

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep *Cancer*

2.1.1. Definisi *Cancer*

Cancer adalah penyakit yang dapat menyerang seluruh bagian tubuh. Isitilah lain *cancer* adalah tumor ganas serta neoplasma. *Cancer* disebabkan adanya pembentukan sel abnormal kemudian dapat menyerang jaringan sekitar atau disebut sebagai invasive serta menyebar ke organ lain yang disebut sebagai metastasis (WHO, 2022). *Cancer* adalah penyakit yang ditandai dengan pembelahan sel yang tidak terkendali serta dapat tumbuh secara invasif atau metastasis (Adib, 2011). *Cancer* adalah suatu proses penyakit yang berasal dari sel abnormal diubah oleh mutasi genetic DNA seluler (Smeltzer & C, 2015).

Dapat disimpulkan, *cancer* adalah sel abnormal akibat adanya perubahan genetic pada DNA yang ditandai dengan pembelahan sel yang tidak terkendali sehingga dapat dapat menyerang jaringan di sekitarnya atau organ-organ lain dalam tubuh.

Cancer disebut sebagai tumor ganas. Perbedaan tumor jinak dengan tumor ganas yakni pada tumor jinak pertumbuhan jumlah sel meningkat namun tidak mengganggu jaringan di sekitarnya. Sedangkan tumor ganas mengalami pertumbuhan sel yang tidak normal dalam sifat dan jumlahnya, serta pertumbuhan

sel yang tidak normal mengganggu dan merusak jaringan sekitar secara invasive maupun metastasis (Adib, 2011).

2.1.2. Klasifikasi *Cancer*

Cancer diklasifikasikan berdasarkan letak pertama pertumbuhan sel *cancer*, yakni (Alberts et al., 2002; Ariani, 2017; Haryanto, 2009) :

a. Karsinoma

Karsinoma ialah *cancer* pada sel epitel, yakni sel yang berfungsi melindungi permukaan tubuh, menghasilkan hormon, serta membentuk kelenjar. Sel epitel terdapat pada kulit, testis, ovarium, kelenjar lendir, sel melanin, payudara, leher rahim, usus besar, rektum, lambung, pankreas, serta esofagus. Jenis *cancer* karsinoma meliputi, *cancer* kulit, *cancer* paru-paru, *cancer* usus, *cancer* payudara, *cancer* prostat, serta *cancer* kelenjar tiroid.

b. Limfoma

Limfoma ialah jenis *cancer* yang berasal dari jaringan pembentuk darah seperti jaringan limfe, lacteal, limfa, berbagai kelenjar limfe, timus, serta sumsum tulang. Salah satu *cancer* limfoma yakni penyakit Hodgkin yang menyerang kelenjar limfe dan limfa.

c. Leukemia

Leukemia ialah jenis *cancer* yang tidak menimbulkan massa tumor, melainkan *cancer* yang memenuhi pembuluh darah serta mengganggu fungsi sel darah normal.

d. Sarkoma

Sarkoma ialah *cancer* pada jaringan penunjang yang terletak di kulit, meliputi jaringan ikat, sel-sel pada otot serta tulang. Sarcoma merupakan *cancer* sel mesodermal yakni sel yang membentuk otot-otot serta jaringan penghubung. Sarcoma meliputi, *leiomyosarcoma* atau *cancer* otot halus yang ditemukan pada dinding organ pencernaan, *osteosarcoma* atau *cancer* tulang.

e. Glioma

Glioma ialah jenis *cancer* yang menyerang sistem saraf, termasuk sel-sel glia atau jaringan penunjang di pusat sistem saraf.

2.1.3. Etiologi *Cancer*

Penyebab utama *cancer* secara umum yakni sel normal dalam tubuh mengalami mutasi genetik dan menjadi sel abnormal. Sel yang mengalami mutasi genetik disebabkan berbagai kelompok, yakni (Sastrosudarmo, 2011):

a. Karsinogen kimia

Karsinogen kimia mencakup *Aldehyde (formaldehyde)* seperti formalin, *Sacharine* sebagai pengganti gula, *Pestisida* (senyawa golongan *chlorinated hydrocarbon* seperti PCBs), logam berat *Nickel*, *Asbestos*, *Coal Tar* yang terdapat pada rokok, *nitrosamine* yang terdapat pada produk sehari-hari seperti daging olahan, ikan asin, minuman beralkohol, kosmetik, serta asap rokok.

b. Karsinogen fisik

Karsinogen fisik mencakup beragam bahan *radioaktif*, *uranium*, *gas-gas radon*, serta terpapar *sinar ultra violet* langsung dari matahari pada pukul 12 siang hingga 1 siang secara berkelanjutan.

c. Karsinogen biologis

Karsinogen biologis mencakup virus atau patogen seperti *Human Papilloma Virus (HPV)*, serta *alfatoxin* pada bahan pangan seperti biji-bijian yang terkontaminasi oleh zat tersebut.

d. Pola hidup

Pola hidup yang dapat memicu *cancer* yakni konsumsi makanan mengandung lemak tinggi secara berlebih, konsumsi alkohol dalam jumlah dua gelas atau lebih setiap harinya, kebiasaan merokok, berhubungan seksual tanpa pengaman, serta kurangnya aktifitas fisik yang dapat menimbulkan kelebihan berat badan.

2.1.4. Faktor-faktor Pendukung *Cancer*

Faktor pendukung atau faktor risiko merupakan suatu hal yang meningkatkan kemungkinan terkena *cancer*. Faktor pendukung penyakit *cancer* yakni (Haryanto, 2009) :

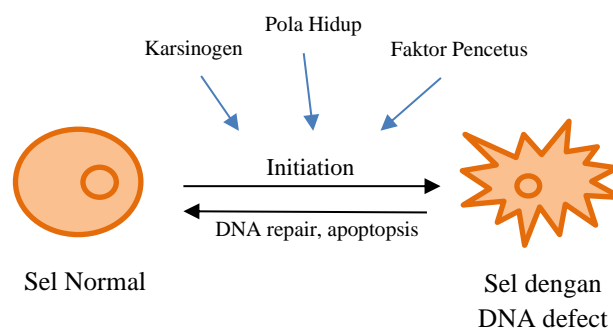
- a. Usia di atas 40 tahun risiko terkena *cancer* cenderung meningkat karena sistem kekebalan tubuh pada usia tersebut mulai menurun.
- b. Riwayat *cancer* sebelumnya, individu yang pernah mengalami *cancer* memiliki risiko tinggi terjadinya *cancer* kembali.
- c. Riwayat *cancer* keluarga, faktor genetik yang diturunkan dapat mengakibatkan anggota keluarga lainnya mengalami *cancer*.

2.1.5. Patogenesis *Cancer*

Karsinogen dapat memicu sel menjadi tidak normal yang dapat menyebabkan mutasi pada DNA dan akhirnya terbentuk sel *cancer*. Proses terbentuknya sel *cancer* melalui dua tahapan, yakni (Ariani, 2017; Nampira et al., 2014; Smeltzer & C, 2015):

a. *Initiation phase*

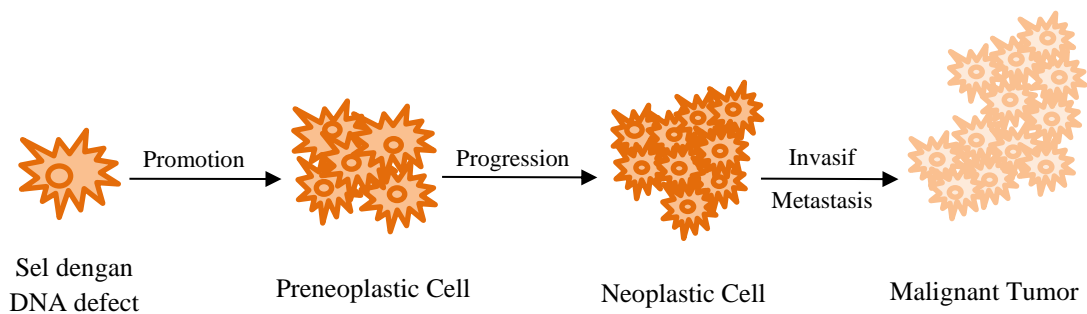
Tubuh yang terpapar bahan karsinogen secara terus menerus akan masuk dalam proses metabolisme. Apabila tubuh tidak dapat melakukan proses metabolik ini maka hasil metabolik bahan karsinogen akan memicu reaksi oksigen dan lemak dalam darah yang menghasilkan radikal bebas. Ion radikal bebas mengubah kode atau urutan gen dalam DNA yang menyebabkan terjadinya mutasi pada DNA. Mutasi pada DNA dapat menghasilkan sel abnormal. Sel abnormal akan dihancurkan oleh gen atau mekanisme perbaikan DNA yang disebut dengan DNA repair. Bila DNA repair serta proses apoptosis (kematian sel terprogram) tidak dapat menghancurkan sel-sel abnormal, maka sel-sel tersebut akan memiliki DNA defect atau cacat permanen. Tahap ini disebut dengan tahap *initiation phase*.



Skema 1. *Initiation Phase*

b. *Promotion phase*

Sel dengan DNA defect mengalami pertumbuhan atau proliferasi (proses pembelahan sel yang terjadi secara terus menerus) serta mengalami differensiasi atau perubahan bentuk sel yang menghasilkan *Benign cell* (tumor jinak) maupun *Malignant cell* (tumor ganas). Tumor jinak hanya akan berproliferasi secara abnormal namun tidak menginvasi atau merusak jaringan di sekitarnya. Namun pada tumor ganas akan berproliferasi dan menginvasi jaringan sekitar bahkan dapat bermetastasis atau menyebar ke jaringan lain melalui pembuluh darah atau kelenjar limfe. Hal ini yang disebut dengan sel *cancer*.



Skema 2. Promotion phrase

2.1.6. Patofisiologi dan Dampak *Cancer* terhadap Sistem Tubuh

Sel *cancer* yang menginvasif jaringan di sekitarnya dapat menimbulkan massa atau benjolan yang menghasilkan mediator rasa sakit dan menekan sel saraf di jaringan tersebut. Hal ini dapat mengirimkan sinyal atau rangsangan ke medulla spinalis (sumsum tulang belakang) yang kemudian berlanjut ke thalamus dan batang otak sehingga memicu respons otonom dan limbik yang akan di proses di

otak. Akhirnya rasa sakit akan dipersepsikan melalui refleks motorik yang menyebabkan gangguan rasa nyaman nyeri.

Adanya massa akan dipersepsikan oleh indera dan diteruskan ke *cortex cerebri* (lapisan luar otak) serta sistem limbik (struktur otak yang mengatur emosi manusia). Sistem limbik dapat mengaktivasi hipotalamus (mengatur perilaku serta respon emosional) serta mengendalikan kelenjar hipofisis untuk melepaskan hormon kortikotropin (CRH) serta hormon adrenokortikotropin (ACTH) yang dapat mengaktivasi sistem korteks adrenal. Hormon-hormon ini dibawa melalui sirkulasi darah menuju korteks adrenal serta menstimulasi pelepasan kortisol. Di samping pelepasan kortisol, faktor eksternal meliputi kurangnya pengetahuan, dukungan keluarga, prosedur pengobatan *cancer* yang sulit, serta ancaman kematian. Kedua faktor ini dapat mengakibatkan individu merasa stress, khawatir sehingga menyebabkan ansietas. Keberadaan massa pula dapat berisiko kehilangan bagian tubuh akibat dari proses pembedahan yang dilakukan, yang dapat menyebabkan individu merasa malu atau kurang percaya diri dan menyebabkan gangguan citra tubuh.

Sel *cancer* bermetastasis melalui sistem limfatik serta pembuluh darah. Ketika metastasis terjadi melalui pembuluh darah, sirkulasi darah akan terhambat dan menyebabkan hipoksia (kekurangan oksigen). Hipoksia dapat menimbulkan nekrosis atau kematian sel pada jaringan. Akibat dari kelemahan sistem kekebalan tubuh, bakteri patogen dapat menyerang jaringan tersebut dan meningkatkan risiko infeksi.

Sel *cancer* memerlukan nutrisi untuk terus berproliferasi. Sehingga, sel *cancer* mengambil nutrisi dalam tubuh. Karena sel *cancer* merupakan sel abnormal maka terjadi hipermetabolisme pada jaringan *cancer*, sementara jaringan lain mengalami penurunan metabolisme. Akibatnya, berat badan mengalami penurunan dan menyebabkan defisit atau kekurangan nutrisi. Hal ini dapat menimbulkan rasa lelah pada individu, sehingga menyebabkan keletihan.

Dampak *cancer* terhadap sistem tubuh, yakni (Nurarif & Kusuma, 2015; Sastrosudarmo, 2011) :

a. Sistem integument

Metastasis sel *cancer* pada organ-organ lain dapat mengganggu sirkulasi jaringan di sekitar organ tersebut dan merusak sel-sel epitel kulit, sehingga menyebabkan ulkus yang dapat merusak integritas jaringan atau kulit.

b. Sistem pernapasan

Pada *cancer mammae* yang bermetastasis ke jaringan lain akan menyerang pleura parietal (lapisan pleura yang melapisi dinding dalam dada dan diafragma) dan mengakibatkan pengurangan ekspansi paru atau penurunan kadar oksigen yang mengakibatkan pola napas tidak efektif.

c. Sistem pendengaran

Pertumbuhan sel abnormal pada *cancer* nasofaring dapat mengakibatkan tekanan pada saluran kecil yang menghubungkan tenggorokan atas dengan bagian telinga yang berada dibelakang gendang telinga dan berperan dalam proses pendengaran, yakni *tuba estachius*. Tekanan tersebut dapat menyumbat muara

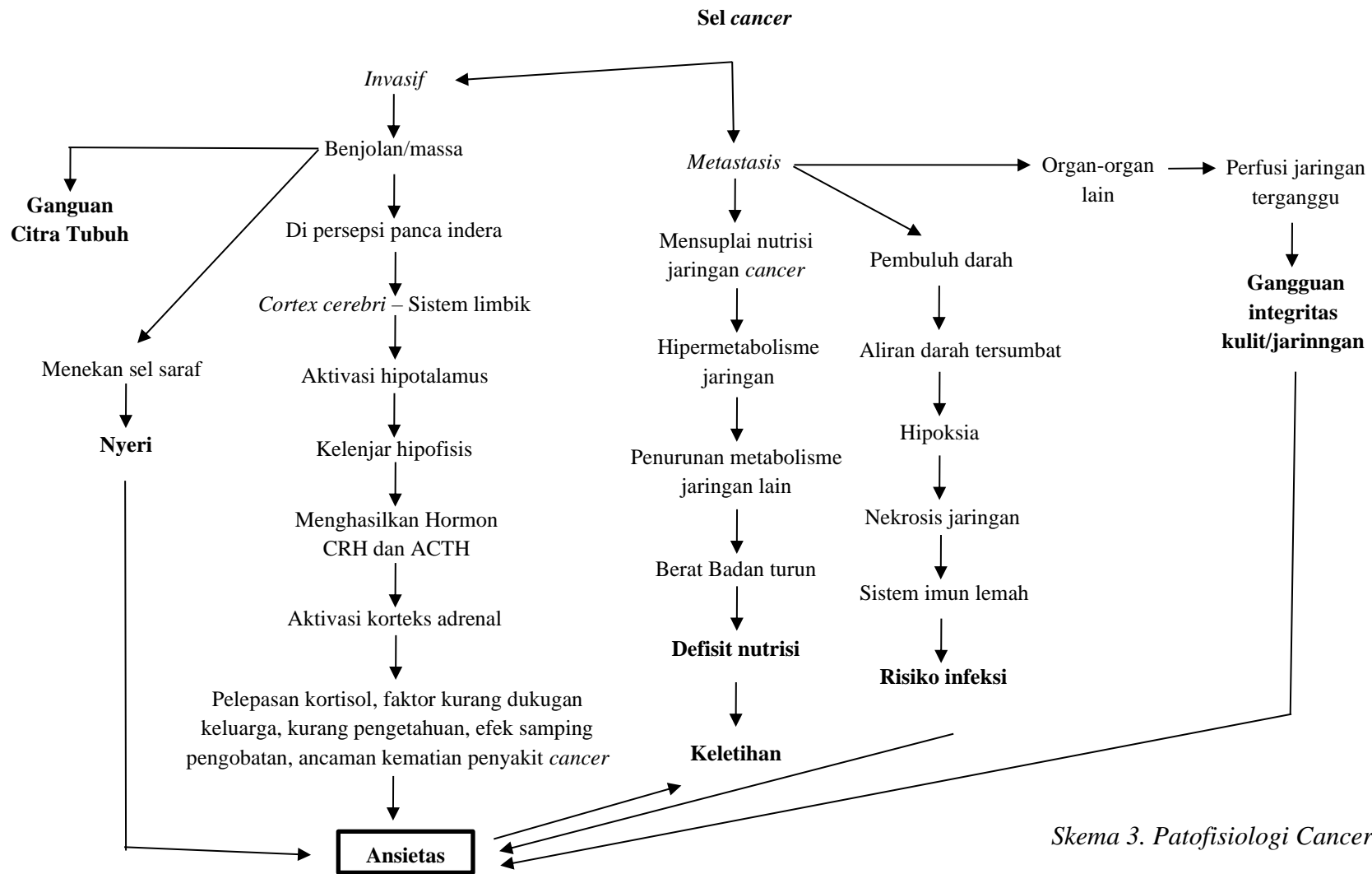
tuba yang terletak pada dinding nasofaring yang dilapisi oleh tulang lunak dan jaringan ikat sehingga dapat menyebabkan gangguan pada pendengaran.

d. Sistem sirkulasi

Pembesaran massa pada *cancer* serviks dapat mengakibatkan pengurangan ketebalan sel epitel yang akan mengganggu kemampuan pembuluh darah dan mengakibatkan perdarahan. Hal ini dapat berdampak pada risiko kekurangan volume cairan.

e. Sistem Imunitas

Fungsi sistem imunitas yakni untuk menghancurkan sel *cancer* sehingga tidak menyebar dan membentuk tumor ganas. Kemampuan sistem imun dapat menurun apabila individu memiliki penyakit imunodefisiensi serta mengonsumsi makanan yang mendukung pertumbuhan sel kanker meliputi gula, garam meja, susu, daging sapi atau babi secara terus menerus. Terapi seperti kemoterapi atau radiasi hanya dapat mengurangi ukuran tumor, namun tidak membunuh sel *cancer* sepenuhnya. Hal ini, menyebabkan mutasi sel *cancer* sehingga sulit dihancurkan. Akibatnya, sistem kekebalan tubuh menjadi lemah terhadap infeksi dan komplikasi lainnya.



Skema 3. Patofisiologi Cancer

2.1.7. Stadium *Cancer*

Stadium *cancer* adalah tahap dalam menentukan seberapa jauh *cancer* telah menyebar ke jaringan sekitar atau metastasis sebagai panduan untuk pengobatan, serta menentukan prognosis (Wijaya & Putri, 2015).

- a. Stadium 0 : *Cancer in situ* yang mana sel *cancer* berada di jaringan asal.
- b. Stadium I : Tumor berukuran kurang dari 2 cm serta belum menyebar ke jaringan lainnya.
- c. Stadium IIA : Tumor berukuran antara 2 hingga 5 cm serta belum menyebar ke kelenjar limfa atau tumor berukuran kurang dari 2 cm tetapi sudah menyebar ke kelenjar limfa.
- d. Stadium IIB : Tumor berukuran lebih dari 5 cm serta belum menyebar ke kelenjar limfa atau tumor berukuran 2 hingga 5 cm tetapi sudah menyebar ke kelenjar limfa.
- e. Stadium IIIA : Tumor berukuran kurang dari 5 cm serta sudah menyebar ke kelenjar limfa disertai penyebaran ke jaringan lain atau tumor berukuran lebih dari 5 cm dan sudah menyebar ke kelenjar limfa.
- f. Stadium IIIB : Tumor telah menyebar ke jaringan lain atau menyebar ke kelenjar limfa disertai tanda gejala pembengkakan, terdapat luka pada permukaan luar kulit.
- g. Stadium IV : Disebut dengan stadium akhir, ukuran tumor lebih dari 5 cm dan telah menyebar ke jaringan atau organ lain

2.1.8. Tanda dan Gejala *Cancer*

Tanda serta gejala *cancer* berkaitan dengan sistem yang terpengaruh (Smeltzer & C, 2015). *Cancer* seringkali menunjukkan tanda-tanda meliputi pembengkakan atau benjolan, perubahan warna atau tekstur pada kulit yang tidak normal, penurunan berat badan yang signifikan, keluarnya cairan atau darah dari bagian tubuh yang terkena *cancer*. Gejala dari penyakit *cancer* meliputi, demam, kelelahan, penurunan nafsu makan, serta nyeri yang umumnya dirasakan di bagian yang terkena *cancer* (Haryanto, 2009).

2.1.9. Pemeriksaan Diagnostik *Cancer*

Pemeriksaan diagnostik *cancer* adalah proses dalam mengidentifikasi atau mengklasifikasikan tanda gejala penyakit sebagai penyakit *cancer*. Tujuan pemeriksaan diagnostik ialah untuk menentukan adanya atau ukuran tumor, mengidentifikasi kemungkinan penyebaran penyakit ke jaringan sekitar atau jaringan lain, mengevaluasi fungsi organ yang terganggu, mendapatkan jaringan atau sel untuk analisis termasuk evaluasi stadium serta derajat tumor. Pemeriksaan diagnostik *cancer* antara lain (Smeltzer & C, 2015) :

a. *Computed Tomography Scan* (CT-Scan)

CT-scan ialah alat bantu diagnostik untuk memeriksa seluruh bagian tubuh serta bermanfaat salah satunya untuk mengevaluasi letak, jenis, serta penyebaran *cancer*.

b. *Magnetic Resonance Imaging* (MRI)

MRI ialah suatu bentuk pemeriksaan radiologi yang berfungsi dalam mengidentifikasi adanya penyakit seperti tumor, inflamasi, kelainan pada pembuluh darah, serta kelainan bawaan lainnya.

c. Rontgen

Rontgen ialah pemeriksaan radiografi menggunakan sinar-X untuk melihat struktur dalam tubuh tanpa harus melakukan operasi. Pemeriksaan rontgen dilakukan pada berbagai kondisi medis khususnya pada Ny.R *cancer mammae*, *cancer paru-paru*, *cancer serviks*, *cancer hati*, serta *cancer prostat* dengan foto rontgen skeletal.

d. Biopsi

Pemeriksaan biopsi ialah tindakan pengambilan sampel jaringan tubuh kemudian dianalisis di laboratorium melalui mikroskop. Biopsi dilakukan untuk mendiagnosis adanya tumor jinak atau ganas serta kondisi lain yang mengakibatkan perubahan pada jaringan.

e. Ultrasonografi (USG)

USG ialah pemeriksaan dengan menampilkan gambaran di dalam tubuh manusia dengan menggunakan gelombang suara befrekuensi tinggi. Salah satu manfaat dari USG untuk mengidentifikasi adanya tumor khususnya pada *cancer mammae*, *cancer ovarium*, *cancer payudara*, *cancer kandung kemih*, *cancer ginjal*, serta *cancer hati*.

f. Pemeriksaan *Positron Emission Tomography Scan* (PET-Scan)

PET-Scan ialah pemeriksaan untuk mengidentifikasi penyakit tertentu dalam tubuh dengan melihat aktivitas jaringan atau organ tubuh. Salah satu manfaat dari PET-Scan ialah mendeteksi pertumbuhan sel tumor dalam tubuh dalam menilai penyebaran *cancer*. Pemeriksaan ini dilakukan khususnya pada *cancer* otak, *cancer* esofagus, *cancer* paru-paru, *cancer mammae*, serta *cancer* tiroid

2.1.10. Penatalaksanaan Medis *Cancer*

Penatalaksanaan *cancer* bertujuan untuk penyembuhan *cancer* secara menyeluruh, memperpanjang harapan hidup, serta menghambat atau mengendalikan pertumbuhan sel *cancer* (Smeltzer & C, 2015). Klien serta keluarganya perlu memahami tujuan penatalaksanaan medis termasuk prosedur, harapan pemulihan, serta efek samping yang mungkin terjadi akibat pengobatan. Penatalaksanaan medis penyakit *cancer*, meliputi (Baradero et al., 2008):

a. Pembedahan

Pembedahan merupakan pengobatan utama dalam menghilangkan sel *cancer* dalam tubuh. Pembedahan dilakukan untuk mengangkat sebagian jaringan sehat di sekitar organ yang terdapat *cancer* tujuannya untuk mengurangi kemungkinan *cancer* kembali serta meningkatkan angka kelangsungan hidup. Efek samping pembedahan yakni risiko infeksi, pendarahan, luka terbuka, serta disfungsi atau kerusakan organ. Tindakan pembedahan pada pasien *cancer* yakni

mastektomi (pengangkatan seluruh payudara) atau pembedahan *breast-conserving* (hanya mengangkat tumor dan jaringan normal di sekitarnya).

- 1) Pembedahan *breast-conserving* terdiri dari lumpektomi atau pengangkatan tumor dan sejumlah kecil jaringan normal di daerah sekitarnya, mastektomi parsial atau pengangkatan tumor dan jaringan normal di sekitarnya yang lebih luas, kuadrantektomi atau pengangkatan seperempat bagian payudara.
- 2) Mastektomi. Terdapat 3 tipe pembedahan mastektomi sebagai berikut :
 - a) Mastektomi simplek : seluruh jaringan payudara diangkat, namun otot yang terletak di bawah kelenjar payudara dibiarkan tidak terganggu dan kulit dibiarkan menutupi bekas luka operasi
 - b) Modifikasi mastektomi radikal : jaringan payudara diangkat dengan menyisakan otot serta kulit, disertai pengangkatan kelenjar getah bening axilla atau ketiak
 - c) Mastektomi radikal : payudara, otot dada serta jaringan lainnya diangkat

b. Terapi radiasi

Terapi radiasi dapat dilakukan secara eksternal maupun internal. Radiasi eksternal menggunakan sinar-X, sedangkan radiasi internal dilakukan dengan memasang bahan radioaktif seperti radium ke dalam jaringan tubuh atau rongga tubuh (*sealed internal radiation*) atau dengan memberikan material radioaktif melalui pembuluh darah atau melalui mulut sehingga dapat menyebar ke seluruh tubuh (*unsealed internal radiation*).

Pemberian terapi radiasi dapat menimbulkan efek samping seperti kulit merah, mual, kelelahan, serta diare. Meskipun terapi radiasi memiliki risiko

karsinogenik, namun terapi radiasi tetap menjadi bagian penting dalam penanganan medis. Baradero et al., (2008) menyatakan dalam bukunya berjudul *Klien Cancer: Seri Asuhan Keperawatan* bahwa mekanisme terjadinya *cancer* akibat radiasi masih belum diketahui sepenuhnya.

c. Kemoterapi

Kemoterapi ialah penggunaan obat anti-*cancer* yang bertujuan untuk menghentikan pertumbuhan serta pembelahan sel. Obat ini meliputi antimetabolit, alkaloid, nitrosurea, prokarbazim serta dakarbazim. Efek samping kemoterapi meliputi, anemia, kerusakan folikel rambut yang menyebabkan kerontokan, diare, stomatitis, mual, muntah, sterilitas atau terhambatnya pertumbuhan serta perkembangan janin, serta kemandulan.

d. Imunoterapi

Imunoterapi adalah metode pengobatan *cancer* dengan melibatkan pengaturan sistem imun melalui penggunaan bahan biologis ilmiah atau agen yang dihasilkan secara genetik yang disebut sebagai *Biological Response Modifiers* (BRM). BRM dapat mengubah respons tubuh terhadap *cancer* meliputi interferon, interleukins, serta antibodi monoclonal. Efek samping bioterapi yakni menimbulkan gejala flu, demam, sakit kepala, nyeri tulang, myalgia, artralgia.

2.1.11. Komplikasi *Cancer*

Cancer dapat menimbulkan beberapa komplikasi meliputi *Cardiac tamponade*, *Superior vena cava syndrome*, *Spinal cord compression*, *Brain dysfunction* (Ariani, 2017, pp. 15–16).

a. *Cardiac Tamponade*

Cardiac Tamponade atau tamponade jantung ialah gangguan pada fungsi jantung dalam mengalirkan darah disebabkan oleh tekanan yang tinggi pada jantung. *Cardiac tamponade* terjadi saat cairan menumpuk di dalam pericardium. Cairan tersebut menimbulkan tekanan pada jantung dan mengganggu kemampuan jantung untuk memompa darah. Cairan dapat menumpuk ketika kanker menyerang pericardium dan mengiritasinya.

b. *Superior Vena Cava Syndrome*

Superior vena cava syndrome ialah sumbatan pada pembuluh darah vena cava superior. *Superior vena cava syndrome* terjadi ketika *cancer* menyumbat atau menghalangi pembuluh darah utama (pembuluh cava superior), sehingga darah dari bagian atas tubuh tidak dapat mengalir dengan lancar. Hal ini menyebabkan pembengkakan pada bagian atas dada dan leher, yang dapat memicu pembengkakan pada wajah, leher, dan dada.

c. *Spinal cord compression*

Spinal cord compression atau kompresi saraf tulang belakang timbul ketika kanker menekan tulang belakang atau saraf tulang belakang sehingga menyebabkan rasa sakit dan kehilangan fungsi inkontinensia (tidak bisa menahan buang air kecil atau besar). Kompresi yang berlangsung lama pada tulang belakang atau saraf tulang belakang memungkinkan mengurangi fungsi saraf normal yang dapat pulih ketika tekanan dihilangkan.

2.2. Konsep Asuhan Keperawatan *Cancer*

Oda (2013) menyatakan pelayanan keperawatan professional melibatkan tahapan atau proses yang disebut asuhan keperawatan. Tahapan asuhan keperawatan meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, menetapkan kriteria hasil dan perencanaan tindakan, penulisan tindakan, serta evaluasi.

2.2.1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap pertama dalam proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan data dasar klien termasuk fisik, psikologis, dan emosional. Data dasar ini digunakan untuk menentukan status kesehatan klien, mengidentifikasi masalah aktual atau potensial, serta sebagai dasar dalam memberikan pendidikan kesehatan kepada klien. Pengkajian meliputi data subjektif serta data objektif (Baradero et al., 2008; Oda, 2013).

Data subjektif pada penyakit *cancer* mencakup identitas klien terutama usia serta pekerjaan, karena usia lebih dari 40 tahun merupakan faktor risiko terjadinya *cancer* serta lingkungan kerja yang sering terpapar bahan kimia atau radioaktif dapat menyebabkan *cancer*. Kaji keluhan klien mengenai nyeri, mual muntah sebagai akibat efek samping pengobatan, serta penurunan nafsu makan. Riwayat kesehatan sebelumnya apakah klien pernah mengidap *cancer*, dan riwayat kesehatan keluarga apakah ada anggota keluarga yang mengidap *cancer*, karena faktor genetik yang merupakan salah satu penyebab *cancer*. Kaji adanya keluhan buang air besar atau buang air kecil akibat pengobatan *cancer*. Data psikologis

mencakup status emosional, kecemasan, pola koping, komunikasi, konsep diri, dengan tujuan untuk memantau perubahan psikologis klien. Pengkajian psikologis dilakukan karena *cancer* tidak hanya mempengaruhi perubahan fisiologis, tetapi juga mempengaruhi status psikologis klien. (Baradero et al., 2008).

Data objektif mencakup antropometri apakah terjadi penurunan berat badan klien, penampilan umum terkait adanya kelelahan pada klien, tanda-tanda vital apakah dalam rentang normal karena nyeri serta cemas dapat menyebabkan tanda-tanda vital tidak normal. Pemeriksaan fisik secara menyeluruh mulai dari kepala sampai kaki, apakah terdapat masalah pada kulit, adanya perdarahan, kerontokan pada rambut, serta risiko infeksi. Tinjauan riwayat medis klien untuk mengidentifikasi faktor risiko terhadap efek dari pengobatan. Evaluasi tingkat keparahan dan lamanya efek samping dari terapi sebelumnya. Hasil tes laboratorium yang tidak normal dapat menandakan adanya efek dari pengobatan (Baradero, Dayrit and Siswandi, 2008).

2.2.2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan ialah tahap kedua dalam proses keperawatan, Diagnosis keperawatan ialah pengkajian klinis respon klien terhadap masalah kesehatan yang aktual maupun potensial (PPNI, 2016). Diagnosa keperawatan klien *Cancer* yakni (Baradero, Dayrit and Siswandi, 2008; PPNI, 2016) :

- a. Defisit nutrisi berhubungan dengan penurunan hipermetabolisme jaringan (D.0019).

Defisit nutrisi ialah asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme yang disebabkan oleh berbagai faktor seperti ketidakmampuan menelan makanan, gangguan pencernaan, hambatan dalam penyerapan nutrisi, peningkatan kebutuhan metabolisme, faktor ekonomi, serta faktor psikologis.

Tanda gejala defisit nutrisi meliputi :

- 1) Tanda gejala mayor : Objektif antara lain berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal. Subjektif antara lain cepat kenyang setelah makan, kram atau nyeri abdomen, nafsu makan menurun.
- 2) Tanda gejala minor : Objektif antara lain bising usus hiperaktif, otot pengunyah lemah, otot menelan lemah, membran mukosa pucat, sariawan, serum albumin turun, rambut rontok berlebihan, diare.

Kondisi klinis terkait defisit nutrisi yakni stroke, Parkinson, *mobius syndrome*, *cerebral palsy*, *cleft lip*, *cleft palate*, *amyotropic lateral sclerosis*, kerusakan neuromuscular, luka bakar, kanker, infeksi, AIDS, penyakit Crohn's, enterocolitis, fibrosis kistik.

- b. Kelelahan berhubungan dengan stress, penurunan berat badan (D.0057).

Kelelahan merupakan penurunan kapasitas kerja fisik dan mental yang tidak pulih dengan istirahat yang disebabkan oleh gangguan tidur, gaya hidup monoton, kondisi fisiologis (misalnya penyakit kronis, penyakit terminal, anemia, malnutrisi, kehamilan), program perawatan atau pengobatan jangka panjang, peristiwa hidup negative, stress berlebihan, serta depresi. Tanda gejala kelelahan meliputi :

- 1) Tanda gejala mayor : Subjektif yaitu energi tidak pulih walaupun telah tidur, merasa kurang tenaga, mengeluh lelah. Objektif yaitu tidak mampu mempertahankan aktivitas rutin, serta tampak lesu.
- 2) Tanda gejala minor : Subjektif yaitu merasa bersalah akibat tidak mampu menjalankan tanggung jawab. Objektif yaitu kebutuhan istirahat meningkat.

Kondisi klinis terkait kelelahan yakni anemia, kanker, hipotiroidisme atau hipertiroidisme, *AIDS*, depresi, serta menopause.

- c. Nyeri kronis berhubungan dengan proses penyakit (penekanan/kerusakan jaringan syaraf), inflamasi (D.0078).

Nyeri kronis ialah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan reaksi mendadak atau lambat serta berintensitas ringan atau berat dan konstan, yang berlangsung lebih dari tiga bulan. Nyeri kronis disebabkan oleh kondisi musculoskeletal kronis, kerusakan sistem saraf, penekanan sistem saraf, infiltrasi tumor, ketidakseimbangan neurotransmitter, neuromodulator, dan reseptor, gangguan fungsi metabolik, riwayat posisi kerja statis, peningkatan indeks massa tubuh, kondisi pasca trauma, tekanan emosional, riwayat penganiayaan, serta riwayat penyalahgunaan obat atau zat. Tanda gejala nyeri kronis meliputi :

- 1) Tanda gejala mayor : Subjektif yaitu mengeluh nyeri, serta merasa depresi. Objektif yaitu tampak meringis, gelisah, serta tidak mampu menuntaskan aktivitas.
- 2) Tanda gejala minor : Subjektif yaitu merasa takut mengalami cedera berulang. Objektif yaitu bersikap protektif (misalnya posisi menghindari

nyeri), waspada, pola tidur berubah, anoreksia, fokus menyempit, berfokus pada diri sendiri. Kondisi klini terkait nyeri kronis meliputi kondisi kronis (misal arthritis reumatoid), infeksi, cedera medulla spinalis, kondisi pasca trauma, serta tumor.

- d. Ansietas berhubungan dengan situasi krisis (*cancer*), perubahan kesehatan, bentuk tubuh (D.0080).

Ansietas ialah kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman. Penyebab ansietas yaitu krisis situasional, kebutuhan tidak terpenuhi, krisis maturasional, ancaman terhadap konsep diri, ancaman terhadap kematian, kekhawatiran mengalami kegagalan, disfungsi sistem keluarga, hubungan orang tua anak-anak tidak memuaskan, faktor keturunan, penyalahgunaan zat, terpapar bahaya lingkungan, kurang terpapar informasi (lebih jelasnya akan di uraikan pada bagian konsep gangguan integritas ego: ansietas).

- e. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan dalam penampilan (D.0083).

Gangguan citra tubuh ialah perubahan persepsi terkait penampilan, struktur dan fungsi fisik individu yang disebabkan oleh perubahan struktur atau bentuk tubuh (misal amputasi, trauma, luka bakar, obesitas, jerawat), perubahan fungsi tubuh (misal proses penyakit, kehamilan, kelumpuhan), perubahan fungsi kognitif, ketidaksesuaian budaya, keyakinan atau sistem nilai, transisi perkembangan,

gangguan psikososial, serta efek tindakan atau pengobatan (misal pembedahan, kemoterapi, terapi radiasi). Tanda gejala gangguan citra tubuh meliputi :

- 1) Tanda gejala mayor : Objektif yaitu mengungkapkan kecacatan atau kehilangan bagian tubuh. Objektif yaitu kehilangan bagian tubuh, serta fungsi atau struktur tubuh berubah atau hilang.
- 2) Tanda gejala minor : Subjektif yaitu tidak mau mengungkapkan kecacatan atau kehilangan bagian tubuh, mengungkapkan perasaan negative tentang perubahan tubuh, mengungkapkan kekhawatiran pada penolakan atau reaksi orang lain, mengungkapkan perubahan gaya hidup. Objektif yaitu menyembunyikan atau menunjukkan bagian tubuh secara berlebihan, menghindari melihat dan atau menyentuh bagian tubuh,

Kondisi klini terkait gangguan citra tubuh yakni mastektomi, amputasi, jerawat, parut atau luka bakar yang terlihat, obesitas, hiperpigmentasi pada kehamilan, gangguan psikiatrik, program terapi neoplasma, *alopecia chemically induced*.

- f. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan inflamasi, efek pengobatan (D.0129).

Gangguan integritas kulit/jaringan ialah kerusakan kulit yang meliputi dermis atau epidermis, serta jaringan yang meliputi membrane mukosa, kornea, fascia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi atau ligament. Gangguan integritas kulit/jaringan disebabkan oleh perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, kekurangan atau kelebihan volume cairan, penurunan mobilitas, bahan kimia iritatif, suhu lingkungan yang ekstrem, efek samping terapi radiasi,

kelembapan, proses penuaan, neuropati perifer, perubahan pigmentasi, perubahan hormonal, kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan atau melindungi integritas jaringan.

- 1) Tanda gejala mayor : Objektif yaitu kerusakan jaringan atau lapisan kulit.
- 2) Tanda gejala minor : Objektif antara lain nyeri, perdarahan, kemerahan,
Kondisi klinis terkait gangguan integritas kulit/jaringan yakni imobilisasi, gagal jantung kongestif, gagal ginjal, diabetes melitus, imunodefisiensi.

g. Risiko infeksi berhubungan dengan tidak adekuatnya sistem imun tubuh (D.0142).

Risiko infeksi ialah berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik yang disebabkan oleh penyakit kronis, efek prosedur invasive, malnutrisi, peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan, ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer yang meliputi gangguan peristaltik, kerusakan integritas kulit, perubahan sekresi pH, penurunan kerja siliaris, ketuban pecah lama, ketuban pecah sebelum waktunya, merokok, serta statis cairan tubuh. Risiko infeksi dapat disebabkan pula oleh ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder yang meliputi penurunan hemoglobin, imunosupresi, leukopenia, supresi respon inflamasi, vaksinasi tidak adekuat.

Kondisi klinis terkait risiko infeksi yakni AIDS, luka bakar, penyakit paru obstruksi kronis, diabetes melitus, tindakan invasive, kondisi penggunaan terapi steroid, penyalahgunaan obat, ketuban pecah sebelum waktunya, kanker, gagal ginjal, imunosupresi, *lymphedema*, leukositopenia, serta gangguan fungsi hati.

2.2.3. Perencanaan Keperawatan

Intervensi keperawatan ialah tahapan ketiga dalam proses keperawatan. Intervensi merujuk pada segala upaya dalam merencanakan tindakan keperawatan yang melibatkan pembuatan tujuan atau kriteria hasil keperawatan (Februanti, 2019). Perencanaan keperawatan pada klien *Cancer* berdasar pada diagnosa keperawatan yakni (PPNI, 2018, 2019; Smeltzer & C, 2002).

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1.	Defisit nutrisi berhubungan dengan penurunan hipermetabolisme jaringan (D.0019)	<p>Tujuan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengurangi jumlah frekuensi mual muntah sebelum, selama, dan setelah pemberian pengobatan 2. Nutrisi terpenuhi <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penurunan rasa mual dan muntah 2. Mongkonsumsi cairan dan makanan yang adekuat 3. Menunjukkan turgor kulit normal dan membrane mukosa yang lembab 4. Tidak adanya penurunan berat badan tambahan 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Identifikasi status nutrisi b) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan c) Identifikasi makanan yang disukai d) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient e) Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik f) Monitor asupan makanan g) Monitor berat badan h) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu b) Fasilitasi menentukan pedoman diet (misal piramida makanan) c) Siapkan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai d) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi e) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein f) Berikan suplemen makanan, jika perlu g) Hentikan pemberian makanan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Anjurkan posisi duduk, jika mampu b) Ajarkan diet yang di programkan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (misal pereda nyeri, mual), jika perlu

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
2.	Keletihan berhubungan dengan stress, penurunan berat badan (D.0057)	<p>Tujuan : Meningkatkan toleransi aktivitas dan penurunan tingkat keletihan</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melaporakn penurunan tingkat keletihan 2. Meningkatkan keikutsertaan dalam aktivitas secara bertahap 3. Istirahat ketika mengalami keletihan 4. Meminta bantuan dengan aktivitas sesuai kebutuhan 	<p>b) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibuat</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan b) Monitor kelelahan fisik dan emosional c) Monitor pola dan jam tidur d) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (misal cahaya, suara, kunjungan) b) Lakukan latihan rentang gerak pasif dan atau aktif c) Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan d) Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Anjurkan tirah baring b) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap c) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang d) Ajarkan strategi coping untuk mengurangi kelelahan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
3.	Nyeri akut berhubungan dengan proses penyakit (penekanan/kerusakan jaringan syaraf), inflamasi (D.0077)	<p>Tujuan : Rasa nyeri berkurang</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Skala nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Dapat menggunakan strategi pereda nyeri alternatif yang tepat 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri b) Identifikasi skala nyeri c) Identifikasi respons nyeri non verbal d) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misal hipnosis, akupresur, terapi musik, teknik imajinasi membimbing, teknik relaksasi) b) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misal suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) c) Fasilitasi istirahat tidur d) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri b) Jelaskan strategi meredakan nyeri c) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri d) Anjurkan menggunakan analgetic secara tepat e) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
4.	Ansietas berhubungan dengan situasi krisis (<i>cancer</i>), perubahan kesehatan, bentuk tubuh (D.0080)	<p>Tujuan : Menurunnya tingkat ansietas</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi kebingungan menurun 2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 3. Palpitasi menurun 4. Tanda-tanda vital dalam rentan normal 5. Tremor menurun 6. Pucat menurun 7. Konsentrasi membaik 8. Kontak mata membaik 9. Pola tidur membaik 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (misal kondisi, waktu, stresor) b) Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan b) Pahami situasi yang membuat ansietas c) Dengarkan dengan penuh perhatian d) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan e) Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang f) Latih teknik relaksasi napas dalam atau teknik distraksi meliputi guided imagery, terapi seft, teraapi musik (SOP terlampir) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis b) Anjurkan keluarga untuk tetap bersama klien, jika perlu <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
5.	Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan dalam penampilan (D.0083)	<p>Tujuan : Memperbaiki citra tubuh dan harga diri</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dapat mengungkapkan perasaan dan reaksi terhadap kehilangan 2. Menunjukkan minat dalam penampilan 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Identifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan b) Identifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi sosial c) Monitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri d) Monitor apakah klien bisa melihat bagian tubuh yang berubah <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Diskusikan perubahan tubuh dan fungsinya b) Diskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri c) Diskusikan kondisi stress yang mempengaruhi citra tubuh (misal luka, penyakit, pembedahan) d) Diskusikan cara mengembangkan harapan citra tubuh secara realistis e) Diskusikan persepsi klien dan keluarga terhadap perubahan citra tubuh <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Jelaskan kepada keluarga terkait perawatan perubahan citra tubuh b) Anjurkan mengungkapkan gambaran diri terhadap citra tubuh c) Anjurkan menggunakan alat bantu (misal wig, kosmetik) d) Latih fungsi tubuh yang dimiliki e) Latih peningkatan penampilan diri (misal berdandan)

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
6.	Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan inflamasi, efek pengobatan (D.0129)	<p>Tujuan : Memelihara integritas kulit/jaringan</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perdarahan menurun 2. Hidrasi meningkat 3. Elastisitas meningkat 	<p>f) Latih pengungkapan kemampuan diri kepada orang lain</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Monitor karakteristik luka b) Monitor tanda-tanda infeksi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Lepaskan balutan dan plester secara perlahan b) Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik sesuai kebutuhan c) Bersihkan jaringan nekrotik d) Berikan salep yang sesuai dengan kulit/lesi, jika perlu e) Pasang balutan sesuai jenis luka f) Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka g) Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase h) Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi klien <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Jelaskan tanda gejala infeksi b) Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Kolaborasi prosedur debridement, jika perlu b) Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
7.	Risiko infeksi berhubungan dengan tidak adekuatnya sistem imun tubuh (D.0142)	<p>Tujuan : Mencegah terjadinya infeksi</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menunjukkan suhu tubuh dan tanda-tanda vital normal 2. Tidak menunjukkan adanya tanda-tanda inflamasi 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Batasi jumlah pengunjung b) Berikan perawatan kulit pada area edema atau ulkus c) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien dan lingkungan klien d) Pertahankan teknik aseptik pada klien berisiko tinggi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Jelaskan tanda gejala infeksi b) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar c) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi d) Anjurkan meningkatkan asupan cairan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

Tabel 1. Perencanaan Keperawatan

2.2.4. Pelaksanaan Keperawatan

Implementasi merupakan tahap keempat dalam proses keperawatan. Implementasi ialah penulisan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Tindakan perawat berfokus pada keseimbangan fisiologis dengan membantu klien dalam kondisi sehat maupun sakit untuk meningkatkan kualitas hidup klien. Implementasi terdiri dari tindakan mandiri, serta kolaborasi (Oda, 2013).

2.2.5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap kelima dalam proses keperawatan. Tahap ini perawat mengevaluasi hasil dari tindakan yang telah dilakukan dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan serta mengevaluasi masalah yang terjadi sudah sepenuhnya teratasi, sebagian teratasi, atau bahkan belum teratasi sama sekali. Evaluasi dapat terbagi menjadi dua jenis yakni evaluasi formatif serta evaluasi sumatif. Evaluasi formatif dapat segera dilakukan setelah perawat menerapkan rencana keperawatan untuk mengevaluasi efektivitas intervensi asuhan. Evaluasi sumatif ialah dilakukan setelah seluruh proses asuhan selesai, berguna untuk mengevaluasi serta memantau kualitas asuhan keperawatan yang telah diberikan (Oda, 2013).

2.3. Konsep Gangguan Integritas Ego : Ansietas

2.3.1. Psikodinamika Gangguan Integritas Ego : Ansietas

Psikodinamika ialah suatu pendekatan konseptual yang memandang proses-proses mental sebagai gerakan dan interaksi kuantitas-kuantitas energi psikik yang berlangsung intra-individual (antar bagian-bagian struktur psikis) dan interindividual (antar orang). Psikodinamika bertujuan untuk dapat mengerti dan memahami melalui gejala dan keluhannya, disamping juga untuk menegakkan diagnosis dan untuk mencapai hasil terapi yang diinginkan (Dewandari, 2020).

Dalam psikodinamika terdapat struktur (yaitu kepribadian), kekuatan (yaitu dorongan, libido, insting), gerakan (*movement, action*), pertumbuhan (*growth*), serta perkembangan (*development*). Sigmund Freud mengemukakan struktur kepribadian individu terdiri dari tiga komponen yakni *id*, *ego*, serta *superego*. *Id* ialah suatu kepribadian naluriah manusia yang didorong oleh prinsip kesenangan, dimana semua keinginan serta kebutuhan harus segera terpenuhi. *Ego* ialah suatu kepribadian yang berperan memilih cara memenuhi keinginan *id* agar tidak bertentangan dengan *superego*. *Superego* ialah suatu kepribadian yang mengendalikan *id* dan *ego* agar tidak melakukan tindakan yang tidak benar di mata masyarakat atau agama. Ketiga struktur kepribadian tersebut bekerja sama dalam mempengaruhi perilaku individu. Pertentangan yang terjadi diantara ketiga struktur kepribadian tersebut akan menimbulkan kecemasan atau ansietas bagi individu (Nasir & Muhith, 2011).

Menurut pandangan psikodinamika ansietas ialah suatu sinyal kepada ego bahwa terdapat suatu dorongan dari *id* yang tidak dapat diterima atau mendapat tekanan yang besar dari *superego* dalam merealisasikan (memuaskan) dorongan tersebut. Sebagai suatu sinyal ansietas menyadarkan *ego* untuk mengambil tindakan defensif terhadap tekanan yang muncul dari dalam diri individu (Nasir & Muhith, 2011).

Dampak psikodinamika penyakit *cancer* terhadap ansietas yang menyangkut keadaan mental, emosi serta pola pikir individu ditunjukkan dengan sulit berkonsentrasi, daya ingat menurun, produktivitas atau kerja prestasi kerja menurun, sering merasa jenuh, gelisah, cemas, frustrasi, mudah marah, serta mudah tersinggung.

2.3.2. Definisi Ansietas

Ansietas merupakan reaksi terhadap situasi yang tidak menyenangkan atau mengancam yang dapat menimbulkan masalah kesehatan (Dewandari, 2020). Ansietas merupakan perasaan takut, kekhawatir, serta stres yang berasal dari ketidakpastian serta berdampak pada tubuh (Angeline & Simon, 2020). Ansietas merupakan keadaan perasaan serta pengalaman yang dirasakan individu terhadap suatu objek yang tidak pasti akibat adanya antisipasi terhadap bahaya yang mungkin terjadi, sehingga individu melakukan tindakan dalam menghadapi ancaman (Yulianti & Yosef, 2010).

Dapat disimpulkan, ansietas ialah respons meliputi perasaan takut, khawatir serta stress yang timbul akibat hal yang tidak pasti atau ancaman bahaya yang

dapat menimbulkan masalah kesehatan (Sutejo, 2018; Tarwoto & Wartonah, 2011; Yusuf et al., 2015).

2.3.3. Etiologi Ansietas

Faktor yang menyebabkan individu mengalami ansietas, yakni (Nasir & Muhith, 2011) :

- a. *Physical disease states* (kondisi kesehatan fisik), beberapa kondisi kesehatan dapat menyebabkan ansietas pada individu meliputi Tuberkulosis (TBC), *Cancer*, Diabetes Melitus.
- b. *Case History* (riwayat kesehatan), riwayat kesehatan masa lalu yang berdampak pada kesehatan psikologis di masa depan meliputi kecelakaan atau riwayat operasi yang mengakibatkan kehilangan anggota tubuh, patah tulang.
- c. Faktor lingkungan mencakup lingkungan fisik, serta lingkungan sosial. Lingkungan fisik yakni keadaan atau peristiwa di sekitar individu meliputi bencana alam, kemacetan, serta kondisi cuaca ekstrem. Lingkungan sosial meliputi interaksi sosial yang dapat menyebabkan ansietas apabila hubungannya tidak berjalan dengan baik seperti kurangnya dukungan keluarga.

Tarwoto and Wartonah (2011) menyatakan terdapat faktor-faktor lain yang menimbulkan terjadinya ansietas yakni kehilangan kemandirian yang mengharuskan individu bergantung pada orang lain serta memerlukan bantuan

mereka, masalah keuangan, kurangnya pengetahuan, ancaman yang lebih serius seperti penyakit, serta permasalahan dalam perawatan medis.

2.3.4. Tingkat Ansietas

Ansietas memiliki empat tingkatan, yakni (Sutejo, 2018; Tarwoto & Wartonah, 2011; Yusuf et al., 2015):

a. Ansietas ringan

Ansietas ringan terkait dengan peristiwa kehidupan sehari-hari. Individu terdorong untuk belajar berkembang yang dapat menghasilkan kreativitas. Respon ansietas ringan meliputi napas pendek secara hilang timbul, nadi dan tekanan darah naik, kerutan pada wajah, bibir bergetar, are persepsi luas, fokus pada masalah, kemampuan untuk menyelesaikan masalah secara efektif, kesulitan untuk diam, serta getaran pada tangan.

b. Ansietas sedang

Ansietas sedang ialah persepsi terhadap masalah umumnya menurun, serta fokus perhatian individu terhadap hal penting saat itu. Gejala ansietas sedang meliputi napas pendek yang sering terjadi, peningkatan detak jantung dan tekanan darah, mulut kering, hilangnya nafsu makan, gelisah, kesulitan dalam mengatasi rangsangan luar, bicara cepat dan banyak, adanya gangguan pola tidur, serta perasaan tidak nyaman.

c. Ansietas berat

Ketika mengalami ansietas berat, lapang persepsi terbatas, cenderung fokus pada hal kecil serta mengabaikan hal penting. Individu tidak mampu berpikir

secara luas serta membutuhkan bantuan lebih komprehensif berupa arahan atau instruksi.

d. **Tingkat Panik**

Pada tingkat ini, kemampuan individu untuk mengendalikan diri terganggu serta tidak dapat melakukan tindakan meskipun telah diberikan pengarahan. Gejala panik meliputi napas pendek, sesak napas, sakit dada, nadi meningkat, kulit pucat, tekanan darah rendah, lapang persepsi sangat terbatas, ketidakmampuan untuk berpikir secara logis, gelisah, mengamuk, ketakutan, berteriak, kehilangan kendali.

2.3.5. Tanda Gejala Ansietas

Yanti (2021), menyatakan tanda gejala ansietas secara umum berdasarkan tingkatannya yakni :

- a. Ansietas ringan meliputi gemetaran, ketegangan otot, napas pendek dan cepat, mudah lelah.
- b. Ansietas sedang meliputi sering mengalami terkejut, aktivitas otonom yang meningkat, wajah merah dan pucat.
- c. Ansietas berat meliputi takikardi atau nadi cepat, napas pendek dan cepat, berkeringat, tangan terasa dingin.
- d. Tingkat panik meliputi diare, mulut kering, sering buang air kecil, kesulitan menelan.

2.3.6. Respons Tubuh Terhadap Ansietas

Riyadi and Purwanto (2013), menyatakan terdapat empat respons tubuh mengenai ansietas meliputi respon fisiologis, perilaku, afektif, serta kognitif.

Sistem Tubuh	Respons
Pernapasan	Napas cepat Sesak napas Dada terasa tertekan
Neuromuskuler	Reflek meningkat Kedipan mata berulang-ulang Insomnia Gelisah Wajah tegang Kelemahan Tremor
Gastrointestinal	Hilangnya nafsu makan Rasa tidak nyaman pada abdomen atau perut Mual Nyeri perut Nyeri ulu hati
Perkemihan	Sering berkemih Tidak dapat menahan kencing
Kulit	Wajah kemerahan Telapak tangan berkeringat Berkeringat seluruh badan Wajah pucat

Tabel 2. Respon Fisiologis

Sistem	Respons
Perilaku	Gelisah Fisik mengalami ketegangan Bicara cepat Menarik diri dari hubungan sosial Menghindar dari masalah
Kognitif	Konsentrasi terganggu Mudah lupa Adanya hambatan dalam berpikir Bingung Takut cedera atau kematian
Afektif	Mudah terganggu Tidak sabar Tegang Gugup

Sistem	Respons
	Ketakutan Waspada

Tabel 3. Respon Psikologis

2.3.7. Alat Ukur Ansietas

Ariana (2016) mengemukakan *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS) ialah sebuah instrument yang digunakan dalam pengukuran tingkat ansietas individu. Metode HARS didasarkan pada gejala yang dialami oleh individu serta bertujuan untuk menentukan tingkat ansietas yang dirasakan, mulai dari yang ringan, sedang, berat, hingga panik.

Metode HARS terdiri dari 14 jenis tanda atau gejala yang masing-masing jenis dijabarkan secara terperinci dengan tanda gejala yang lebih spesifik. Tiap jenis gejala dinilai dengan skor antara 0 hingga 4. Setiap nilai numerik atau skor dari 14 jenis gejala tersebut dijumlahkan dan dari hasil penjumlahan tersebut dapat diketahui tingkat ansietas individu. Cara penilaian serta penentuan tingkat ansietas dengan menjumlahkan nilai skor, yakni (Hawari, 2009) :

Cara penilaian dengan memberikan nilai disetiap kategori :

- 0 = tidak ada gejala sama sekali
- 1 = satu dari gejala yang ada
- 2 = sedang/separuh dari gejala yang ada
- 3 = berat/lebih dari $\frac{1}{2}$ gejala yang ada
- 4 = sangat berat/terdapat semua gejala

Penentuan tingkat ansietas dengan menjumlahkan nilai skor :

Kurang dari 14 = tidak ada kecemasan

14 hingga 20 = kecemasan ringan

21 hingga 27 = kecemasan sedang

28 hingga 41 = kecemasan berat

42 hingga 56 = panik

2.3.8. Penatalaksanaan Ansietas

Nasir and Muhith (2011) menyatakan penatalaksanaan ansietas bertujuan untuk mengurangi gejala ansietas pada individu. Penatalaksanaan dilakukan secara terapi farmakologi meliputi kolaborasi pemberi obat antiansietas, serta non farmakologi meliputi terapi distraksi serta relaksasi, yakni :

a. Terapi farmakologi

Terapi farmakologis meliputi pemberian obat ansiolitik atau obat antiansietas. Obat ini merupakan jenis obat yang dapat mencegah atau meredakan gejala ansietas, serta sebagai penenang selama menjalani prosedur medis. Dokter akan memberikan ansiolitik dalam jangka pendek karena adanya risiko kecanduan pada klien. Terdapat beberapa jenis ansiolitik, yakni :

- 1) Benzodiazepine, ialah obat penenang yang berfungsi untuk mengurangi keaktifan dari sel saraf yang ada di otak, sehingga menimbulkan efek lebih tenang.

2) Hydroxyzine, ialah obat antihistamin yang memiliki sifat menenangkan. Obat ini diberikan dokter untuk mengatasi insomnia yang disebabkan oleh rasa cemas

b. Terapi non farmakologi

Terapi non farmakologi ialah metode pengobatan yang melibatkan pendekatan, edukasi serta pemahaman mengenai penyakit. Terapi non farmakologi ansietas meliputi terapi distraksi dan relaksasi napas dalam (Nasir and Muhith, 2011).

1) Terapi distraksi

Terapi distraksi atau terapi pengalihan perhatian ialah proses mengubah fokus dari satu objek ke objek lain atau mengalihkan perhatian dari rasa cemas ke rangsangan yang lain. Teknik distraksi bermanfaat dalam mengatasi ansietas karena membantu individu melupakan perasaan cemas. Jenis teknik distraksi salah satunya terapi seft.

Terapi Spiritual Emotional Freedom Technique (SEFT) merupakan penggabungan antara efektivitas doa dengan spiritualitas dalam menyembuhkan penyakit baik pada aspek fisik maupun psikologis, yang kemudian dikenal sebagai efek penguatan. Terapi SEFT bermanfaat dalam menangani penyakit fisik seperti *cancer* yang dapat menyebabkan kecemasan akibat pengobatan atau pembedahan. Melalui teknik tapping pada titik meridian yang tepat, terapi ini dapat memperbaiki energi tubuh serta kekuatan psikologis (Z, D., & Avianti, N., 2017).

2) Teknik relaksasi napas dalam

Teknik relaksasi ialah metoda, proses, prosedur, atau kegiatan yang dapat membantu seseorang menjadi rileks, meningkatkan ketenangan, menurunkan cemas, stress atau marah. Teknik relaksasi seringkali digunakan dalam manajemen stress yang ditujukan untuk menurunkan ketegangan pada otot-otot tubuh menjadi rileks, menurunkan tekanan darah, menurunkan nyeri serta memudahkan tidur (Nurghiwiati, 2018).

Teknik relaksasi napas dalam dilakukan berdasarkan kepada keyakinan bahwa terdapat saling hubungan antara jiwa dengan fisik serta keduanya saling mempengaruhi seperti tubuh yang tenang akan menimbulkan jiwa menjadi tenang. Napas dalam dan lembut mengakibatkan sirkulasi darah akan terisi penuh oleh oksigen, membersihkan sisa metabolisme serta proses berfikir menjadi jernih. Sebaliknya jika darah kekurangan oksigen akan menyebabkan kelelahan, kebingungan mental, kecemasan, serta ketegangan muscular (Nurghiwiati, 2018).