

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Proses Keperawatan

Proses keperawatan merupakan cara yang sistematis yang dilakukan oleh perawat bersama klien dalam menentukan kebutuhan asuhan keperawatan dengan melakukan pengkajian, menentukan diagnosis, merencanakan tindakan yang akan dilakukan, melaksanakan tindakan serta mengevaluasi hasil asuhan yang telah diberikan dengan berfokus pada pasien, berorientasi pada tujuan dan setiap tahap saling terjadi ketergantungan dan saling berhubungan (Hidayat, 2021).

1. Pengkajian

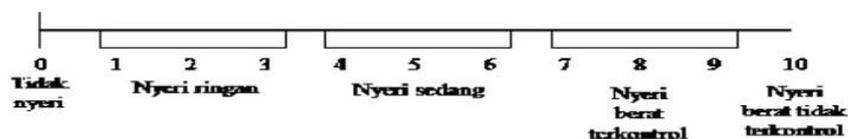
Pengkajian adalah langkah pertama dalam proses keperawatan yang melibatkan keterampilan berpikir kritis dan pengumpulan data. Pengkajian dilakukan dengan mengumpulkan informasi dari pasien maupun keluarga atau orang yang merawat pasien terkait kondisi atau persepsi masalah yang mereka hadapi/alami. Data yang dikumpulkan dapat berupa data subjektif maupun objektif. Data subjektif merupakan data yang berasal dari pernyataan verbal pasien atau orang terdekat pasien (*keluarga/caregiver*). Sedangkan data objektif adalah data yang terukur dan berwujud seperti tanda-tanda vital, asupan dan luaran serta tinggi dan berat badan.

Asal data dibedakan menjadi data primer dan data sekunder. Data yang berasal langsung dari pasien disebut sebagai data primer sedangkan data yang berasal dari orang lain baik dari keluarga, teman, *caregiver*, maupun catatan rekam medis merupakan data sekunder. Kedua data tersebut membantu perawat dalam melakukan pengkajian dan identifikasi hasil pengkajian pasien (Rukmi et al., 2022).

Pengkajian pada masalah nyeri yang dapat dilakukan adalah riwayat nyeri, serta keluhan nyeri seperti lokasi nyeri, intensitas nyeri, kualitas, dan waktu serangan. Pengkajian dapat dilakukan dengan cara PQRST, yaitu sebagai berikut.

- a. P (pemacu), yaitu faktor yang memengaruhi gawat atau ringannya nyeri.
- b. Q (*quality*), dari nyeri seperti apakah rasa tajam, tumpul, atau tersayat.
- c. R (*region*), yaitu daerah perjalanan nyeri.
- d. S (*severity*) adalah keparahan atau intensitas nyeri.
- e. T (*time*) adalah lama/waktu serangan atau frekuensi nyeri (Hidayat & Uliyah, 2020).

Berikut ini adalah pengukuran intensitas nyeri menurut Hayward. Menurut Hayward pengukuran intensitas nyeri dilakukan dengan meminta penderita untuk memilih satu bilangan dari 0-10 yang menurutnya paling menggambarkan pengalaman nyeri yang sangat ia rasakan (Haswita & Sulistyowati, 2021).



Gambar 2.1
Skala nyeri Hayward

Keterangan:

- 0 : tidak nyeri
- 1-3 : nyeri ringan
- 4-6 : nyeri sedang
- 7-9 : nyeri berat terkontrol
- 10 : nyeri berat tidak terkontrol

1) Anamnesa

- a) Data biografi: nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, agama, pekerjaan, alamat, suku bangsa, status perkawinan, sumber biaya, sumber informasi.
- b) Riwayat kesehatan sekarang: alasan masuk rumah sakit, keluhan utama, kronologis keluhan.
- c) Riwayat kesehatan masa lalu: riwayat kecelakaan, dirawat dirumah sakit, obat-obatan yang pernah diminum.

2) Data dasar pengkajian pasien

- a) Aktivitas/istirahat

Gejala: kelelahan, kelemahan, atau malaise umum. Kehilangan produktivitas dan penurunan toleransi terhadap latihan disertai dengan kebutuhan tidur dan istirahat lebih banyak.

Tanda: Penurunan kekuatan, bahu merosot, jalan lamban, dan tanda lain yang menunjukkan tanda-tanda kelelahan.

b) Sirkulasi

Gejala: palpitasi, angina/nyeri dada

Tanda: takikardia, disritmia, sianosis wajah dan leher (obstruksi *drainase* vena karena pembesaran nodus limfa adalah kejadian yang wajar). Ikterus sklera dan ikterik umum sehubungan dengan kerusakan hati dan obstruksi duktus empedu oleh pembesaran nodus limfa. pucat (anemia), diaforesis ditandai dengan meningkatnya keringat pada malam hari.

c) Integritas ego

Gejala: pencetus terjadinya stress (mis. Sekolah, pekerjaan, keluarga). Adanya ansietas sehubungan dengan diagnosis dan kemungkinan takut mati, hasil tes diagnostik dan modalitas pengobatan. Adanya masalah finansial seperti, biaya RS, pengobatan mahal, takut kehilangan pekerjaan sehubungan dengan kehilangan waktu kerja. Masalah pada status hubungan seperti, rasa takut dan ansietas sehubungan dengan menjadi orang yang tergantung pada keluarga.

Tanda: berbagai perilaku, seperti marah, menarik diri dan pasif.

d) Eliminasi

Gejala: perubahan karakteristik urine dan/atau feses. Adanya riwayat obstruksi usus.

Tanda: nyeri tekan pada kuadran kanan atas dan teraba pembesaran pada hepar (*hepatomegali*). Nyeri tekan pada kuadran kiri atas dan teraba pembesaran pada lien (*splenomegali*). Penurunan haluaran urine, urine gelap/pekat atau anuria. Disfungsi pada usus dan kandung kemih (kompresi batang spinal terjadi lebih lanjut).

e) Makanan/cairan

Gejala: anoreksia (kehilangan nafsu makan), disfagia (tekanan pada esophagus) sehingga menyebabkan nyeri saat menelan. Adanya penurunan BB sebesar sama dengan 10 % atau lebih dari BB dalam 6 bulan sebelumnya dengan atau tanpa upaya diet yang penyebabnya tidak dapat dijelaskan.

Tanda: pembengkakan pada wajah, leher, rahang, atau tangan kanan. Ekstremitas: Edema ekstremitas bawah sehubungan dengan obstruksi vena kava inferior dari pembesaran nodus limfa intraabdominal (non-Hodgin). Terdapat tanda asites disebabkan oleh obstruksi vena kava inferior sehubungan dengan pembesaran nodus limfa intraabdominal.

f) Neurosensori

Gejala: nyeri saraf (neuralgia) menunjukkan kompresi akar saraf oleh pembesaran nodus limfa pada brakial, lumbar dan pleksus sakral. Terjadi kelemahan otot dan parestesia.

Tanda: status mental letargi, menarik diri, kurang minat terhadap lingkungan sekitar, paraplegia (kompresi batang spinal dari tubuh vertebral, keterlibatan diskus pada kompresi/degenerasi, atau kompresi suplai darah terhadap batang spinal).

g) Nyeri/kenyamanan

Gejala: nyeri tekan/nyeri pada nodus limfa yang terkena

Tanda: fokus pada diri sendiri ditandai dengan perilaku berhati-hati.

h) Pernapasan

Gejala: dispnea pada saat bekerja atau istirahat, adanya nyeri dada.

Tanda: dispnea, takikardia, batuk kering non-produktif, tanda distress pernapasan, suara parau/*paralysis laryngeal*.

i) Keamanan

Gejala: riwayat sering/adanya infeksi, riwayat *mononukleus* pola sabit (peningkatan suhu malam hari berakhir sampai beberapa minggu), kemerahan/pruritus umum.

Tanda: demam menetap tak dapat dijelaskan dan lebih tinggi dari 38°C tanpa gejala infeksi. Nodus limfe simetris, tak nyeri, membengkak/membesar, nodus dapat terasa kenyal, keras dan dapat digerakkan. Pembesaran tonsil, sebagian area kehilangan pigmentasi melanin.

j) Seksualitas

Gejala: masalah tentang fertilitas/kehamilan (sementara penyakit tidak mempengaruhi, tetapi pengobatan mempengaruhi), penurunan libido.

k) Penyuluhan/pembelajaran

Gejala: faktor risiko keluarga, pekerjaan terpajan pada herbisida (pekerja kayu/kimia) (Risnah, 2020).

2. Analisis data diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan proses menganalisis data subjektif dan objektif yang diperoleh setelah melakukan pengkajian (Jaya et al., 2019). Diagnosis keperawatan merupakan penilaian perawat berdasarkan respon pasien secara holistik (bio-psiko-sosio-spiritual) terhadap penyakit atau gangguan kesehatan yang dialaminya. Diagnosis sama pentingnya serta memiliki muatan aspek legal dan etis yang sama dengan diagnosis medis. Oleh karena itu, diagnosis keperawatan merupakan kunci perawat dalam membuat rencana asuhan yang diberikan pada pasien yang dikelola (Koerniawan et al., 2020). Berikut adalah diagnosis keperawatan yang biasanya muncul pada pasien limfoma maligna antara lain:

a. Nyeri akut

1) Definisi

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

2) Penyebab

a) Agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma)

b) Agen pencedera kimiawi (mis. Terbakar, bahan kimia iritan)

- c) Agen pencedera fisik (mis. Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, drama latihan fisik berlebihan).
- 3) Gejala dan tanda mayor (subjektif)
 - a) Mengeluh nyeri
- 4) Gejala dan tanda Mayor (objektif)
 - a) Tampak meringis
 - b) Bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindar nyeri)
 - c) Gelisah
 - d) Frekuensi nadi meningkat
 - e) Sulit tidur
- 5) Gejala dan tanda minor (subjektif)
 - a) Tidak tersedia
- 6) Gejala dan tanda minor (objektif)
 - a) Tekanan darah meningkat
 - b) Pola napas berubah
 - c) Nafsu makan berubah
 - d) Proses berpikir terganggu
 - e) Menarik diri
 - f) Berfokus pada diri sendiri
 - g) Diaforesis
- 7) Kondisi klinis Terkait
 - a) Kondisi pembedahan
 - b) Cedera traumatis
 - c) Infeksi
 - d) Sindrom koroner akut
 - e) Glaukoma
- b. Pola nafas tidak efektif
 - 1) Definisi

Inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat.

- 2) Penyebab
 - a) Depresi pusat pernapasan
 - b) Hambatan upaya napas
 - c) Deformitas dinding dada
 - d) Deformitas tulang dada
 - e) Gangguan neuromuscular
 - f) Gangguan neurologis
 - g) Penurunan energi
 - h) Obesitas
 - i) Posisi tubuh menghambat ekspansi paru
 - j) Sindrom hipoventilasi
 - k) Kerusakan inervasi diafragma
 - l) Cedera pada medulla spinalis
 - m) Efek agen farmakologis
 - n) Kecemasan
- 3) Gejala dan tanda mayor subjektif
 - a) Dispnea
- 4) Gejala dan tanda mayor objektif
 - a) Penggunaan otot bantu pernapasan
 - b) Fase ekspirasi yang memanjang
 - c) Pola napas abnormal (mis. takipnea, bradipnea, hiperventilasi, kusssmaul, cheyne-stokes)
- 5) Gejala dan tanda minor subjektif
 - a) Ortopnea
- 6) Gejala dan tanda minor objektif
 - a) Pernapasan *pursed-lip*
 - b) Pernapasan cuping hidung
 - c) Peningkatan diameter thoraks anterior-posterior
 - d) Penurunan ventilasi semenit dan kapasitas vital
 - e) Tekanan ekspirasi dan inspirasi menurun
- 7) Kondisi klinis terkait
 - a) Depresi sistem saraf pusat

- b) Cedera kepala
 - c) Trauma thoraks
 - d) *Gullian barre syndrome*
 - e) *Multiple sclerosis*
 - f) *Myasthenia gravis*
 - g) Stroke
 - h) Kuadriplegia
 - i) Intoksikasi alcohol
- c. Defisit nutrisi
- 1) Definisi
 - Asupan nutrisi tidak mencukupi untuk memenuhi kebutuhan metabolik.
 - 2) Penyebab
 - a) Kurangnya asupan makanan'
 - b) Ketidakmampuan menelan makanan
 - c) Ketidakmampuan mengabsorbsi nutrient
 - d) Peningkatan kebutuhan metabolisme
 - e) Faktor ekonomi
 - f) Faktor psikologi
 - 3) Gejala dan tanda mayor subjektif
 - a) Tidak Tersedia
 - 4) Gejala dan tanda mayor objektif
 - a) Berat badan menurun minimal 10 % dibawah rentan normal
 - 5) Gejala tanda minor subjektif
 - a) Cepat kenyang setelah makan
 - b) Kram/nyeri pada abdomen
 - c) Nafsu makan menurun
 - 6) Gejala dan tanda minor objektif
 - a) Bising usus hiperaktif
 - b) Otot pengunyah lemah
 - c) Otot menelan melemah
 - d) Membran mukosa pucat

- e) Sariawan
 - f) Penurunan serum albumin
 - g) Rambut rontok berlebih
 - h) Diare
- 7) Kondisi klinis terkait
- a) AIDS
 - b) Kanker
 - c) Kerusakan neuromuskular
 - d) Infeksi
 - e) Parkinson
 - f) Penyakit *Crohn's*
- d. Keletihan
- 1) Definisi
- Penurunan kapasitas kerja fisik dan mental yang tidak pulih dengan istirahat.
- 2) Penyebab
- a) Gangguan tidur
 - b) Gaya hidup yang monoton
 - c) Kondisi fisiologis (mis.penyakit kronis, penyakit terminal)
 - d) Program perawatan/pegobatan jangka panjang
 - e) Peristiwa hidup yang negative
 - f) Stress yang berlebihan
 - g) Depresi
- 3) Gejala dan tanda mayor subjektif
- a) Merasa energi tidak pulih meskipun telah tidur
 - b) Merasa kurang bertenaga
 - c) Mengeluh kelelahan
- 4) Gejala dan tanda mayor objektif
- a) Aktivitas rutin tidak mampu dipertahankan
 - b) Tampak lesu
- 5) Gejala dan tanda minor subjektif
- a) Merasa bersalah diakibatkan oleh ketidakmampuan melaksanakan tanggung jawab

- b) Penurunan libido
- 6) Gejala dan tanda minor objektif
 - a) Peningkatan kebutuhan istirahat
- 7) Kondis klinis terkait
 - a) Anemia
 - b) Kanker
 - c) Hipotiroidisme/hipertiroidisme
 - d) AIDS
 - e) Depresi
 - f) Menopause
- e. Gangguan pola tidur
 - 1) Definisi

Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal.
 - 2) Penyebab
 - a) Hambatan pada lingkungan
 - b) Kurangnya kontrol tidur
 - c) Kurangnya privasi
 - d) Restrain fisik
 - e) Ketiadaan teman tidur
 - f) Tidak familiar dengan peralatan tidur
 - 3) Gejala dan tanda mayor subjektif
 - a) Mengeluh sulit untuk tidur
 - b) Mengeluh sering terjaga
 - c) Mengeluh tidak puas bila tidur
 - d) Mengeluh pola tidur yang berubah
 - e) Mengeluh istirahat tidak cukup
 - 4) Gejala dan tanda mayor objektif
 - a) Tidak tersedia
 - 5) Gejala dan tanda minor subjektif
 - a) Mengeluh penurunan kemampuan untuk beraktifitas
 - 6) Gejala dan tanda minor objektif
 - a) Tidak tersedia Kondis klinis terkait

- b) Nyeri/kolik
 - c) Hipertiroidisme
 - d) Kecemasan
 - e) Penyakit paru obstruktif
 - f) Kehamilan
 - g) Periode pasca partum
 - h) Kondisi pasca operasi
- f. Gangguan integritas kulit
- 1) Definisi
Kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fascia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligamen).
 - 2) Penyebab
 - a) Perubahan pada sirkulasi
 - b) Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan)
 - c) Kekurangan/kelebihan volume cairan
 - d) Penurunan mobilitas
 - e) Bahan kimia iritatif
 - f) Suhu lingkungan yang ekstrim
 - g) Faktor mekanis (mis, penekanan pada tonjolan tulang, gesekan) atau faktor elektrik (elektrodiatermi, energi listrik bertegangan tinggi)
 - h) Efek samping terapi radiasi
 - i) Kelembaban
 - j) Proses penuaan
 - k) Neuropati perifer
 - l) Perubahan pigmentasi
 - m) Perubahan hormonal
 - n) Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan
 - 3) Gejala dan tanda mayor
 - a) Kekurangan jaringan dan / atau lapisan kulit

- 4) Gejala dan tanda minor
 - a) Nyeri
 - b) Pendarahan
 - c) Kemerahan
 - d) Hematoma
 - 5) Kondisi klinis terkait
 - a) Imobilisasi
 - b) Gagal jantung kongestif
 - c) Gagal ginjal
 - d) Diabetes melitus
 - e) Imunodefisiensi (mis, AIDS)
- g. Intoleransi aktivitas
- 1) Definisi

Ketidacukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari.
 - 2) Penyebab
 - a) Ketidakseimbangan antara kebutuhan dan suplai oksigen
 - b) Tirah baring
 - c) Kelemahan
 - d) Imobilitas
 - e) Gaya hidup monoton
 - 3) Gejala dan tanda mayor subjektif
 - a) Mengeluh kelelahan
 - 4) Gejala dan tanda mayor objektif
 - a) Frekuensi jantung meningkat $>20\%$ dari kondisi istirahat
 - 5) Gejala dan tanda minor subjektif
 - a) Dyspnea saat/setelah melakukan aktivitas
 - b) Setelah beraktivitas merasa tidak nyaman
 - c) Merasa lemah
 - 6) Gejala dan tanda minor objektif
 - a) Tekanan darah berubah $>20\%$ dari kondisi istirahat
 - b) Gambaran EKG menunjukkan iskemia dan aritma saat/setelah melakukan aktivitas
 - c) Sianosis

- 7) Kondisi klinis terkait
 - a) Anemia
 - b) Gagal jantung kongestif
 - c) Penyakit katub jantung
 - d) Aritma
 - e) Gangguan metabolik
 - f) Gangguan muskuloskeletal (Risnah, 2020).

3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan (SIKI, 2018). Perencanaan juga merupakan petunjuk tertulis yang menggambarkan secara tepat mengenai rencana tindakan yang dilakukan terhadap pasien sesuai dengan tingkat kebutuhan berdasarkan diagnosis keperawatan yang muncul (Supratti & Ashriady, 2018).

Tabel 2.1
Intervensi Keperawatan

No	Masalah Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi	Rasional
1	Nyeri akut	Tingkat nyeri menurun	<p>Manajemen nyeri</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, durasi, frekuensi, karakteristik, kualitas dan intensitas nyeri 2. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 3. Monitor efek samping dari penggunaan analgetik. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik non farmakologis pengurang rasa nyeri (mis. hipnosis, imajinasi terbimbing, akupresur, terapi musik, terapi pijat, aroma terapi, teknik kompres dingin atau hangat) 2. Kontrol lingkungan yang dapat memperberat rasa nyeri (mis. Pencahayaan, suhu ruangan, kebisingan). <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. <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik. <p>Terapi relaksasi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau adanya gejala lain yang dapat mengganggu kemampuan 	<p>Manajemen nyeri</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Merupakan hal yang amat penting untuk memilih intervensi yang cocok dan untuk mengevaluasi keefektifan dari terapi yang diberikan. 2. Melihat faktor pencetus yang memicu adanya nyeri. 3. Mencegah adanya alergi obat pada pasien. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengendalikan atau meredakan rasa nyeri. 2. Adanya lingkungan yang nyaman dapat mempengaruhi kualitas nyeri yang dirasakan dapat berkurang. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menambah pengetahuan pasien. 2. Pasien mengetahui tindakan yang akan dilakukan ketika nyeri dirasakan. 3. Memandirikan pasien dalam mengontrol nyeri. <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Analgetik dengan teratur dapat mengurangi rasa nyeri. <p>Terapi relaksai</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membantu untuk pemberian intervensi 2. Mencegah terjadinya peningkatan tekanan intrakranial

			<p>kognitif</p> <ol style="list-style-type: none"> Periksa ketegangan otot, tekanan darah, frekuensi nadi, dan suhu sebelum dan setelah latihan Monitor respon terhadap relaksasi. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Ciptakan lingkungan yang tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruangan yang nyaman Gunakan pakaian yang longgar Gunakan nada suara yang lembut dengan irama lambat serta berirama. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Jelaskan manfaat, tujuan, jenis dan batasan relaksasi yang tersedia (mis. Musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif) Anjurkan mengambil posisi yang nyaman. Anjurkan untuk rileks dan merasakan sensasi relaksasi Anjurkan agar sering mengulangi atau melatih teknik yang telah dipilih. <p>Pemberian analgesik</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi karakteristik dari nyeri (mis. Durasi, Frekuensi, Pencetus, Pereda, Lokasi, Kualitas, Intensitas) Identifikasi adanya riwayat alergi obat Monitor tanda-tanda vital sebelum dan setelah pemberian analgesik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Tetapkan target efektifitas analgesik agar mengoptimalkan respons pasien 	<ol style="list-style-type: none"> Mengetahui apakah pasien mampu untuk melakukan relaksasi atau tidak <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Memberikan rasa aman dan nyaman kepada pasien Memudahkan pasien dalam melakukan relaksasi. Pasien merasa dihargai dan pasien mampu mengikuti relaksasi. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien mendapatkan informasi yang baru tentang relaksasi Agar pasien tetap dalam kondisi yang nyaman dan aman Pasien dapat merasakan sensasi relaksasi dengan baik Membantu mengurangi rasa nyeri. <p>Pemberian Analgesik</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Memudahkan dalam pemberian intervensi dengan baik Mencegah keracunan obat. Melihat perbedaan sebelum dan setelah pemberian obat. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Target efektifitas analgesic untuk pencapaian respon pasien yang optimal Memantau perkembangan kondisi pasien. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengetahui efek dari terapi dan efek samping yang berbahaya.
--	--	--	---	--

			<p>2. Dokumentasikan respons pada efek analgesik serta efek yang tidak diinginkan.</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan efek dari terapi serta efek samping obat <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgesik untuk dosis dan jenisnya, sesuai indikasi <p>Terapi murottal</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi aspek yang akan difokuskan dalam terapi (mis. Stimulasi, relaksasi, konsentrasi dan pengurangan nyeri) 2. Identifikasi jenis terapi yang digunakan berdasarkan keadaan dan kemampuan pasien (mendengarkan atau membaca Al-Quran). <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Posisikan dalam posisi dan lingkungan yang nyaman 2. Batasi rangsangan eksternal selama terapi yang dilakukan (mis. Lampu, suara, pengunjung, panggilan telfon) 3. Putar rekam yang telah ditetapkan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan manfaat terapi 2. Anjurkan memusatkan perhatian atau pikiran pada lantunan ayat Al-Quran. 	<p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membantu meredakan nyeri pasien. <p>Terapi murottal</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memudahkan pemberian terapi murottal 2. Memudahkan pemilihan jenis terapi yang akan diberikan kepada pasien. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengurangi rasa nyeri 2. Memudahkan penghayatan saat terapi murottal 3. Pasien dapat mendengarkan dan menikmati. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Supaya pasien mengerti diberikan tindakan ini 2. Mengalihkan perasaandan rasa nyeri pasien.
2	Pola napas tidak efektif	Pola napas membaik	<p>Manajemen jalan napas</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor pola napas (frekuensi, usaha dan kedalaman napas) 2. Monitor adanya bunyi napas tambahan 	<p>Manajemen jalan napas</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui jenis pernapasan pasien 2. Mengkaji abnormalitas pernapasan

			<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Posisikan seni fowler atau fowler 2. Berikan oksigen <p>Pemantauan respirasi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor saturasi oksigen 2. Monitor adanya sumbatan jalan napas Terapeutik 3. Atur interval pemantauan respirasi yang sesuai dengan kondisi pasien 4. Dokumentasikan hasil pemantauan respirasi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan serta prosedur pemantauan 2. Informasikan hasil daripemantauan, jika perlu 	<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memudahkan kepatenan jalan napas 2. Membantu memudahkan klien dalam bernapas. <p>Pemantauan respirasi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menilai persentase oksigen di perifer 2. Menilai adanya zat padat, cair yang menutupi jalan napas 3. Menilai kondisi pasien yang membutuhkan pemantauan lebih sering 4. Laporan atas tindakan yang telah dilakukan perawat <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. bagi keluarga dan pasien mengenai tindakan yang dilakukan 2. Informasi bagi pasien dan keluarga mengenai kondisinya
3	Defisit nutrisi	Status nutrisi membaik	<p>Manajemen nutrisi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi adanya alergi dan intoleransi pada makanan 3. Monitor asupan makanan 4. Monitor hasil pemeriksaan laboratoium <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hidangkan makanan dengan tampilan menarik dan suhu makanan yang tepat. 2. Sajikan makanan yang kaya akan serat <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan posisi duduk, jika mampu 	<p>Manajemen nutrisi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui status nutrisi terkini pasien serta masalah dalam pemenuhan nutrisi pasien 2. Mengetahui jenis makanan yang dapat menimbulkan alergi pada pasien dan hambatan pasien dalam pemenuhan nutrisi 3. Mengetahui jenis dan jumlah makanan yang dikonsumsi pasien 4. Kadar albumin yang rendah dalam pemeriksaan darah dapat mengindikasikan pasien mengalami malnutrisi. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menarik minat pasien agar kebutuhan nutrisi terpenuhi. 2. Mencegah terjadinya konstipasi

			<p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan 2. Kolaborasi dengan nutrisisionis dalam penentuan jenis nutrient dan jumlah kalori yang dibutuhkan 	<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memudahkan proses pencernaan makanan ke lambung <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membantu pasien dapat menghabiskan porsi makanannya 2. Memberikan asupan nutrisi yang sesuai
4	Keletihan	Keletihan menurun	<p>Manajemen energi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang dapat menyebabkan kelelahan 2. Monitor adanya kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola serta jam tidur 4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan ketika melakukan aktivitas <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis. Kunjungan, cahaya, suara) 2. Lakukan latihan gerak pasif dan/atau aktif 3. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 4. Fasilitasi duduk pada sisi tempat tidur, jika belum mampu berpindah atau berjalan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan melaksanakan aktivitas yang bertahap 3. Anjurkan menghubungi perawat jika tidak berkurang tanda dan gejala kelelahan 4. Ajarkan strategi koping agar mengurangi kelelahan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dengan nutrisionos tentang cara meningkatkan asupan makanan 	<p>Manajemen energi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui faktor yang menyebabkan keletihan 2. Mengetahui jenis kelelahan pada pasien 3. Mengetahui waktu istirahat dan tidur pasien 4. Mencegah adanya kekakuan otot dan alat gerak pasien. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengurangi keletihan pada pasien 2. Memaksimalkan pasien dalam melakukan aktivitasnya 3. Menambah asupan nutrisi dan tenaga pasien yang dapat menunjang pemenuhan aktivitas pasien 4. Secara bertahap melakukan upaya peningkatan aktifitas fisik sesuai kemampuan pasien. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memenuhi kebutuhan istirahat 2. Meningkatkan pemahaman akan pentingnya aktifitas. 3. Meminimalkan resiko komplikasi 4. Menghindarkan pasien mengalami kelelahan yang berkelanjutan. <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Intervensi gizi yang tepat dapat memenuhi kebutuhan energi pasien sehingga kelelahan

				dapat berkurang.
5	Gangguan pola tidur	Pola tidur membaik	<p>Dukungan tidur</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Modifikasi lingkungan. 2. Batasi waktu tidur siang, jika perlu 3. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 3. Anjurkan menghindari makanan/ minuman yang mengganggu tidur. 	<p>Dukungan tidur</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui pola aktivitas tidur pasien. 2. Meminimalkan gangguan tidur pasien. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lingkungan yang nyaman membuat pasien santai dan merasa rileks 2. Memaksimalkan durasi tidur saat malam hari 3. Agar pasien dapat memulai tidur dengan perasaan rileks. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menambah pengetahuan pasien. 2. Agar tidak mengganggu irama sirkadian tubuh pasien. 3. Meminimalkan makanan/minuman yang dapat mengganggu tidur pasien.
6	Gangguan integritas kulit	Integritas kulit meningkat	<p>Perawatan integritas kulit</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab pada gangguan integritas kulit (mis. Perubahan status nutrisi dan sirkulasi, suhu lingkungan ekstrem, serta penurunan mobilitas dan kelembaban. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ubah posisi setiap 2 jam jika sedang tirah baring 2. Gunakan produk yang berbahan ringan atau alami serta hipoalergik pada kulit <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan memakai pelembab (mis. Serum atau lotion) 2. Anjurkan untuk minum air yang cukup 3. Anjurkan agar meningkatkan asupan nutrisi 	<p>Perawatan integritas kulit</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui penyebab dari gangguan integritas kulit. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menurunkan resiko terjadinya trauma jaringan 2. Membantu penyembuhan di kulit <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agar kulit selalu dalam keadaan lembab 2. Turgor pada kulit tidak kering 3. Mempertahankan masukan nutrisi yang adekuat

7	Intoleransi aktivitas		<p>Manajemen energi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor pola dan jam tidur <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan) 2. Lakukan rentang gerak aktif dan pasif <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan belum berkurang <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dengan nutrisisionis tentang cara meningkatkan asupan makanan 	<p>Manajemen energi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji bagian tubuh yang bermasalah yang mengakibatkan kelelahan. 2. Tidur sangat dibutuhkan untuk meningkatkan energi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan rasa nyaman dan ketenangan dalam beristirahat. 2. Mencegah kekakuan pada otot dan pengecilan otot <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meminimalkan pergerakan dan membantu meningkatkan energi 2. Mengajarkan pasien untuk melaporkan kondisinya <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membantu meningkatkan energi melalui diet yang tepat
---	-----------------------	--	---	---

(Risnah, (2020))

4. Implementasi

Implementasi atau pelaksanaan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respons pasien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Budiono & Pertami, 2016).

5. Evaluasi

Bagian terpenting dari proses keperawatan setelah pengkajian berkelanjutan di tahap implementasi adalah mengevaluasi apakah asuhan keperawatan telah mencapai hasil yang diinginkan atau belum. Tahapan ini seharusnya tidak hanya dilakukan pada akhir pengobatan atau perawatan, tetapi harus dilakukan terus-menerus saat asuhan keperawatan diimplementasikan. Evaluasi pada akhir pengobatan/perawatan melibatkan pengkajian ulang dari semua rencana perawatan untuk menentukan apakah hasil yang diharapkan telah tercapai melalui penentuan, apakah pengkajian yang dilakukan sudah akurat dan lengkap, apakah diagnosis yang dirumuskan sudah tepat, apakah tujuan yang disusun sudah realistis untuk dicapai, dan apakah tindakan yang ditentukan sudah tepat (Rukmi et al., 2022).

Evaluasi terhadap masalah nyeri dilakukan dengan menilai kemampuan dalam merespons rangsangan nyeri, diantaranya hilangnya perasaan nyeri, menurunnya intensitas nyeri, adanya respons fisiologis yang baik, dan pasien mampu melakukan aktivitas sehari-hari tanpa keluhan nyeri (Hidayat & Uliyah, 2020).

B. Konsep Kebutuhan Dasar

1. Konsep kebutuhan dasar manusia

Kebutuhan dasar manusia merupakan unsur-unsur yang dibutuhkan oleh manusia dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun psikologis, yang tentunya bertujuan untuk mempertahankan kehidupan dan Kesehatan. Kebutuhan dasar manusia dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor berikut:

a. Penyakit

Adanya penyakit dalam tubuh dapat menyebabkan perubahan pemenuhan kebutuhan, baik secara fisiologis maupun psikologis, karena beberapa fungsi organ tubuh memerlukan pemenuhan kebutuhan lebih besar dari biasanya.

b. Hubungan keluarga

Hubungan keluarga yang baik dapat meningkatkan pemenuhan kebutuhan dasar karena adanya saling percaya, merasakan kesenangan hidup, tidak ada rasa curiga dan lain-lain.

c. Konsep diri

Konsep diri manusia memiliki peran dalam pemenuhan kebutuhan dasar. Konsep diri yang positif memberikan makna dan keutuhan (*wholeness*) bagi seseorang. Konsep diri yang sehat menghasilkan perasaan positif tentang diri. Orang yang merasa positif tentang dirinya akan mudah berubah, mudah mengenali kebutuhan dan mengembangkan cara hidup yang sehat, sehingga mudah memenuhi kebutuhan dasarnya.

d. Tahap perkembangan

Sejalan dengan meningkatnya usia, manusia mengalami perkembangan. Setiap tahap perkembangan tersebut memiliki kebutuhan dasar yang berbeda, baik kebutuhan psikologis, biologis, sosial, maupun spiritual, mengingat berbagai fungsi organ tubuh juga mengalami proses kematangan dengan aktivitas.

Kebutuhan dasar manusia adalah sebagai berikut:

- 1) Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan paling dasar, yaitu kebutuhan fisiologis seperti oksigen, cairan (minuman), nutrisi (makanan), keseimbangan suhu tubuh, eliminasi, tempat tinggal, istirahat dan tidur, serta kebutuhan seksual.
- 2) Kebutuhan rasa aman dan perlindungan dibagi menjadi perlindungan fisik dan perlindungan psikologis. Perlindungan fisik meliputi perlindungan atas ancaman terhadap tubuh atau hidup. Ancaman tersebut dapat berupa penyakit, kecelakaan, bahaya dari

lingkungan, dan sebagainya. Sedangkan perlindungan psikologis, yaitu perlindungan atas ancaman dari pengalaman yang baru dan asing. Misalnya, kekhawatiran yang dialami seseorang ketika masuk sekolah pertama kali karena merasa terancam oleh keharusan untuk berinteraksi dengan orang lain, dan sebagainya.

- 3) Kebutuhan rasa cinta serta rasa memiliki dan dimiliki, antara lain memberi dan menerima kasih sayang, mendapatkan kehangatan keluarga, memiliki sahabat, diterima oleh kelompok sosial, dan sebagainya.
- 4) Kebutuhan akan harga diri ataupun perasaan dihargai oleh orang lain. Kebutuhan ini terkait dengan keinginan untuk mendapatkan kekuatan, meraih prestasi, rasa percaya diri. dan kemerdekaan diri. Selain itu, orang juga memerlukan pengakuan dari orang lain.
- 5) Kebutuhan aktualisasi diri, merupakan kebutuhan tertinggi dalam hierarki Maslow, berupa kebutuhan untuk berkontribusi pada orang lain/lingkungannya serta mencapai potensi diri sepenuhnya (Hidayat, 2020).

2. Konsep kebutuhan terbebas dari rasa nyeri

Rasa nyaman dibutuhkan setiap individu. Dalam konteks keperawatan, perawat harus memperhatikan dan memenuhi rasa nyaman. Gangguan rasa nyaman yang dialami klien di atasi oleh perawat melalui intervensi keperawatan.

Salah satu kebutuhan klien adalah bebas dari rasa nyeri. Nyeri merupakan sensasi ketidaknyamanan yang bersifat Individual. Klien merespon rasa nyeri dengan beragam cara, misalnya berteriak, menangis, dan lain-lain. Oleh karena nyeri bersifat subjektif, maka perawat harus peka terhadap sensasi nyeri yang dialami klien. Itulah sebabnya diperlukan kemampuan perawat dalam mengidentifikasi dan mengatasi rasa nyeri (Sutanto & Fitriana, 2021).

a. Definisi nyeri

Setiap individu memberikan persepsi yang berbeda terhadap rasa nyeri. Nyeri merupakan sensasi yang rumit, unik, universal dan

bersifat Individual. Dikatakan bersifat individual karena respons individu terhadap sensasi nyeri beragam dan tidak bisa disamakan dengan orang lain. Inilah dasar bagi perawat dalam mengatasi rasa nyeri pada klien. Nyeri dapat diartikan sebagai suatu sensasi yang tidak menyenangkan baik secara sensori maupun emosional yang berhubungan dengan adanya suatu kerusakan jaringan atau faktor lain, sehingga individu merasa tersiksa, menderita yang pada akhirnya akan mengganggu aktivitas sehari-hari, psikis dan lain-lain (Sutanto & Fitriana, 2021).

b. Fisiologi nyeri

Munculnya nyeri berkaitan erat dengan reseptor dan adanya rangsangan. Reseptor nyeri yang dimaksud adalah *nociceptor*, merupakan ujung-ujung saraf sangat bebas yang memiliki sedikit atau bahkan tidak memiliki myelin yang tersebar pada kulit dan mukosa, khususnya pada visera, persendian, dinding arteri, hati, dan kandung empedu. Reseptor nyeri dan memberikan respons akibat adanya stimulasi atau rangsangan. Stimulasi tersebut dapat berupa zat kimiawi seperti histamin, bradikinin, prostaglandin, dan macam-macam asam yang dilepas apabila terdapat kerusakan pada jaringan akibat kekurangan oksigenasi. Stimulasi yang lain dapat berupa termal, listrik, atau mekanik.

Selanjutnya stimulasi yang diterima oleh reseptor tersebut ditransmisikan berupa implus-implus nyeri ke sumsum tulang belakang oleh dua jenis serabut yang bermielin rapat atau serabut A (delta) dan serabut lambat (serabut C). Implus-implus yang ditransmisikan oleh serabut delta A merupakan sifat inhibitor yang ditransmisikan ke serabut C. Serabut-serabut aferen masuk ke spinal melalui akar dorsal (*dorsal root*) serta *sinaps* pada *dorsal horn*. *Dorsal horn* terdiri atas beberapa lapisan atau lamina yang saling bertautan. Diantara lapisan dua dan tiga terbentuk *substantia gelatinosa* yang merupakan saluran utama impuls.

Kemudian, implus nyeri menyeberangi sumsum tulang belakang pada *interneuron* dan bersambung ke jalur spinal asendens yang paling utama, yaitu jalur *spinothalamic tract* (STT) atau jalur *spinotalamus* dan *spinoreticular tract* (SRT) yang membawa informasi tentang sifat dan lokasi nyeri. Dari proses tranmisi terdapat dua jalur mekanisme terjadinya nyeri, yaitu jalur *opiate* dan jalur *nonpiete*. Jalur *opiate* ditandai oleh pertemuan reseptor pada otak yang terdiri atas jalur *spinal desendes* dari talamus yang melalui otak tengah dan medula ke tanduk dorsal dari sumsum tulang belakang yang berkonduksi dengan *nociceptor implus supresif* (Hidayat & Uliyah, 2020).

c. Penyebab rasa nyeri

Penyebab rasa nyeri dapat digolongkan menjadi dua bagian, yaitu yang berhubungan dengan fisik dan nyeri psikologis.

1) Nyeri fisik

Nyeri yang disebabkan oleh faktor fisik berkaitan 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 elektrik), neoplasma, peradangan, gangguan sirkulasi darah dan lain-lain.

- a) Trauma termis. Trauma mekanik menimbulkan rasa nyeri karena ujung-ujung saraf bebas, mengalami kerusakan akibat benturan, gesekan ataupun luka.
- b) Trauma termis. Trauma termis menimbulkan rasa nyeri karena ujung saraf reseptor mendapat rangsangan akibat panas atau dingin.
- c) Trauma kimiawi. Trauma kimiawi terjadi karena tersentuh zat asam atau basa yang kuat.
- d) Trauma elektrik. Trauma elektrik dapat menimbulkan rasa nyeri karena pengaruh aliran listrik yang kuat mengenai reseptor rasa nyeri.

- e) Neoplasma. Neoplasma yang menyebabkan nyeri karena terjadinya tekanan dan kerusakan jaringan yang mengandung reseptor nyeri dan juga karena tarikan, jepitan atau metastase.
 - f) Nyeri pada peradangan. Nyeri pada peradangan terjadi karena kerusakan ujung-ujung saraf reseptor akibat adanya peradangan atau terjepit oleh pembengkakan.
- 2) Nyeri psikologis

Nyeri yang disebabkan faktor psikologis merupakan nyeri yang dirasakan bukan karena penyebab organik, melainkan akibat trauma psikologis dan pengaruhnya terhadap fisik. Kasus ini dapat dijumpai pada kasus yang termasuk kategori psikosomatik. Nyeri karena faktor ini disebut psychogenic pain (Sutanto & Fitriana, 2021).

d. Gejala dan tanda nyeri

- 1) Gejala dan tanda mayor
 - a) Subjektif: mengeluh nyeri
 - b) Objektif:
 - (1) Tampak meringis
 - (2) Bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri)
 - (3) Gelisah
 - (4) Frekuensi nadi meningkat
 - (5) Sulit tidur
- 2) Gejala dan tanda minor
 - a) Subjektif: -
 - b) Objektif:
 - (1) Tekanan darah meningkat
 - (2) Pola napas berubah
 - (3) Nafsu makan berubah
 - (4) Proses berpikir terganggu
 - (5) Menarik diri
 - (6) Berfokus pada diri sendiri
 - (7) Diaforesis (Sutanto & Fitriana, 2021).

e. Klasifikasi nyeri

Nyeri dapat diklasifikasikan berdasarkan tempat, sifat, dan berat ringannya nyeri, dan waktu lamanya serangan.

- 1) Nyeri berdasarkan tempat
 - a) *Peripheral pain* yaitu nyeri yang terasa pada permukaan tubuh, misalnya pada kulit atau mukosa.
 - b) *Deep pain* yaitu nyeri yang terasa pada permukaan tubuh yang lebih dalam atau pada organ-organ tubuh visceral.
 - c) *Referred pain* yaitu nyeri dalam yang disebabkan penyakit organ atau struktur dalam tubuh yang ditransmisikan ke bagian tubuh di daerah yang berbeda, bukan daerah asal nyeri.
 - d) *Central pain* yaitu nyeri yang terjadi akibat rangsangan pada sistem saraf pusat, *spinal cord*, batang otak, hipotalamus, dan lain-lain
- 2) Nyeri berdasarkan sifat
 - a) *Incidental pain* yaitu nyeri yang timbul sewaktu-waktu lalu menghilang
 - b) *Steady pain* yaitu nyeri yang timbul dan menetap serta dirasakan dalam waktu lama.
 - c) *Paroxymal pain* yaitu nyeri yang dirasakan berintensitas tinggi dan sangat kuat. Nyeri ini biasanya menetap selama 10-15 menit, lalu menghilang, kemudian timbul lagi.
- 3) Nyeri berdasarkan berat ringannya
 - a) Nyeri ringan yaitu nyeri dengan intensitas rendah.
 - b) Nyeri sedang yaitu nyeri yang menimbulkan relaksi.
 - c) Nyeri berat yaitu nyeri dengan intensitas tinggi.
- 4) Nyeri berdasarkan lama waktu penyerangan
 - a) Nyeri akut

Nyeri akut yaitu nyeri yang dirasakan dalam waktu yang singkat dan berakhir kurang dari 6 bulan, sumber dan daerahnya nyeri dapat diketahui dengan jelas. Rasa nyeri

diduga ditimbulkan dari luka, misalnya luka operasi atau akibat penyakit tertentu, misalnya arteriosclerosis pada arteri koroner.

b) Nyeri kronis

Nyeri kronis merupakan nyeri yang dirasakan lebih dari 6 bulan. Nyeri kronis ini memiliki pola yang beragam dan bisa berlangsung berbulan-bulan bahkan bertahun-tahun. Ragam pola nyeri ini ada yang nyeri dalam periode tertentu yang diselingi dengan interval bebas dari nyeri, lalu nyeri akan timbul kembali. Ada pula nyeri kronis yang konstan yaitu rasa nyeri yang terus-menerus terasa, bahkan semakin meningkat intensitasnya walaupun telah diberikan pengobatan. Misalnya, pada nyeri karena neoplasma (Sutanto & Fitriana, 2021).

f. Stimulus nyeri

Seseorang dapat menoleransi, menahan nyeri (*pain tolerance*), atau dapat mengenali jumlah stimulasi nyeri sebelum merasakan nyeri (*pain threshold*). Terdapat beberapa jenis stimulus nyeri, diantaranya sebagai berikut.

- 1) Trauma pada jaringan tubuh misalnya karena bedah akibat terjadinya kerusakan jaringan dan iritasi secara langsung pada reseptor.
- 2) Gangguan pada jaringan tubuh, misalnya karena edemak akibat terjadinya penekanan pada reseptor nyeri.
- 3) Tumor, dapat juga menekan pada reseptor nyeri.
- 4) Iskemia pada jaringan, misalnya terjadi blokade pada arteri koronaria yang menstimulasi reseptor nyeri akibat tertumpuknya asam laktat.
- 5) Spasme otot, dapat menstimulasi mekanik (Sutanto & Fitriana, 2021).

g. Faktor-faktor yang memengaruhi nyeri

Pengalaman nyeri pada seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa hal, diantaranya sebagai berikut.

1) Usia

Usia merupakan faktor penting yang memengaruhi nyeri, khususnya pada anak-anak dan lansia. Perkembangan, yang ditemukan diantara kelompok usia ini dapat mempengaruhi bagaimana anak-anak dan lansia bereaksi 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.

2) Jenis kelamin

Karakteristik jenis kelamin dan hubungannya dengan sifat keterpaparan dan tingkat kerentanan memegang peranan tersendiri. Berbagai penyakit tertentu ternyata erat hubungannya dengan jenis kelamin, dengan berbagai sifat tertentu. Penyakit yang hanya dijumpai pada jenis kelamin tertentu, terutama yang berhubungan erat dengan alat reproduksi atau yang secara genetik 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 memperhatikan jenis kelamin. Meskipun perempuan dalam mengekspresikan nyerinya, pengobatan ditemukan lebih sedikit pada perempuan, Perempuan lebih suka mengkomunikasikan rasa sakitnya, sedangkan laki-laki menerima analgesik opioid lebih sering sebagai pengobatan untuk nyeri.

3) 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.

4) Makna nyeri

Individu akan mempersepsikan nyeri dengan cara yang berbeda-beda.

5) Perhatian

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

6) Ansietas

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. Sering kali, lebih berpengalaman individu dengan nyeri yang dialami, makin takut individu tersebut terhadap peristiwa yang menyakitkan yang akan diakibatkan.

7) 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. Sering kali, lebih berpengalaman individu dengan nyeri yang dialami, makin takut individu tersebut terhadap peristiwa yang menyakitkan yang akan diakibatkan.

8) Gaya coping

Mekanisme coping 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 klien kehilangan kontrol dan tidak mampu untuk mengontrol lingkungan termasuk nyeri. Klien sering menemukan jalan untuk mengatasi efek nyeri baik fisik

maupun psikologis. Penting untuk mengerti 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 metode teknik. Seorang klien mungkin tergantung pada dukungan 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.

9) Dukungan keluarga dan sosial

Faktor lain yang juga mempengaruhi respon terhadap nyeri adalah kehadiran dari orang terdekat. Orang-orang yang sedang dalam keadaan nyeri sering bergantung pada keluarga untuk mendukung, membantu atau melindungi. Ketidakhadiran keluarga atau teman terdekat mungkin akan membuat nyeri semakin bertambah. Kehadiran orangtua merupakan hal khusus yang penting untuk anak-anak dalam menghadapi nyeri (Haswita & Sulistyowati, 2021).

h. Obat analgesik

Analgesik adalah istilah yang digunakan untuk mewakili sekelompok obat yang digunakan sebagai penahan sakit. Obat analgesik berfungsi untuk mengurangi rasa nyeri, terutama lewat daya kerjanya atas sistem saraf sentral dan mengubah respon seseorang terhadap rasa sakit (Sutanto & Fitriana, 2021).

C. Konsep Penyakit

1. Definisi

Limfoma merupakan istilah-istilah yang merujuk pada pembesaran kelenjar getah bening yang umumnya disebabkan oleh berbagai jenis kanker darah yang muncul pada sistem limfatik. Limfoma disebabkan oleh

golongan sel darah putih yaitu sel-sel B atau sel-sel T yang dalam keadaan normal berfungsi untuk menjaga daya tahan tubuh, selanjutnya akan menjadi abnormal dengan membelah diri secara cepat dari sel biasa atau hidup lebih lama dari biasanya (Risnah, 2020).

Adapun sistem limfatik merupakan sebuah sistem dalam tubuh yang mengedarkan cairan getah bening melalui kontraksi otot yang berdekatan dengan kelenjar tertentu. Memiliki jaringan pembuluh dengan katup dan kelenjar pada tempat-tempat tertentu. Kelenjar getah bening akan menyaring benda asing dari getah bening dan juga berfungsi mengangkut lemak yang diserap di usus halus ke hati (Kemenkes, 2015).

Limfoma maligna adalah jenis keganasan sel yang mulai menyerang sel-sel yang ada dalam kekebalan tubuh. Secara umum, limfoma maligna terbagi menjadi 2 kategori yaitu limfoma hodgkin, yang ditandai dengan adanya jenis sel yang disebut sel *Reed-Sternberg*. Kategori lainnya adalah limfoma non-Hodgkin, yang meliputi kelompok keganasan pada sel sistem kekebalan yang besar dan beragam (Risnah, 2020).

2. Etiologi

Penyebab limfoma maligna sampai saat ini belum diketahui pasti dan masih dilakukan penelitian terkait. Hasil penelitian terkini melaporkan bahwa faktor risiko tertentu dapat meningkatkan besarnya peluang untuk mengembangkan limfoma maligna. Faktor risiko yang dimaksud diantaranya, perubahan genetik, infeksi tertentu (misalnya infeksi oleh *Virus Immunodefisiensi*), radiasi, bahan kimia, dan penyakit pada sistem kekebalan tubuh (seperti artritis reumatoid, AIDS dan agen immunosupresif yang digunakan setelah tindakan transplantasi organ) (Risnah, 2020).

Berikut dijabarkan beberapa faktor predisposisi limfoma maligna:

a. Usia

Penyakit limfoma maligna lebih umum ditemukan di usia dewasa muda yaitu antara 18-35 tahun dan pada orang yang berusia diatas 50 tahun.

b. Jenis kelamin

Penyakit limfoma maligna lebih banyak menyerang pria dibandingkan wanita.

c. Gaya hidup yang tidak sehat

Besarnya risiko terjadinya limfoma maligna cenderung meningkat pada kelompok orang yang sering terpapar sinar UV, merokok dan mengonsumsi makanan tinggi lemak (hewani).

d. Pekerjaan

Pekerjaan yang sering dikaitkan dengan kejadian limfoma maligna adalah peternak, pekerja hutan dan pertanian. Hal ini disebabkan karena adanya paparan herbisida dan pelarut organik (Risnah, 2020).

3. Klasifikasi

Limfoma maligna terbagi menjadi 2 kategori utama yaitu:

a. Limfoma maligna hodgkin

Umumnya keganasan ini terjadi karena mutasi di sel B pada system limfatik dengan hasil deteksi ditemukan sel abnormal sel *Reed Sternberg* dalam sel kanker. Umumnya pasien sudah terdiagnosis di usia 20 sampai 30 tahun. Limfoma maligna hodgkin memiliki 5 subtipe, dimana limfoma hodgkin sendiri merupakan jenis yang paling biasa disembuhkan dan biasa menyerang kelenjar getah bening yang terletak di leher dan kepala.

b. Limfoma maligna non-hodgkin

Umumnya keganasan ini terjadi karena adanya mutasi DNA pada sel B dan sel T pada sistem limfatik. Jenis keganasan ini merupakan tumor ganas yang berbentuk padat dan berasal dari jaringan limforetikuler dan memiliki 30 subtipe yang masih berkembang. Limfoma non-hodgkin biasanya pertumbuhannya cenderung lambat (*indolent*) dan terdapat pulan jenis dengan pertumbuhan cepat (*aggressive*). Umumnya, Jenis ini didiagnosis di usia 60 tahun.

4. Tahapan

Terdapat beberapa tahapan dalam stadium limfoma non-hodgkin, diantaranya terdiri atas:

a. Stadium 1

Sel kanker mulanya akan berkumpul menjadi sebuah kelompok didaerah tertentu pada kelenjar getah bening. Contohnya di leher atau di bawah ketiak.

b. Stadium 2

Sel limfoma yang berada di kelenjar getah bening berjumlah sekurang-kurangnya 2 kelompok.

c. Stadium 3

Sel limfoma ditemukan pada kelompok kelenjar getah bening bagian atas maupun daerah di bawah diafragma, atau limfoma berada di sekitar organ atau jaringan kelenjar getah bening lainnya.

d. Stadium 4

Pada stadium ini, sel limfoma sudah menyebar ke organ lain atau jaringan selain di kelenjar getah bening, dapat juga berada didalam organ hati atau sum-sum tulang belakang (Risnah, 2020).

5. Patofisiologi

Pada tahapan awal, sel induk multipotensial akan mengalami transformasi atau perubahan bentuk ke sel progenitor limfosit dan selanjutnya akan melakukan diferensiasi melewati 2 jalur. Dua jalur tersebut yaitu, beberapa sel dalam kelenjar timus akan mengalami pematangan untuk menjadi limfosit T. Beberapa sel lain dalam kelenjar limfe atau tetap berada dalam sum-sum tulang akan berdiferensiasi menjadi limfosit B. Sel T dan sel B akan mengalami pengaktifan serta berproliferasi jika ada rangsangan dari antigen. Fungsi imunitas seluler dijalankan oleh dan limfosit B akan aktif dengan menjadi *imunoblas* yang membentuk sel plasma (*imunoglobulin*). Sel-sel induk multipotensial di dalam sumsum tulang akan menghasilkan sel limfosit dalam kelenjar limfe.

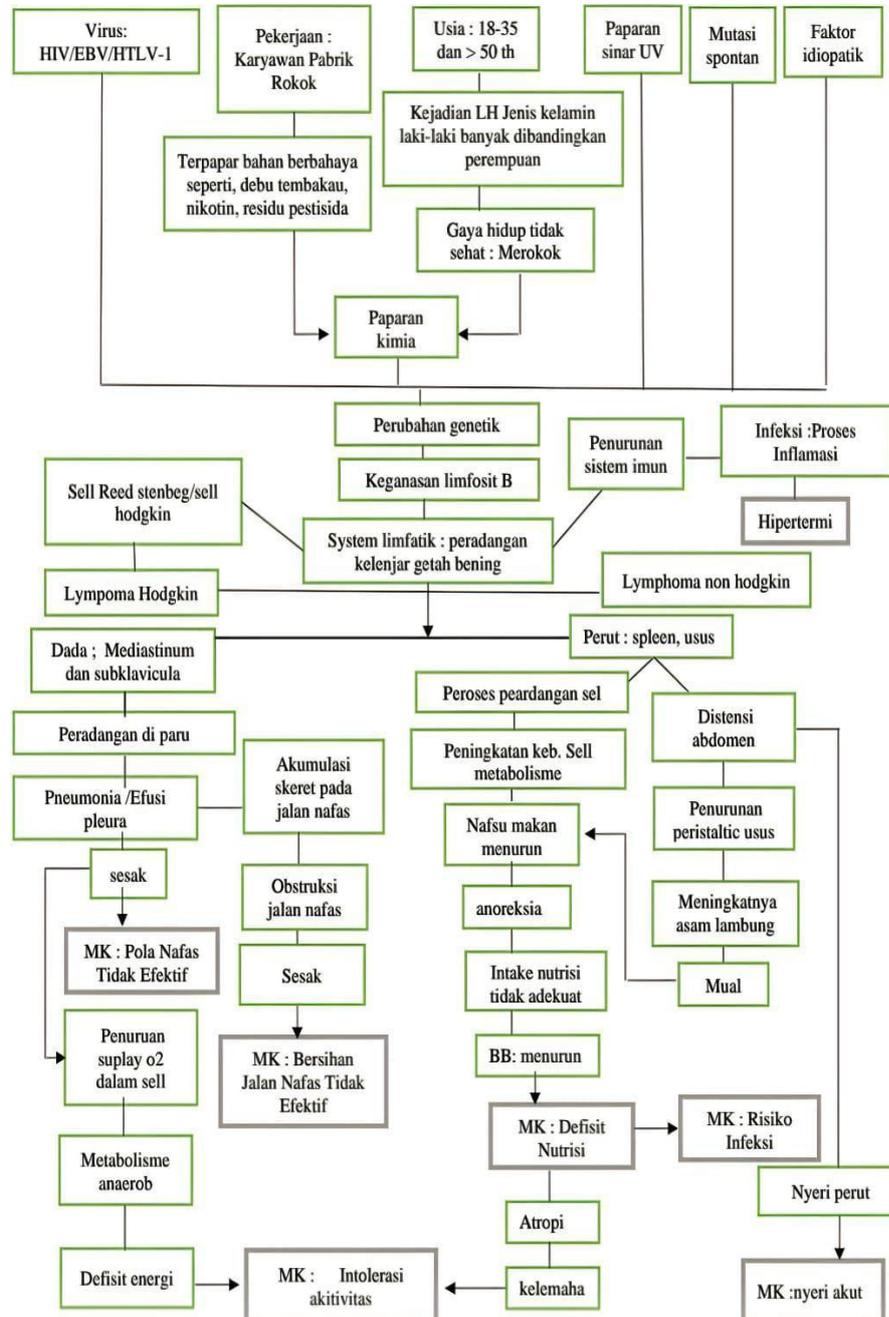
Limfoma maligna merupakan keganasan yang berasal dari sel limfosit, berawal dari nodus limfe, dan dapat melibatkan jaringan limfoid didalam limpa, traktus gastrointestinal (misalnya dinding lambung), hati atau sumsum tulang. Terjadinya mutasi gen pada salah satu sel (sel limfosit tua)

yang sedang dalam proses transformasi menjadi imunoblas (terjadi akibat adanya rangsangan imunogen) akan menyebabkan perubahan limfosit normal menjadi sel limfoma. Sel limfosit tua berada di luar *centrum germinativum* sedangkan *imunoblast* berada di bagian paling sentral *centrum germinativum*. Apabila membesar maka dapat menimbulkan tumor dan apabila tidak ditangani secara dini maka menyebabkan limfoma maligna, proses ini terjadi didalam kelenjar getah bening.

Adanya proliferasi abnormal pada tumor akan memberi penekanan atau penyumbatan pada organ tubuh yang terkena. Tumor ini dapat bermula di bagian kelenjar getah bening (nodal) atau diluar kelenjar getah bening (ekstra nodal). Gejala secara fisik dapat timbul berupa, benjolan yang kenyal, mudah digerakkan (pada leher, ketiak atau pangkal paha). Pembesaran kelenjar tadi dapat dimulai dengan gejala penurunan berat badan, demam, keringat malam, jika terdapat gejala tersebut dapat segera dicurigai sebagai limfoma.

Namun, perlu diketahui bahwa tidak semua benjolan yang terjadi di sistem limfatik merupakan keganasan atau limfoma. Benjolan tersebut dapat merupakan hasil perlawanan kelenjar limfa dengan virus yang menyerang tubuh atau mungkin sejenis tuberkulosis limfa. Umumnya, beberapa penderita akan mengalami demam *Pel-Ebstein*. Demam ini menggambarkan suhu tubuh yang meninggi selama beberapa hari dan diselingi dengan suhu normal atau suhu di bawah normal selama beberapa hari atau beberapa minggu. Gejala lainnya dapat timbul berdasarkan lokasi pertumbuhan sel-sel limfoma (Risnah, 2020).

6. Pathway



Gambar 2.2
Pathway

(Sumber: Risnah (2020), SDKI (2017))

7. Manifestasi klinis

Gejala yang sering ditemukan pada penderita limfoma maligna diantaranya sebagai berikut:

- Berat badan turun sebesar >10% selama kurun waktu 6 bulan

- b) Demam 38°C terjadi selama >1 minggu tanpa sebab yang jelas
- c) Aktif berkeringat terutama di malam hari
- d) Mudah lelah
- e) Nafsu makan berkurang
- f) Pembesaran pada daerah kelenjar getah bening yang terlibat
- g) Ditemukan benjolan yang tidak nyeri di leher, ketiak atau
- h) pangkal paha (terutama bila berukuran >2 cm); atau kadang sesak napas akibat pembesaran kelenjar getah bening mediastinum maupun splenomegali (Kemenkes, 2019).

Tiga gejala pertama harus diwaspadai karena terkait dengan prognosis yang kurang baik, begitu pula jika terdapat *Bulky Disease* (KGB berukuran > 6-10 cm atau mediastinum >33% rongga toraks). Menurut *Lymphoma International Prognostic Index*, temuan klinis yang mempengaruhi prognosis penderita LNH adalah usia >60 tahun, keterlibatan kedua sisi diafragma atau organ ekstra nodal (*Ann Arbor III/IV*) dan multifokalitas (>4 lokasi) (Risnah, 2020).

8. Pemeriksaan diagnostik

Jenis pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada limfoma maligna sebagai berikut:

a. Pemeriksaan hematologi

Melalui pemeriksaan dapat ditemukan adanya anemia, neutrofilia, eosinofilia, limfopenia, serta laju endap darah dan LDH (*lactate dehydrogenase serum*) yang meningkat pada pemeriksaan darah lengkap.

b. Pemeriksaan pencitraan

Pada pencitraan ditemukan gambaran radiopaque dari nodul unilateral atau bilateral yang berbatas tidak tegas atau dapat tegas serta konsolidasi pada pemeriksaan foto polos dada proyeksi *Posterior Anterior* (PA). Gambaran *hiperdens* dari massa jaringan lunak multipel akibat agregasi nodul pada pemeriksaan CT scan dengan kontras di daerah thorax abdomen atau pelvis.

c. Pemeriksaan histopatologik

Pada pemeriksaan histopatologi (biopsi kelenjer getah bening) dapat ditemukan adanya sel *Reed Sternberg* dengan latar belakang sel radang *pleomorf*.

d. Pemeriksaan imunohistokimia

Pada pemeriksaan imunohistokimia dapat ditemukan adanya penanda CD15, CD20 atau CD30 pada sel *Reed Sternberg*.

e. Pemeriksaan lainnya

Pemeriksaan lainnya dapat dilakukan untuk melihat penyebaran sel kanker, seperti tes fungsi hati, ginjal dan paru, ekokardiografi dan eletrokardiografi digunakan untuk mengetahui adanya tanda dan gejala keterlibatan organ lainnya selain kelenjar getah bening serta tes kehamilan pada penderita wanita muda (Risnah, 2020).

9. Penatalaksanaan

Secara umum, penatalaksanaan limfoma maligna berbeda-beda sesuai dengan tipe dan stadiumnya. Beberapa modalitas penatalaksanaan yang dapat dilakukan terdiri atas:

a. Radioterapi

Radioterapi berperan besar dalam pengobatan limfoma (khususnya limfoma hodgkin) yang metastasis penyakitnya lebih sulit diketahui. Radioimunoterapi dan *radioisotope*. Radioimunoterapi dan *radioisotope* telah banyak digunakan untuk mengobati limfoma hodgkin.

b. Kemoterapi

Kemoterapi merupakan metode pengobatan keganasan yang umum digunakan. Metode ini menggunakan obat-obatan tertentu dalam membunuh sel kanker, beragam jenis obat kemoterapi memberikan hasil yang pada limfoma.

c. Pembedahan (*surgery*)

Penatalaksanaan dengan pembedahan menjadi jenis pengobatan yang memiliki peran terbatas pada limfoma. Pada beberapa jenis limfoma, dapat menjadikan pembedaha sebagai alternatif utama, seperti limfoma

gaster yang terbatas pada perut dan bila ada risiko berupa perforasi, perdarahan masif dan obstruksi. Akan tetapi, hingga saat ini pembedahan hanya bersifat sebagai upaya untuk menegakkan diagnosis dengan *surgical biopsy*.

10. Komplikasi

Komplikasi yang dapat terjadi akibat limfoma maligna dapat dibedakan berdasarkan, komplikasi sebagai akibat dari pertumbuhan kanker tersebut dan komplikasi karena pengobatan dengan kemoterapi.

Komplikasi yang dapat muncul akibat dampak dari pertumbuhan kanker dapat berupa kelainan pada jantung, perdarahan, infeksi, pansitopenia, kelainan pada paru-paru, kelainan neurologis, sindrom vena cava superior, kompresi pada spinal cord, obstruksi hingga perdarahan pada traktus gastrointestinal, nyeri, dan jika penyakit sudah tahap leukemia akan mengalami leukositosis.

Komplikasi akibat pengobatan dengan kemoterapi dapat berupa infeksi, kelelahan, neuropati, mual dan muntah, pansitopenia, dehidrasi setelah diare atau muntah, penggunaan doksorubisin mengakibatkan toksisitas jantung, sindrom lisis tumor dan kanker sekunder.

D. Publikasi Terkait Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan yang dilakukan oleh Purnomo & Listiyanawati (2020) dengan judul “Asuhan Keperawatan Pasien Limfoma Non-Hodgkin dalam pemenuhan kebutuhan aman dan nyaman”. Rancangan studi kasus ini dilakukan untuk mengetahui gambaran asuhan keperawatan pasien LNH dalam pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman. Pengambilan data yang dilakukan dalam mengelola studi kasus ini meliputi: wawancara, observasi, dan studi dokumentasi. Subjek dalam studi kasus ini satu pasien LNH dalam pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman. Tempat pengelolaan studi kasus ini di ruang flamboyan 7 RSUD Dr. Moewardi Surakarta pada tanggal 24 Februari 2020.

Studi kasus ini adalah 1 klien LNH. Klien bernama Ny. P berusia 59 tahun, berjenis kelamin perempuan, beragama islam, beralamat Ngawi Jawa Timur.

Klien masuk pada tanggal 27 Februari 2020, dengan keluhan utama klien mengatakan pasien mengatakan ada benjolan kecil dibagian leher sebelah kiri dan lambung. Kemudian dibawa ke RSUD Dr Moewardi.

Hasil dari data pengkajian dan observasi yang diperoleh maka penulis melakukan analisa data dan merumuskan diagnosa keperawatan pada tanggal 27 Februari 2020 pukul 08.00 WIB yang didapatkan hasil data subjektif, pasien mengatakan ada benjolan kecil dibagian leher dan lambung sehingga akan menjalani program kemoterapi yang ke dua. Pasien juga mengatakan merasa khawatir akan efek samping yang ditimbulkan dari kemoterapi yang akan dijalannya nanti. Sedangkan data objektifnya yaitu pasien terlihat tegang, pasien merasa khawatir.

Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan tekanan darah 140/90 mmHg, nadi 87x/menit, pernafasan 22x/menit, suhu 36,6°C, serta hasil kusioner didapatkan pasien pasien mengalami kecemasan sedang dengan skor 24. Data kasus ini yang menjadi faktor diagnosa keperawatan yaitu ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan pasien terlihat tegang, merasa cemas (D.0080) yang terletak pada prioritas diagnosa keperawatan.

Intervensi dilakukan selama 3x24 jam bertujuan untuk verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun, perilaku gelisah menurun, perilaku tegang menurun, pola tidur membaik. Sehingga dilakukan intervensi yaitu mengukur tanda-tanda vital pasien (tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernafasan pasien, ciptakan lingkungan tenang, mengukur tanda-tanda ansietas verbal dan nonverbal, jelaskan tujuan dan manfaat relaksasi otot progresif, anjurkan klien melakukan teknik relaksasi otot progresif). Pemberian teknik relaksasi otot progresif dilakukan setiap hari selama 3 hari berturut-turut satu hari dilakukan sebanyak dua kali pagi dan sore hari selama 10-15 menit.

Implementasi pada diagnosa ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri selama 3x24 jam, dilakukan tindakan keperawatan tanggal 27 Februari 2020 pukul 07:20 WIB yaitu mengukur tanda-tanda ansietas verbal dan nonverbal dengan respon subjektif pasien mengatakan

merasa khawatir akan efek yang ditimbulkan dari kemoterapi yang akan dijalannya nanti dan respon objektif pasien terlihat tegang, khawatir, dan hasil kusioner pasien mengalami kecemasan sedang dengan skor 24. Pukul 07:30 WIB dilakukan tindakan keperawatan yaitu menjelaskan tujuan dan manfaat relaksasi otot progresif dengan respon subjektif pasien mengatakan bersedia diajarkan teknik relaksasi otot progresif dan respon objektif pasien terlihat mengerti dengan penjelasan yang diberikan.

Pukul 07:45 WIB dilakukan tindakan keperawatan: mengukur TTV dengan respon subjektif klien bersedia dilakukan TTV. Kemudian hasil pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan tekanan darah 140/90 mmHg, nadi 87 x/menit, pernafasan 22 x/menit, suhu 36,6 °C. Pukul 08:15 WIB dilakukan tindakan keperawatan: menganjurkan klien melakukan relaksasi otot progresif dengan respon subjektif pasien mengatakan tubuhnya lebih nyaman setelah dilakukan relaksasi otot progresif dan respon objektif pasien terlihat dapat melakukan setiap gerakan dari relaksasi otot progresif yang dianjurkan.

Kemudian pada pukul 16:00 WIB dilakukan tindakan keperawatan: menganjurkan klien melakukan relaksasi otot progresif dengan respon subjektif pasien mengatakan merasa lebih nyaman namun masih ada rasa khawatir dan respon objektif pasien terlihat lebih rileks, pasien terlihat lebih nyaman setelah dilakukan teknik relaksasi otot progresif.

Pada tanggal 28 Februari 2020, pukul 07:35 WIB dilakukan tindakan keperawatan: mengukur tanda-tanda vital dengan respon subjektif pasien mengatakan bersedia dilakukan TTV dan respon objektif tekanan darah 130/80 mmHg, nadi 80 x/menit, pernafasan 21 x/menit, suhu 36,4 °C. Pukul 08:15 WIB dilakukan tindakan keperawatan: menganjurkan klien melakukan relaksasi otot progresif dengan respon subjektif pasien mengatakan semakin sering melakukan relaksasi otot progresif rasa cemasnya semakin berkurang dan respon objektif pasien terlihat lebih nyaman dan pasien tidak menunjukkan gelisah.

Pukul 15:00 WIB dilakukan tindakan keperawatan: menganjurkan klien melakukan teknik relaksasi otot progresif dengan respon subjektif pasien mengatakan cemasnya semakin berkurang dan pasien sudah siap untuk

menjalani program kemoterapinya nanti sore dan respon objektif pasien tidak menunjukkan wajah tegang dan pasien terlihat rileks.

Pada tanggal 29 Februari 2020, dilakukan tindakan keperawatan pukul 07:30 WIB yaitu: mengukur tanda-tanda vital dengan respon subjektif pasien mengatakan sudah tidak merasakan cemas dan pasien mengatakan kemarin sudah menjalani program kemoterapi, untuk respon objektifnya tekanan darah 140/80 mmHg, nadi 76 x/menit, pernafasan 22 x/menit, suhu 36,0 °C. Pukul 08:00 WIB dilakukan tindakan keperawatan: menganjurkan klien melakukan relaksasi otot progresif dengan respon subjektif pasien mengatakan cemasnya sudah berkurang, pasien merasa lebih tenang dan respon objektifnya pasien terlihat lebih nyaman tidak menunjukkan wajah tegang dan gelisah.

Pukul 14:15 WIB relaksasi otot progresif dengan respon subjektif pasien mengatakan sudah tidak merasa cemas, gelisah dan tegang lagi, pasien mengatakan akan mempraktekan relaksasi otot progresif dirumah apabila merasa cemas, tegang, gelisah dan sulit tidur. Untuk respon objektifnya pasien terlihat tidak menunjukkan wajah tegang, hasil kusioner menunjukkan pasien tidak menunjukkan kecemasan dengan skor HARS 13.

Dari hasil evaluasi hari pertama sampai hari ketiga terdapat penurunan kecemasan dari kecemasan sedang 24 ke kecemasan tidak ada 13.