

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar**

##### **1. Konsep Kebutuhan Dasar**

Manusia adalah makhluk ciptaan Tuhan yang paling utama, mempunyai beberapa kebutuhan dasar yang harus terpenuhi jika ingin dalam keadaan sehat dan seimbang. Kebutuhan dasar manusia merupakan unsur-unsur yang dibutuhkan oleh manusia dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun psikologis, yang bertujuan untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan (Wardani dkk, 2023).

Menurut Abraham Maslow, membagi kebutuhan dasar manusia menjadi 5 tingkatan diantaranya kebutuhan fisiologis, kebutuhan rasa aman dan perlindungan, kebutuhan rasa cinta, memiliki dan dimiliki, kebutuhan harga diri, dan kebutuhan aktualisasi diri. Kebutuhan fisiologis terdiri atas kebutuhan pemenuhan oksigen dan pertukaran gas, cairan, makanan, eliminasi, istirahat dan tidur, aktifitas, keseimbangan temperatur tubuh dan seksual. Kebutuhan rasa aman dan perlindungan terdiri atas perlindungan dari udara dingin, panas, kecelakaan, infeksi, bebas dari ketakutan dan kecemasan. Kebutuhan rasa cinta, memiliki dan dimiliki terdiri atas kebutuhan memberi dan menerima kasih sayang, kehangatan, persahabatan, mendapat tempat dalam keluarga dan kelompok sosial. Kebutuhan harga diri berupa penilaian tentang dirinya. Kebutuhan aktualisasi diri terdiri atas kebutuhan mengenal diri dengan baik, tidak emosional, punya dedikasi tinggi, kreatif, dan percaya diri (Hidayat & Uliyah, 2015).

##### **2. Konsep Dasar Nyeri**

###### **a. Definisi nyeri**

Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan tidak menyenangkan bersifat sangat subjektif karena perasaan nyeri berbeda pada setiap orang dalam hal skala atau tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya (Saragih & Damanik, 2022).

Menurut (Wati et al., 2022), nyeri adalah suatu pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang bersifat subjektif. Keluhan sensorik yang dinyatakan seperti pegal, linu, ngilu, dan seterusnya dapat dianggap sebagai modalitas nyeri.

Nyeri merupakan pengalaman sensoris dan emosional yang tidak menyenangkan disertai oleh kerusakan jaringan secara aktual maupun potensial, yang digambarkan dalam bentuk kerusakan tersebut (Bahrudin, 2018).

(Susilo & Sukmono, 2022), menjelaskan pengkajian karakteristik nyeri dilakukan dengan pendekatan PQRST yaitu:

- 1) *Provoking and palliative*: penambah dan pengurangan nyeri  
Apa penyebab nyeri? Apa yang membuat nyeri memburuk atau berkurang?
- 2) *Quality*: kualitas nyeri  
Seperti apa nyeri tersebut? Apakah tajam? Menusuk? Seperti terbakar?
- 3) *Region and radiation*: lokasi dan penjalaran  
Di mana lokasi nyeri? Apakah nyeri menjalar? Ke mana penjalaran tersebut?
- 4) *Severity*: derajat nyeri  
Seberapa berat nyeri tersebut? Tunjukkan dalam skala nyeri
- 5) *Time*: waktu  
Kapan nyeri dimulai? Kapan nyeri muncul? Apakah ada periode bebas nyeri?

b. Klasifikasi nyeri

Klasifikasi nyeri berdasarkan waktu atau durasi terjadinya nyeri dibedakan menjadi:

1) Nyeri akut

Nyeri akut di definisikan sebagai nyeri yang dirasakan seseorang selama beberapa detik sampai dengan 6 (enam) bulan. Nyeri akut biasanya datang tiba-tiba, umumnya berkaitan dengan cedera spesifik,

jika ada kerusakan maka berlangsung tidak lama dan tidak ada penyakit sistemik, nyeri akut biasanya menurun sejalan dengan proses penyembuhan. Beberapa pustaka lain menyebutkan nyeri akut adalah bila <12 minggu. Nyeri antara 6-12 minggu adalah nyeri sub akut (Pinzon, 2016). Nyeri diatas 12 minggu adalah nyeri kronis. Nyeri akut adalah 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 (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

## 2) Nyeri kronis

Nyeri kronis sering didefinisikan sebagai nyeri yang berlangsung selama 6 (enam) bulan atau lebih. Nyeri kronis bersifat konstan atau intermiten yang menetap sepanjang satu periode waktu. Nyeri kronis dapat tidak mempunyai awitan yang ditetapkan dan sering sulit untuk diobati karena biasanya nyeri ini tidak memberikan respon terhadap pengobatan yang diarahkan pada penyebabnya (Pinzon, 2016). Nyeri kronis adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan yang berlangsung lebih dari 3 bulan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

**Tabel 1**  
**Perbedaan Nyeri Akut dan Nyeri Kronis**

<b>Karakteristik</b>	<b>Nyeri akut</b>	<b>Nyeri kronis</b>
Tujuan	Memperingatkan adanya cedera atau masalah	Tidak ada
Awitan (onset)	Mendadak	Terus menerus dan intermiten
Integritas	Ringan sampai berat	Ringan sampai berat
Durasi	< 6 bulan	> 6 bulan
Respon otonom	1. Konsisten dengan respon stress simpatis 2. Frekuensi jantung	Tidak ada respon otonom

	<p>meningkat</p> <p>3. Tekanan darah meningkat</p> <p>4. Dilatasi pupil meningkat</p> <p>5. Tegangan otot meningkat</p> <p>6. Motilitas <i>gastrointestinal</i> menurun</p> <p>7. Aliran saliva menurun</p>	
Komponen psikologis dan respon lainnya	Cemas	Depresi, mudah marah, menarik diri, tidur terganggu, libido menurun, nafsu makan menurun.
Contoh	Nyeri bedah, trauma	Nyeri kanker, arthritis

Menurut Muttaqin, 2008

c. Faktor yang mempengaruhi nyeri

Menurut Ningtyas (2023), mengatakan bahwa banyak faktor yang mempengaruhi pengalaman nyeri individu yaitu:

1) Kelemahan

Kelemahan meningkatkan persepsi terhadap nyeri dan menurunkan kemampuan untuk mengatasi masalah. Apabila kelemahan terjadi disepanjang waktu istirahat, persepsi terhadap nyeri akan lebih besar. Nyeri terkadang jarang dialami setelah tidur atau istirahat cukup.

2) Jenis kelamin

Secara umum perempuan dianggap lebih merasakan nyeri dibandingkan laki laki. Faktor biologis dan faktor psikologis dianggap turut memiliki peran dalam memengaruhi perbedaan persepsi nyeri antara jenis kelamin. Kondisi hormonal pada perempuan juga turut memengaruhi nyeri. Pada perempuan didapatkan bahwa hormon estrogen dan progesterone sangat berperan dalam sensitivitas nyeri, hormon estrogen memiliki efek pronosiseptif yang dapat merangsang proses sensitisasi sentral dan perifer. Hormon progesterone berpengaruh dalam penurunan ambang batas nyeri. Hal itu menyebabkan perempuan cenderung lebih merasakan nyeri dibandingkan laki-laki.

3) Usia

Usia seseorang akan memengaruhi seseorang tersebut terhadap sensasi nyeri baik persepsi maupun ekspresi. Perkembangan usia,

baik anak-anak, dewasa, dan lansia akan sangat berpengaruh terhadap nyeri yang dirasakan. Usia anak akan sulit untuk menginterpretasikan dan melokalisasi nyeri yang dirasakan karena belum dapat mengucapkan kata-kata dan mengungkapkan secara verbal maupun mengekspresikan nyeri yang dirasakan sehingga nyeri yang dirasakan biasanya akan diinterpretasikan kepada orang tua atau tenaga kesehatan.

#### 4) Genetik

Informasi genetik yang diturunkan dari orang tua memungkinkan adanya peningkatan atau penurunan sensitivitas seseorang terhadap nyeri. Gen yang ada di dalam tubuh seseorang dibentuk dari kombinasi gen ayah dan ibu. Gen yang paling dominan yang akan menentukan kondisi dan psikologis seseorang.

#### 5) Faktor Psikologis

Faktor psikologis yang memengaruhi ekspresi tingkah laku juga ikut serta dalam persepsi nyeri. Tingkat depresi dan gangguan kecemasan yang lebih tinggi pada perempuan menunjukkan adanya kontribusi jenis kelamin terhadap skala nyeri. Tingkat dan kualitas nyeri yang diterima klien berhubungan dengan arti nyeri tersebut. Kecemasan kadang meningkatkan persepsi terhadap nyeri, tetapi nyeri juga menyebabkan perasaan cemas. Respon emosional pada nyeri melibatkan girus cingulat anterior dan korteks prefrontal ventral kanan. Sirkuit serotonin dan norepinefrin juga terlibat dalam modulasi stimulus sensoris, yang mungkin memengaruhi bagaimana depresi dan pengobatan antidepresan berefek pada persepsi nyeri.

#### 6) Pengalaman sebelumnya

Frekuensi terjadinya nyeri dimana dimasa lampau cukup sering tanpa adanya penanganan atau penderitaan adanya nyeri menyebabkan kecemasan bahkan ketakutan yang timbul secara berulang. Jika orang tersebut belum merasakan nyeri sebelumnya maka akan tersiksa dengan keadaan tersebut. Sebaliknya, jika seseorang sudah mengalami nyeri yang sama maka akan dianggap

biasa, karena sudah paham tindakan apa yang dilakukan untuk menghilangkan rasa nyeri tersebut.

#### 7) Budaya

Etnis dan warisan budaya telah lama dikenal berpengaruh pada nyeri dan manifestasinya. Individu akan belajar dari apa yang diharapkan dan diterima dalam budayanya termasuk dalam merespon rasa sakit.

#### d. Penilaian nyeri

Menurut (Haswita & Sulistyowati, 2017) 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.

**Tabel 2**  
**Skala nyeri menurut Hayward**

Skala	keterangan
0	Tidak nyeri
1-3	Nyeri ringan
4-6	Nyeri sedang
7-9	Nyeri berat terkontrol
10	Nyeri berat tidak terkontrol

Sumber: Haswita & Sulistyowati, 2017

Menurut (Yudiyanta et al., 2015) ada empat penilaian nyeri yaitu:

#### 1) *Visual Analog Scale* (VAS)

Skala analog visual (VAS) adalah cara yang paling banyak digunakan untuk menilai nyeri. Skala linier ini menggambarkan secara visual gradasi tingkat nyeri yang mungkin dialami seorang pasien. Rentang nyeri diawali sebagai garis sepanjang 10 cm, dengan atau tanpa pada tiap sentimeter. Tanda pada kedua ujung garis ini dapat berupa angka atau pernyataan deskriptif. Ujung yang satu mewakili tidak ada nyeri, sedangkan ujung yang lain mewakili rasa nyeri terparah yang mungkin terjadi. Skala dapat dibuat vertikal atau horizontal. *Visual Analog Scale* (VAS) juga dapat diadaptasi menjadi skala hilangnya/ reda pada nyeri. Digunakan pada pasien anak >8

tahun dan dewasa. Manfaat utama *Visual Analog Scale* (VAS) adalah penggunaannya sangat mudah dan sederhana. Namun, untuk periode pascabedah *Visual Analog Scale* (VAS) tidak banyak bermanfaat karena *Visual Analog Scale* (VAS) memerlukan koordinasi visual dan motorik serta kemampuan konsentrasi.

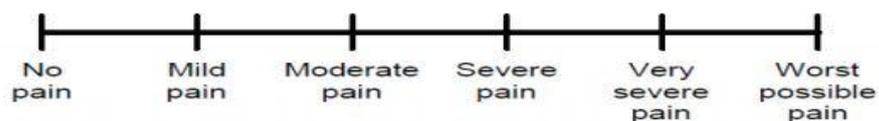


**Gambar 1**  
***Visual Analog Scale* (VAS)**

Sumber: Yudiyanta et al., 2015

## 2) *Verbal Rating Scale* (VRS)

Skala ini menggambarkan angka-angka dari 0 sampai 10 untuk menggambarkan tingkat nyeri. Dua ujung ekstrem juga digunakan pada skala ini, sama pada *Visual Analog Scale* (VAS) atau skala reda nyeri. Skala numerik verbal ini lebih bermanfaat pada periode pascabedah, karena secara alami verbal/kata-kata tidak terlalu mengandalkan koordinasi visual dan motorik. Skala verbal menggunakan kata-kata dan bukan garis atau angka untuk menggambarkan tingkat nyeri. Skala yang digunakan dapat berupa tidak ada nyeri, sedang, parah. Hilang/redanya nyeri dapat dinyatakan sebagai sama sekali tidak hilang, sedikit berkurang, cukup berkurang, baik/hilang nyeri sama sekali. Karena skala ini membatasi pilihan kata pasien, skala ini tidak dapat membedakan tipe nyeri.

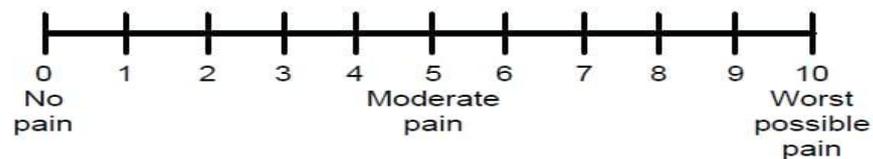


**Gambar 2**  
***Verbal Rating Scale* (VRS)**

Sumber: Yudiyanta et al., 2015

### 3) *Numeric Rating Scale (NRS)*

Dianggap sederhana dan mudah dimengerti, sensitif terhadap dosis, jenis kelamin, dan perbedaan etnis. Lebih baik daripada *Visual Analog Scale (VAS)* terutama untuk menilai nyeri akut. Namun, kekurangannya adalah keterbatasan pilihan kata untuk menggambarkan rasa nyeri, tidak memungkinkan untuk membedakan tingkat nyeri dengan lebih teliti dan dianggap terdapat jarak yang sama antar kata yang menggambarkan efek analgesik.



**Gambar 3**  
***Numeric Rating Scale (NRS)***

Sumber: Yudiyanta et al., 2015

### 4) *Wong Baker Rating Scale*

Digunakan pada pasien dewasa dan anak >3 tahun yang tidak dapat menggambarkan intensitas nyerinya dengan angka.



**Gambar 4**  
***Wong Baker Rating Scale***

Sumber: Yudiyanta et al., 2015

### e. Penatalaksanaan nyeri

#### 1) Intervensi Non Farmakologi

Relaksasi dan imajinasi terbimbing (*guided imagery*), distraksi (alih fokus perhatian dan dukungan orang tua atau terdekat), terapi

musik, *cutaneous stimulation, massage, acupressure, Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS)*, herbal, menurunkan persepsi nyeri.

## 2) Intervensi Farmakologi (pemberian analgesik)

Semua obat yang mempunyai efek analgesik biasanya efektif untuk mengatasi nyeri. Hal tersebut dimungkinkan karena nyeri akan mereda atau hilang seiring dengan laju penyembuhan jaringan yang rusak atau sakit. Penatalaksanaan nyeri secara farmakologi melibatkan tipe analgesik yaitu non opioids *acetaminophen dan Non Steroid Anti Inflammatory Drugs (NSAIDs)*, *opioids (narcotics)*, serta *adjuvants*.

## B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

### 1. Pengkajian

Pengkajian adalah proses pengumpulan data secara sistematis yang bertujuan untuk menentukan status kesehatan dan fungsional pasien pada saat ini dan waktu sebelumnya, serta untuk menentukan pola respon pasien saat ini dan waktu sebelumnya. Pengkajian keperawatan adalah tahap dasar dari seluruh proses keperawatan dengan tujuan mengumpulkan informasi dan data-data pasien. Supaya dapat mengidentifikasi masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan klien, baik fisik, mental, sosial dan lingkungan (Hadinata, Dian & Abdillah, 2018).

Pengkajian tersebut meliputi:

- a. Data dasar: pengumpulan data pada pasien dan keluarga di lakukan dengan cara anamnesa, pemeriksaan fisik dan melalui pemeriksaan penunjang (hasil laboratorium).
- b. Identitas pasien: meliputi nama lengkap, tempat/tanggal lahir, umur, jenis kelamin, agama, alamat, pendidikan, pekerjaan, tanggal masuk rumah sakit, dan nomor *medical record (MR)*.
- c. Keluhan utama: biasanya pasien datang kerumah sakit dengan keluhan seperti pendarahan intra servikal dan disertai keputihan yang menyerupai air dan berbau. Pasien kanker serviks post kemoterapi

biasanya datang dengan keluhan mual muntah yang berlebihan, tidak nafsu makan, anemia.

- d. Riwayat kesehatan sekarang: biasanya pasien pada stadium awal tidak merasakan keluhan yang mengganggu, baru pada stadium akhir yaitu stadium 3 dan 4 timbul keluhan seperti keputihan yang berbau busuk, perdarahan setelah melakukan hubungan seksual, rasa nyeri disekitar vagina, nyeri pada panggul. Pasien kanker serviks post kemoterapi biasanya mengalami keluhan mual muntah yang berlebihan, tidak nafsu makan, dan anemia.
- e. Riwayat kesehatan terdahulu: biasanya pada pasien kanker serviks memiliki riwayat kesehatan dahulu seperti riwayat penyakit keputihan, riwayat penyakit *Human Immunodeficiency Virus (HIV)/Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)*. Pasien kanker servik post kemoterapi biasanya ada riwayat penyakit keputihan dan riwayat penyakit *Human Immunodeficiency Virus (HIV)/Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)*.
- f. Riwayat kesehatan keluarga: biasanya riwayat keluarga adalah salah satu faktor yang paling mempengaruhi karena kanker bisa dipengaruhi oleh kelainan genetika. Keluarga yang memiliki riwayat kanker didalam keluarganya lebih berisiko tinggi terkena kanker dari pada keluarga yang tidak ada riwayat didalam keluarganya.
- g. Riwayat kebiasaan sehari-hari: biasanya meliputi pemenuhan kebutuhan nutrisi, eliminasi, aktivitas pasien sehari-hari, pemenuhan kebutuhan istirahat dan tidur. Pasien kanker serviks post kemoterapi biasanya mengalami keluhan tidak nafsu makan, kelelahan, gangguan pola tidur.
- h. Pemeriksaan fisik, meliputi:
  - 1) Keadaan umum: biasanya pasien kanker serviks post kemoterapi sadar, lemah dan tanda-tanda vital normal (120/80 mmHg).
  - 2) Kepala: biasanya pada pasien kanker serviks post kemoterapi mengalami rambut rontok, mudah tercabut.

- 3) Mata: biasanya pada pasien kanker serviks post kemoterapi mengalami konjungtiva anemis dan sklera ikterik.
  - 4) Leher: biasanya pada pasien kanker serviks post kemoterapi tidak ada kelainan.
  - 5) Dada: biasanya pada pasien kanker serviks post kemoterapi tidak ada kelainan.
  - 6) Jantung: biasanya pada pasien kanker serviks post kemoterapi tidak ada kelainan.
  - 7) Abdomen: biasanya pada pasien kanker serviks post kemoterapi tidak ada kelainan.
  - 8) Genetalia: biasanya pada pasien kanker serviks mengalami sekret berlebihan, keputihan, peradangan, pendarahan dan lesi. Pada pasien kanker serviks post kemoterapi biasanya mengalami perdarahan pervaginam.
  - 9) Ekstermitas: biasanya pada pasien kanker serviks yang stadium lanjut mengalami edema dan nyeri.
- i. Pemeriksaan penunjang: biasanya pada pasien kanker serviks post kemoterapi mengalami anemia karna penurunan Hemoglobin. Nilai normalnya haemoglobin wanita (12-16 gr/dl).
2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinik tentang respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan aktual atau potensial, sebagai dasar seleksi intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan sesuai dengan kewenangan perawat (Hadinata, Dian & Abdillah, 2018).

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Diagnosa yang biasanya muncul pada pasien dengan gangguan rasa aman dan nyaman nyeri yaitu:

a. Nyeri Akut

Definisi: pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Penyebab:

- 1) Agen pencedera fisiologis
- 2) Agen pencedera kimiawi
- 3) Agen pencedera fisik

Gejala dan tanda mayor

Subjektif:

- a) Mengeluh nyeri

Objektif:

- a) Tampak meringis
- b) Bersikap protektif (misalnya: waspada, posisi menghindari nyeri)
- c) Gelisah
- d) Frekuensi nadi meningkat
- e) Sulit tidur

Gejala dan tanda minor

Subjektif:

- a) Tidak ada

Objektif:

- a) Tekanan darah meningkat
- b) Pola napas berubah
- c) Nafsu makan menurun
- d) Proses berpikir terganggu
- e) Menarik diri
- f) Berfokus pada diri sendiri
- g) *Diaforesis*

Kondisi klinis terkait:

- a) Kondisi pembedahan
  - b) Cedera traumatis
  - c) Infeksi
  - d) Sindrom koroner akut
  - e) *Glaukoma*
- b. Nyeri Kronis

Definisi: pengalaman sensorik atau emosional yang berhubungan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan serangan mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan, yang berlangsung lebih dari 3 bulan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Penyebab:

- 1) Kondisi muskuloskeletal kronis
- 2) Kerusakan sistem saraf
- 3) Penekanan saraf
- 4) Tumor infiltrasi
- 5) Kesesuaian neurotransmitter, neuromodulator, dan reseptor
- 6) Gangguan imunitas (misalnya: neuropati terkait HIV, virus *varicella-zoster*)
- 7) Gangguan fungsi metabolik
- 8) Riwayat posisi kerja statistik
- 9) Peningkatan indeks massa tubuh
- 10) Kondisi pasca trauma
- 11) Tekanan emosional
- 12) Riwayat keberadaan (misalnya: fisik, psikologis, seksual)
- 13) Riwayat teknis obat/zat

Gejala dan tanda mayor

Subjektif:

- a) Mengeluh nyeri
- b) Merasa depresi (tertekan)

Objektif:

- a) Tampak meringis
- b) Gelisah
- c) Tidak mampu menuntaskan aktivitas

Gejala dan tanda mayor

Subjektif:

- a) Merasa takut mengalami cedera berulang

Objektif:

- a) Bersifat protektif (misalnya posisi menghindari nyeri)
- b) Waspada
- c) Pola tidur berubah
- d) Anoreksia
- e) Fokus menyempit
- f) Berfokus pada diri sendiri

Kondisi klinis terkait:

- a) Kondisi kronis (misalnya *arthritis rheumatoid*)
- b) Infeksi
- c) Cedera *medulla spinalis*
- d) Konsisi pasca trauma
- e) Tumor

### 3. Intervensi Nyeri

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan (Hadinata, Dian & Abdillah, 2018). Intervensi keperawatan merupakan segala bentuk terapi yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan, dan pemulihan kesehatan klien individu, keluarga, dan komunitas (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Adapun intervensi pada pasien nyeri yaitu:

**Tabel 3**  
**Intervensi Nyeri**

No	Diagnosa Keperawatan	Intervensi Utama	Intervensi Pendukung
1.	1. Nyeri akut 2. nyeri kronis Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun Kriteria hasil : - Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat - Keluhan nyeri menurun - Meringis menurun - Sikap protektif menurun - Gelisah menurun - Menarik diri menurun - Berfokus pada diri sendiri menurun - Diaforesis menurun - Perasaan depresi (tertekan) menurun - Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun - Anoreksia menurun - Muntah dan mual menurun - Frekuensi nadi membaik - Pola napas membaik - Tekanan darah membaik - Proses berpikir membaik - Fokus membaik - Perilaku membaik - Nafsu makan membaik - Pola tidur membaik	Manajemen Nyeri Observasi - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Mengidentifikasi skala nyeri - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Memeriksa TTV - Berikan terapi nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misalnya: akupresur, terapi music, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin) - Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri - Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri - Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri	1. Aromaterapi 2. Dukungan hypnosis diri 3. Dukungan pengungkapan kebutuhan 4. Edukasi efek samping obat 5. Edukasi menejemen nyeri 6. Edukasi proses penyakit 7. Edukasi teknik napas 8. Kompres dingin 9. Kompres hangat 10. Konsultasi 11. Latihan pernapasan 12. Menejemen efek samping obat 13. Menejemen kenyamanan lingkungan 14. Menejemen medikasi 15. Menejemen sedasi 16. Menejemen terapi radiasi 17. Pemantauan nyeri 18. Pemberian obat 19. Pemberian obat intravena 20. Pemberian obat oral 21. Pemberian obat intravena 22. Pemberian obat topikal 23. Pengaturan posisi 24. Perawatan amputasi 25. Perawatan kenyamanan 26. Teknik distraksi 27. Teknik imajinasi terbimbing 28. Terapi akupresur 29. Terapi akupuntur 30. Terapi bantuan hewan 31. Terapi humor 32. Terapi murattal 33. Terapi music 34. Terapi pemijatan 35. Terapi relaksasi 36. Terapi sentuhan 37. Transcutaneous Elektrical Nerve Stimulation (TENS)

#### 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah perilaku atau aktivitas yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (Tim Pokja DPP PPNI, 2018). Implementasi keperawatan terdiri dari beberapa komponen, yaitu sebagai berikut:

- a. Mencatat waktu dan tanggal pelaksanaan.
- b. Mencatat diagnosa keperawatan nomor berapa yang dilakukan intervensi tersebut.
- c. Mencatat semua jenis intervensi keperawatan.
- d. Serta memberikan tanda tangan dan nama jelas perawat satu tim kesehatan yang telah melakukan intervensi kepada pasien.

#### 5. Evaluasi Keperawatan

Fase akhir dari proses keperawatan adalah evaluasi terhadap asuhan keperawatan yang diberikan. Hal-hal yang dievaluasi adalah keakuratan, kelengkapan dan kualitas data, teratasi atau tidak masalah pasien, mencapai tujuan serta ketepatan intervensi keperawatan. Evaluasi dapat dilakukan menggunakan SOAP (*Subjective, Objective, Assesment, and Planning*).

- a. S: Respon subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan
- b. O: Respon objektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan
- c. A: Analisa data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah teratasi, masalah teratasi sebagian, masalah tidak teratasi, atau muncul masalah baru.
- d. P: Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisa pada respon pasien.

**Tabel 4**  
**Kriteria Hasil Evaluasi Nyeri Kronis**

Tingkat nyeri	L.08066
Definisi: pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konsisten	

Ekspetasi					
Kriteria Hasil					
	Menurun	Cukup menurun	Sedang	Cukup meningkat	Meningkat
Kemampuan menuntaskan aktivitas	1	2	3	4	5
	Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun
Keluhan nyeri	1	2	3	4	5
Meringis	1	2	3	4	5
Sikap protektif	1	2	3	4	5
Gelisah	1	2	3	4	5
Kesulitan tidur	1	2	3	4	5
Menarik diri	1	2	3	4	5
Berfokus pada diri sendiri	1	2	3	4	5
Diaphoresis	1	2	3	4	5
Perasaan depresi (tertekan)	1	2	3	4	5
Perasaan takut mengalami cedera berulang	1	2	3	4	5
Anoreksia	1	2	3	4	5
Perinrum terasa tertekan	1	2	3	4	5
Uterus terapa membulat	1	2	3	4	5
Ketegangan otot	1	2	3	4	5
Pupil dilatasi	1	2	3	4	5
Muntah	1	2	3	4	5
Mual	1	2	3	4	5
	Memburuk	Cukup memburuk	Sedang	Cukup membaik	Membaik
Frekuensi nadi	1	2	3	4	5
Tekanan darah	1	2	3	4	5
Proses berfikir	1	2	3	4	5
Fokus	1	2	3	4	5
Fungsi berkemih	1	2	3	4	5
Perilaku	1	2	3	4	5
Nafsu makan	1	2	3	4	5
Pola tidur	1	2	3	4	5

### C. Tinjauan Konsep Penyakit Kanker Serviks

#### 1. Definisi Kanker Serviks

Kanker serviks dikenal dengan istilah kanker leher rahim. Kanker ini terjadi pada daerah leher rahim yaitu daerah pada organ reproduksi perempuan yang merupakan pintu masuk kearah rahim. Letaknya di antara rahim (uterus) dengan liang senggama perempuan (vagina). Kanker serviks adalah penyakit akibat tumor ganas pada daerah mulut

rahim sebagai akibat dari adanya pertumbuhan jaringan yang tidak terkontrol dan merusak jaringan normal di sekitarnya (Susilawati, 2021).

## 2. Etiologi Kanker Serviks

Menurut Pratiwi & Nawangsari (2021), kanker serviks disebabkan oleh infeksi *Human Papilloma Virus* (HPV). Lebih dari 90% kanker serviks jenis skuamosa mengandung DNA virus HPV dan 50% kanker serviks berhubungan dengan HPV tipe 16. Pada permulaan kanker, tidak ada tanda dan gejala yang khusus pada penderita. Tanda seperti keputihan yang tidak gatal dan perdarahan abnormal per vaginam setelah melakukan aktivitas seksual atau keluarnya darah dari vagina di luar saat menstruasi merupakan keluhan utama pasien yang dicurigai menderita kanker serviks.

*Human Papilloma Virus* (HPV) merupakan penyebab dari kanker serviks. Sedangkan penyebab banyak kematian pada kaum wanita adalah virus HPV tipe 16 dan 18. Virus ini sangat mudah berpindah dan menyebar, tidak hanya melalui cairan, tapi juga bisa berpindah melalui sentuhan kulit. Selain itu, penggunaan wc umum yang sudah terkena virus HPV, dapat menjangkit seseorang yang menggunakannya jika tidak membersihkannya dengan baik.

Selain itu, kebiasaan hidup yang kurang baik juga bisa menyebabkan terjangkitnya kanker serviks ini. Seperti kebiasaan merokok, kurangnya asupan vitamin terutama vitamin c dan vitamin e serta kurangnya asupan asam folat. Kebiasaan buruk lainnya yang dapat menyebabkan kanker serviks adalah seringnya melakukan hubungan intim dengan berganti pasangan, melakukan hubungan intim dengan pria yang sering berganti pasangan dan melakukan hubungan intim pada usia dini (melakukan hubungan intim pada usia <16 tahun bahkan dapat meningkatkan risiko 2x terkena kanker serviks). Faktor lain penyebab kanker serviks adalah adanya keturunan kanker, penggunaan pil KB dalam jangka waktu yang sangat lama, terlalu sering melahirkan.

Adapun faktor risiko terjadinya kanker serviks antara lain: aktivitas seksual pada usia muda, berhubungan seksual dengan multipartner,

merokok, mempunyai anak banyak, sosial ekonomi rendah, pemakaian pil KB (dengan HPV negatif atau positif), penyakit menular seksual, dan gangguan imunitas.

### 3. Manifestasi Klinis

Menurut Sholikah (2023), seperti kanker pada umumnya saat baru menyerang penderita kanker serviks tidak memiliki tanda-tanda tertentu. Seringkali, gejala timbul disaat penderitanya sudah memasuki stadium lanjutan. Gejala-gejala yang ada pada penderita kanker serviks stadium lanjut adalah:

- a. Merasa nyeri yang sangat hebat saat berhubungan seksual.
- b. Cairan yang keluar dari vagina mengandung darah berwarna merah muda, coklat, atau putih, dan memiliki bau yang tak sedap. Cairan ini berlangsung selama sehari-hari bahkan bulan.
- c. Pendarahan berlebih pada saat siklus menstruasi atau diluar siklus.
- d. Perubahan siklus menstruasi yang menjadi lebih panjang dari biasanya, terjadi hingga lebih dari batas normal (tujuh hari).

### 4. Stadium Kanker Serviks

Menurut (Karim et al., 2021) berikut adalah stadium kanker serviks:



**Gambar 5**  
**Stadium Kanker Serviks**

Sumber: (Karim et al., 2021)

**Tabel 5**  
**Stadium Kanker Serviks**

Stadium		Perkembangan
Stadium	0	Pertumbuhan (kanker) karsinoma terjadi pada jaringan epitel leher rahim
	I	Pertumbuhan kanker masih terbatas pada leher rahim
	Ia	Secara mikroskopis, kanker telah menginvasi jaringan (terjadi penetrasi). Tingkat invasi sel kanker: kedalaman < 5 mm, sedangkan lebarnya < 7 mm
	Ia 1	Ukuran invasi mempunyai kedalaman < 3 mm dan lebar < 7 mm
	Ia 2	Kedalaman invasi > 3 mm dan < 5 mm, lebar < 7 mm
Stadium	Ib	Terjadi lesi yang ukurannya lebih besar dari lesi yang terjadi pada stadium Ia
	Ib 1	Ukuran tumor < 4 cm
	Ib 2	Tumor > 4 cm
Stadium	II	Karsinoma meluas sampai keluar leher rahim tetapi belum sampai dinding pelvis; karsinoma menyerang vagina tapi belum mencapai 1/3 vagina bagian bawah
	IIa	Belum ada parameter yang jelas
	IIb	Parameter jelas
Stadium	III	Karsinoma meluas ke dinding pelvis; pada pemeriksaan rektal, tidak terlihat adanya ruang kosong antara tumor dan dinding pelvis; tumor menyerang 1/3 vagina bagian bawah; pada semua kasus juga ditemukan adanya <i>hidronefrosis</i> atau ginjal tidak berfungsi
	IIIa	Kanker tidak menjalar ke dinding pelvis, tapi menyerang 1/3 vagina bagian bawah
	IIIb	Menjalar ke dinding pelvis, terjadi <i>hidronefrosis</i> atau kegagalan fungsi ginjal, atau keduanya
Stadium	IV	Karsinoma meluas melewati pelvis atau mukosa kandung kemih atau rektal
	IVa	Menyebar ke organ yang berdekatan
	IVb	Menyebar ke organ yang jauh

Sumber: (Karim et al., 2021)

## 5. Pemeriksaan Diagnostik Kanker Serviks

Pemeriksaan diagnostik untuk menentukan kanker serviks sebagai berikut:

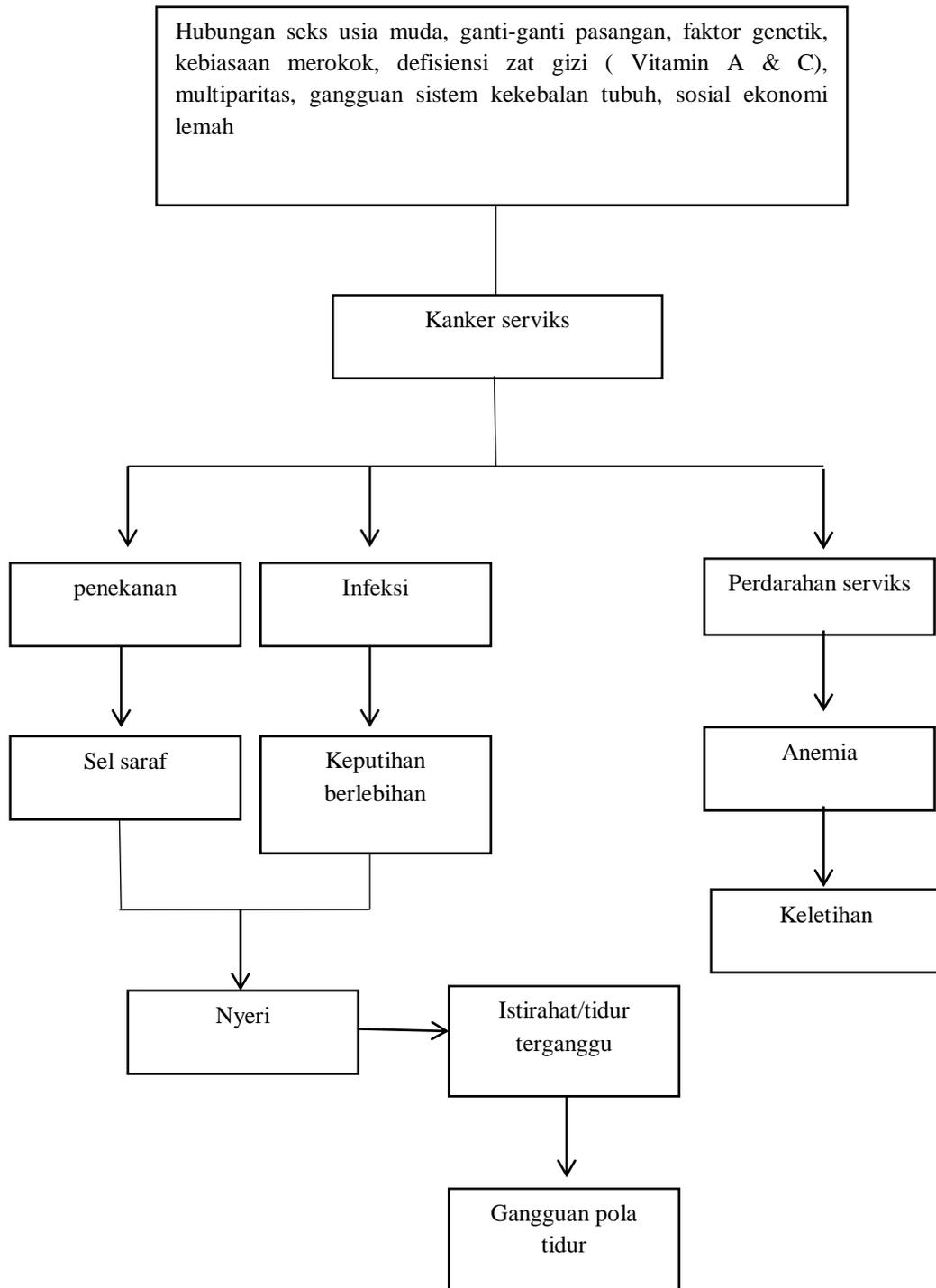
- a. Kolposkopi
- b. Biopsi serviks
- c. Sisteskopi
- d. Rektoskopi
- e. *Ultrasonografi* (USG)
- f. Radiografi
- g. Foto thoraks
- h. CT-Scan atau Magnetic Resonance Imaging (MRI)
- i. Positron Emission Tomography (PET) scan
- j. Pemeriksaan lainnya:
  - 1) Pemeriksaan hematologi (Hb, Ht, leukosit, trombosit, LED, golongan darah, masa peredaran dan masa pembekuan).
  - 2) Pemeriksaan biokimia darah meliputi SGOT dan SGPT.
  - 3) Pemeriksaan kardiovaskular, antara lain EKG, pemeriksaan sistem respiratorius dan urologi serta tes alergi terhadap obat.

## 6. Penatalaksanaan Medis Kanker Serviks

Menurut Pratiwi & Nawangsari (2021), penatalaksanaan untuk pasien yang dicurigai kanker serviks adalah dilakukan biopsi di fasilitas kesehatan yang tersedia. Tatalaksana kanker serviks disesuaikan dengan stadiumnya, berdasarkan konsensus *International Federation of Gynecology and Obstetrics* (FIGO).

- a. Stadium IA1: histerektomi simple
- b. Stadium IA2 dan IB1: histerektomi simple dan radioterapi
- c. Stadium IB2: kemoradiasi dan limfadenektomi pervis bilateral dengan atau tanpa adjuvant radioterapi atau kemoterapi
- d. Stadium IIa1 atau 2: kemoradiasi dan limfadenektomi pervis bilateral dengan atau tanpa adjuvant radioterapi atau kemoterapi
- e. Stadium IIIA, IIIB, IVA, dan IVB: kemoradiasi atau radioterapi

## 7. Pathway Kanker Serviks



**Gambar 6**  
**Pathway Kanker Kerviks**

## D. Publikasi Terkait Asuhan Keperawatan

**Tabel 6**  
**Publikasi Terkait Asuhan keperawatan**

No	Penulis	Tahun	Judul	Hasil
1.	Safitri & Machmudah	2021	Penurunan nyeri dengan intervensi kombinasi terapi relaksasi pernapasan dan terapi SEFT pada pasien dengan kanker serviks stadium IIB	membuktikan bahwa dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam didapatkan hasil yang menunjukkan adanya penurunan skala nyeri dari skala nyeri sedang menjadi skala nyeri ringan pada pasien kanker serviks stadium IIB dengan intervensi terapi relaksasi napas dalam dan terapi SEFT. Analisis kasus 1 hari pertama skala nyeri 4 sampai hari ketiga skala nyeri mengalami penurunan menjadi 3. Kasus 2 hari pertama skala nyeri 3 sampai hari ketiga mengalami penurunan menjadi 2. Hasil studi kasus ini menunjukkan bahwa relaksasi napas dalam dan terapi SEFT mampu menurunkan skala nyeri.
2.	Jamilatur Rasyidah Efendi	2018	Asuhan keperawatan pada Ny. J (56 tahun) dengan kanker serviks stadium IIB+retensio urin+susp Urosepsis dan relaksasi napas dalam & terapi psikospiritual di Ruang Ginekologi Onkologi RSUP Dr. M. Djamil Padang	Teknik relaksasi napas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan dimana perawat mengajarkan klien melakukan napas dalam dan bagaimana cara melepaskan napas secara perlahan. Terapi psikospiritual yaitu terapi yang menekankan pada kekuatan spiritual. Selain itu, kedua terapi ini efisien dari segi biaya, non invasive, dan juga berpengaruh positif terhadap pengurangan nyeri kronis dan kecemasan pada pasien kanker serviks. Setelah dilakukan implementasi diperoleh hasil bahwa penerapan terapi relaksasi napas dalam dan terapi psikospiritual mampu mengurangi skala nyeri dan kecemasan pada pasien dengan kanker serviks.
3.	Nurul Atifah	2020	Studi dokumentasi gambaran gangguan rasa aman nyaman (nyeri) pada pasien kanker serviks	Dari hasil analisis data asuhan keperawatan didapatkan hasil bahwa dalam melakukan asuhan keperawatan pada Ny. N dari pengkajian sampai dengan evaluasi masalah nyeri akut berhubungan dengan agen injuri biologis teratasi sebagian selama 3x24 jam. Setelah melakukan studi dokumentasi pasien kanker serviks dengan gangguan rasa aman nyaman (nyeri) perlu diberikan asuhan keperawatan yang sesuai untuk meningkatkan kualitas hidup dan mencegah komplikasi.