

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Kanker Payudara

2.1.1. Pengertian

Ca mammae adalah kondisi di mana sel kanker berkembang di jaringan payudara. Kanker ini dapat muncul di kelenjar penghasil susu (lobulus) atau di saluran (duktus) yang mengalirkan susu dari kelenjar ke puting payudara. Selain itu, kanker juga bisa berkembang di jaringan lemak atau jaringan ikat di dalam payudara. Ca mammae terjadi ketika sel-sel di payudara tumbuh secara abnormal dan tidak terkendali, sering kali membentuk tumor yang tampak seperti benjolan. Karsinoma mammae adalah gangguan pertumbuhan sel normal payudara, di mana sel-sel abnormal muncul dari sel normal, berkembang biak, dan menyebar ke jaringan limfe serta pembuluh darah. (Herawati Andi, dkk, 2022).

2.1.2. Anatomi Payudara

Payudara adalah kelenjar yang terdiri dari jaringan lemak, jaringan fibrosa, dan jaringan ikat. Jaringan ikat memisahkan payudara dari otot-otot dinding dada, seperti otot pektoralis dan otot serratus anterior. Payudara terletak pada fascia superfisial yang meliputi dinding anterior dada, membentang dari pinggir lateral sternum hingga garis aksilar tengah, dengan bagian atas payudara memanjang sampai ke pinggir bawah otot pektoralis major dan menuju ke arah axilla. Pada wanita dewasa muda, payudara terletak di atas tulang rusuk II-IV.

Secara umum, payudara terdiri dari tiga bagian utama: korpus, areola, dan puting. Korpus adalah bagian yang membesar dan mengandung alveolus (penghasil ASI), lobulus, dan lobus. Areola adalah area berwarna kecokelatan atau kehitaman di sekitar puting, yang dilengkapi dengan tuberkel-tuberkel Montgomery, yaitu kelenjar sebacea pada permukaan areola. Puting (papilla mammaria) adalah bagian menonjol di puncak payudara yang berpigmen, berfungsi sebagai tempat keluarnya ASI, dengan perforasi kecil di ujungnya yang dikenal sebagai apertura duktus laktiferosa. Suplai darah ke payudara

berasal dari arteri mammae interna, cabang dari arteri subklavia, serta tambahan dari cabang arteri aksilar toraks. Darah dari payudara dialirkan melalui vena dalam dan vena superfisial menuju vena kava superior, sementara aliran limfatik dari kelenjar mammae, kulit, puting, dan areola mengalir ke nodus limfe aksilar. (Erlina Marfianti, 2021).

2.1.3. Fisiologi payudara

Kelenjar payudara pada perempuan mencapai kematangan penuh saat masa menarke, sementara pada bayi, anak-anak, dan laki-laki, kelenjar ini hanya bersifat rudimenter. Fungsi utama payudara wanita adalah memproduksi susu untuk memberi nutrisi bayi, yang diatur oleh hormon estrogen dan progesteron. Payudara wanita melalui tiga tahap perkembangan yang dipengaruhi oleh hormon: Pertama, selama pubertas, hormon estrogen dan progesteron merangsang perkembangan saluran duktus dan pembentukan asinus, serta pembesaran payudara akibat peningkatan jaringan kelenjar dan lemak. Kedua, selama siklus menstruasi, pembesaran pembuluh darah dan jaringan kelenjar menyebabkan payudara membesar, tegang, dan terasa nyeri. Ketiga, selama kehamilan dan menyusui, payudara membesar karena proliferasi epitel duktus lobul dan duktus alveolus, serta pembentukan saluran baru. Selama kehamilan lanjut dan setelah melahirkan, payudara menghasilkan kolostrum dan kemudian ASI yang disalurkan melalui saluran ke puting susu, berkat hormon prolaktin. Setelah masa menyusui, kelenjar payudara berkurang secara bertahap dengan hilangnya jaringan kelenjar, dan pada masa menopause, jaringan lemak berkurang lebih lambat dibandingkan jaringan kelenjar, sehingga meninggalkan payudara yang lebih kecil dan menggantung. (Erlina Marfianti, 2021)

2.1.4. Etiologi

Penyebab kanker payudara sangat beragam, namun ada beberapa faktor risiko yang sering dikaitkan dengan perkembangan penyakit ini, termasuk paparan asap rokok, konsumsi alkohol, usia saat menstruasi pertama, usia saat melahirkan pertama kali, konsumsi lemak dalam makanan, dan riwayat

keluarga dengan kanker payudara. Beberapa faktor yang dapat menyebabkan kanker payudara adalah:

1. usia : Wanita yang berusia di atas 60 tahun memiliki risiko yang lebih tinggi untuk terkena kanker payudara.
2. Riwayat Penyakit: Wanita yang sebelumnya pernah menderita kanker payudara, meskipun pada tahap awal dan telah diangkat, memiliki risiko tinggi terkena kanker pada payudara yang sehat.
3. Riwayat Keluarga: Memiliki anggota keluarga, seperti ibu atau saudara perempuan, yang pernah mengidap kanker payudara dapat meningkatkan risiko hingga tiga kali lipat.
4. Faktor Genetik dan Hormonal: Kadar hormon yang berlebihan dapat merusak sel-sel genetik dan meningkatkan kemungkinan terjadinya kanker payudara.
5. Menarche, Menopause, dan Kehamilan Pertama: Menstruasi pertama sebelum usia 12 tahun, menopause yang terlambat, dan kehamilan pertama pada usia lanjut dapat meningkatkan risiko kanker payudara.
6. Obesitas Pascamenopause: Obesitas setelah menopause dapat meningkatkan kadar estrogen, yang meningkatkan risiko kanker payudara.
7. Dietilstilbestrol: Penggunaan obat ini untuk mencegah keguguran dapat meningkatkan risiko kanker payudara.
8. Penyinaran: Paparan sinar pada dada selama masa kanak-kanak dapat meningkatkan risiko kanker payudara di kemudian hari.

2.1.5. Patofisiologi

Sel-sel abnormal mulai berkembang secara tidak terkendali dengan membentuk klon dan mengabaikan sinyal yang mengatur pertumbuhan sel. Pada tahap berikutnya, sel-sel ini mengembangkan sifat invasif dan merusak jaringan di sekitarnya. Sel-sel tersebut kemudian menyebar ke jaringan sekitar dan memasuki pembuluh limfe serta darah, memungkinkan mereka berpindah ke bagian tubuh lain dan membentuk metastasis. Neoplasma adalah proses pertumbuhan sel yang tidak terkontrol dan tidak sesuai dengan kebutuhan

fisiologis, yang bisa bersifat jinak atau ganas. Pertumbuhan sel yang tidak terkontrol sering disebabkan oleh karsinogenesis.

Transformasi ganas umumnya melibatkan tiga tahap seluler: pertama, inisiasi, di mana karsinogen menyebabkan perubahan dalam struktur genetik DNA sel; kedua, promosi, di mana paparan berulang terhadap agen promotor memicu ekspresi genetik abnormal atau mutasi; dan ketiga, progresi, di mana sel-sel yang telah mengalami perubahan mulai menginvasi jaringan sekitar dan menyebar, menunjukkan perilaku ganas. (Liambo Indra Saputra, 2022)

2.1.6. Tanda dan gejala

Tanda-tanda karsinoma kanker payudara kini sering menunjukkan ciri fisik yang khas dan mirip dengan tumor jinak, seperti massa yang lunak dengan batas yang jelas, dapat bergerak, serta memiliki bentuk bulat atau elips. Gejala lainnya yang mungkin muncul termasuk keluarnya cairan dari puting susu, perubahan warna puting menjadi merah, kekakuan, asimetri, serta inversi puting. Gejala tambahan seperti nyeri pada tulang dan penurunan berat badan juga dapat mengindikasikan adanya metastasis.

Berikut adalah tanda dan gejala kanker payudara:

1. Terdapat benjolan keras di payudara, yang bisa terasa nyeri atau tidak.
2. Terjadi perubahan pada puting susu, seperti retraksi puting, rasa sakit yang terus-menerus, atau keluarnya cairan dan darah dari puting.
3. Terjadi perubahan pada kulit payudara, seperti tekstur yang mirip kulit jeruk (peaud'orange), lekukan ke dalam (dimpling), atau adanya borok (ulcus).
4. Terdapat benjolan kecil di dalam payudara atau pada kulit payudara (nodul satelit).
5. Adanya luka pada puting susu yang sulit sembuh (dikenal sebagai penyakit Paget).
6. Payudara terasa panas, kemerahan, dan bengkak.
7. Rasa sakit atau nyeri di payudara, meskipun nyeri ini tidak selalu menunjukkan adanya kanker.

8. Benjolan keras yang tidak dapat digerakkan (terfiksasi) dan biasanya tidak menimbulkan rasa sakit pada awalnya.
9. Jika benjolan tersebut adalah kanker, biasanya hanya muncul di satu payudara pada awalnya.
10. Terdapat benjolan di ketiak, baik dengan atau tanpa adanya massa di payudara.

2.1.7. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan tambahan yang perlu dilakukan meliputi:

- 1) Laboratorium, yang mencakup:
 - a) Morfologi sel darah
 - b) Laju endap darah
 - c) Tes fungsi hati
 - d) Tes penanda tumor (Carcinoembryonic Antigen/CEA) dalam serum atau plasma
 - e) Pemeriksaan sitologis

Pemeriksaan ini sangat penting untuk menilai cairan yang keluar secara spontan dari puting susu, cairan kista, atau cairan yang muncul akibat ekskoriasi.

2) Mammografi

Pemeriksaan payudara menggunakan sinar-X untuk deteksi dini, menampilkan struktur internal payudara guna mendeteksi kanker yang tidak teraba atau tumor pada tahap awal. Mammografi kurang efektif pada masa menopause karena gambaran kanker di antara jaringan kelenjar kurang jelas.

3) Ultrasonografi

Biasanya digunakan untuk mendeteksi kelainan pada area padat di payudara, membantu membedakan tumor dari kista. Kadang-kadang, kista bisa berukuran hingga 2 cm.

4) Termografi

Mengukur dan mencatat emisi panas dari payudara untuk mengidentifikasi tumor dengan pertumbuhan cepat sebagai titik panas, akibat peningkatan aliran darah dan suhu kulit yang lebih tinggi.

5) Xerodiografi

Memberikan kontras lebih tajam antara pembuluh darah dan jaringan padat, menunjukkan peningkatan sirkulasi di sekitar tumor.

6) Biopsi

Untuk memastikan apakah tumor jinak atau ganas dengan cara mengambil sampel massa. Memberikan diagnosis definitif terhadap massa, serta berguna untuk klasifikasi histologi, penentuan tahapan, dan pemilihan terapi.

7) CT Scan

Digunakan untuk mendiagnosis metastasis kanker payudara ke organ lain.

8) Pemeriksaan Hematologi

Melibatkan isolasi dan identifikasi sel-sel tumor dalam sirkulasi darah melalui metode sedimentasi dan sentrifugasi.

2.1.8. Penatalaksanaan medis

1) Pembedahan

a) Mastektomi Radikal yang Dimodifikasi

Pengangkatan seluruh payudara beserta nodus limfe aksila dan bagian dari otot pectoralis mayor. Otot pectoralis mayor tetap dipertahankan, tetapi otot pectoralis minor mungkin diangkat atau tidak.

b) Mastektomi Total

Pengangkatan seluruh jaringan payudara, termasuk puting dan areola, serta lapisan otot pectoralis mayor. Nodus limfe aksila tidak diangkat, dan otot dinding dada tidak dihilangkan.

c) Lumpektomi/Tumor

Pengangkatan tumor dari payudara tanpa menghilangkan lapisan mayor. Eksisi dilakukan dengan memotong sedikitnya 3 cm jaringan payudara normal di sekitar tumor.

d) Wide Excision / Mastektomi Parsial

Pengangkatan tumor dengan area 12 tepi dari jaringan payudara normal, termasuk kulit payudara dan lapisan otot pectoralis mayor.

2) Biasanya digunakan bersama terapi lain, tetapi juga bisa diterapkan sebagai terapi tunggal. Efek samping yang mungkin terjadi meliputi kerusakan kulit di area sekitar, kelelahan, nyeri akibat peradangan pada saraf atau otot pectoralis, serta radang tenggorokan.

3) Kemoterapi

Pemberian obat-obatan untuk mengatasi kanker yang telah menyebar melalui aliran darah. Efek samping yang mungkin timbul meliputi kelelahan, mual, muntah, kehilangan nafsu makan, kerontokan rambut, dan peningkatan risiko infeksi.

4) Manipulasi hormonal.

Biasanya menggunakan obat golongan tamoxifen untuk kanker yang telah bermetastasis. Bilateral oophorectomy juga bisa dilakukan. Terapi ini dapat dikombinasikan dengan terapi endokrin lainnya.

2.1.9. Komplikasi

Gangguan neurovaskuler, metastasis ke otak, paru-paru, hati, tulang tengkorak, vertebra, iga, dan tulang panjang, fraktur patologis, fibrosis payudara, hingga kematian.

2.2.Konsep Nyeri

2.2.1.Pengertian

Nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak nyaman akibat kerusakan jaringan, baik yang telah terjadi maupun yang berpotensi terjadi, dan digambarkan sebagai kerusakan tersebut. Nyeri merupakan pengalaman sensorik yang bersifat multidimensional, dengan variasi dalam intensitas (ringan, sedang, berat), kualitas (tumpul, terbakar, tajam), durasi (sementara, intermiten, terus-menerus), dan penyebaran (superfisial atau dalam, terlokalisasi atau menyebar). Meskipun nyeri adalah sensasi, ia juga melibatkan aspek kognitif dan emosional yang menambah rasa penderitaan. Selain itu, nyeri berhubungan dengan refleks untuk menghindar dan perubahan dalam respons otonom. (Bahrudin Mochamad, 2018).

2.2.2.Patofisiologi

Mekanisme timbulnya nyeri melibatkan berbagai proses, seperti nosisepsi, sensitisasi perifer, perubahan fenotip, sensitisasi sentral, eksitabilitas ektopik, reorganisasi struktural, dan penurunan inhibisi. Ada empat proses utama yang terlibat antara stimulus cedera jaringan dan pengalaman nyeri subjektif, yaitu transduksi, transmisi, modulasi, dan persepsi. (Bahrudin Mochamad, 2018).

2.2.3.Klasifikasi Nyeri

Secara umum, nyeri dikategorikan menjadi dua jenis utama: nyeri akut dan nyeri kronis. Nyeri akut muncul secara tiba-tiba dan biasanya menghilang dalam waktu singkat, tidak lebih dari 6 bulan, dan sering kali disertai dengan peningkatan tegangan otot. Sebaliknya, nyeri kronis berkembang secara bertahap dan bertahan lebih dari 6 bulan, serta termasuk dalam kategori nyeri kronis terminal, sindrom nyeri kronis, dan nyeri psikosomatis. Berdasarkan sifatnya, nyeri juga dapat dibagi menjadi berbagai jenis, seperti nyeri tertusuk dan nyeri terbakar. (Liambo Indra Saputra, 2022).

2.2.4. Respon Tubuh Terhadap Nyeri

Respons tubuh terhadap suatu stimulus nyeri atau trauma akan menyebabkan respons pada seluruh sistem organ tubuh. Mulai dari respons endokrin, kardiovaskular, respirasi, gastrointestinal, urinari, hematologi, imunitas, psikologi dan metabolik pada pasien yang menderita nyeri. Seluruh respons tersebut merupakan respons stres tubuh akibat dari stimulus nyeri atau trauma (Widyadari, 2019)

2.2.5. Fakto-Faktor Yang Mempengaruhi

1.) Pengalaman Masa Lalu

Individu yang telah mengalami nyeri secara berulang dan dalam jangka waktu panjang cenderung lebih toleran dan kurang gelisah terhadap nyeri dibandingkan dengan mereka yang hanya mengalami nyeri sedikit. Namun, bagi banyak orang, pengalaman ini tidak selalu berlaku; sering kali, semakin banyak pengalaman nyeri yang dimiliki seseorang, semakin besar pula rasa takut mereka terhadap kemungkinan nyeri di masa depan.

2.) Ansietas

Hubungan antara nyeri dan kecemasan sangat rumit. Kecemasan sering kali memperburuk persepsi nyeri, sementara nyeri juga dapat memicu perasaan kecemasan. Pola respons otonom untuk nyeri dan kecemasan cenderung mirip, sehingga sering kali sulit untuk membedakan antara keduanya. Bukti menunjukkan bahwa stimulus nyeri dapat mengaktifkan bagian limbik otak yang berperan dalam mengatur emosi, termasuk kecemasan. Sistem limbik berfungsi dalam memproses reaksi emosional terhadap nyeri, yang bisa memperburuk atau meredakan rasa sakit.

3.) Budaya

Keyakinan dan nilai budaya mempengaruhi bagaimana individu menghadapi nyeri. Individu belajar mengenai harapan dan norma budaya mereka, termasuk cara bereaksi terhadap nyeri. Ada perbedaan dalam makna dan sikap terhadap nyeri di berbagai kelompok budaya. Memahami makna budaya terkait nyeri

dapat membantu perawat merancang perawatan yang sesuai untuk pasien yang mengalami nyeri.

4.) Usia

Usia merupakan faktor penting yang memengaruhi persepsi nyeri, terutama pada anak-anak dan lansia. Perbedaan perkembangan di antara kelompok usia ini dapat memengaruhi cara mereka bereaksi terhadap nyeri. Anak-anak yang masih kecil sering mengalami kesulitan dalam mengungkapkan dan mengekspresikan rasa nyeri mereka.

5.) Efek Plasebo

Plasebo adalah substansi yang tidak memiliki efek farmakologis, seperti tablet gula, larutan salin normal, atau air. Karena plasebo tidak memiliki efek farmakologis langsung, efeknya berasal dari pelepasan endorfin dalam sistem kontrol desenden, yang dapat mengurangi rasa nyeri (Muchlisin Riadi, 2013).

2.2.6. Pengkajian Nyeri

Beberapa aspek yang perlu dievaluasi untuk menggambarkan nyeri seseorang meliputi:

1) Intensitas Nyeri

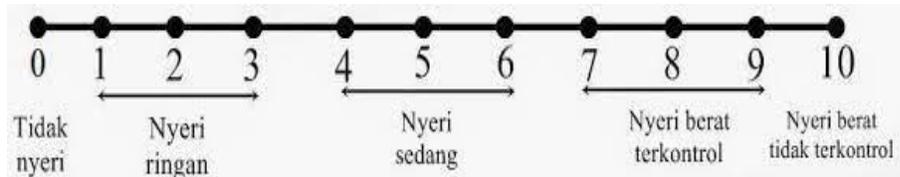
Tanyakan pada individu untuk menilai nyeri mereka menggunakan skala verbal, seperti tidak nyeri, sedikit nyeri, nyeri sedang, nyeri berat, sangat nyeri, atau gunakan skala 0-10, di mana 0 berarti tidak nyeri dan 10 berarti nyeri sangat hebat.

2) Karakteristik Nyeri

Karakteristik nyeri dapat dinilai berdasarkan lokasi, durasi (dalam menit, jam, hari, atau bulan), dan pola/periodenya (seperti terus-menerus, hilang timbul, atau perubahan intensitas) dan kualitas (nyeri seperti ditusuk, terbakar, dalam atau superfisial, atau seperti ditekan). Pertimbangkan faktor-faktor yang meredakan nyeri dan kepercayaan pasien tentang cara mengatasi nyeri berdasarkan pengalaman atau percobaan. Evaluasi dampak nyeri terhadap aktivitas sehari-hari. Nyeri akut sering terkait dengan ansietas, sedangkan nyeri kronis sering

berkaitan dengan depresi. Pengukuran nyeri dapat dilakukan dengan pendekatan objektif melalui respon fisiologis tubuh terhadap nyeri tersebut. Penilaian intensitas nyeri dapat dilakukan menggunakan skala yang sesuai.

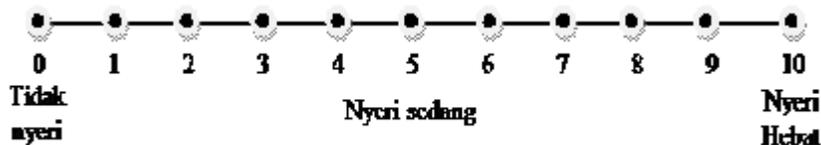
1). Skala Deskripsi



Gambar1.1 Skala Deskripsi

Dalam penilaian ini, peneliti menunjukkan skala kepada klien dan meminta mereka untuk memilih tingkat intensitas nyeri terbaru yang mereka rasakan. Skala ini menggunakan angka dari 0 hingga 10 untuk menggambarkan tingkat nyeri. Skala numerik verbal ini lebih efektif digunakan setelah operasi, karena tidak memerlukan koordinasi visual dan motorik seperti skala yang melibatkan garis atau angka. Sebaliknya, skala verbal menggunakan kata-kata untuk mengungkapkan tingkat nyeri, seperti tidak ada nyeri, sedang, atau parah. Perubahan dalam nyeri dapat dinyatakan sebagai tidak ada perubahan, sedikit berkurang, cukup berkurang, atau nyeri hilang sepenuhnya.

2). Skala Numerik



Gambar 1.2 Skala Numerik

Skala ini dianggap efektif untuk menilai intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik, karena sederhana dan mudah dipahami, serta sensitif

terhadap perbedaan dosis, jenis kelamin, dan etnis. Skala ini lebih unggul dibandingkan dengan Skala Analog Visual (VAS), terutama dalam menilai nyeri akut. Namun, ada beberapa kekurangan, seperti keterbatasan dalam pilihan kata untuk menggambarkan nyeri, yang mengurangi kemampuan untuk membedakan tingkat nyeri dengan detail dan menganggap bahwa jarak antar kata dalam skala ini seragam dalam menggambarkan efek analgesik. Berikut adalah penilaian nyeri yang dirasakan klien:

1. 0 = Tidak ada rasa sakit, merasa dalam kondisi normal.
2. 1 = Nyeri hampir tidak terasa (sangat ringan), seperti gigitan nyamuk; klien jarang memikirkan rasa sakit tersebut.
3. 2 = Nyeri ringan, mirip dengan cubitan ringan pada kulit.
4. 3 = Nyeri yang dapat ditoleransi, seperti pukulan ringan pada hidung yang menyebabkan pendarahan atau suntikan dokter.
5. 4 = Nyeri yang mendalam dan kuat, seperti sakit gigi atau sengatan lebah.
6. 5 = Nyeri yang sangat menyakitkan, seperti pergelangan kaki yang terkilir.
7. 6 = Nyeri yang intens, dalam, dan menusuk, yang mempengaruhi sebagian indera klien serta mengganggu konsentrasi dan komunikasi.
8. 7 = Nyeri yang sangat intens, mendominasi indera klien, sehingga mengganggu komunikasi dan kemampuan untuk merawat diri.
9. 8 = Nyeri yang sangat mengerikan, menyebabkan klien kehilangan kejernihan pikiran dan sering mengalami perubahan kepribadian yang berat jika nyeri berlangsung lama.
10. 9 = Nyeri yang sangat menyiksa dan tak tertahankan, klien tidak dapat mentolerirnya dan meminta penghapusan nyeri dengan cara apa pun, tanpa memperhatikan efek samping atau risikonya.
11. 10 = Nyeri yang sangat ekstrem dan tak dapat diungkapkan, begitu parah sehingga membuat klien tidak sadar; nyeri ini biasanya terjadi akibat kecelakaan berat atau cedera parah, menyebabkan kehilangan kesadaran karena rasa sakit yang ekstrem.

2.3. Konsep Teknik Relaksasi Nafas Dalam

2.3.1. Pengertian

Teknik relaksasi pernapasan dalam adalah metode perawatan keperawatan di mana perawat mengajarkan kepada pasien cara bernapas dalam-dalam, menahan napas dengan maksimal, dan menghembuskan napas perlahan. Selain dapat mengurangi intensitas nyeri, teknik ini juga membantu meningkatkan ventilasi paru-paru dan oksigenasi darah (Pristiyanti Raras, 2022)

2.3.2. Manfaat Dan Tujuan Relaksasi Nafas Dalam

Teknik relaksasi pernapasan dalam adalah metode relaksasi yang sederhana karena pernapasan adalah proses alami yang tidak memerlukan pemikiran aktif. Teknik ini bertujuan untuk meningkatkan ventilasi alveoli, memastikan pertukaran gas yang efektif, mencegah atelektasis paru, meningkatkan efisiensi batuk, serta mengurangi stres fisik dan emosional. Semua ini pada akhirnya dapat mengurangi intensitas nyeri dan menurunkan kecemasan. Manfaat dari teknik ini meliputi pengurangan atau penghilangan nyeri, peningkatan ketenangan, dan penurunan kecemasan. Selain itu, teknik ini juga dapat menurunkan denyut jantung, mengurangi ketegangan otot, memperlambat metabolisme, meningkatkan kesadaran secara keseluruhan, serta memberikan rasa damai dan relaksasi. (Pristiyanti Raras, 2022)

2.3.3. Teknik Relaksasi Nafas Dalam

1. Ciptakan lingkungan yang tenang.
2. Usahakan untuk tetap santai dan tenang.
3. Tarik napas dalam-dalam melalui hidung, sambil menghitung saat paru-paru terisi udara.
4. Keluarkan udara perlahan-lahan melalui mulut, sambil merasakan relaksasi di seluruh tubuh.
5. Sarankan untuk bernapas dengan ritme normal sebanyak tiga kali.
6. Tarik napas melalui hidung dan hembuskan perlahan melalui mulut.

7. Pastikan telapak tangan dan kaki tetap dalam keadaan rileks.
8. Fokuskan konsentrasi pada mata yang terpejam.
9. Saat berkonsentrasi, arahkan perhatian pada area yang terasa nyeri.
10. Sarankan untuk mengulang prosedur ini sampai rasa nyeri berkurang.
11. Ulangi proses ini hingga 15 kali, dengan istirahat singkat setiap lima kali.
12. Jika nyeri meningkat, bernapaslah dengan cara dangkal dan cepat
(Nogroho Rio Kristian, 2023)

2.4. Konsep Asuhan Keperawatan Ca Mammae

1) Pengkajian keperawatan

- a) Identitas Klien
 - 1) Identitas klien meliputi: nama, usia, tempat dan tanggal lahir, jenis kelamin, alamat, pekerjaan, suku/bangsa, agama, status pernikahan, tanggal masuk rumah sakit, nomor registrasi, dan diagnosis medis..
 - 2) Identitas penanggung jawab meliputi: Nama, usia, jenis kelamin, alamat, pekerjaan, dan hubungan dengan pasien.
- b) Keluhan Utama
- c) Riwayat Kesehatan Sekarang
- d) Riwayat Kesehatan Dahulu
- e) Riwayat Kesehatan Keluarga

2) Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis terhadap bagaimana klien merespons masalah kesehatan atau situasi kehidupan yang mereka hadapi, baik yang sedang terjadi maupun yang mungkin timbul di masa depan. Tujuan dari diagnosa keperawatan adalah untuk memahami respons klien—baik individu, keluarga, maupun komunitas—terhadap kondisi yang berkaitan dengan kesehatan. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

3) Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan mencakup semua tindakan yang diambil oleh perawat berdasarkan pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai hasil yang diinginkan. Di sisi lain, tindakan keperawatan adalah aktivitas atau perilaku spesifik yang dilakukan perawat untuk melaksanakan intervensi keperawatan tersebut. Tindakan ini meliputi observasi, terapi, pendidikan, dan kolaborasi.

4) Implementasi

Implementasi adalah tahap pelaksanaan tindakan yang telah direncanakan dalam rencana keperawatan, mencakup baik tindakan mandiri maupun kolaboratif. Implementasi keperawatan melibatkan berbagai kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien beralih dari kondisi kesehatan yang buruk ke kondisi yang lebih baik, sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan. Proses ini harus berfokus pada kebutuhan klien, mempertimbangkan faktor-faktor yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, dan menerapkan strategi implementasi keperawatan.

5) Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah proses yang dilakukan untuk menilai efektivitas tindakan keperawatan dengan membandingkan hasil yang dicapai dengan tujuan yang telah ditetapkan. Evaluasi ini menentukan seberapa efektif tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan dan hasilnya digunakan untuk merencanakan langkah selanjutnya jika masalah belum terselesaikan. Sebagai tahap akhir dari proses keperawatan, evaluasi mengukur sejauh mana rencana dan tindakan keperawatan berhasil dalam memenuhi kebutuhan pasien atau apakah diperlukan pendekatan yang berbeda.