi relaksasi genggam jari selama 3 hari. Pasien mengeluh nyeri di bagian payudara kanan, nyeri seperti ditsusuk-tusuk, skala nyeri 6 dengan frekuensi nyeri menetap. Keluhan nyeri semakin berat satu minggu sebelum pasien masuk rumah sakit. Hasil diagnosis keperawatan yang muncul adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan lesi solid heterointense batas tidak tegas berbentuk ireguler kesan diretroni kiri dan kanan. Intervensi mandiri yang dapat diberikan perawat dalam menangani nyeri tersebut dengan memberikan relaksasi genggam jari kurang lebih selama 15 menit untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan pasien. Pada hari ketiga pemberian intervensi pasien mengungkapkan merasa bisa mengelola rasa nyeri yang muncul. Pasien mengatakan teknik ini tidak hanya membantu mengurangi nyeri tetapi juga meningkatkan kualitas tidur dan suasana hati. Teknik relaksasi genggam jari terbukti dapat mengurangi nyeri pada pasien kanker payudara.

## **D. Asuhan Keperawatan Nyeri Kronis pada Penderita Kanker Payudara**

### **1. Pengkajian keperawatan**

Pengkajian dilakukan secara bertahap antara lain sebagai berikut (Risnah, 2020).

#### **a. Identitas klien**

Identitas klien mencakup informasi dasar seperti nama, jenis kelamin, usia, pekerjaan saat ini, agama, status pernikahan, alamat, nomor rekam medis, dan tanggal masuk rumah sakit.

#### **b. Keluhan utama**

Alasan medis atau gejala paling krusial yang dirasakan pasien, yang mendorong mereka untuk mencari pertolongan medis atau pelayanan kesehatan.

#### **c. Riwayat kesehatan**

##### **1) Riwayat kesehatan sekarang**

Pasien yang diterima di rumah sakit sering kali mengeluhkan gejala seperti rasa nyeri dan pembengkakan pada payudara, terdapat benjolan yang memberikan tekanan pada area tersebut, adanya luka, serta kulit yang berwarna merah dan mengeras.

##### **2) Riwayat kesehatan dahulu**

Pasien yang menderita kanker payudara umumnya pernah terpapar pada faktor risiko atau memiliki kondisi abnormal pada payudara.

##### **3) Riwayat kesehatan keluarga**

Pasien yang datang ke rumah sakit kadang-kadang memiliki kerabat yang sudah mengalami kanker payudara sebelumnya, atau beberapa di antara klien

memiliki keluarga yang juga terkena berbagai jenis kanker lainnya seperti kanker ovarium atau kanker serviks.

d. Pemeriksaan fisik

- 1) Kepala : normalnya kepala memiliki bentuk yang normal, dengan struktur tulang yang bulat serta terdapat tonjolan di frontal regio anterior dan oksipital dibagian posterior.
- 2) Rambut : normalnya terdistribusi secara seimbang, tidak terlalu kering maupun terlalu berminyak.
- 3) Mata : normalnya tidak terlihat ada masalah tertentu, baik itu ikterik maupun anemia.
- 4) Telinga : normalnya tidak ada masalah, tampak seimbang dan tidak menunjukkan adanya infeksi atau masalah dengan kemampuan mendengar.
- 5) Hidung : normalnya bentuk dan fungsi yang normal, tanpa adanya infeksi dan rasa nyeri saat ditekan.
- 6) Mulut : normalnya mulut terdapat mukosa bibir namun tanpa disertai ada gangguan perasa.
- 7) Leher : pada pasien kanker payudara biasanya pada bagian leher ditemukan pembesaran kelenjar getah bening.
- 8) Dada : pada pasien kanker payudara terdapat kelainan pada kulit yang disertai dengan tekstur seperti kulit jeruk, benjolan, serta luka atau gejala peradangan.
- 9) Hepar : pada umumnya tidak ada gangguan pada hepar.
- 10) Ekstremitas : pada umumnya tidak ada gangguan pada ekstremitas.

e. Pengkajian 11 pola fungsional Gordon

1) Persepsi dan manajemen

Anggapan bahwa itu hanya sebuah pembengkakan biasa menyebabkan umumnya pada awal pemeriksaan, klien tampak enggan untuk memeriksakan bengkak tersebut.

2) Nutrisi-metabolik

Pada umumnya, pasien yang menderita kanker payudara mempunyai pola makan yang tidak sehat, seperti mengonsumsi makanan yang mengandung *Monosodium Glutamat* (MSG), dan sering mengalami muntah yang berpengaruh pada penurunan berat badan.

3) Eliminasi

Mengalami melena, rasa sakit saat buang air besar, perut kembung, dan sembelit adalah beberapa gejala yang dialami oleh pasien.

4) Aktivitas dan latihan

Kelemahan dan rasa sakit yang disebabkan oleh anoreksia dan muntah menyebabkan pasien terganggu melakukan kegiatan.

5) Kognitif dan persepsi

Ada kemungkinan terjadinya masalah pada aspek kognitif, sensorik maupun motorik, sehingga biasanya pasien akan merasakan pusing setelah menjalani operasi.

6) Istirahat dan tidur

Rasa nyeri sering kali menyebabkan klien mengalami masalah dengan pola tidurnya.

7) Persepsi dan konsep diri

Kehilangan salah satu bagian anggota tubuh dapat membuat pasien merasa sedih dan malu.

8) Peran dan hubungan

Dalam interaksi sosial, sering kali banyak pasien yang akan mengalami kesulitan dalam menjalankan perannya.

9) Reproduksi dan seksual

Terdapat pergeseran dalam tingkat kepuasan dan umumnya akan muncul masalah pada aspek seksual pasien.

10) Koping dan toleransi stress

Pasien akan merasakan keputusasaan dan berada dalam tahap penolakan di dalam dirinya.

11) Nilai dan keyakinan

Agar klien dapat menerima situasinya dengan ikhlas, pendekatan berbasis agama sangat diperlukan.

## **2. Diagnosis keperawatan**

Diagnosis keperawatan adalah evaluasi klinis tentang bagaimana klien merespons masalah kesehatan atau pengalaman hidup yang dialami, baik yang sedang terjadi maupun yang mungkin akan muncul. Tujuan dari diagnosis keperawatan adalah untuk menentukan reaksi klien secara individu, kelompok keluarga, serta komunitas terhadap kondisi yang berhubungan dengan kesehatan. Diagnosis keperawatan ditegakkan melalui uraian berikut ini (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

a. Analisis data

Dalam tahap analisis data, informasi yang diperoleh dari pengkajian dibandingkan dengan nilai-nilai normal serta identifikasi tanda-tanda dan gejala yang penting. Tanda-tanda dan gejala yang penting kemudian dikelompokkan sesuai dengan pola kebutuhan dasar.

b. Analisis masalah

Setelah melakukan analisis data, perawat dan klien secara bersama-sama menentukan masalah yang ada, apakah aktual, potensi risiko, atau upaya peningkatan kesehatan. Pernyataan mengenai masalah kesehatan mengacu pada penamaan diagnosis dalam keperawatan.

c. Perumusan diagnosis keperawatan

Perumusan atau penyusunan diagnosis harus disesuaikan dengan tipe diagnosis keperawatan. Ada dua cara untuk merumuskan diagnosis, yaitu penulisan dengan tiga bagian dan penulisan dengan dua bagian. Penulisan tiga bagian mencakup masalah, penyebab, serta tanda atau gejala. Cara penulisan ini hanya digunakan untuk diagnosis aktual. Sementara itu, metode penulisan dua bagian diterapkan pada diagnosis risiko dan diagnosis yang berhubungan dengan promosi kesehatan. Diagnosis keperawatan pada pasien kanker payudara yang ditemui adalah nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor dibuktikan dengan mengeluh nyeri, merasa tertekan, tampak meringis, pasien gelisah, bersikap protektif, pola tidur berubah.

### **3. Perencanaan keperawatan**

Intervensi keperawatan merupakan suatu proses perencanaan yang dilakukan untuk pasien berdasarkan diagnosis keperawatan dalam rangka

menangani masalah atau memenuhi kebutuhan pasien. Proses ini dilakukan dengan merumuskan tujuan, penyusunan rencana tindakan, dan pengukuran hasil atau kemajuan pasien (Polopadang & Hidayah, 2019). Intervensi keperawatan adalah berbagai jenis perawatan yang dilakukan oleh perawat dengan dasar pengetahuan dan penilaian klinis, bertujuan untuk meningkatkan, mencegah, dan memulihkan kesehatan individu, keluarga, serta masyarakat (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Standar luaran keperawatan akan berfungsi sebagai pedoman bagi perawat dalam menentukan keadaan atau kondisi kesehatan yang ideal yang diharapkan dapat dicapai oleh pasien setelah pelaksanaan intervensi keperawatan. Dengan adanya luaran keperawatan, maka efektivitas intervensi keperawatan dapat dipantau dan dievaluasi secara rinci (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019).

**Tabel 2**  
**Perencanaan Keperawatan pada Asuhan Keperawatan Nyeri Kronis**

| No | Diagnosis Keperawatan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Tujuan dan Kriteria Hasil                                                                                                                                                                                                                                       | Intervensi Keperawatan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 3                                                                                                                                                                                                                                                               | 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 1  | <b>Nyeri Kronis (D. 0078)</b><br>Pengalaman sensori atau emosional yang terkait dengan kerusakan jaringan yang nyata atau fungsional, yang dapat muncul tiba-tiba atau secara perlahan, dengan tingkat keparahan mulai dari ringan hingga berat dan berlangsung terus-menerus selama lebih dari 3 bulan.<br><b>Penyebab Nyeri Kronis</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infiltrasi tumor</li> </ul> | Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka <b>tingkat nyeri (L.08066)</b> menurun dengan kriteria hasil :<br>a. Keluhan nyeri menurun (5)<br>b. Perasaan depresi (tertekan) menurun (5)<br>c. Meringis menurun (5)<br>d. Gelisah menurun (5) | <b>Intervensi Utama</b><br><b>Manajemen Nyeri (I.08238)</b><br><b>Observasi</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>Identifikasi skala nyeri</li> <li>Identifikasi respons nyeri non verbal</li> <li>Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</li> <li>Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> </ol> |

| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 4 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| <b>Gejala dan Tanda Mayor Subjektif</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Mengeluh nyeri</li><li>• Merasa tertekan</li></ul> <b>Objektif</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Tampak meringis</li><li>• Gelisah</li><li>• Tidak mampu menuntaskan aktivitas</li></ul> <b>Gejala dan Tanda Minor Subjektif</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Merasa takut mengalami cedera berulang</li></ul> <b>Objektif</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Bersikap protektif</li><li>• Waspada</li><li>• Pola tidur berubah</li><li>• Anoreksia</li><li>• Fokus menyempit</li><li>• Berfokus pada diri sendiri</li></ul> <b>Kondisi Klinis Terkait</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Tumor</li></ul> | e. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat (5)<br>f. Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun (5)<br>g. Bersikap protektif menurun (5)<br>h. Ketegangan otot menurun (5)<br>i. Kesulitan tidur menurun (5)<br>j. Anoreksia menurun (5)<br>k. Fokus membaik (5)<br>l. Berfokus pada diri sendiri menurun (5) | h. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan<br>i. Monitor efek samping penggunaan analgetik<br><b>Terapeutik</b><br>a. Berikan teknik non-farmakologi untuk mengurangi nyeri<br>b. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)<br>c. Fasilitasi istirahat dan tidur<br>d. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri<br><b>Edukasi</b><br>a. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri<br>b. Jelaskan strategi meredakan nyeri<br>c. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri<br>d. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat<br><b>Kolaborasi</b><br>a. Kolaborasi pemberian analgetik |   |

Sumber : (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

#### 4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan adalah fase keempat dalam proses asuhan keperawatan, yang dilaksanakan sebagai tindakan lanjutan atas intervensi yang telah dibuat oleh perawat untuk mendukung pasien dalam mencapai tujuan mereka. Implementasi asuhan keperawatan ditujukan untuk melaksanakan rencana

keperawatan untuk mengetahui status kesehatan pasien dalam waktu singkat, mencegah timbulnya komplikasi, dan memberikan lingkungan yang nyaman (Polopadang & Hidayah, 2019).

**Tabel 3**  
**Implementasi Keperawatan pada Asuhan Keperawatan Nyeri Kronis**

| Waktu                                                                                            | Tindakan Keperawatan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Respon                                                                                       | Nama dan Paraf                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1                                                                                                | 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 3                                                                                            | 4                                                                                                           |
| Diisi dengan hari, tanggal, bulan, tahun, dan pukul berapa pasien diberikan tindakan keperawatan | <b>Manajemen Nyeri (I.08238)</b><br><b>Observasi</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>Mengidentifikasi skala nyeri</li> <li>Mengidentifikasi respons nyeri non verbal</li> <li>Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>Mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>Mengidentifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</li> <li>Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</li> <li>Memonitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ol> <b>Terapeutik</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Memberikan teknik non-farmakologi untuk mengurangi nyeri</li> <li>Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> <li>Memfasilitasi istirahat dan tidur</li> </ol> | Respon pasien setelah diberikan tindakan keperawatan berupa data subjektif dan data objektif | Sebagai bukti bahwa tindakan telah dilaksanakan kepada pasien, maka dilengkapi dengan nama terang dan paraf |

| 1 | 2                                                                                   | 3 | 4 |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------|---|---|
|   | d. Mempertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri |   |   |
|   | <b>Edukasi</b>                                                                      |   |   |
|   | a. Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri                                  |   |   |
|   | b. Menelaskan strategi meredakan nyeri                                              |   |   |
|   | c. Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri                                      |   |   |
|   | d. Menganjurkan menggunakan analgetik secara tepat                                  |   |   |
|   | <b>Kolaborasi</b>                                                                   |   |   |
|   | a. Mengolaborasikan pemberian analgetik                                             |   |   |

Sumber : (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

## 5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah proses penilaian yang membandingkan kondisi pasien sebelum dan sesudah diberikan implementasi keperawatan, berdasarkan pengamatan yang dilakukan dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan pada tahap perencanaan. Dimana terdapat dua jenis evaluasi keperawatan yaitu evaluasi formatif dan evaluasi somatif. Evaluasi proses formatif ialah evaluasi yang dilaksanakan setiap selesai melaksanakan tindakan keperawatan sedangkan evaluasi hasil somatif ialah evaluasi yang dilaksanakan setelah tindakan keperawatan secara lengkap dan menyeluruh dilakukan (Polopadang & Hidayah, 2019).

Komponen evaluasi yang digunakan adalah SOAP. Subjektif (S) dimana perawat menuliskan keluhan pasien yang masih dirasakan setelah diberikan tindakan keperawatan. Objektif (O) adalah data berdasarkan pada hasil observasi perawat secara langsung kepada pasien. Analisis (A) adalah suatu masalah atau

diagnosis keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituliskan masalah/diagnosis baru yang terjadi karena perubahan status kesehatan pasien yang teridentifikasi datanya dalam data subjektif dan objektif. Planning (P) merupakan perencanaan keperawatan yang akan ditindaklanjuti, dihentikan, dimodifikasi atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan sebelumnya (Polopadang & Hidayah, 2019).