

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit

1. Konsep penyakit kanker payudara

a. Definisi

Kanker payudara merupakan keganasan yang berawal dari jaringan payudara, yang dapat memengaruhi satu atau kedua sisi. Proses ini melibatkan proliferasi sel yang tidak terkendali sehingga membentuk tumor, yang berpotensi bermigrasi ke organ lain (NCI, 2025). Kanker payudara merupakan penyakit heterogen yang ditandai oleh berbagai perubahan genetik dan molekuler yang memengaruhi pertumbuhan tumor serta respons terhadap terapi (Hong & Xu, 2022).

Berdasarkan pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa kanker payudara adalah penyakit keganasan jaringan payudara akibat proliferasi sel abnormal yang membentuk tumor dan berpotensi menyebar. Keragaman karakteristiknya dipengaruhi oleh variasi genetik dan molekuler individu, yang menentukan dinamika tumor serta respons pengobatan.

b. Faktor risiko

Faktor - faktor risiko yang berkaitan dengan meningkatnya insiden kanker payudara memiliki peranan krusial dalam mendukung deteksi dini serta skrining kesehatan pada perempuan. Faktor risiko tersebut mencakup aspek demografis, biologis, genetik, hormonal, hingga lingkungan (Menon et al., 2024).

1) Usia

Angka kejadian kanker payudara yang disesuaikan dengan usia menunjukkan peningkatan seiring bertambahnya usia perempuan, dengan risiko yang lebih tinggi pada usia lanjut.

2) Jenis kelamin

Sebagian besar kasus kanker payudara terjadi pada wanita, meskipun penyakit ini juga dapat terjadi pada pria dalam jumlah yang jauh lebih kecil.

3) Riwayat pribadi

Wanita dengan riwayat kanker pada satu payudara memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami kanker primer kedua pada payudara kontralateral.

4) Faktor histologis

Kelainan histologis yang ditemukan melalui biopsi payudara merupakan faktor risiko penting. Kelainan tersebut meliputi *carsinoma lobular in situ* (LCIS) dan perubahan proliferaatif dengan atipia.

5) Riwayat keluarga dan mutasi genetik

Kerabat tingkat pertama dari pasien kanker payudara memiliki risiko sekitar dua hingga tiga kali lebih tinggi untuk menderita penyakit ini. Faktor genetik diperkirakan berkontribusi pada sekitar 5–10% dari seluruh kasus kanker payudara, namun dapat mencapai hingga 25% pada wanita berusia di bawah 30 tahun. Mutasi gen BRCA1 dan BRCA2 merupakan faktor genetik utama yang berperan dalam meningkatkan kerentanan terhadap kanker payudara.

6) Faktor reproduksi

Faktor reproduksi yang meningkatkan paparan estrogen sepanjang hidup wanita diketahui berhubungan dengan peningkatan risiko kanker payudara. Faktor

tersebut meliputi menarche sebelum usia 12 tahun, usia melahirkan anak pertama di atas 30 tahun, tidak pernah melahirkan, serta menopause setelah usia 55 tahun.

7) Penggunaan hormon eksogen

Penggunaan estrogen dan progesteron eksogen, baik sebagai kontrasepsi hormonal pada wanita pramenopause maupun sebagai terapi penggantian hormon pada wanita pascamenopause, dikaitkan dengan peningkatan risiko kanker payudara.

8) Faktor lainnya

Faktor tambahan yang juga berhubungan dengan peningkatan risiko kanker payudara meliputi paparan radiasi, faktor lingkungan, obesitas, serta konsumsi alkohol berlebihan.

c. Tanda dan gejala

Kanker payudara dapat menimbulkan berbagai tanda dan gejala yang muncul akibat pertumbuhan sel abnormal pada jaringan payudara. Perubahan ini dapat terjadi pada bentuk, ukuran, maupun kondisi kulit payudara, serta dapat disertai keluhan tertentu yang dirasakan oleh penderita (ACS, 2025).

- 1) Benjolan atau massa pada payudara atau di bawah ketiak, yang mungkin terasa keras dan tidak nyeri.
- 2) Pembengkakan pada sebagian atau keseluruhan payudara.
- 3) Perubahan pada ukuran, bentuk, atau tekstur payudara.
- 4) Kulit payudara yang tampak seperti peau d'orange (seperti kulit jeruk) akibat penarikan jaringan.
- 5) Retraksi (penarikan ke dalam) pada puting susu.
- 6) Nyeri pada payudara atau puting.

- 7) Keluaran cairan abnormal dari puting (selain ASI), termasuk berdarah.
- 8) Pembesaran kelenjar getah bening aksila yang menunjukkan penyebaran penyakit ke sistem limfatik.

Selain gejala primer pada payudara, perubahan kulit seperti kemerahan, penebalan, atau bersisik juga dapat muncul dan menandakan proses keganasan yang mendalam.

d. Klasifikasi

Kanker payudara memiliki berbagai jenis yang diklasifikasikan berdasarkan asal sel, sifat invasif, serta karakter biologis dari sel kanker tersebut, yang dapat memengaruhi perkembangan penyakit dan penatalaksanaannya (NCI, 2025).

1) Kanker payudara non-invasif (belum menyebar)

Kanker payudara non-invasif merupakan kanker stadium awal yang ditandai oleh sel abnormal yang masih terbatas pada jaringan asal dan belum menyebar ke jaringan payudara sekitarnya, namun berpotensi berkembang menjadi kanker invasif apabila tidak ditangani dengan baik.

- a) *Ductal carcinoma in situ* (DCIS) adalah kanker payudara non-invasif yang berasal dari sel epitel saluran susu (duktus), di mana sel kanker masih terbatas di dalam duktus dan belum menembus jaringan sekitarnya.
- b) *Lobular carcinoma in situ* (LCIS) merupakan proliferasi sel abnormal pada lobulus payudara yang bersifat non-invasif dan lebih dianggap sebagai penanda peningkatan risiko terjadinya kanker payudara invasif di kemudian hari.

2) Kanker payudara invasif (menyebar)

Kanker payudara invasif merupakan kanker yang telah menembus membran basal dan menyebar ke jaringan payudara sekitarnya serta berpotensi menyebar ke kelenjar getah bening dan organ lain.

a) *Invasive ductal carcinoma* (IDC) adalah jenis kanker payudara invasif yang paling sering ditemukan dan berasal dari saluran susu yang telah menyebar ke jaringan payudara sekitarnya.

b) *Invasive lobular carcinoma* (ILC) merupakan kanker payudara invasif yang berasal dari lobulus payudara dan memiliki pola pertumbuhan menyebar sehingga sering sulit terdeteksi secara dini.

3) Jenis kanker payudara khusus

a) Kanker payudara inflamatori adalah jenis kanker payudara yang jarang dan agresif, ditandai dengan kemerahan, pembengkakan, dan rasa hangat pada payudara tanpa benjolan yang jelas.

b) Penyakit paget pada payudara merupakan kanker yang menyerang kulit puting dan areola, sering disertai perubahan kulit dan biasanya berhubungan dengan kanker duktal di jaringan payudara bagian dalam.

4) Kanker payudara berdasarkan sub tipe molekuler

a) Luminal A dan Luminal B merupakan kanker payudara dengan reseptor hormon positif, di mana Luminal A memiliki prognosis lebih baik dibandingkan Luminal B.

b) HER2-positif, kanker payudara HER2-positif ditandai dengan overekspresi protein HER2 dan bersifat agresif, namun dapat ditangani dengan terapi target HER2.

c) *Triple negative breast cancer* adalah kanker payudara yang tidak memiliki reseptor estrogen, progesteron, dan HER2, sehingga pilihan terapinya lebih terbatas dan prognosisnya relatif lebih buruk.

e. Tahapan kanker payudara

Penentuan stadium kanker payudara adalah proses untuk menentukan seberapa jauh kanker telah menyebar dalam tubuh, yang sangat penting dalam perencanaan terapi dan penentuan prognosis. Ada dua jenis penentuan stadium untuk kanker payudara, sebelum operasi disebut penentuan stadium prognosis klinis, dan setelah operasi disebut penentuan stadium prognosis patologis.

Pada kedua jenis penentuan stadium, diberikan angka antara 0 dan IV (4). Angka ini ditentukan oleh kombinasi tiga faktor: nilai TNM (tumor node metastasis), grade, dan status biomarker (apakah tumor memiliki reseptor hormon tertentu atau kadar HER2 yang tinggi). Hasil dari tes multigen dapat digunakan untuk membantu menentukan stadium beberapa kanker payudara. Secara umum, semakin tinggi angka stadium, semakin luas penyebaran kanker dalam tubuh (NCI, 2025).

1) Stadium 0

Stadium 0 menunjukkan kanker payudara non-invasif, di mana sel abnormal ditemukan hanya di tempat asalnya seperti saluran susu (*ductal carcinoma in situ*) dan belum menyebar ke jaringan sekitarnya.

2) Stadium I

Pada stadium I, kanker masih kecil dan terbatas pada jaringan payudara, atau telah sedikit menyebar ke kelenjar getah bening terdekat. Stadium ini dibagi

lagi menjadi IA dan IB berdasarkan ukuran tumor dan keterlibatan kelenjar getah bening.

3) Stadium II

Stadium II menggambarkan kanker yang lebih besar atau telah menyebar ke beberapa kelenjar getah bening di dekatnya, tetapi belum menyebar jauh ke organ lain. Stadium ini terbagi menjadi IIA dan IIB tergantung ukuran tumor dan keterlibatan nodus.

4) Stadium III

Stadium III adalah kanker lokal lanjut yang telah melibatkan lebih banyak kelenjar getah bening, kulit payudara, atau dinding dada, namun belum mencapai organ jauh. Stadium ini sering dibagi menjadi IIIA, IIIB, dan IIIC berdasarkan sejauh mana keterlibatan jaringan dan nodus.

5) Stadium IV

Stadium IV atau kanker payudara metastatik menunjukkan bahwa sel kanker telah menyebar ke organ lain di luar payudara dan kelenjar getah bening regional, seperti tulang, hati, paru-paru, atau otak. Pengobatan pada stadium ini lebih berfokus pada kontrol gejala, memperlambat pertumbuhan penyakit, dan meningkatkan kualitas hidup.

f. Komplikasi

Komplikasi pada kanker payudara dapat timbul sebagai akibat dari berbagai modalitas pengobatan, meliputi pembedahan, kemoterapi, terapi hormonal, dan radioterapi (Al-Hilli & Wilkerson, 2021).

1) Pembedahan

Tindakan pembedahan pada pasien kanker payudara berpotensi menimbulkan berbagai komplikasi sebagai dampak dari prosedur operatif yang dilakukan. Komplikasi tersebut dapat terjadi segera setelah operasi maupun dalam jangka waktu tertentu. Komplikasi yang dapat terjadi setelah tindakan pembedahan antara lain:

- a) Infeksi luka operasi
- b) Nyeri pascaoperasi
- c) Perdarahan
- d) Masalah kosmetik
- e) Terbentuknya bekas luka permanen
- f) Perubahan atau hilangnya sensasi pada area dada dan payudara yang direkonstruksi.

2) Kemoterapi

Kemoterapi sebagai terapi sistemik dalam penanganan kanker payudara dapat menimbulkan sejumlah komplikasi akibat efek kerja obat terhadap sel tubuh. Komplikasi yang sering dijumpai pada pasien yang menjalani kemoterapi meliputi:

- a) Mual, muntah, dan diare
- b) Kerontokan rambut (alopecia)
- c) Gangguan kognitif atau *chemotherapy-related cognitive impairment* (otak akibat kemoterapi)
- d) Kekeringan vagina
- e) Gejala menopause dan gangguan kesuburan
- f) Nyeri atau gangguan saraf (neuropati perifer)

3) Terapi hormonal

Terapi hormonal yang diberikan pada pasien dengan reseptor hormon positif juga memiliki potensi menimbulkan komplikasi akibat perubahan keseimbangan hormon dalam tubuh. Komplikasi terapi hormonal antara lain:

- a) Sensasi panas (*hot flashes*)
- b) Kekeringan dan keputihan vagina
- c) Kelelahan
- d) Mual
- e) Impotensi pada pria dengan kanker payudara

4) Radioterapi

Radioterapi sebagai terapi berbasis radiasi dapat menyebabkan berbagai komplikasi, terutama pada jaringan yang berada di sekitar area penyinaran. Komplikasi yang dapat terjadi akibat terapi radiasi meliputi:

- a) Nyeri dan perubahan pada kulit
- b) Kelelahan
- c) Mual
- d) Kerontokan rambut pada area yang diradiasi
- e) Gangguan jantung dan paru-paru kronis
- f) Neuropati
- g. Patofisiologi

Kanker payudara merupakan penyakit multifaktorial yang berkembang akibat interaksi faktor genetik, hormonal, lingkungan, dan molekuler. Prosesnya diawali dari mutasi DNA pada sel epitel payudara, seperti aktivasi onkogen (HER2, PIK3CA) dan inaktivasi gen penekan tumor (BRCA1, BRCA2, TP53), yang

menyebabkan proliferasi sel tidak terkendali. Sel abnormal berkembang dari hiperplasia menjadi karsinoma in situ (DCIS/LCIS), dan selanjutnya menjadi karsinoma invasif setelah menembus membran basal.

Progresi kanker dipengaruhi oleh disregulasi jalur sinyal seperti estrogen receptor (ER), HER2, dan PI3K/Akt/mTOR yang meningkatkan proliferasi dan menghambat apoptosis, serta jalur lain yang berperan dalam angiogenesis, metastasis, dan resistensi terapi. Selain itu, tumor *microenvironment* turut mendukung pertumbuhan tumor dan membantu sel kanker menghindari sistem imun.

Pada tahap lanjut, sel kanker menginvasi jaringan sekitar dan menyebar melalui darah dan sistem limfatik. Proses metastasis melibatkan *epithelial mesenchymal transition* (EMT), degradasi matriks ekstraseluler, dan peningkatan mobilitas sel kanker (Samad et al., 2025).

Seiring dengan progresivitas penyakit, pasien mengalami berbagai gejala klinis seperti nyeri, benjolan, kelelahan, serta penurunan kondisi fisik. Selain itu, terapi kanker seperti kemoterapi, radioterapi, dan terapi hormonal juga menimbulkan efek samping berupa kelelahan (*cancer related fatigue*), mual, nyeri, dan penurunan fungsi tubuh. Kondisi tersebut menyebabkan keterbatasan aktivitas sehari-hari dan meningkatkan ketergantungan pasien terhadap orang lain. Penelitian menunjukkan bahwa penurunan kondisi fisik dan rendahnya dukungan sosial berhubungan dengan meningkatnya kecemasan dan depresi pada pasien kanker payudara (Liu et al., 2021).

Penurunan kondisi fisik, perubahan peran sosial, serta ketergantungan yang meningkat bertindak sebagai stressor yang memicu respon stres melalui aktivasi

sistem hipotalamus pituitary adrenal (HPA axis). Aktivasi ini dimulai dari sekresi *corticotropin releasing hormone* (CRH) oleh hipotalamus yang merangsang hipofisis untuk melepaskan *adrenocorticotrophic hormone* (ACTH), kemudian menstimulasi kelenjar adrenal untuk meningkatkan produksi kortisol. Pada kondisi stres kronis, terjadi hiperaktivasi HPA axis yang menyebabkan peningkatan kadar kortisol secara berkepanjangan. Kondisi ini berdampak pada gangguan sistem saraf pusat, termasuk ketidakseimbangan neurotransmitter seperti serotonin dan dopamin yang berperan dalam regulasi emosi dan motivasi

Peningkatan hormon stres (kortisol) yang berkepanjangan menyebabkan kecemasan, depresi, dan penurunan motivasi, serta gangguan kognitif seperti pikiran negatif dan pesimis. Hal ini diperkuat oleh penelitian yang menunjukkan bahwa pasien kanker payudara yang menjalani pengobatan memiliki tingkat kecemasan dan depresi yang tinggi akibat tekanan penyakit dan ketidakpastian kondisi (S.-J. Wang et al., 2025). Kombinasi antara gangguan fisik, stres kronis, serta tekanan psikologis ini menyebabkan pasien merasa kehilangan kontrol terhadap kondisi yang dialami, sehingga berkembang menjadi perasaan tidak mampu menghadapi situasi yang pada akhirnya menimbulkan ketidakberdayaan (*powerlessness*)

h. Pemeriksaan diagnostik

Pemeriksaan diagnostik pada kanker payudara melibatkan sejumlah tes yang bertujuan mendeteksi adanya tumor, menentukan karakteristiknya, dan menilai penyebarannya. Diagnostik yang komprehensif diperlukan untuk menetapkan diagnosis yang akurat serta merencanakan terapi yang tepat (*Institute for Quality and Efficiency in Health Care (IQWiG), 2024*).

1) Pemeriksaan klinis

Pemeriksaan awal biasanya dimulai dengan anamnesis dan pemeriksaan fisik oleh tenaga kesehatan, termasuk palpasi (perabaan) pada payudara, areola, dan daerah ketiak untuk menilai adanya massa atau benjolan yang mencurigakan.

a) Pemeriksaan radiologi

(1) Mammografi (Rontgen Payudara): Mammografi adalah pemeriksaan *imaging* berbasis sinar-X yang sering digunakan dalam skrining awal dan deteksi dini kanker payudara, terutama untuk mendeteksi mikro-kalsifikasi dan perubahan struktural halus pada jaringan payudara. Mammografi dianggap sebagai *gold standard* pada deteksi awal kanker payudara pada wanita usia tertentu.

(2) Ultrasonografi: USG payudara digunakan untuk menilai lesi yang terdeteksi pada mammografi atau secara klinis, sekaligus membantu membedakan antara massa padat dan kista. USG juga berguna untuk memeriksa kelenjar getah bening aksila yang mencurigakan dan sebagai panduan dalam tindakan biopsi berbasis gambar.

(3) *Magnetic resonance imaging* (MRI): MRI payudara menawarkan sensitivitas tinggi dalam mendeteksi lesi payudara dan digunakan terutama pada pasien berisiko tinggi, dalam evaluasi multifokal/multisentris, serta untuk menentukan luas penyakit sebelum tindakan bedah.

b) Biopsi jaringan

Setelah temuan abnormal pada pemeriksaan klinis dan *imaging*, biopsi jaringan merupakan pemeriksaan konfirmasi untuk menegakkan diagnosis kanker payudara. Biopsi dapat dilakukan dengan teknik yang bervariasi, seperti:

(1) Aspirasi jarum halus (*Fine Needle Aspiration* / FNA)

(2) *Core biopsy* (jarum inti)

(3) Biopsi eksisional atau insisional

Core biopsy dan biopsi eksisional menghasilkan sampel jaringan yang utuh sehingga memungkinkan pemeriksaan histopatologis lengkap, termasuk penilaian jenis tumor, grade sel kanker, serta status biomarker seperti reseptor hormon dan HER-2, yang penting untuk menentukan terapi lebih lanjut.

i. Penatalaksanaan medis

Pengobatan kanker payudara meliputi pembedahan, kemoterapi, radioterapi, terapi hormon, terapi target, dan terapi gen yang dilakukan secara multidisiplin. Pada kanker payudara non-metastatik, pembedahan merupakan terapi utama dan dapat dikombinasikan dengan kemoterapi praoperasi untuk mengecilkan tumor. Sedangkan pada kanker payudara metastatik, terapi sistemik menjadi pilihan utama dan pembedahan hanya bersifat paliatif pada kasus tertentu (J. Wang & Wu, 2023).

1) Pembedahan

Ada dua pendekatan utama yaitu dengan *Breast Conserving Sugery* (lumpektomi) yang diikuti oleh radioterapi dan mastektomi. Keduanya sama-sama efektif untuk menangani kanker payudara stadium awal, dengan angka kekambuhan yang hampir sama. Pemilihan jenis operasi harus disesuaikan dengan kondisi tumor dan klien.

2) Kemoterapi

Kemoterapi adalah metode pengobatan yang menggunakan kombinasi obat untuk menghancurkan sel kanker atau memperlambat pertumbuhan sel kanker. Obat sitotoksik (artinya "beracun bagi sel") biasanya diberikan secara oral atau

melalui vena (intravena atau "melalui aliran darah"). Kemoterapi adalah terapi sistemik, yang berarti bahwa obat-obatan bergerak dalam aliran darah ke seluruh tubuh. Kemoterapi pada kanker payudara dapat diberikan sebagai neoadjuvan (sebelum operasi), adjuvan (setelah operasi), atau penyelamatan. Kemoterapi neoadjuvan bermanfaat untuk mengecilkan tumor, memungkinkan operasi konservasi payudara, serta sangat dianjurkan pada subtype agresif seperti triple negatif dan HER2 positif.

3) Radioterapi

Radiasi seluruh payudara efektif dan aman pada kanker payudara stadium awal, sedangkan radiasi parsial diberikan pada pasien risiko rendah terpilih. Setelah mastektomi, radioterapi dianjurkan jika banyak kelenjar getah bening positif, sedangkan pada 1–3 kelenjar perlu pertimbangan individual.

4) Terapi bertarget

Trastuzumab, obat bertarget anti-HER2 pertama, telah banyak digunakan pada penyakit HER2 positif. Kombinasi trastuzumab dengan kemoterapi menjadi standar pada terapi neoadjuvan dan adjuvan, sementara penggunaan ganda anti-HER2 (seperti trastuzumab dan pertuzumab) memberikan respons yang lebih baik pada stadium lanjut.

5) Terapi hormon

Pengobatan anti-hormon merupakan kebalikan dari terapi penggantian hormon (HRT). Terapi ini diberikan pada pasien dengan tumor reseptor hormon positif (ER+ dan/atau PR+) setelah perawatan utama seperti operasi, kemoterapi, atau radiasi. Terapi hormonal bekerja dengan menghambat pengaruh hormon

estrogen dan progesteron sehingga sel kanker payudara tidak dapat tumbuh atau kambuh kembali.

6) Terapi gen

Terapi gen merupakan pendekatan baru yang menjanjikan dalam pengobatan kanker payudara dengan cara memasukkan materi genetik ke dalam sel kanker untuk menghambat pertumbuhan tumor. Berbagai strategi seperti pengeditan gen, vaksin DNA/RNA, dan mikroRNA telah menunjukkan hasil awal yang aman dan berpotensi efektif dalam uji klinis fase awal. Meskipun masih dalam tahap penelitian dan jumlah studi terbatas, terapi gen berpotensi menjadi pilihan pengobatan kanker payudara di masa depan.

2. Konsep ketidakberdayaan pada kanker payudara

a. Definisi

Ketidakberdayaan adalah persepsi bahwa tindakan seseorang tidak akan mempengaruhi hasil secara signifikan; persepsi kurang control pada situasi saat ini atau yang akan datang (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Kondisi ini sering terjadi pada pasien dengan penyakit kronis dan berkaitan dengan gangguan emosional seperti kecemasan dan depresi (Liu et al., 2021).

b. Penyebab

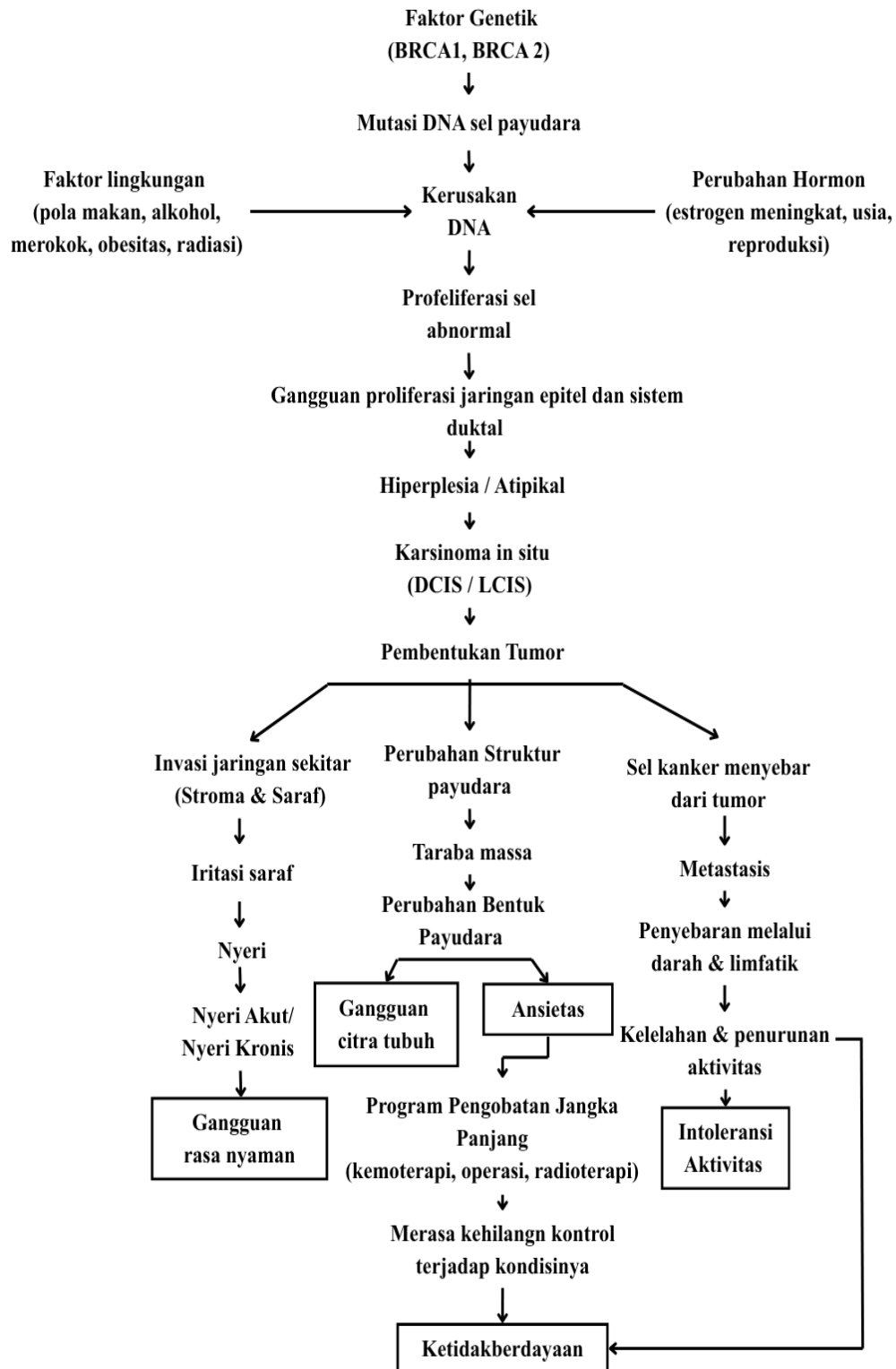
Beberapa penyebab ketidakberdayaan menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016) yaitu sebagai berikut :

- 1) Program perawatan/pengobatan yang kompleks atau jangka panjang
- 2) Lingkungan tidak mendukung perawatan/pengobatan
- 3) Interaksi interpersonal tidak memuaskan

c. Tanda dan gejala

Tanda dan gejala ketidakberdayaan menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016) terdiri dari tanda dan gejala mayor serta minor yang mencakup aspek subjektif dan objektif. Pada tanda dan gejala mayor, secara subjektif klien menyatakan merasa frustrasi atau tidak mampu melaksanakan aktivitas seperti sebelumnya. Secara objektif, klien tampak bergantung pada orang lain dalam memenuhi kebutuhan atau menjalankan aktivitas. Sementara itu, pada tanda dan gejala minor, secara subjektif klien dapat merasa diasingkan, menyatakan keraguan terhadap kemampuan menjalankan peran, merasa kurang memiliki kontrol terhadap situasi, mengungkapkan rasa malu, serta merasa tertekan atau mengalami depresi. Secara objektif, klien menunjukkan perilaku tidak berpartisipasi dalam perawatan serta mengalami pengasingan.

B. Pathway



Gambar 1
Pathway Kanker Payudara

Sumber: (Samad et al., 2025)

C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Pasien Kanker Payudara Dengan Ketidakberdayaan

1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian keperawatan adalah suatu proses yang dilakukan secara sistematis dan berkesinambungan untuk mengumpulkan, memvalidasi, dan menganalisis data kesehatan pasien. Proses ini memanfaatkan sumber dan instrumen informasi berbasis bukti guna memperoleh gambaran menyeluruh mengenai kondisi kesehatan pasien, termasuk tanda, gejala, serta keluhan yang dirasakan. Dalam pelaksanaannya, pengkajian keperawatan mempertimbangkan berbagai dimensi pasien, meliputi nilai dan keyakinan, aspek biologis, sosial, budaya, psikologis, serta spiritual (Ridwan, 2024).

Pengkajian keperawatan dilaksanakan melalui beberapa tahap yang tersusun secara sistematis, sebagai berikut:

a. Data keperawatan

1) Identitas pasien dan penanggung jawab

Identitas pasien terdiri dari nama, tempat/tanggal lahir, usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, alamat, nomor telepon, status pernikahan, agama, suku, tanggal MRS, sumber informasi. Identitas penanggung jawab terdiri dari nama, umur, pendidikan, pekerjaan, alamat, dan hubungan dengan pasien.

2) Keluhan utama

Keluhan utama adalah keluhan yang paling dirasakan mengganggu oleh klien saat perawat melakukan pengkajian, dan pengkajian tentang riwayat keluhan utama seharusnya mengandung unsur PQRS (Paliatif/Provokatif, *Quality*, *Region*, Skala, dan *Time*).

3) Riwayat kesehatan

a) Riwayat kesehatan sekarang

Pasien yang dirawat di rumah sakit sering kali melaporkan keluhan seperti rasa nyeri dan pembengkakan pada payudara, benjolan yang menekan payudara, munculnya ulkus serta perubahan warna dan kekerasan pada kulit di sekitar payudara.

b) Riwayat kesehatan terdahulu

Pasien dengan kanker payudara umumnya memiliki riwayat terpapar faktor risiko tertentu, antara lain adanya riwayat keluarga yang menderita kanker payudara, penggunaan terapi hormon dalam jangka waktu lama, serta riwayat kelainan pada payudara sebelumnya, seperti ditemukannya benjolan yang tidak normal atau hasil pemeriksaan mammografi yang menunjukkan kecurigaan.

c) Riwayat kesehatan keluarga

Memiliki riwayat keluarga dengan kanker payudara maupun kanker lain, seperti kanker ovarium atau kanker serviks, dapat meningkatkan risiko seseorang untuk mengalami kanker payudara. Risiko tersebut akan semakin besar apabila terdapat lebih dari satu anggota keluarga yang menderita kanker payudara, terutama jika diagnosis terjadi pada usia muda atau terdapat pola kejadian kanker pada beberapa generasi.

4) Riwayat alergi

Pengkajian riwayat alergi meliputi jenis alergen, tipe reaksi yang muncul (misalnya gatal, ruam, atau sesak napas), serta tindakan yang pernah dilakukan, seperti penghentian obat atau pemberian obat anti-alergi

5) Kebiasaan

Meliputi riwayat merokok, konsumsi kopi, penggunaan obat-obatan tertentu, konsumsi alkohol, serta kebiasaan lain yang dapat memengaruhi kondisi kesehatan dan proses penyembuhan pasien.

6) Pengkajian pola kebutuhan dasar

Berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), pada pola kebutuhan dasar manusia subkategori integritas ego dengan diagnosis ketidakberdayaan (D.0092) terdapat dua data mayor dan tujuh data minor yang perlu dikaji, yaitu sebagai berikut:

- a) Tanyakan apakah klien mengalami frustrasi atau tidak bisa melaksanakan aktivitas seperti sebelumnya?
- b) Lihat apakah klien bergantung pada orang lain
- c) Tanyakan apakah klien merasa diasingkan?
- d) Tanyakan apakah klien mengalami keraguan tentang kinerja perannya?
- e) Tanyakan apakah klien merasa kurang kontrol terhadap kondisi yang dialami?
- f) Tanyakan apakah klien merasa malu?
- g) Tanyakan apakah klien merasa tertekan atau depresi?
- h) Lihat apakah klien tampak tidak berpartisipasi dalam perawatan
- i) Lihat apakah klien tampak mengasingkan diri

7) Pemeriksaan fisik *head to toe*

a) Kepala

Penilaian bentuk kepala, yaitu mesocephale, mikrocephale, hidrocephale, atau bentuk lain bila ada. Selain itu, dikaji adanya lesi atau luka pada kepala seperti hematom, perdarahan, luka sobek, atau kelainan lain yang ditemukan.

b) Rambut

Warna rambut dan kelainan seperti rontok dan lain-lain

c) Mata

Fungsi penglihatan (normal, menggunakan kacamata/lensa, atau kelainan lain).

Sklera dinilai apakah ikterik atau tidak ikterik, serta konjungtiva apakah anemis atau tidak anemis. Pemeriksaan pupil mencakup isokor, anisokor, midriasis, atau adanya katarak. Selain itu, dikaji kemungkinan kelainan seperti kebutaan pada mata kanan atau kiri, serta data tambahan lain yang mendukung hasil pemeriksaan.

d) Hidung

Fungsi penghidu (normal atau terdapat gangguan). Selain itu, diperiksa adanya sekret, perdarahan, atau polip. Observasi juga dilakukan terhadap adanya tarikan cuping hidung sebagai tanda gangguan pernapasan.

e) Telinga

Fungsi pendengaran (normal, kerusakan, tuli kanan/kiri, tinnitus, menggunakan alat bantu dengar, atau kelainan lain). Selain itu, diperiksa adanya sekret, cairan, atau darah, termasuk ada atau tidaknya, bau, serta warna cairan yang keluar.

f) Mulut dan gigi

Pengkajian mulut dan gigi meliputi penilaian kondisi bibir (lembab, kering, sianosis, atau pecah-pecah). Keadaan mulut dan tenggorokan juga diperiksa apakah normal, terdapat lesi, atau stomatitis. Selain itu, kondisi gigi dinilai apakah lengkap/normal, ompong, atau terdapat kelainan lain.

g) Leher

Adanya pembesaran kelenjar tiroid. Kondisi leher juga diperiksa apakah terdapat lesi atau tidak. Selain itu, dilakukan palpasi nadi karotis untuk menilai apakah nadi teraba dengan baik atau tidak, serta pemeriksaan adanya pembesaran kelenjar limfoid.

h) Thorax

Pengkajian jantung meliputi penilaian frekuensi, kekuatan, dan irama nadi. Pemeriksaan paru mencakup frekuensi dan kualitas pernapasan, suara napas, adanya batuk, sumbatan jalan napas, serta tanda retraksi dada.

i) Abdomen

Meliputi penilaian peristaltik usus, apakah ada, tidak ada, atau hiperperistaltik. Selain itu, dinilai adanya kembung, nyeri tekan pada kuadran atau bagian tertentu, serta keberadaan asites.

j) Genetalia

Meliputi penilaian adanya phimosis, penggunaan alat bantu, serta adanya kelainan pada genetalia, baik tidak ada maupun ada dengan jenis kelainan tertentu.

k) Kulit

Penilaian turgor kulit apakah elastis atau kering, adanya laserasi seperti luka atau memar pada daerah tertentu, serta penilaian warna kulit apakah normal, pucat, sianosis, ikterik, atau perubahan warna lainnya.

l) Ekstremitas

Kaji kekuatan otot dan rentang gerak (ROM) apakah penuh atau terbatas. Selain itu, dinilai adanya hemiplegi atau paresis pada sisi kanan atau kiri, kondisi akral apakah hangat atau dingin, waktu pengisian kapiler (capillary refill time),

adanya edema pada daerah tertentu, serta temuan lain yang berkaitan dengan ekstremitas.

8) Data penunjang

- a) Pemeriksaan penunjang: seperti pemeriksaan laboratorium, USG dan pemeriksaan lainnya.
- b) Program terapi: pemberian terapi sesuai indikasi medis, baik farmakologis maupun nonfarmakologis.

2. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan tahap lanjutan setelah pengkajian dalam proses keperawatan. Pada tahap ini, data yang telah dikumpulkan dianalisis secara sistematis untuk mengidentifikasi respons pasien terhadap kondisi penyakit yang dialaminya. Perumusan diagnosis keperawatan dilakukan secara rasional dan berbasis data guna menentukan masalah aktual maupun risiko yang memerlukan intervensi keperawatan.

a. Analisis data keperawatan

Analisa data dilakukan dengan cara mengelompokkan, membandingkan, dan menginterpretasikan data subjektif dan objektif yang telah diperoleh selama pengkajian. Proses ini bertujuan untuk menemukan pola atau kesenjangan yang mengarah pada identifikasi masalah keperawatan.

Tabel 1.
Analisis Data Keperawatan pada Pasien dengan
Ketidakberdayaan Akibat Kanker Payudara

Data Keperawatan	Standar Nilai Normal	Masalah Keperawatan
(1)	(2)	(3)
Data Mayor	Data Mayor	
DS:	DS:	
1. Menyatakan frustrasi atau tidak mampu melaksanakan aktivitas sebelumnya	1. Menyatakan mampu melaksanakan aktivitas sebelumnya dan tidak frustrasi	
DO:	DO:	
1. Bergantung pada orang lain	1. Mandiri dalam melakukan aktivitas sehari-hari tanpa bergantung pada orang lain	Ketidakberdayaan (D.0092)
Data Minor	Data Minor	
DS:	DS:	
1. Merasa diasingkan	1. Merasa diterima dan tidak merasa diasingkan	
2. Menyatakan keraguan tentang kinerja peran	2. Menyatakan keyakinan terhadap kinerja peran	
3. Menyatakan kurang kontrol	3. Menyatakan mampu mengontrol diri dan situasi yang dihadapi	
4. Menyatakan rasa malu		
5. Merasa tertekan (depresi)		

(1)	(2)	(3)
DO:	4. Tidak menyatakan	
1. Tidak berpartisipasi dalam perawatan	rasa malu	
2. Pengasingan	5. Merasa perasaan stabil dan tidak merasa tertekan.	
DO:		
	1. Berpartisipasi aktif dalam perawatan	
	2. Tidak menunjukkan perilaku pengasingan diri	

b. Analisis masalah keperawatan

Analisis masalah merupakan proses penentuan prioritas dan hubungan sebab-akibat dari masalah yang telah teridentifikasi. Pada tahap ini, perawat mempertimbangkan tingkat urgensi, dampak terhadap kondisi pasien, serta keterkaitan antar masalah untuk menetapkan masalah utama yang perlu segera ditangani.

Tabel 2.
Analisis Masalah Keperawatan pada Pasien dengan
Ketidakberdayaan Akibat Kanker Payudara

Masalah keperawatan	Proses terjadinya masalah
Ketidakberdayaan (D.0092)	Faktor risiko seperti genetik, hormonal, gaya hidup, radiasi 

Mutasi DNA dan pertumbuhan sel abnormal



Kanker Payudara



Invasi dan metastasis



Gejala fisik seperti nyeri, lelah, keterbatasan aktivitas



Menjalani pengobatan jangka panjang
(kemoterapi, radioterapi)



Penurunan kondisi fisik dan ketergantungan pada orang lain



Merasa kehilangan kontrol terhadap kondisi yang dialami



Ketidakberdayaan

c. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis mengenai respons pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun risiko. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk

mengidentifikasi respons pasien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. Diagnosis keperawatan dibagi menjadi dua jenis, yaitu diagnosa negatif dan diagnosa positif. Diagnosis negatif menunjukkan bahwa pasien dalam kondisi sakit atau berisiko mengalami sakit sehingga penegakan diagnosis ini mengarahkan pemberian intervensi keperawatan yang bersifat penyembuhan dan pencegahan. Diagnosis negatif terdiri dari diagnosa aktual dan diagnosa risiko. Sedangkan diagnosis positif menunjukkan bahwa pasien dalam kondisi sehat dan dapat mencapai kondisi yang lebih sehat atau optimal. Diagnosis ini terdiri dari diagnosa promosi kesehatan (Tim Pokja SDKI PPNI, 2016).

Diagnosis keperawatan yang diambil dalam laporan kasus ini adalah ketidakberdayaan yang merupakan diagnosis negatif aktual yang terdiri atas 3 bagian yaitu *problem*, *etiology*, *sign* dan *symptom*. *Problem* yaitu masalah keperawatan, *etiology* yaitu faktor yang berhubungan serta *sign* dan *symptom* adalah tanda dan gejala. Ketidakberdayaan adalah persepsi bahwa tindakan seseorang tidak akan mempengaruhi hasil secara signifikan; persepsi kurang kontrol pada situasi saat ini atau yang akan datang.

Adapun etiologi ketidakberdayaan terbagi menjadi 3 yaitu program perawatan/pengobatan yang kompleks atau jangka panjang, lingkungan tidak mendukung perawatan/pengobatan, dan interaksi interpersonal tidak memuaskan.

Diagnosis yang dirumuskan berdasarkan masalah adalah ketidakberdayaan berhubungan dengan program perawatan/pengobatan yang kompleks atau jangka panjang dibuktikan dengan menyatakan frustrasi atau tidak mampu melaksanakan aktivitas sebelumnya, bergantung pada orang lain, merasa diasingkan, menyatakan

keraguan tentang kinerja peran, menyatakan kurang kontrol, menyatakan rasa malu, merasa tertekan (depresi), tidak berpartisipasi dalam perawatan, dan pengasingan.

3. Perencanaan keperawatan

Setelah merumuskan diagnosis keperawatan maka dilanjutkan dengan perencanaan keperawatan. Intervensi keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan. Klasifikasi intervensi keperawatan pada ketidakberdayaan termasuk dalam kategori psikologis yang ditunjukkan untuk mendukung fungsi dan proses mental. Serta termasuk dalam subkategori integritas ego yang memuat kelompok intervensi keperawatan yang bertujuan meningkatkan kemampuan pasien dalam menghadapi masalah serta memperkuat mekanisme koping (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Intervensi keperawatan terdiri dari intervensi utama dan intervensi pendukung. Intervensi utama dari diagnosis keperawatan ketidakberdayaan adalah promosi harapan dan promosi koping. Sedangkan intervensi pendukung diantaranya adalah dukungan memaafkan, dukungan pelaksanaan ibadah, dukungan pengambilan keputusan, dukungan pengungkapan kebutuhan, dukungan perasaan bersalah, dukungan keyakinan, dukungan proses berduka, dukungan proses berduka : kematian perinatal, manajemen mood, manajemen perilaku, manajemen stres, pencegahan bunuh diri, promosi dukungan keluarga, promosi dukungan spiritual, promosi harga diri, promosi kesadaran diri, promosi sistem pendukung, teknik menenangkan, teknik kognitif perilaku.

Sebelum menentukan perencanaan keperawatan, perawat terlebih dahulu menentukan tujuan dan kriteria hasil. Luaran (*outcome*) keperawatan merupakan

aspek-aspek yang diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, atau dari persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respons terhadap intervensi keperawatan. Luaran keperawatan ini menunjukkan status diagnosis keperawatan setelah dilakukan intervensi keperawatan. Luaran keperawatan dianggap sebagai hasil akhir intervensi keperawatan yang terdiri atas indikator-indikator atau kriteria-kriteria hasil pemulihan masalah. Terdapat dua jenis luaran keperawatan diantaranya luaran negatif (diturunkan) dan luaran positif (ditingkatkan atau diperbaiki) (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

Rencana dan luaran yang digunakan untuk pasien dengan ketidakberdayaan disusun berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI). Luaran yang digunakan adalah keberdayaan (L.09071) dengan kriteria hasil meningkatnya verbalisasi kemampuan dalam melaksanakan aktivitas, meningkatnya keyakinan terhadap kinerja peran, serta meningkatnya partisipasi dalam perawatan. Selain itu, diharapkan terjadi penurunan verbalisasi frustrasi, perasaan ditinggalkan, pernyataan rasa malu, perasaan tertekan (depresi), serta penurunan pengasingan. Sedangkan perencanaan keperawatan yang digunakan yaitu promosi harapan (I.09307) dan promosi coping (I.09312). Rincian perencanaan keperawatan yang disusun berdasarkan standar tersebut disajikan secara lengkap pada lampiran 9.

4. Implementasi keperawatan

Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan diantaranya observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Implementasi keperawatan merupakan rangkaian aktivitas yang dilakukan oleh perawat dengan tujuan membantu klien beralih dari kondisi kesehatan yang bermasalah menuju tingkat kesehatan yang lebih optimal sesuai dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan. Implementasi ini merupakan wujud pelaksanaan dari rencana tindakan yang telah dirancang untuk mencapai tujuan tertentu (Ekaputri et al., 2024).

Implementasi keperawatan merupakan tahap di mana perawat melaksanakan rencana asuhan keperawatan melalui penerapan intervensi keperawatan yang bertujuan untuk membantu klien mencapai tujuan kesehatan yang telah ditetapkan sebelumnya (Nursalam, 2022).

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan yang berfungsi untuk menilai sejauh mana tujuan yang telah dirumuskan dalam rencana keperawatan telah tercapai. Dengan demikian, hasil evaluasi digunakan untuk menentukan apakah intervensi keperawatan yang telah dilakukan perlu dilanjutkan, dimodifikasi, atau dihentikan sesuai dengan respons dan kondisi klien (Nursalam, 2022). Evaluasi keperawatan disusun dengan menggunakan SOAP yang operasional, seperti:

- a. S (Subjektif) adalah ungkapan perasaan maupun keluhan yang disampaikan pasien maupun keluarga setelah dilakukan tindakan keperawatan secara subjektif.
- b. O (Objektif) adalah pengamatan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan melalui sikap pasien ketika dan setelah dilakukan tindakan keperawatan.

- c. A (*Assesment*) adalah analisa tenaga kesehatan setelah mengetahui respon subjektif dan objektif pasien yang dibandingkan dengan tujuan dan kriteria hasil pada rencana keperawatan
- d. P (*Planning*) adalah perencanaan untuk tindakan selanjutnya yang akan dilakukan oleh tenaga kesehatan setelah melakukan analisa atau *assessment*.