

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep kebutuhan Dasar Aman dan Nyaman**

Beberapa pendapat para ahli tentang kebutuhan dasar diantaranya King (1971) mengatakan bahwa definisi kebutuhan dasar manusia merupakan berubahnya energi internal juga eksternal dari organisme dan ditunjukkan dengan adanya respon perilaku terhadap situasi, kejadian dan orang. Menurut Roy (1980) kebutuhan dasar manusia adalah kebutuhan perorangan yang memberi respon dalam pertahanan integritas. (A. A. Hidayat & Uliyah, 2020).

##### **1. Kebutuhan Rasa Aman dan Nyaman**

Kebutuhan akan rasa aman ini dapat berupa kebutuhan akan perlindungan, kebebasan dari ketakutan, kekacauan, dll. Kebutuhan ini bertujuan untuk meningkatkan taraf hidup seseorang (Anggeria, 2023).

Rasa aman, seperti yang dijelaskan oleh Maslow dalam Potter & Perry (2006), adalah dorongan individu untuk mencapai ketenangan, kepastian, dan keteraturan dalam lingkungan sekitarnya. Keamanan mencakup kondisi bebas dari cedera fisik dan psikologis. Sementara itu, kenyamanan atau rasa nyaman, menurut Kolcaba (1992 dalam Potter & Perry, 2006), mencakup pemenuhan kebutuhan dasar manusia seperti ketentraman, kelegaan, dan transenden. (Ruminem, 2021).

##### **2. Prinsip Kebutuhan Rasa Aman dan Nyaman**

Prinsip kebutuhan akan kenyamanan harus dipahami secara menyeluruh dengan melibatkan empat dimensi, yaitu:

- a. Fisik, terkait dengan sensasi tubuh.

- b. Sosial, berkaitan dengan hubungan interpersonal, keluarga, dan aspek sosial.
- c. Psikospiritual, melibatkan kesadaran internal, termasuk harga diri, seksualitas, dan makna kehidupan.
- d. Lingkungan, terkait dengan pengalaman eksternal seperti cahaya, bunyi, suhu, warna, dan unsur alamiah lainnya. (Ruminem, 2021).

### **3. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman dan Nyaman**

Potter & Perry (2006) menyatakan bahwa faktor-faktor yang berdampak pada keamanan dan kenyamanan melibatkan berbagai aspek, termasuk:

- a. Emosi: Kondisi psikologis seperti kecemasan, depresi, dan kemarahan dapat signifikan mempengaruhi tingkat keamanan dan kenyamanan.
- b. Status Mobilisasi: Keadaan fisik, seperti keterbatasan aktivitas, paralisis, kelemahan otot, dan penurunan kesadaran, dapat meningkatkan risiko cedera.
- c. Gangguan Persepsi Sensori: Gangguan pada indera seperti gangguan penciuman dan penglihatan dapat memengaruhi adaptasi terhadap rangsangan berbahaya.
- d. Keadaan Imunitas: Ketahanan tubuh yang rendah dapat meningkatkan risiko terhadap penyakit.
- e. Tingkat Kesadaran: Penurunan tingkat kesadaran, seperti pada pasien koma, dapat menyebabkan respons yang terganggu terhadap rangsangan, disorientasi, dan kurang tidur.
- f. Informasi atau Komunikasi: Gangguan komunikasi dapat menghambat penerimaan informasi dengan baik.

- g. Gangguan Tingkat Pengetahuan: Gangguan pada tingkat pengetahuan dapat memprediksi gangguan keamanan dan kenyamanan.
- h. Penggunaan antibiotik yang tidak rasional: Penggunaan antibiotik yang tidak tepat dapat menyebabkan resistensi dan reaksi alergi yang berat.
- i. Status nutrisi: Kondisi kurang nutrisi dapat meningkatkan kelemahan dan risiko terhadap penyakit.
- j. Usia: Perbedaan dalam perkembangan antara kelompok usia anak-anak dan lansia dapat mempengaruhi reaksi terhadap nyeri.
- k. Jenis Kelamin: Secara umum, perbedaan antara pria dan wanita tidak signifikan dalam merespon nyeri dan tingkat kenyamanan.
- l. Kebudayaan: Keyakinan dan nilai-nilai kebudayaan memiliki dampak pada cara individu mengatasi situasi tersebut. (Ruminem, 2021).

#### **4. Konsep Dasar Nyeri**

Nyeri merupakan masalah yang besar bagi kesehatan dunia, yang dimana dapat diperkirakan 1 dari 5 orang dewasa menderita nyeri dan 1 dari 10 orang dewasa didiagnosa nyeri kronis tiap tahunnya. Nyeri disebabkan oleh adanya kerusakan jaringan yang ada dalam tubuh sebagai akibat dari adanya cedera, kecelakaan, maupun tindakan medis seperti operasi. Terdapat empat penyebab nyeri yaitu kanker, osteo dan rheumatoid arthritis, operasi dan trauma, serta masalah ginjal (Sari, 2018).

Nyeri terkait dengan berbagai penyakit, seperti infeksi HIV, herpes, cedera, kanker, diabetes, penyakit autoimun, penekanan akar saraf di tulang belakang, kekurangan vitamin B6, B12, dan sebagainya. Rasa nyeri muncul karena respons saraf yang

menghantarkan sensasi nyeri dari dalam maupun luar tubuh ke otak. Nyeri bukan hanya sekadar respons terhadap stimulus tertentu, melainkan kondisi yang melibatkan perasaan tidak menyenangkan yang sangat subjektif. Tingkat nyeri berbeda-beda pada setiap individu, dan hanya orang tersebut yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi intensitas rasa nyeri yang dialaminya. (Ruminem, 2021).

## 5. Klasifikasi Nyeri

Nyeri dapat diklasifikasikan kedalam beberapa golongan yaitu pada tempat, sifat, berat ringannya nyeri dan waktu lamanya serangan.

### a. Nyeri berdasarkan tempatnya

- 1) *Peripheral pain*, yaitu nyeri yang terasa pada permukaan tubuh misalnya pada mukosa, kulit.
- 2) *Deep pain*, yaitu nyeri yang terasa pada permukaan tubuh yang lebih dalam atau pada organ-organ tubuh visceral.
- 3) *Referred pain*, yaitu nyeri dalam yang disebabkan karena penyakit organ/struktur dalam tubuh yang ditransmisikan kebagian tubuh di daerah yang berbeda, bukan daerah asal nyeri.
- 4) *Central pain*, yaitu nyeri yang terjadi karena perangsangan pada system saraf pusat, spinal cord, batang otak, thalamus dan lain-lain.

### b. Nyeri berdasarkan sifatnya

- 1) *Incidental pain*, yaitu nyeri yang timbul sewaktu-waktu lalu menghilang. *Steady pain*, yaitu nyeri yang timbul dan menetap serta dirasakan dalam waktu yang lama.
- 2) *Paroxysmal pain*, yaitu nyeri yang dirasakan berintensitas

tinggi dan kuat sekali. Nyeri tersebut biasanya menetap sekitar menit, lalu menghilang, kemudian timbul lagi.

c. Nyeri berdasarkan berat ringannya

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

d. Nyeri berdasarkan waktu lamanya serangan

1) Nyeri kronis

Nyeri kronis adalah keadaan ketidaknyamanan yang tiba-tiba muncul dan berlangsung sesaat. Umumnya, Nyeri kronis disebabkan oleh cedera pada jaringan tubuh seperti tulang, otot, atau organ dalam. Tingkat keparahan Nyeri kronis dapat bervariasi dari ringan hingga parah, dan biasanya hanya berlangsung beberapa hari. Namun, ada kasus Nyeri kronis yang dapat berlanjut jika penyebabnya tidak ditangani dengan baik sejak awal, menyebabkan memburuknya kondisi penyakit atau cedera yang menjadi penyebabnya. Untuk meredakan Nyeri kronis, penggunaan obat pereda nyeri seperti ibuprofen atau paracetamol bisa menjadi pilihan. Obat tersebut dapat membantu mengatasi nyeri akibat jatuh, sakit gigi, cedera ringan, atau trauma. Jika nyeri tidak membaik setelah mengonsumsi obat, segera konsultasikan ke dokter untuk diagnosis lebih lanjut.

2) Nyeri kronis

Nyeri yang berlangsung lebih dari enam bulan dianggap sebagai nyeri kronis, dengan pola

yang bervariasi dan dapat berlangsung berbulan-bulan hingga bertahun-tahun. Secara umum, nyeri kronis diartikan sebagai nyeri yang berlangsung lebih dari 6 bulan. Gejalanya mencakup:

- a) Tingkat keparahan nyeri yang bervariasi, mulai dari ringan hingga berat.
- b) Sensasi terbakar, rasa sakit, atau nyeri yang dapat dirasakan di sebagian atau seluruh tubuh.
- c) Nyeri yang menyebabkan ketidaknyamanan, ngilu, sensasi terkunci, atau kekakuan.

## **6. Fisiologi nyeri**

Reseptor nyeri merupakan struktur dalam tubuh yang bertugas menerima rangsang nyeri. Organ yang berperan sebagai reseptor nyeri melibatkan ujung syaraf bebas di kulit yang merespon hanya terhadap stimulus yang kuat dan berpotensi merusak. Receptor nyeri juga dikenal sebagai nosireceptor, dan secara anatomi dapat dibedakan antara reseptor nyeri yang bermielin dan yang tidak bermielin pada saraf perifer.

Teori Gate Control oleh Melzack dan Wall (1965), seperti dijelaskan oleh Kemenkes RI (2015), menjelaskan bahwa impuls nyeri dapat dikontrol atau dihambat melalui mekanisme pertahanan di sepanjang sistem saraf pusat. Teori ini menyatakan bahwa impuls nyeri disampaikan ketika suatu pertahanan terbuka, sementara impuls dapat dihambat ketika pertahanan tersebut tertutup. Prinsip dasar dari teori ini adalah upaya untuk menutup pertahanan tersebut, yang menjadi landasan dalam mengatasi rasa nyeri.

## 7. Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri

### a. Usia

Pengaruh usia terhadap respons terhadap nyeri dapat diilustrasikan dengan contoh bahwa anak-anak yang belum mampu berbicara mengalami kesulitan untuk verbalisasi dan mengekspresikan nyeri mereka, sedangkan pada lansia, kemungkinan besar mereka tidak akan melaporkan rasa nyeri dengan alasan menerima nyeri sebagai bagian dari kehidupan mereka.

### b. Toleransi nyeri

Hubungan erat antara toleransi terhadap nyeri dan intensitas nyeri mempengaruhi kemampuan seseorang dalam menanggung rasa nyeri. Beberapa faktor yang dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri melibatkan pengaruh dari alkohol, obat-obatan, hipnotis, dan elemen lainnya. Sementara itu, faktor-faktor seperti kelelahan, rasa marah, kebosanan, kecemasan, nyeri yang persisten, sakit, dan faktor lainnya dapat menurunkan toleransi terhadap nyeri.

### c. Kebudayaan

Keyakinan dan nilai-nilai budaya memiliki dampak pada cara individu mengelola rasa nyeri. Individu menyerap dan mengadopsi ajaran serta nilai-nilai yang diterapkan dalam budaya mereka.

### d. Perhatian

Persepsi nyeri dipengaruhi oleh sejauh mana seorang klien memusatkan perhatiannya pada rasa nyeri. Peningkatan fokus perhatian terkait dengan peningkatan tingkat nyeri, sementara usaha pengalihan (relaksasi nafas dalam) terkait dengan penurunan respons terhadap nyeri. Konsep ini diterapkan oleh perawat dalam

berbagai terapi, seperti relaksasi, teknik imajinasi terbimbing, dan terapi pijat, yang bertujuan untuk mengalihkan perhatian dan konsentrasi klien pada stimulus lain, seperti distraksi.

e. Ansietas

Ansietas seringkali memperbesar persepsi nyeri, namun sebaliknya, nyeri juga bisa menyebabkan ansietas. Stimulus nyeri merangsang aktivitas dalam sistem limbik yang diyakini memiliki peran dalam mengatur emosi seseorang, terutama ansietas .

f. Kelemahan

Persepsi nyeri cenderung meningkat ketika seseorang mengalami kelemahan atau keletihan. Keadaan kelelahan dapat meningkatkan intensitas sensasi nyeri dan mengurangi kemampuan individu untuk mengatasi nyeri .

g. Pengalaman sebelumnya Setiap individu belajar dari pengalaman nyeri.

Jika seseorang sering mengalami episode nyeri yang berlangsung lama tanpa pemulihan, maka ansietas atau ketakutan bisa timbul. Sebaliknya, jika individu mengalami jenis nyeri yang sama berulang-ulang tetapi berhasil diatasi, individu tersebut lebih cenderung untuk memahami dan menginterpretasikan sensasi nyeri (Rahadhanie, seperti dikutip dalam Andari, 2015).

h. Gaya koping

Cara seseorang mengatasi nyeri dipengaruhi oleh gaya koping, di antaranya melibatkan komunikasi dengan keluarga, melaksanakan latihan, atau menyanyi.



i. Reaksi nyeri

Reaksi terhadap nyeri mencakup berbagai respons seperti ketakutan, kegelisahan, kecemasan, menangis, dan berteriak. Semua ini adalah bentuk respons terhadap nyeri yang dapat dipengaruhi oleh faktor-faktor seperti makna nyeri, tingkat persepsi nyeri, pengalaman masa lalu, nilai budaya, harapan sosial, kesehatan fisik dan mental, rasa takut, kecemasan, usia, dan faktor lainnya.

j. Makna nyeri

Makna nyeri dapat bervariasi antara individu, tergantung pada bagaimana nyeri tersebut diartikan, apakah sebagai ancaman, kehilangan, hukuman, atau tantangan. Contohnya, seorang wanita yang melahirkan akan mengartikan nyeri dengan cara yang berbeda dibandingkan dengan seorang wanita yang mengalami nyeri akibat cedera kepala karena dipukul oleh pasangannya. Cara individu mempersepsikan derajat dan kualitas nyeri juga terkait erat dengan makna nyeri.

## **B. Asuhan Keperawatan**

### **1. Pengkajian**

Pengkajian keperawatan merupakan tahap dasar yang dimana hal itu dari seluruh proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi dan data-data pasien, dimulai dengan mengumpulkan data mengenai biodata pasien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat kesehatan keluarga, riwayat pekerjaan dan kebiasaan, riwayat psikososial, dan pemeriksaan fisik (Andarmoyo, S. 2016).

- a. Identitas dan biodata Pasien (umur, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan) meliputi pengkajian nama, umur, jenis kelamin, agama, Pendidikan,

pekerjaan, suku atau bangsa, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, nomor RM, diagnosis medis, dan alamat klien.

- b. Identitas penanggung jawab meliputi pengkajian nama, umur, Pendidikan, pekerjaan, hubungan dengan klien, dan alamat.
- c. Keluhan utama merupakan keluhan klien pada saat masuk RS, selain itu mengungkapkan penyebab pasien membutuhkan pertolongan sehingga klien dibawa ke Rumah Sakit dan menceritakan kapan pasien mengalami gangguan kebutuhan tersebut.
- d. Riwayat kesehatan sekarang mengungkapkan keluhan paling sering dirasakan oleh pasien saat pengkajian dengan menggunakan metode PQRST. Metode ini meliputi hal-hal:
  - 1) P (Provokatif/Paliatif), yaitu membuat terjadinya, timbulnya keluhan hal-hal apa yang memperingan dan memperberat keadaan atau keluhan pasien tersebut dikembangkan dari keluhan utama.
  - 2) Q (Quality/Quantity), yaitu seberapa berat keluhan terasa, bagaimana rasanya, berapa sering terjadi.
  - 3) R (Regional/Radiasi), yaitu lokasi keluhan tersebut dirasakan atau ditemukan, apakah juga ada penyebaran ke area lain, daerah atau area penyebarannya.
  - 4) S (Severity of scale), intensitas keluhan dinyatakan dengan keluhan ringan, sedang, dan berat.
  - 5) T (Time), yaitu kapan keluhan mulai ditemukan atau dirasakan, berapasing dirasakan atau terjadi, apakah secara bertahap, apakah keluhan berulang, bila berulang dalam selang waktu berapa lama hal itu untuk menentukan waktu dan durasi.
- e. Riwayat kesehatan dahulu. Untuk mendapatkan profil penyakit, cedera atau operasi yang dialami klien sebelumnya. Misalnya gejala, perjalanan, terminasi, kekambuhan komplikasi, insiden penyakit pada anggota

keluarga lain atau komunitas, respon emosi pada hospitalisasi sebelumnya, dan kejadian dan sifat cedera.

- 1) Riwayat alergi mengkaji reaksi tak umum terhadap makanan, obat, binatang, tanaman, atau produk rumah tangga seperti obat-obatan (meliputi nama, dosis, jadwal, durasi, dan alasan pemberian).
  - 2) Kebiasaan
    - a) Pola perilaku seperti menggigit kuku, menghisap ibu jari, pika, ritual, seperti “selimut pengaman”, gerakan tidak umum (membenturkan kepala, memanjat), dan tempat tenang.
    - b) Aktivitas sehari-hari seperti jam tidur dan bangun, durasi tidur siang atau malam, usia toilet training, pola defekasi dan berkemih, tipe latihan.
- f. Pemeriksaan fisik
- Pemeriksaan fisik sangat penting dalam pengumpulan data. Ada empat cara dalam pemeriksaan fisik yaitu inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi. Untuk dapat informasi tentang masalah kesehatan yang potensial. Pada pemeriksaan fisik sebaiknya dilakukan secara sistematis mulai dari kepala sampai kaki atau head to toe.
- 1) Inspeksi, pengumpulan data melalui melihat, mengobservasi, mendengar, atau mencium. Misalnya keadaan luka dapat dilihat adanya kemerahan, 10 adanya granulasi, pus, luka kering atau lembab, panjang, dan kedalaman luka. Pasien dengan asma dapat terdengar bunyi wheezing walau tanpa menggunakan stetoskop. Perawat dapat pula mengidentifikasi adanya bau gangrene, bau keton pada pernapasan pasien dengan ketoasidosis. Adanya pucat, sianosis, warna kulit, pasien sulit bernapas, adanya pernapasan cuping hidung, atropi bagian tubuh, dan kelainan-kelainan lain yang dapat dilihat menggunakan teknik pemeriksaan inspeksi.
  - 2) Auskultasi, pemeriksaan fisik dengan menggunakan alat untuk mendengar seperti stetoskop. Misalnya auskultasi bunyi jantung dapat diidentifikasi adanya bunyi jantung I, II, III atau IV, bunyi bising

jantung, murmur, gallop. Pemeriksaan bising usus, paru-paru juga dapat diidentifikasi dengan auskultasi misalnya bunyirales, bronkial, vesikuler, dan ronkhi.

- 3) Palpasi, teknik ini dapat digunakan untuk mengumpulkan data misalnya, untuk menentukan adanya kelembutan, tenderness, sensasi, suhu tubuh, massa tumor, edema, dan nyeritekan.
- 4) Perkusi, yaitu pemeriksaan dengan cara mengetok bagian tubuh yang diperiksa. Teknik ini dapat mengidentifikasi adanya kelembutan, nyeri ketok, menentukan adanya massa atau infiltrate, menentukan adanya perubahan bunyi organ, seperti bunyitimpani, dullness, flat.

g. Pemeriksaan penunjang atau diagnostic

Data hasil tes diagnostik sangat dibutuhkan karena lebih objektif dan lebih akurat. Misalnya untuk menentukan status nutrisi pada pasien anemia dapat diketahui melalui pemeriksaan hemoglobin dan albumin. Indikasi adanya infeksi dengan pemeriksaan leukosit. Tes diagnostik lain misalnya radiologi, pemeriksaan urine, feses, USG, MRI, dan lain-lain

## 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah pernyataan yang menjelaskan status masalah kesehatan aktual dan potensial. Tujuannya adalah mengidentifikasi masalah aktual berdasarkan respon pasien terhadap masalah. Manfaat diagnosa keperawatan sebagai pedoman dalam pemberian asuhan keperawatan dan gambaran suatu masalah kesehatan dan penyebab adanya masalah (PPNI T. P., 2016).

## Diagnosa keperawatan

**Table 2.1**

NO	Diagnosis Keperawatan	Etiologi	Tanda dan Gejala		Kondisi Klinis
			Tanda Mayor	Tanda Minor	
1.	Nyeri kronis (D.0077) 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.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Agen pencederaan fisiologis (mis. Infeksi, iskemia, Fisiologis)</li> <li>2. Agen pencederaan kimiawi (mis. Terbakar, bahan kimia, iritan)</li> <li>3. Agen pencederaan fisik (mis. Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)</li> </ol>	<p><b>Subjektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengeluh nyeri</li> </ol> <p><b>Objektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tampak meringis</li> <li>2. Bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri)</li> <li>3. Gelisah</li> <li>4. Frekuensi nadi meningkat</li> <li>5. Sulit tidur</li> </ol>	<p><b>Subjektif</b></p> <p>-</p> <p><b>Objektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tekanan darah meningkat</li> <li>2. Pola napas berubah</li> <li>3. Nafsu makan berubah</li> <li>4. Proses berfikir terganggu</li> <li>5. Menarik diri</li> <li>6. Berfokus pada diri sendiri</li> <li>7. Diaforesis</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kondisi pembedahan</li> <li>2. Cedera traumatis</li> <li>3. Infeksi</li> <li>4. Sindrom koroner akut</li> <li>5. Glukoma</li> </ol>

### 3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang di dasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan, Perencanaan diawali dengan merumuskan tujuan yang ingin di capai serta rencana tindakan untuk mengatasi masalah yang ada. Tujuan terdiri dari tujuan jangka panjang dan tujuan jangka pendek. Dalam menentukan rencana tindakan keperawatan harus membuat orioritas urutan diagnosis keperawatan, merumusan tujuan, merumuskan kriteria hasil dan evaluasi, dan merumuskan intervensi keperawatan (PPNI T. P., 2018).

Berikut adalah intervensi untuk pasien dengan gangguan kebutuhan rasa nyaman berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI).

### Intervensi keperawatan

Table 2.2

NO	Diagnosa Keperawatan	Intervensi Keperawatan
	Nyeri kronis berhubungan dengan Infiltrasi tumor	<p><b>Intervensi Utama :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Manajemen Nyeri</li> <li>2. Pemberian Analgesik</li> </ol> <p><b>Intervensi Pendukung :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aromaterapi</li> <li>2. Dukungan Hipnosis Diri</li> <li>3. Dukungan Pengungkapan Kebutuhan</li> <li>4. Edukasi Efek Samping Obat</li> <li>5. Edukasi Manajemen Nyeri</li> <li>6. Edukasi Proses Penyakit</li> <li>7. Edukasi Teknik Napas</li> <li>8. Kompres Dingin</li> <li>9. Kompres Panas</li> <li>10. Konsultasi</li> <li>11. Latihan Pernapasan</li> <li>12. Manajemen Efek Samping Obat</li> <li>13. Manajemen Kenyamanan Lingkungan</li> <li>14. Manajemen Medikasi</li> <li>15. Manajemen Sedasi</li> <li>16. Manajemen Terapi Radiasi</li> <li>17. Pemantauan Nyeri</li> <li>18. Pemberian Obat</li> <li>19. Pemberian Obat Intravena</li> <li>20. Pemberian Obat Oral</li> <li>21. Pemberian Obat Intravena</li> <li>22. Pengaturan Posisi</li> <li>23. Perawatan Amputasi</li> <li>24. Perawatan Kenyamanan</li> <li>25. Teknik Distraksi</li> <li>26. Teknik Imajinasi Terbimbing</li> <li>27. Terapi Akupresur</li> <li>28. Terapi Akupunktur</li> <li>29. Terapi Bantuan Hewan</li> <li>30. Terapi Humor</li> <li>31. Terapi Murattal</li> <li>32. Terapi Musik</li> <li>33. Terapi Pemijatan</li> <li>34. Terapi Relaksasi</li> <li>35. Terapi Sentuhan</li> <li>36. <i>Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation</i></li> </ol>

#### 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (PPNI T. P., 2018). Hal-hal yang perlu diperhatikan ketika melakukan implementasi intervensi dilaksanakan sesuai rencana setelah dilakukan validasi, penguasaan kemampuan interpersonal, intelektual, dan teknikal, intervensi harus dilakukan dengan cermat dan efisien pada situasi yang tepat, keamanan fisik dan fisiologi dilindungi dan didokumentasi keperawatan berupa pencatatan dan pelaporan. Implementasi keperawatan terdiri dari beberapa komponen, yaitu sebagai berikut :

- a. Observasi
- b. Tarapeutik
- c. Edukasi
- d. Kolaborasi
- e. Dokumentasi

#### Implementasi Keperawatan

Tabel 2.3

Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan
Nyeri kronis (D.0077)	<p><b>Manajemen Nyeri (1.08238)</b>  <b>Definisi :</b> Mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan.  <b>Tindakan :</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>- Identifikasi skala nyeri</li> <li>- Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>- Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>- Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>- Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</li> <li>- Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>- Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</li> <li>- Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)</li> <li>- Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> <li>- Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>- Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>- Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>- Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>- Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat</li> <li>- Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri</li> </ul> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</li> </ul>
--	--

## 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 merupakan suatu proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada pasien. Evaluasi dilakukan terus menerus terhadap respon pasien pada tindakan keperawatan yang telah dilakukan.

Evaluasi proses atau promotif dilakukan setelah menyelesaikan tindakan. Evaluasi dapat dilakukan menggunakan SOAP (Subjective, Objective, Assesment, and Planning) sebagai pola fikirnya.

- 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.

Adapun ukuran pencapaian tujuan pada tahap evaluasi meliputi :

- 1) Masalah teratasi, jika pasien menunjukkan perubahan sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan.
- 2) Masalah teratasi sebagian, jika pasien menunjukkan sebagian dari kriteria hasil yang ditetapkan.
- 3) Masalah belum teratasi, jika pasien tidak menunjukkan perubahan dan kemajuan sama 18 sekali yang sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan.
- 4) Muncul masalah baru, jika pasien menunjukkan adanya perubahan kondisi atau munculnya masalah baru.

### Kriteria Hasil

**Tabel 2.4**

<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Luaran Utama</b>	<b>Tujuan dan Kriteria Hasil</b>
Nyeri kronis (D.0077)	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 konstan	Setelah dilakukan intervensi maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : Keluhan nyeri 5 Meringis 5 Sikap protektif 5 Gelisah 5 Kesulitan tidur 5 Menarik diri 5 Berfokus pada diri sendiri 5 Diaforesis 5 Perasaan depresi 5 Perasaan takut mengalami cedera berulang 5 Anoreksia 5 Perineum terasa tertekan 5 Uterus teraba membulat Ketegangan otot 5 Pupil dilatasi 5 Muntah Mual 5

*(Sumber: Buku Standar Luaran Keperawatan Indonesia, 2018)*

## C. Konsep penyakit

### 1. Pengertian Limfoma Non Hodgkin (LNH)

Limfoma merupakan istilah umum untuk berbagai jenis kanker darah yang timbul dalam sistem limfatik, menyebabkan pembesaran kelenjar getah bening. Meskipun jumlah kasus limfoma masih relatif rendah jika dibandingkan dengan jenis kanker lain, namun angka kejadiannya terus meningkat setiap tahunnya. Secara global, sekitar satu juta individu mengidap limfoma, dengan sekitar seribu orang baru didiagnosis menderita limfoma setiap hari (Kemenkes RI, 2015).

Limfoma Non Hodgkin (LNH) merupakan bentuk keganasan yang seringkali muncul kedua setelah karsinoma sel skuamosa pada traktus sinonasal, terutama terjadi pada dekade ke-6 hingga ke-8, dengan perbandingan prevalensi antara laki-laki dan perempuan sebesar 2:1.1 Subtipe LNH yang paling umum, yaitu Diffuse large B- cell lymphoma (DLBCL), mencakup sekitar 41,3% dari kasus di seluruh dunia. Rata-rata usia pasien saat diagnosis berkisar antara 60- 70 tahun. Distribusi jenis histopatologi limfoma sinonasal bervariasi antara populasi di wilayah geografis yang berbeda. Secara umum, variasi ras pada LNH cenderung dominan dengan tipe Diffuse large B- cell lymphoma (DLBCL) pada populasi di negara barat, sementara di beberapa negara di Asia dan Amerika Selatan, seperti Cina, Jepang, dan Peru, lebih dominan tipe NK/T cell lymphoma (Octavia, 2023).

Di Indonesia, Limfoma Non Hodgkin Bersama dengan penyakit Hodgkin dan Leukimia, menempati posisi keenam sebagai penyebab kematian utama akibat kanker pada pria berusia 20-39 tahun. Kejadian LNH cenderung meningkat seiring bertambahnya usia, mencapai puncaknya pada kelompok usia 80-84 tahun (Kemenkes, 2015).

### 2. Faktor Resiko

- a. Usia :Sebagian besar limfoma non Hodgkin akan meningkat seiring bertambahnya usia, yaitu usia diatas 60 tahun.

- b. Jenis kelamin :Limfoma lebih banyak menyerang pria dibandingkan wanita.
- c. Genetik :Resiko untuk terkena limfoma akan meningkat pada orang yang memiliki anggota keluarga yang menderita kanker yang sama.
- d. Immunodefisiensi :Kekebalan tubuh yang lemah misalnya karena mengidap HIV (Human Immunodeficiency Virus) atau menggunakan obat imunosupresan.
- e. Agen Infeksius :EBV (Epstein-Barr Virus) DNA ditemukan pada 95% limfoma burkit endemik.
- f. Paparan lingkungan dan pekerjaan Beberapa pekerjaan yang dihubungkan dengan resiko tinggi adalah peternak, pekerja hutan dan pertanian disebabkan karena adanya paparan herbisida dan pelarut organik.
- g. Diet dan paparan lainnya Risiko meningkat pada orang yang mengonsumsi makan tinggi lemak hewani, merokok, dan paparan ultraviolet. ( Rinaldi, Giselvania, & Dewi, 2016).

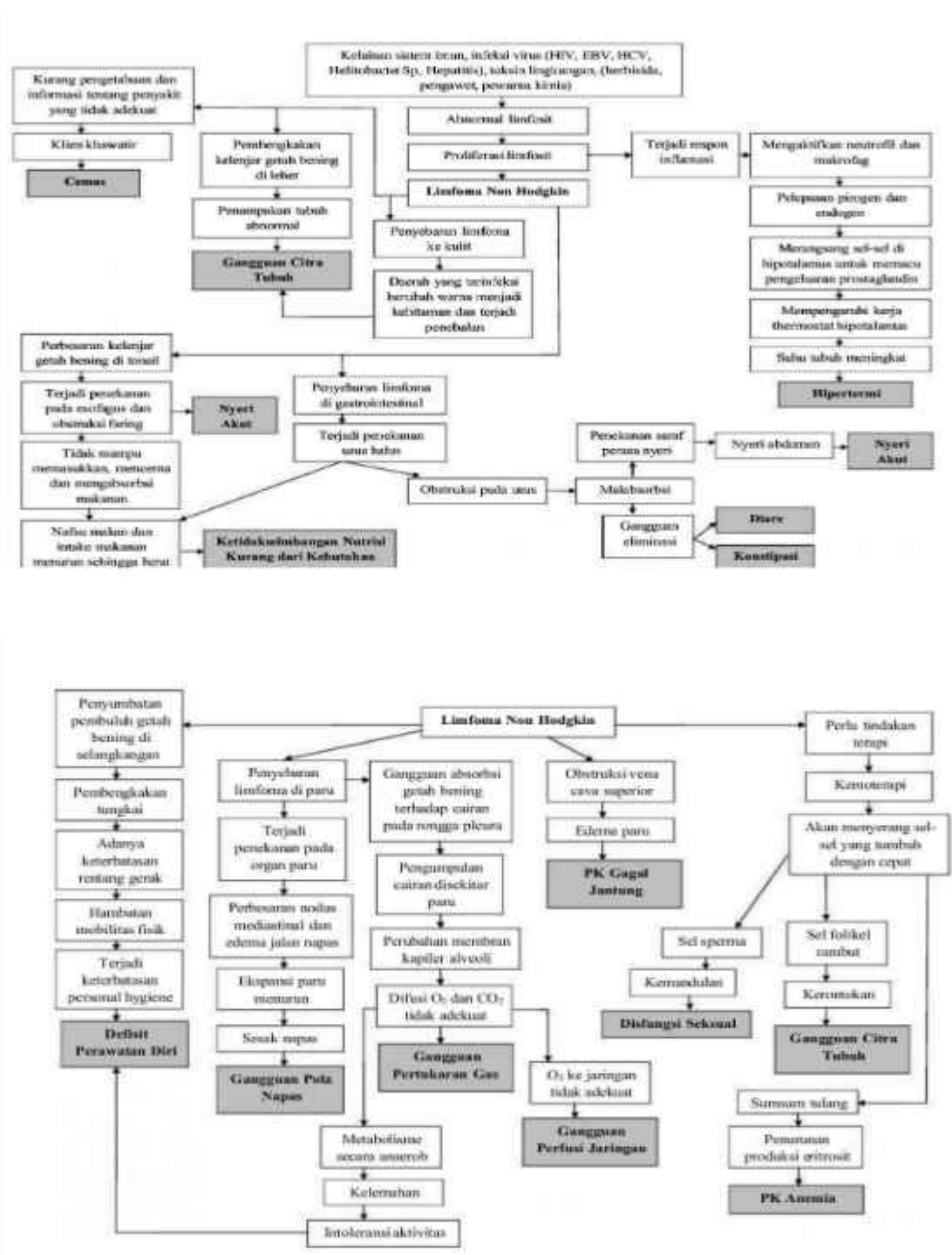
### **3. Patofisiologi**

Sel-sel limfosit yang berasal dari kelenjar limfe awalnya berasal dari sel-sel induk multipotensial dalam sumsum tulang. Sel-sel induk ini mengalami transformasi menjadi sel progenitor limfosit, yang selanjutnya berdiferensiasi melalui dua jalur. Sebagian mengalami pematangan di kelenjar timus menjadi limfosit T, sementara yang lain menuju kelenjar limfe atau tetap berada di sumsum tulang, berdiferensiasi menjadi limfosit B. Saat terpapar antigen yang sesuai, limfosit T aktif berproliferasi sebagai respons dari sistem imun seluler. Di sisi lain, limfosit B aktif berubah menjadi imunoblas, yang kemudian menjadi sel plasma dan menghasilkan immunoglobulin. Sel plasma mengalami perubahan

dengan memiliki lebih banyak sitoplasma daripada sel B, sementara limfosit T yang aktif memiliki ukuran yang lebih besar dibandingkan dengan yang belum aktif.

Perubahan dari sel limfosit normal menjadi sel limfoma (abnormal) terjadi karena mutasi gen pada satu sel dari kelompok sel limfosit yang belum aktif, yang sedang dalam proses transformasi menjadi imunoblas sebagai respons terhadap antigen. Beberapa modifikasi pada sel limfosit yang belum aktif melibatkan peningkatan ukuran, halusnya kromatin inti, terlihatnya nukleolus, dan perubahan pada protein permukaan sel

Pathway :



Gambar 2.1 Pathway Limfoma Non Hodgkin

Sumber:(deapratwi,2017)

#### 4. Tanda dan Gejala

- a. Pembengkakan pada kelenjar getah bening.
- b. Demam berulang dan keringat berlebihan malam hari.
- c. Penurunan berat badan.
- d. Kehilangan selera makan.
- e. Kelelahan terus menerus dan kekurangan energi.
- f. Sesak nafas dan batuk.
- g. Gatal terus-menerus diseluruh tubuh tanpa sebab.
- h. Pembesaran amandel.
- i. Sakit kepala. (Reksodiputro & Irawan, 2015)

#### 5. Pemeriksaan Penunjang

- a. Labolatorium rutin :
  - 1) Hematologi (darah lengkap dan gambaran darah tepi)
  - 2) Urinalisis (urin lengkap)
  - 3) Kimia klinik (SGOT, SGPT, Protein total, Gula darah puasa dan GDPP, elektrolit)
  - 4) Biopsi (hanya dilakukan pada kelenjar yang paling representative, superficial dan perifer)
  - 5) Aspirasi sumsum tulang (BMP) dan biopsy sumsum tulang
  - 6) Radiologi (USG, CTscan, limfografi, limfosinitigrafi)
  - 7) Immunophenotyping (paraffin panel CD 20 dan CD 3).  
(Reksodiputro & Irawan, 2015).

## 6. Tatalaksana

- a. Indolen stadium I dan II.
  - 1) Radioterapi
  - 2) Kemoterapi dengan radio terapi
  - 3) Radioterapi extended (regional) untuk mencapai nodal yang bersebelahan
  - 4) Kemoterapi saja (wait and see) jika radioterapi tidak dapat dilakukan
  - 5) Radioterapi limfoid subtotal/total.
- b. Indolen Stadium II/III/IV
  - 1) Tanpa terapi (wait and see) pada pasien asimtomatik dilakukan penundaan terapi dengan observasi.
  - 2) Rituximab sebagai terapi lini pertama.
  - 3) Purine nucleoside analogs.
  - 4) Alkylating agen oral.
  - 5) Kemoterapi kombinasi.
  - 6) Antibody monoclonal radioaktif.
  - 7) Kemoterapi intensif dengan atau tanpa total body irradiation diikuti dengan transplantasi sumsum tulang.
  - 8) Radioterapi paliatif ◊ diberikan pada kasus tumor besar (bulky).
- c. Agdresif
  - 1) Kemoterapi dosis tinggi dan transplantasi sel induk (Rinaldi, Giselvania, & Dewi, 2016).

#### **D. Penelitian Terkait Limfoma non Hodgkin**

Kanker adalah kondisi di mana sel-sel tumbuh tanpa terkendali, membentuk kelompok yang tidak normal dan menyebar tanpa mengindahkan sinyal pengatur dari sel-sel di sekitarnya. Dampaknya bisa sangat serius, bahkan mengancam jiwa. Limfoma Non Hodgkin adalah jenis kanker darah yang heterogen, melibatkan sel-sel dari berbagai jenis limfosit, termasuk B dan T, serta sel-sel limfosit yang telah matang. Ini adalah salah satu jenis kanker sistem limfatik yang paling umum, menyumbang sekitar 62,4% dari semua kasus kanker limfatik.(Longo DL.2015)

Penyebab limfoma non-Hodgkin masih belum sepenuhnya dipahami. Para ahli cenderung percaya bahwa penyakit ini mungkin disebabkan oleh rangsangan imunologis yang berkelanjutan, yang menyebabkan pertumbuhan tidak terkendali dari jaringan limfoid. Terdapat hubungan antara infeksi virus Epstein-Barr (EBV) dan limfoma Burkitt, terutama di wilayah Afrika. Selain itu, ada peningkatan risiko limfoma non-Hodgkin pada individu yang memiliki riwayat keluarga dengan penyakit ini, serta pada orang yang terpapar faktor risiko tertentu seperti makanan tinggi lemak hewani, merokok, dan paparan sinar ultraviolet yang berlebihan.(Dyah.2020)