

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar Manusia (Rasa Aman Nyaman)

1. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia (Rasa Aman Nyaman)

Kebutuhan rasa aman nyaman yaitu suatu keadaan seseorang yang sudah terpenuhi kebutuhan dasar manusianya yang berupa kebutuhan ketentraman (suatu kekuasaan yang dapat meningkatkan penampilan sehari-hari), *transenden* (suatu keadaan yang melebihi masalah nyeri). Menurut sudut pandang holistik yang mencakup empat aspek fisik yang meliputi : yang berhubungan dengan sensasi tubuh, yang berhubungan dengan interpersonal keluarga atau lingkungan sosial, dan psikososial yang berhubungan dengan kewaspadaan internal dalam diri sendiri (harga diri, seksualitas, dan makna kehidupan). Cara pandang yang holistik ini lah yang penting bagi perawat untuk memahami makna nyeri bagi setiap individu (Potter & Perry, 2009).

Rasa nyaman dibutuhkan setiap individu dalam suatu konteks keperawatan, perawat harus memperhatikan dan memenuhi rasa nyaman. Gangguan rasa nyaman yang di alami oleh klien diatasi oleh perawat melalui intervensi keperawatan (Sutanto & Fitriana, 2017).

Meningkatkan kebutuhan rasa nyaman diartikan perawat telah memberikan kekuatan, harapan, hiburan, dukungan, dorongan, dan bantuan. Secara umum dalam aplikasinya pemenuhan kebutuhan rasa nyaman adalah kebutuhan rasa nyaman bebas dari rasa nyeri, dan hipo/hipertermia. Hal ini disebabkan karna kondisi nyeri dan hipo/hipertermia merupakan kondisi yang mempengaruhi perasaan tidak nyaman pasien yang ditunjukkan dengan timbulnya gejala dan tanda pada pasien (Wahyudi & Wahid, 2016).

2. Pengertian Nyeri

Nyeri merupakan suatu kondisi lebih dari sekedar sensasi tunggal yang disebabkan oleh stimulus tertentu. Nyeri bersifat subyektif dan sangat bersifat individual. Stimulus dapat berupa stimulus fisik dan atau mental,

sedangkan kerusakan dapat terjadi pada jaringan aktual atau pada fungsi ego seorang individu (Haswita & Sulistyowati, 2017).

Nyeri merupakan pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan, baik aktual maupun potensial, atau yang digambarkan dalam bentuk kerusakan tersebut (Wiarto, 2017).

3. Proses Fisiologi Nyeri

Saat terjadinya stimulus yang menimbulkan kerusakan jaringan hingga pengalaman emosional dan psikologis yang menyebabkan nyeri, terdapat rangkaian peristiwa elektrik dan kimiawi yang kompleks, yaitu:

- a. Transduksi adalah proses dimana stimulus noxius diubah menjadi aktivitas elektrik pada ujung saraf sensorik (reseptor) terkait.
- b. Proses berikutnya yaitu transmisi, dalam proses ini terlibat tiga komponen saraf sensorik perifer yang meneruskan impuls ke medulla spinalis, kemudian jaringan saraf yang meneruskan impuls yang menuju ke atas (ascendens), dari medulla spinalis ke batang otak dan thalamus. Yang terakhir hubungan timbal balik antara thalamus dan cortex.
- c. Proses ketiga adalah modulasi yaitu aktivitas saraf yang bertujuan mengontrol transmisi nyeri. Suatu nyawa tertentu telah ditemukan di sistem saraf pusat yang secara selektif menghambat transmisi nyeri di medulla spinalis. Senyawa ini diaktifkan jika terjadi relaksasi atau obat analgetika seperti morfin.
- d. Proses terakhir adalah persepsi, proses impuls nyeri yang ditransmisikan hingga menimbulkan perasaan subyektif dari nyeri sama sekali belum jelas. Bahkan struktur otak yang menimbulkan persepsi tersebut juga tidak jelas. Sangat disayangkan karena nyeri secara mendasar merupakan pengalaman subyektif yang dialami seseorang sehingga sangat sulit untuk memahaminya (Haswita & Sulistyowati, 2017).

4. Penyebab Nyeri

Menurut (Sutanto & Fitriana, 2017), penyebab rasa nyeri dapat digolongkan menjadi dua bagian, yaitu yang berhubungan dengan fisik dan nyeri psikologis

a. Nyeri fisik

Nyeri yang disebabkan oleh faktor fisik berksitan dengan terganggunya serabut saraf reseptor nyeri. Serabut saraf ini terletak dan tersebar pada lapisan kulit dan pada jaringan-jaringan tertentu yang terletak lebih dalam. Penyebab nyeri secara fisik yaitu akibat trauma (trauma mekanik, termis, kimiawi maupun eletik), neoplasma, peradangan, gangguan sirkulasi darah, dan lain-lain:

- 1) Trauma mekanik. Trauma mekanik menimbulkan rasa nyeri karena ujung-ujung saraf bebas, mengalami kerusakan akibat benturan, gesekan ataupun luka.
- 2) Trauma termis. Trauma termis menimbulkan rasa nyeri karena ujung saraf reseptor mendapat rangsangan akibat panas atau dingin.
- 3) Trauma kimiawi. Trauma kimiawi terjai karena tersentuh zat asam atau basa yang kuat.
- 4) Trauma elektrik. Trauma elektrik dapat menimbulkan rasa nyeri karena pengaruh aliran listrik yang kuat mengenai reseptor rasa nyeri.
- 5) Neoplasma. Neoplasma menyebabkan nyeri karena terjadinya tekanan dan kerusakan jaringan yang mengandung reseptor nyeri dan juga karne tarikan, jepitan atau metastase.
- 6) Nyeri pada peradangan. Nyeri pada peradangan terjadi karna kerusakan ujung-ujung saraf reseptor akibat adanya peradangan atau terjepit oleh pembengkakan.

b. Nyeri psikologis

Nyeri yang disebabkan faktor psikologis merupakan nyeri yang dirasakan bukan karna penyebab organic, melainkan akibat trauma

psikologis dan pengaruhnya terhadap fisik. Kasus ini dapat dijumpai pada kasus yang termasuk kategori psikosomatik. Nyeri karena fakro ini disebut *psychogenic pain*.

5. Faktor yang Mempengaruhi Kebutuhan Nyeri

a. Usia

Usia merupakan faktor penting yang mempengaruhi nyeri, khususnya pada anak-anak dan lansia. Perkembangan, yang ditemukan diantara kelompok usia ini dapat mempengaruhi bagaimana anak-anak dan lansia berkreasi terhadap nyeri. Anak yang masih kecil (bayi) mempunyai kesulitan mengungkapkan dan mengekspresikan nyeri. Para lansia menganggap nyeri sebagai komponen alamiah dari proses penuaan dan dapat diabaikan atau tidak ditangani oleh petugas kesehatan.

b. Jenis Kelamin

Karakteristik jenis kelamin dan hubungannya dengan sifat keterpaparan dan tingkat kerentanan memegang peran tersendiri. Berbagai penyakit tertentu ternyata erat hubungannya dengan jenis kelamin, dengan sifat tertentu. Penyakit yang hanya dijumpai pada jenis kelamin tertentu, terutama yang berhubungan erat dengan alat reproduksi atau yang secara genetic berperan dalam perbedaan jenis kelamin. Di beberapa kebudayaan menyebutkan bahwa anak laki-laki harus berani dan tidak boleh menangis, sedangkan seorang anak perempuan boleh menangis dalam situasi yang sama. Toleransi nyeri dipengaruhi oleh faktor-faktor biokimia dan merupakan hal yang unik pada setiap individu tanpa memperlihatkan jenis kelamin. Meskipun penelitian tidak menemukan perbedaan antara laki laki dan perempuan dalam mengekspresikan nyerinya, pengobatan ditemukan lebih sedikit pada perempuan. Perempuan lebih suka mengkomunikasikan rasa sakitnya, sedangkan laki-laki menerima analgesic opioid lebih sering sebagai pengobatan untuk nyeri.

c. Kebudayaan

Keyakinan dan nilai-nilai budaya mempengaruhi cara individu mengatasi nyeri. Individu mempelajari apa yang diharapkan dan apa yang diterima oleh kebudayaan mereka. Hal ini meliputi bagaimana bereaksi terhadap nyeri. Ada perbedaan makna dan sikap dikaitkan dengan nyeri diberbagai kelompok budaya

d. Perhatian

Tingkat seorang pasien memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat mempengaruhi persepsi nyeri.

e. Ansietas

Hubungan antara nyeri dan ansietas bersifat kompleks. Ansietas seringkali meningkatkan persepsi nyeri, tetapi nyeri juga dapat menimbulkan suatu perasaan ansietas. Pola bangkitan otonom adalah sama dalam nyeri dan ansietas. Ansietas yang tidak berhubungan dengan nyeri dapat mendistraksi pasien dan secara actual dapat menurunkan persepsi nyeri. Secara umum, cara yang efektif untuk menghilangkan nyeri adalah dengan mengarahkan pengobatan nyeri ketimbang ansietas.

f. Pengalaman Terdahulu

Individu yang mempunyai pengalaman yang multiple dan berkepanjangan dengan nyeri akan lebih sedikit gelisah dan lebih toleran terhadap nyeri dibanding dengan orang yang hanya mengalami sedikit nyeri. Bagi kebanyakan orang, bagaimanapun hal ini tidak selalu benar. Seringkali, lebih berpengalaman individu dengan nyeri yang dialami, makin takut individu tersebut terhadap peristiwa yang menyakitkan yang akan diakibatkan.

g. Gaya Koping

Mekanisme koping individu sangat mempengaruhi cara setiap orang dalam mengatasi nyeri. Ketika seseorang mengalami nyeri dan menjalani perawatan di rumah sakit adalah hal yang sangat tak tertahankan. Secara terus menerus kehilangan control dan tidak

mampu untuk mengontrol lingkungan termasuk nyeri. Klien sering menemukan jalan untuk mengatasi baik fisik maupun psikologis. Penting untuk mengetahui sumber koping individu selama nyeri. Sumber-sumber koping ini seperti berkomunikasi dengan keluarga, latihan dan bernyanyi dapat digunakan sebagai rencana untuk mensupport klien dan menurunkan nyeri klien. Sumber koping lebih dari sekitar sumber teknik. seorang klien mungkin tergantung pada support emosional dari anak-anak, keluarga atau teman. Meskipun nyeri masih ada tetapi dapat meminimalkan kesendirian. Kepercayaan pada agama dapat memberi kenyamanan untuk berdoa, memberikan banyak kekuatan untuk mengatasi ketidaknyamanan yang datang.

h. Dukungan Keluarga dan Sosial

Faktor lain yang juga mempengaruhi respon terhadap nyeri adalah kehadiran orang terdekat. Orang-orang yang sedang dalam keadaan nyeri sering bergantung pada keluarga untuk mensupport, membantu atau melindungi. Ketidakhadiran keluarga atau teman terdekat mungkin membuat nyeri semakin bertambah. Kehadiran orangtua merupakan hal khusus yang penting untuk anak-anak menghadapi nyeri (Haswita & Sulistyowati, 2017).

6. Klasifikasi Nyeri

Menurut (Sutanto & Fitriana, 2017), nyeri dapat diklasifikasikan kedalam beberapa golongan berdasarkan pada tempat, sifat, berat ringannya nyeri dan waktu lama serangan.

a. Nyeri berdasarkan tempatnya:

- 1) *Pheriperal pain* yaitu nyeri yang terasa pada permukaan tubuh misalnya pada kulit, mukosa. *Deep pain* yaitu nyeri yang terasa pada permukaan tubuh yang lebih dari dalam atau pada organ organ tubuh visceral
- 2) *Refred pain* yaitu nyeri dalam yang disebabkan karena penyakit organ atau struktur tubuh yang ditransmisikan ke bagian tubuh di daerah yang berbeda, bukan daerah asal nyeri *Central pain* yaitu

nyeri yang terjadi karna perangsangan pada system saraf pusat, spinal cord, batang otak, thalamus, dan lain-lain.

b. Nyeri berdasarkan sifatnya:

- 1) *Incidental pain* yaitu nyeri yang timbul sewaktu-waktu lalu menghilang.
- 2) *Stedy pain* yaitu nyeri yang timbul dan menetap serta dirasakan dalam waktu yang lama
- 3) *Paroxysmal pain* yaitu nyeri yang dirasakan berintensitas tinggi dan kuat sekali. Nyeri tersebut biasanya menetap kurang lebih 10-15 menit, lalu menghilang, lalu timbul lagi.

c. Nyeri berdasarkan berat ringannya:

- 1) Nyeri ringan yaitu dengan intensitas rendah.
- 2) Nyeri sedang yaitu nyeri yang menimbulkan reaksi
- 3) Nyeri berat yaitu nyeri dengan intensitas yang tinggi

d. Nyeri berdasarkan waktu lamanya serangan:

- 1) Nyeri akut yaitu nyeri yang dirasakan dalam waktu yang singkat dan berakhir kurang dari enam bulan, sumber dan daerah nyeri diketahui dengan jelas. Rasa nyeri mungkin sebagai akibat dari luka, seperti luka operasi, ataupun pada suatu penyakit *arteriosclerosis* pada arteri coroner.
- 2) Nyeri kronis yaitu nyeri yang dirasakan lebih dari tiga bulan. Nyeri kronis ini polanya beragam dan berlangsung berbulan-bulann bahkan bertahun-tahun. Ragam pola tersebut ada yang nyeri timbul dengan periode yang diselingi interval bebas dari nyeri lalu timbul kembali lagi nyeri dan begitu seterusnya. Ada pula pola nyeri kronis yang konstan, artinya rasa nyeri tersebut terus-menerus terasa makin lama semakin meningkat intensitasnya walaupun telah di berikan pengobatan. Misalnya, nyeri pada neoplasma.

7. Pengukuran Intensitas Nyeri

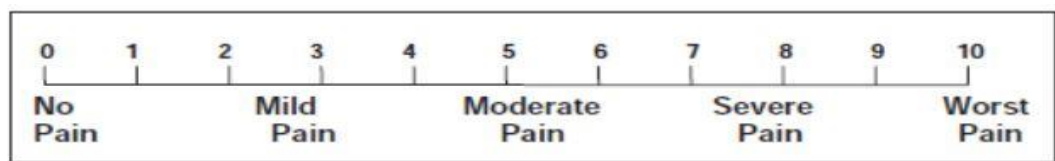
Untuk mempermudah pengukuran nyeri, dapat digunakan banyak cara, tes, atau skala pengukur nyeri. Namun, perlu diingat bahwa semua tes tersebut bersifat subjektif. Menurut (Haswita & Sulistyowati, 2017) pengukuran intensitas nyeri yaitu:

a. Skala nyeri menurut Hayward

Pengukuran intensitas nyeri dengan menggunakan skala menurut *Hayward* dilakukan dengan meminta penderita untuk memilih salah satu bilangan dari 0-10 yang menurutnya paling menggambarkan pengalaman nyeri yang sangat ia rasakan.

Gambar 1.

Skala Nyeri Numerik



Keterangan Gambar:

Angka 0 : tidak nyeri

Angka 1-3 : nyeri ringan

Angka 4-6 : nyeri sedang

Angka 7-9 : nyeri berat terkontrol

Angka 10 : nyeri berat tidak terkontrol

b. Skala nyeri menurut Mc. Gill

Pengukuran intensitas nyeri dengan menggunakan skala menurut *Mc. Gill* dilakukan dengan meminta penderita untuk memilih salah satu bilangan dari 0-5 yang menurutnya paling menggambarkan pengalaman nyeri yang sangat ia rasakan. Skala nyeri menurut *Mc. Gill* dapat dituliskan sebagai berikut :

Angka 0 : tidak nyeri

Angka 1 : nyeri ringan

Angka 2 : nyeri sedang

Angka 3 : nyeri berat atau parah

Angka 4 : nyeri sangat berat

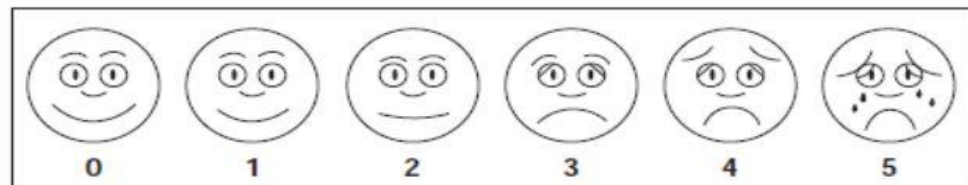
Angka 5 : Nyeri hebat

c. Skala wajah atau *wong-baker FACES rating scale*

Pengukuran intensitas nyeri di wajah dilakukan dengan cara memperhatikan mimik wajah pasien pada saat nyeri tersebut menyerang. Cara ini diterapkan pada pasien yang tidak dapat menyebutkan intensitas nyerinya dengan skala angka, misalnya anak-anak dan lansia

Gambar 2.

Skala Nyeri Ekspresi Wajah



Keterangan gambar :

Angka 0 : tidak nyeri

Angka 1 : nyeri ringan

Angka 2 : nyeri sedang

Angka 3 : nyeri berat atau parah

Angka 4 : nyeri sangat berat

Angka 5 : Nyeri hebat

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

1. Pengertian Asuhan Keperawatan

Konsep asuhan keperawatan adalah serangkaian tindakan sistematis berkesinambungan, yang meliputi tindakan untuk mengidentifikasi masalah kesehatan individu atau kelompok, baik yang aktual maupun potensial kemudian merencanakan tindakan untuk menyelesaikan, mengurangi, atau mencegah terjadinya masalah baru dan melaksanakan tindakan atau menugaskan orang lain untuk melaksanakan tindakan

keperawatan serta mengevaluasi keberhasilan dari tindakan yang dikerjakan (Rohman & Walid, 2016).

2. Langkah-langkah dalam Asuhan Keperawatan

Adapun langkah-langkah dalam asuhan keperawatan menurut (Budiono & Pertami, 2016) yaitu :

a. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber dan untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien.

b. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis tentang respon individu, keluarga atau komunitas terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan actual maupun potensial sebagai dasar pemilihan intervensi keperawatan untuk mencapai hasil tempat perawat bertanggung jawab.

c. Rencana Keperawatan

Perencanaan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi dan mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan. Desain perencanaan menggambarkan sejauh mana perawat mampu menetapkan cara menyelesaikan masalah dengan efektif dan efisien.

d. Tindakan Keperawatan

Tindakan keperawatan atau implementasi adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah perawat tetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respons klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru.

e. Evaluasi

Evaluasi atau tahap penelitian adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuandan kriteria hasil yang perawat buat pada tahap perencanaan.

3. Penerapan Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Nyeri Kronik

a. Pengkajian

Menurut (Wahyudi & Wahid, 2016) pengkajian nyeri yaitu: prokes/palliate (penyebab), quality (kualitas nyeri), radiates (penyebaran), severty (keparahan/skala), dan time (waktu). Data perawatan yang dikaji dan harus didapatkan pada pasien mencakup:

1) Alasan masuk rumah sakit

Yaitu keluhan utama pasien saat masuk rumah sakit dan saat dikaji. Pasien megeluh nyeri, dilanjutkan dengan riwayat kesehatan sekarang, dan kesehatan sebelumnya.

2) Kebutuhan rasa nyaman (nyeri)

Menurut (Wahyudi & Wahid, 2016), pemeriksaan fisik dilakukan untuk mendapatkan perubahan klinis yang dilibatkan oleh nyeri yang dirasakan oleh pasien. Data yang didapatkan mencerminkan respon pasien terhadap nyeri yang meliputi respon fisiologis, respon perilaku, dan respon psikologis.

a) Respon Fisiologis

Tanda fisiologis dapat menunjukkan nyeri pada klien yang berupaya untuk merahasiakan, tidak mengeluh atau mengakui ketidaknyamanan. Sangat penting untuk mengkaji tanda-tanda vital pasien dan pemeriksaan fisik termasuk mengobservasi keterlibatan saraf otonom, saat awitan nyeri akut, denyut jantung, tekanan darah, dan frekuensi pernapasan meningkat.

b) Respon perilaku

Pasien seringkali berperilaku meringis, mengerutkan dahi, menggigit bibir, gelisah, atau merasa tidak nyaman, mengalami

imobilisasi, mengalami ketegangan otot, melakukan gerakan melindungi bagian tubuh sampai dengan menghindari kontak sosial dan hanya fokus pada aktivitas menghilangkan nyeri.

c) Respon psikologis

Respon psikologis sangat berkaitan dengan pemahaman klien terhadap nyeri yang terjadi atau nyeri bagi klien. Arti nyeri bagi setiap individu berbeda-beda antara lain: marah-marah, bahaya atau merusak, komplikasi seperti infeksi, penyakit yang berulang. Penyakit baru, penyakit yang fatal, peningkatan ketidakmampuan, dan kehilangan mobilitas.

b. Diagnosa Keperawatan

Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2016) yang akan dijelaskan pada tabel berikut:

Tabel 1.

Diagnosa Keperawatan (PPNI, 2016)

	Definisi	Penyebab/faktor risiko	Gejala dan Tanda		Kondisi klinis terkait
			Mayor	Minor	
a.	<p>Nyeri kronis</p> <p>Definisi: Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan, yang berlangsung lebih dari 3 bulan</p>	<p>Penyebab</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kondisi muskuloskeletal kronis 2. Kerusakan system saraf 3. Penekanan saraf 4. Infiltrasi tumor 5. Ketidakseimbangan neurotransmitter neuromodulator, dan resptor 6. Gangguan imunitas (mis. Neuropatiterkait HIV, virus varicella-zoster 7. Gangguan fungsi metabolic 8. Riwayat posisi kerja statis 9. Peningkatanindeksmassatubuh 10. Kondisi pasca trauma 11. Tekanan emosional 12. Riwayat penganiayaan (mis. Fisik, psikologis, seksual) 13. Riwayat penyalahgunaan obat atau zat 	<p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh nyeri 2. Merasa deprsi (tertekan) <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampakmeringis 2. Gelisah 3. Tidakmampumenuntask anaktifitas 	<p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Merasa takut mengalami cedera berulang <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bersikap protektif 2. Waspada 3. Pola tidur berubah 4. Anoreksia 5. Fokus menyempit 6. Berfokus pada diri sendiri 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kondisi kronis (mis. Arthritis rheumatoid) 2. Infeksi 3. Cedera medulla spinalis 4. Kondisi pasca trauma 5. Tumor

c. Intervensi Keperawatan

Rencana tindakan Asuhan Keperawatan dan kriteria hasil pada pasien gangguan nyeri kronik dalam buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018) dan buku Standar Luaran Keperawatan Indonesia (2019).

Tabel 2.
Intervensi Keperawatan (PPNI,2018) (PPNI,2019)

Diagnosa	Intervensi Utama	Intervensi Pendukung
<p>Nyeri Kronik Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka, tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Kesulitan tidur menurun 5. Frekuensi nadi membaik 	<p>Manajemen nyeri Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi nyeri pada kualitas hidup 8. Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, terapi pijat, aromaterapi, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aromaterapi 2. Dukungan hipnosis diri 3. Dukungan pengungkapan kebutuhan 4. Dukungan koping keluarga 5. Dukungan meditasi 6. Edukasi aktivitas/istirahat 7. Edukasi efek samping obat 8. Edukasi kemoterapi 9. Edukasi kesehatan 10. Edukasi manajemen stress 11. Edukasi perawatan stoma 12. Edukasi proses penyakit 13. Edukasi teknik napas 14. Kompres dingin 15. Kompres hangat 16. Konsultasi 17. Latihan pernafasan 18. Latihan rehabilitasi 19. Manajemen efek samping obat 20. Manajemen kenyamanan lingkungan 21. Manajemen mood 22. Manajemen stress

	<p>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>3. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jikaperlu</i> <p>Perawatan kenyamanan</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi gejala yang tidak menyenangkan 2. Identifikasi pemahaman tentang kondisi, situasi dan perasaannya 3. Identifikasi masalah emosional dan spiritual <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan posisi nyaman 2. Berikan kompres dingin atau hangat 3. Ciptakan lingkungan yang nyaman 4. Berikan pemijatan 5. Berikan terapi akupresur 6. Berikan terapi hipnosis 7. Dukungan keluarga dan pengasuh terlibat dalam terapi/pengobatan yang diinginkan 	<ol style="list-style-type: none"> 23. Manajemen terapi radiasi 24. Pemantauan nyeri 25. Pemberian analgesik 26. Pemberian obat 27. Pemberian obat intravena 28. Pemberian obat oral 29. Pemberian obat topical 30. Pengaturan posisi 31. Perawatan amputasi 32. Promosi koping 33. Teknik distraksi 34. Teknik imajinasi terbimbing\ 35. Teknik akupresur 36. Teknik akupuntur 37. Teknik bantuan hewan 38. Teknik humor 39. Teknik murattal 40. Teknik music 41. Teknik pemijatan 42. Teknik sentuhan 43. <i>Transcutaneous Eletrical Nerve Stimulation (TENS)</i>
--	--	---

	<p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Jelaskan mengenai kondisi dan pilihan terapi/pengobatan2. Ajarkan terapi relaksasi3. Ajarkan latihan pernafasan4. Ajarkan teknik distraksi dan imajinasi terbimbing <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Kolaborasi pemberian algetik, antipruritus, antihistamin, <i>jika perlu</i>	
--	---	--

d. Implementasi

Implementasi merupakan tahap dari proses keperawatan setelah perawat menyusun rencana perawatan yang dibuat berdasarkan diagnosis yang tepat (Potter & Perry, 2009).

Jenis jenis tindakan implementasi pada gangguan nyeri kronik menurut (Prasetyo, 2010), sebagai berikut:

1) Tindakan Farmakologis

World Health Organization (WHO) merekomendasikan petunjuk untuk pengobatan nyeri kanker, pedoman tersebut dikembangkan dalam bentuk tangga analgesic yang mana harus diresepkan pada klien. Pedoman yang dibuat WHO mengkombinasikan penggunaan obat-obatan analgesic dan obat-obatan adjuvant yang efektif untuk mengontrol nyeri klien.

2) Tindakan Non Invasif

Tindakan pengontrolan nyeri non-invasif digunakan untuk mendukung terapi farmakologis yang sudah diberikan. Jenis daripada tindakan non-invasif antara lain:

- a) Membangun hubungan terapeutik perawat klien
- b) Bimbingan antisipasi
- c) Relaksasi
- d) Imajinasi terbimbing
- e) Distraksi
- f) Akupunktur
- g) *Biofeedback*
- h) Stimulasi Kutaneus
- i) Akupresur
- j) Psikoterapi

e. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan. Tahap ini sangat penting untuk menentukan adanya perbaikan kondisi atau kesejahteraan klien. Mengambil tindakan evaluasi untuk menentukan apakah hasil yang diharapkan telah terpenuhi bukan untuk melaporkan intervensi keperawatan yang telah dilakukan. Hasil yang diharapkan merupakan standar penilaian bagi perawat untuk melihat apakah tujuan telah terpenuhi (Potter & Perry, 2009).

Evaluasi keperawatan terhadap pasien dengan masalah nyeri dilakukan dengan menilai kemampuan dalam merespon rangsangan nyeri, diantaranya: klien melaporkan adanya penurunan rasa nyeri, mampu mempertahankan fungsi fisik dan psikologis yang dimiliki, mampu menggunakan terapi yang diberikan untuk mengurangi rasa nyeri (Prasetyo, 2010).

C. Tinjauan Konsep Penyakit Kanker

1. Definisi Penyakit

Kanker adalah penyakit di mana sel sel abnormal membelah tanpa terkontrol dan dapat menyerang jaringan di dekatnya. Sel-sel kanker juga dapat menyebar kebagian lain dari tubuh melalui darah dan sistem getah bening (Ermawan, 2019).

Kanker adalah suatu akibat pertumbuhan sel-sel jaringan tubuh yang tidak normal yang kemudian berubah menjadi sel-sel kanker. Sel-sel kanker berkembang dengan cepat, tidak terkontrol, dan terus membelah diri. Sel-sel itu selanjutnya menyusup ke jaringan sekitarnya (invasive) dan terus menyebar melalui jaringan ikat, darah, dan menyerang organ-organ penting serta saraf tulang belakang (Ariani, 2015)

2. Etiologi

Kanker disebabkan oleh perubahan (mutasi) DNA di dalam sel. DNA di dalam sel dikemas menjadi sejumlah besar gen individu, masing-masing berisi seperangkat instruksi yang memberi tahu sel apa yang harus dilakukan, serta bagaimana cara sel tumbuh dan membelah. Kesalahan dalam instruksi dapat menyebabkan sel berhenti berfungsi normal dan memungkinkan sel menjadi kanker. Lebih lanjut, mutasi gen dapat menginstruksikan sel yang sehat untuk

- a. Memicu pertumbuhan abnormal (lebih cepat). Suatu mutasi gen dapat memberitahu sel untuk tumbuh dan membelah lebih cepat.
- b. Gagal menghentikan pertumbuhan sel yang tidak terkendali. Sel-sel normal tahu kapan harus berhenti tumbuh sehingga tubuh memiliki jumlah yang tepat dari setiap jenis sel. Sel-sel kanker kehilangan control (gen penekan tumor) yang memberi tahu mereka kapan harus berhenti tumbuh.
- c. Tidak dapat memperbaiki kesalahan DNA. Gen perbaikan DNA mencari kesalahan dalam DNA sel dan melakukan perbaikan. Suatu mutasi pada gen perbaikan DNA dapat berarti bahwa kesalahan lain tidak dikoreksi, menyebabkan sel menjadi kanker (Ermawan, 2019).

3. Patofisiologi

Kanker adalah penyakit genetik. Artinya, disebabkan oleh pertumbuhan gen yang mengontrol cara fungsi sel kita, terutama bagaimana mereka tumbuh dan membelah. Perubahan genetik yang menyebabkan kanker dapat diwariskan dari orang tua. Kanker juga dapat timbul selama masa hidup seseorang, sebagai akibat dari kesalahan yang terjadi ketika sel membelah atau karena kerusakan pada DNA yang disebabkan oleh paparan lingkungan tertentu. Paparan lingkungan yang menyebabkan kanker termasuk zat, seperti bahan kimia dalam asap tembakau dan radiasi, seperti sinar ultraviolet dari matahari.

Setiap orang memiliki kombinasi unik dari perubahan genetik. Ketika kanker terus tumbuh, perubahan akan terjadi. Bahkan, dalam tumor yang sama, sel-sel yang berbeda mungkin memiliki perubahan genetik yang berbeda

Proto-onkogen terlibat dalam pertumbuhan dalam pembelahan sel normal. Namun, ketika gen ini diubah dengan cara tertentu atau lebih aktif dari biasanya, gen tersebut dapat menjadi gen penyebab kanker (atau onkogen), memungkinkan sel untuk tumbuh dan bertahan hidup.

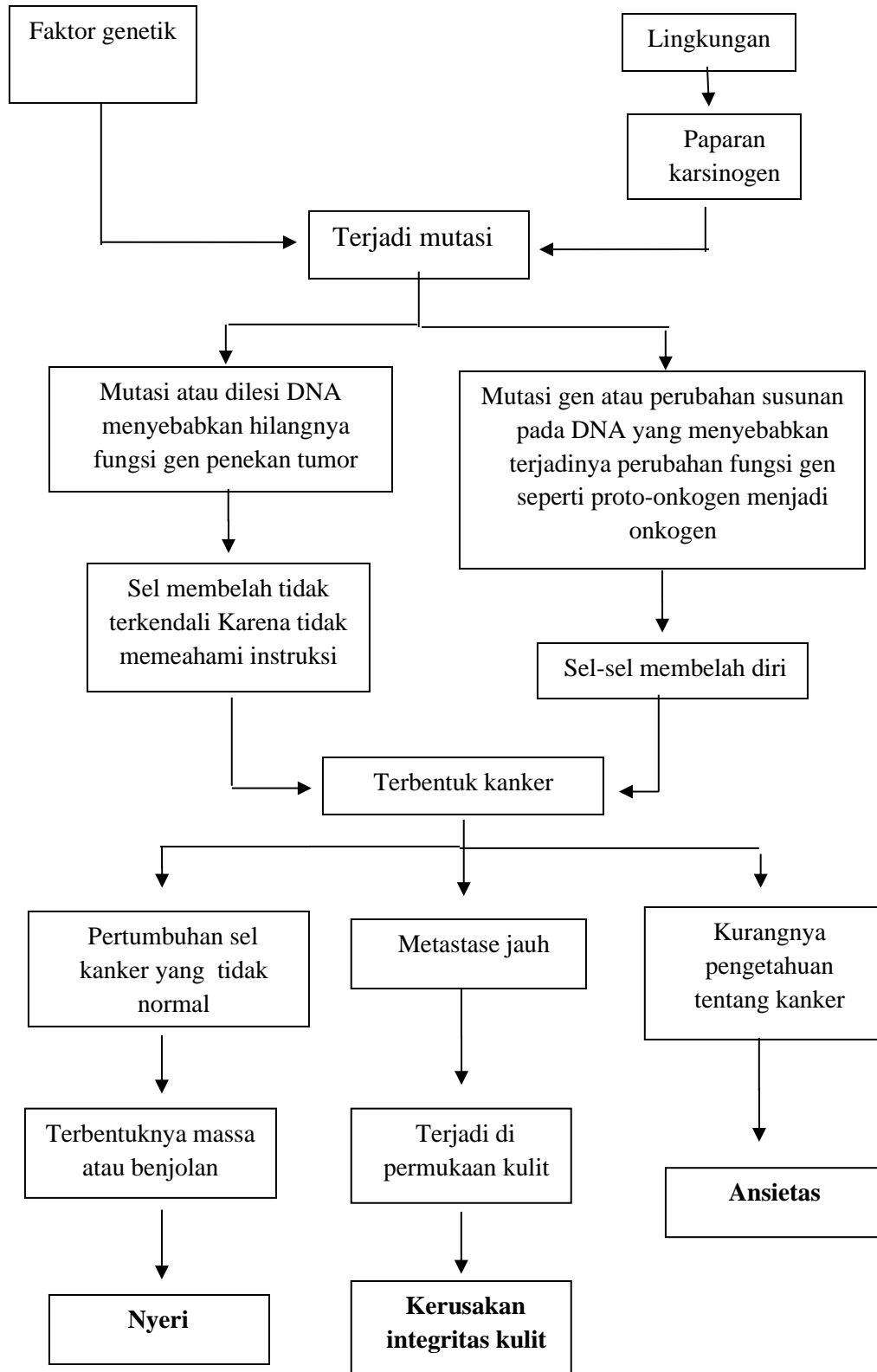
- a. Gen supresor tumor juga terlibat dalam mengendalikan pertumbuhan dan pembelahan sel. Sel dengan perubahan tertentu pada gen supresor tumor dapat mengakibatkan pembelahan sel dengan cara yang tidak terkontrol.
- b. Gen perbaikan DNA terlibat dalam memperbaiki DNA yang rusak. Sel dengan mutasi pada gen ini cenderung mengembangkan mutasi tambahan pada gen lain. Bersama-sama, mutasi ini dapat menyebabkan sel menjadi kanker.

Kanker yang telah menyebar dari tempat pertama kali memulai ke tempat lain di dalam tubuh disebut kanker metastatik. Proses dimana sel-sel kanker menyebar ke bagian lain dari tubuh disebut metastasis. Kanker metastatik memiliki nama yang sama dan jenis sel kanker yang sama seperti kanker asli atau primer. Misalnya, kanker payudara yang menyebar dan membentuk tumor metastatik di paru-paru adalah kanker payudara metastatik, bukan kanker paru-paru

Di bawah mikroskop, sel-sel kanker metastatik umumnya terlihat sama dengan sel-sel kanker asli. Selain itu, sel-sel kanker metastatik dan sel-sel kanker asli biasanya memiliki beberapa fitur molekuler yang sama, seperti adanya perubahan kromosom tertentu (Ermawan, 2019).

4. Pathway

Gambar 3. Skema Proses Kanker



5. Tahap Pertumbuhan Kanker

Menurut (Ermawan, 2019), proses pertumbuhan kanker meliputi tiga tahap, yaitu :

a. Tahap Insiasi

Tahap ini adalah tahap pembentukam sel kanker awal, yakni terjadinya perubahan genetik dalam sel somatic normal melalui proses mutase mutase yang terjadi pada tingkat DNA menyebabkan sel tumbuh lebih cepat. Akibatnya, gen pertumbuhan diaktivasi dengan menghambat gen penahan. Tahap ini bisa terjadi dalam waktu beberapa hari tetapi sel dapat kembali normal.

b. Tahap Promosi

Tahap ini terjadi ketika gen pertumbuhan terpajan faktor-faktor yang meningkatkan pertumbuhan. Pajanan ini dapat terjadi segera setelah tahap permulaan atau dalam jangka waktu tertentu. Faktor-faktor yang meningkatkan pertumbuhan kanker antarlain nitrat dan obat-obatan yang mengandung nikotin.

c. Tahap Progresi

Pada tahap ini terjadi perubahan mutagenic dan epigenetic, yang terjadi akibat instabilitas genetic. Perubahan tersebut membuat sel kanker dapat menyebar dengan cepat dan menyerang jaringan sekitarnya. Tahap ini bersifar ireversibel.

6. Faktor Resiko

Menurut (Ermawan, 2019), faktor-faktor yang diketahui meningkatkan risiko kanker termasuk :

a. Usia

Kanker bisa memakan waktu puluhan tahun untuk berkembang. Itulah sebabnya kebanyakan orang yang didiagnosis menderita kanker berusia dewasa hingga lansia.

b. Pola hidup

Merokok, mengonsumsi alkohol, paparan berlebihan sinar matahari, obesitas, dan berhubungan seks yang tidak aman dapat berkontribusi pada kanker.

c. Riwayat keluarga

Banyak sebagian dari kanker yang disebabkan oleh kondisi turunan. Jika seseorang memiliki keluarga dengan riwayat kanker, mutasi sel dapat diwariskan dari satu generasi ke generasi berikutnya.

d. Kondisi kesehatan

Beberapa kondisi kesehatan kronis, seperti colitis ulseratif dapat meningkatkan risiko terkena kanker tertentu

e. Lingkungan

Lingkungan sekitar mungkin mengandung bahan kimia berbahaya yang dapat meningkatkan risiko kanker. Bahkan jika kita tidak merokok, kita mungkin menghirup asap rokok orang lain. Bahan kimia di rumah atau tempat kerja, seperti asbes dan benzena, juga dikaitkan dengan peningkatan risiko kanker.

7. Tanda dan Gejala

Menurut (Ermawan, 2019), tanda dan gejala yang disebabkan oleh kanker akan bervariasi tergantung pada bagian tubuh mana yang terkena. Beberapa tanda dan gejala umum yang terkait dengan, tetapi tidak spesifik untuk kanker, termasuk:

a. Kelelahan

b. Benjolan atau area penebalan yang bisa dirasakan di bawah kulit

c. Perubahan berat badan

d. Perubahan kulit, seperti menguning, menggelap atau kemerahan pada kulit, luka yang tidak sembuh, atau perubahan pada tahi lalat yang ada

- e. Perubahan kebiasaan buang air besar atau kandung kemih
- f. Batuk terus-menerus atau kesulitan bernafas
- g. Kesulitan menelan
- h. Suara serak
- i. Gangguan pencernaan atau ketidaknyamanan setelah makan
- j. Nyeri otot atau sendi yang persisten dan tidak dapat dijelaskan
- k. Demam yang berlangsung terus-menerus, tanpa alasan atau berkeringat di malam hari
- l. Perdarahan atau memar yang tidak jelas

8. Komplikasi

Menurut (Ermawan, 2019), kanker dan perawatannya dapat menyebabkan beberapa komplikasi, termasuk :

- a. Rasa sakit. Nyeri bisa disebabkan oleh kanker atau perawatan kanker, meskipun tidak semua kanker menyakitkan. Obat-obatan dan pendekatan lain secara efektif dapat mengobati nyeri terkait kanker.
- b. Kelelahan. Kelelahan pada penderita kanker memiliki banyak penyebab, tetapi sering dapat dikelola. Kelelahan yang terkait dengan kemoterapi atau terapi radiasi adalah hal biasa, tetapi biasanya hanya sementara.
- c. Sulit bernafas. Kanker atau perawatan kanker dapat menyebabkan perasaan sesak napas.
- d. Mual. Obat-obatan dan perawatan lain dapat membantu mencegah atau mengurangi rasa mual.
- e. Diare atau sembelit. Perawatan kanker dan kanker dapat mempengaruhi usus dan menyebabkan diare atau sembelit
- f. Berat badan turun. Kanker mencuri makanan dari sel normal dan menghilangkan nutrisi. Dalam kebanyakan kasus, menggunakan nutrisi buatan melalui tabung ke dalam perut atau vena tidak membantu mengubah penurunan berat badan.

- g. Perubahan kimia dalam tubuh. Tanda dan gejala ketidakseimbangan kimia termasuk rasa haus yang berlebihan, sering buang air kecil, sembeli, dan pusing.
- h. Masalah system otak dan saraf. Kanker menekan saraf di dekatnya dan menyebabkan rasa sakit dan hilangnya fungsi satu bagian dari tubuh. Kanker yang melibatkan otak dapat menyebabkan sakit kepala dan tanda dan gejala seperti stroke, misalnya kelemahan pada satu sisi tubuh.
- i. Reaksi sistem kekebalan yang tidak bisa terhadap kanker. System kekebalan tubuh dapat bereaksi terhadap kehadiran kanker dengan menyerang sel-sel sehat. Disebut sindrom paraneoplastic, reaksi yang sangat langka ini menyebabkan kesulitan berjalan dan kejang.
- j. Kanker yang menyebar. Saat kanker berkembang, ia dapat menyebar ke bagian tubuh lain tergantung pada jenis kanker.
- k. Kekambuhan. Penderita kanker memiliki resiko kekambuhan kanker. Beberapa jenis kanker lebih mungkin kambuh daripada yang lain.

9. Pemeriksaan Penunjang

a. Tes Laboratorium

Tes urine dan tes darah, dapat membantu mengidentifikasi kelainan yang dapat disebabkan oleh kanker.

b. Tes Pencitraan (imaging).

Dilakukan untuk memeriksa tulang dan organ internal dengan cara yang tidak invasive. Tes pencitraan dilakukan dalam mendiagnosis kanker mungkin termasuk scan tomografi terkomputerisasi (CT Scan), pemindahan tulang, pencitraanresonansi magnetic (MRI), positron, emission tomography (PET) scan, ultrasound dan X-ray.

c. Endoskopi.

Prosedur nonbedah yang digunakan untuk untuk memeriksa saluran cerna atau bagian percabangan bronkus. Pemeriksaan dilakukan

menggunakan endoskop, tabung fleksibel dengan kamera kecil yang dilengkapi lampu untuk melihat bagian dalam tubuh.

d. Biopsi

Selama biopsi, sampel sel dikumpulkan untuk diuji di laboratorium. Prosedur biopsi tergantung pada jenis kanker dan lokasinya. Dalam banyak kasus, biopsi adalah satu-satunya cara untuk mendiagnosis kanker secara definitif. Di laboratorium, sampel sel dicermati dibawah mikroskop. Sel-sel normal terlihat seragam dengan ukuran dan organisasi yang sama. Sementara itu, sel-sel kanker terlihat kurang teratur, dengan berbagai ukuran dan tanpa organisasi yang jelas (Ermawan, 2019).

10. Penatalaksanaan

Masalah keperawatan yang sering muncul pada klien dengan kanker adalah nyeri kronik. Menurut (Prasetyo, 2010), penatalaksanaan nyeri terdiri dari:

a. Tindakan Farmakologis

World Health Organization (WHO) merekomendasikan petunjuk untuk pengobatan nyeri kanker, pedoman tersebut dikembangkan dalam bentuk tangga analgesic yang mana harus diresepkan pada klien. Pedoman yang dibuat WHO mengkombinasikan penggunaan obat-obatan analgesic dan obat-obatan adjuvant yang efektif untuk mengontrol nyeri klien.

b. Tindakan Non Invasif

Tindakan pengontrolan nyeri non-invasif digunakan untuk mendukung terapi farmakologis yang sudah diberikan. Jenis daripada tindakan non-invasif antara lain:

1) Membangun hubungan terapeutik perawat klien

Hubungan saling percaya yang terbentuk akan membuat perawat merasa nyaman dalam mendengarkan dan bertindak memberikan asuhan keperawatan, sebaliknya klien juga merasa nyaman untuk

mendengarkan anjuran perawat dan berani untuk menyatakan keluhan-keluhan.

2) Bimbingan antisipasi

Bimbingan antisipasi hendaknya memberikan informasi yang jujur pada klien, jangan mengatakan pada klien bahwa klien tidak akan merasakan nyeri. Bimbingan nyeri memberikan penjelasan yang jujur mengenai pengalaman nyeri, serta memberikan instruksi tentang teknik menurunkan atau menghilangkan nyeri.

3) Relaksasi

Relaksasi adalah suatu tindakan untuk “membebaskan” mental dan fisik dari ketegangan dan stres, sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri. Contoh tindakan relaksasi yang dapat dilakukan untuk menurunkan nyeri adalah napas dalam dan relaksasi otot.

4) Imajinasi terbimbing

Imajinasi terbimbing dapat digunakan bersamaan saat melakukan tindakan relaksasi, atau merupakan tindakan terpisah. Imajinasi terbimbing adalah upaya untuk menciptakan kesan dalam pikiran klien, kemudian berkonsentrasi pada kesan tersebut sehingga secara bertahap dapat menurunkan persepsi klien terhadap nyeri.

5) Distraksi

Distraksi adalah suatu tindakan pengalihan perhatian pasien ke hal-hal lain diluar nyeri, yang dengan demikian diharapkan dapat menurunkan kewaspadaan pasien terhadap nyeri bahkan meningkatkan toleransi terhadap nyeri.

6) Akupunktur

Akupunktur merupakan terapi pengobatan kuno dari cina, dimana akupunktur menstimulai titik-titik tertentu pada tubuh untuk meningkatkan aliran energi disepanjang jalur yang disebut meridian.

7) *Biofeedback*

Merupakan metode elektronik yang mengukur respon fisiologis, seperti gelombang pada otak, kontraksi otot, atau temperatur kulit kemudian “mengembalikan” memberikan informasi kepada klien.

8) Stimulasi Kutaneus

Teknik ini bekerja dengan menstimulasi permukaan kulit untuk mengontrol nyeri. Stimulasi kutaneus akan merangsang serabut-serabut saraf perifer untuk mengirimkan impuls melalui dorsal horn pada medulla spinalis, saat impuls yang dibawa oleh serabut A-Beta mendominasi maka mekanisme gerbang akan menutup sehingga impuls nyeri tidak dihantarkan ke otak.

9) Akupresur

Klien dapat menggunakan ibu jari atau jari untuk memberikan tekanan pada titik akupresur untuk membebaskan ketegangan pada otot kepala, bahu atau leher.

10) Psikoterapi

Dapat menurunkan persepsi nyeri pada beberapa klien, terutama pada klien yang sangat sulit untuk mengontrol nyeri, pada klien yang mengalami depresi, atau pada klien yang pernah mempunyai riwayat masalah psikiatri.