

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teori Kebutuhan Rasa Nyaman Nyeri

Abraham Maslow menjelaskan bahwa kebutuhan individu tersusun secara hierarkis dimulai dari kebutuhan fisiologis hingga aktualisasi diri dengan rasa aman dan nyaman sebagai kebutuhan dasar yang harus dipenuhi setelah kebutuhan fisiologis tercapai. Rasa aman dan nyaman menggambarkan kondisi terlindungi dari ancaman fisik maupun psikologis sehingga individu dapat merasakan ketenangan dan stabilitas. Kondisi ini sangat berkaitan dengan keadaan bebas dari ketidaknyamanan termasuk nyeri, yang merupakan pengalaman sensori dan emosional tidak menyenangkan. Apabila nyeri tidak dikelola dengan baik, individu berisiko mengalami gangguan fisik dan psikologis yang dapat menghambat pemenuhan kebutuhan pada tingkat yang lebih tinggi.

Pemenuhan kebutuhan terbebas dari nyeri merupakan salah satu tujuan utama dalam pemberian asuhan keperawatan. Melalui upaya pengkajian yang tepat dan intervensi yang sesuai, perawat berperan membantu individu mencapai rasa aman dan nyaman. Dengan terpenuhinya kebutuhan ini, kondisi kesejahteraan individu dapat meningkat dan proses pemulihan dapat berlangsung secara lebih optimal.

1. Konsep Nyeri

a. Definisi Nyeri

International Association for the Study of Pain (IASP) mendefinisikan nyeri merupakan suatu sensori yang tidak menyenangkan dan pengalaman emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial. Nyeri dapat menjadi suatu tanda adanya *impending tissue injury*. Sedangkan nyeri kanker merupakan nyeri yang terjadi akibat kanker itu sendiri (misalnya kerusakan jaringan, infiltrasi pada saraf atau pembuluh darah) dan atau prosedur diagnostik dan terapi terhadap kanker itu sendiri (seperti tindakan biopsi, kemoterapi dan radioterapi).

Menurut Cicely Saunders, nyeri pada pasien kanker tidak hanya berupa nyeri fisik, tetapi merupakan suatu konsep "*Total Pain*" yang meliputi dimensi fisik, psikologis, sosial, dan spiritual. Pada pasien kanker serviks, nyeri fisik dapat timbul akibat infiltrasi tumor dan proses inflamasi, sedangkan nyeri psikologis dapat berupa kecemasan, ketakutan terhadap progresivitas penyakit, maupun kekhawatiran terhadap kematian. Nyeri sosial dapat muncul akibat perubahan peran dalam keluarga, gangguan hubungan interpersonal, dan keterbatasan aktivitas sehari-hari. Selain itu, pasien juga dapat mengalami nyeri spiritual berupa kehilangan makna hidup, perasaan putus asa, atau mempertanyakan keyakinan yang dimiliki. Oleh karena itu, manajemen nyeri pada pasien kanker serviks perlu dilakukan secara holistik dengan memperhatikan seluruh aspek *Total Pain* agar kebutuhan kenyamanan pasien dapat terpenuhi secara optimal.

b. Klasifikasi Nyeri

Nyeri dapat dikategorikan berdasarkan berbagai kondisi seperti asalnya (etiologi), sifat temporalnya (akut atau kronis), serta mekanisme patofisiologisnya (nociceptive, neuropatik, atau nyeri sentral). Klasifikasi-klasifikasi ini saling berhubungan, memungkinkan analisis yang holistik dalam memahami fenomena nyeri (López Martin, 2024).

1) Klasifikasi nyeri berdasarkan waktu atau durasi

a) Nyeri Akut :

Nyeri akut merupakan pengalaman sensorik maupun emosional yang muncul akibat kerusakan jaringan baik nyata maupun potensial dengan onset yang dapat terjadi secara tiba-tiba atau perlahan. Intensitasnya bervariasi dari ringan hingga berat, dan durasinya berlangsung kurang dari tiga bulan.

b) Nyeri Kronis

Nyeri kronis adalah pengalaman sensorik dan emosional yang timbul akibat kerusakan jaringan baik nyata maupun potensial, dengan awal yang dapat terjadi tiba-tiba atau bertahap. Intensitas nyerinya bisa ringan hingga berat, bersifat menetap atau muncul berulang, dan berlangsung lebih dari tiga bulan.

c) *Breakthrough pain* (Nyeri tiba-tiba)

Breakthrough Pain adalah eksaserbasi nyeri akut yang terjadi secara tiba-tiba dengan durasi singkat dan intensitas sedang hingga tinggi. Nyeri ini dapat muncul secara spontan atau terkait dengan peristiwa tertentu, baik yang dapat diprediksi maupun yang tidak dapat diprediksi, meskipun pasien sudah memiliki nyeri dasar yang stabil dan terkontrol. Nyeri ini biasanya berhubungan dengan nyeri yang terjadi pada pasien kanker.

d) *Flare Up*

Flare Up adalah periode intensitas nyeri yang meningkat sementara, lebih kuat dibandingkan dengan nyeri kronis non-kanker. Eksaserbasi ini dapat berlangsung selama beberapa jam hingga beberapa hari, tanpa pola yang jelas dan dengan sedikit atau tanpa tanda-tanda peringatan sebelumnya. Flare up dapat berupa nyeri somatik (berasal dari jaringan tubuh seperti otot, tulang, atau kulit) atau nyeri neuropatik (berasal dari kerusakan atau gangguan sistem saraf). Nyeri jenis ini, biasanya terjadi pada pasien non-kanker.

2) Klasifikasi nyeri berdasarkan patofisiologinya

Berdasarkan Fallon *et al.*, (2023) jenis nyeri yang sering muncul pada pasien kanker sebagai berikut :

- a) Nyeri Nosiseptif : Pada kanker serviks muncul sebagai nyeri somatik yang tajam dan terlokalisasi akibat tumor menyebar ke jaringan panggul seperti ligamen atau otot, serta nyeri viseral yang tumpul atau kram akibat distensi, kompresi, atau infiltrasi organ dalam seperti serviks, uterus, atau rektum.
- b) Nyeri Inflamatorik : Nyeri yang lebih kuat akibat peradangan di area tumor, meningkatkan sensitivitas reseptor nyeri.
- c) Nyeri Neuropatik : Nyeri terbakar, tersengat, kesemutan, atau mati rasa karena saraf panggul atau lumbal tertekan atau rusak.
- d) Nyeri Metastasis : Nyeri akibat penyebaran kanker ke tulang, paru, atau hati rasanya seperti nyeri dalam dan menetap pada tulang, atau tidak nyaman di dada/perut jika organ dalam terlibat.

c. Mekanisme Nyeri

Berdasarkan *Fundamental of Nursing* dalam Potter *et al.*, (2021) proses patofisiologi nyeri terdiri dari empat tahap utama yang membentuk mekanisme nosisepsi meliputi :

- 1) Transduksi: Saat ada rangsangan yang membahayakan seperti zat kimia, tekanan, dan suhu ekstrem sel yang rusak melepaskan zat-zat seperti bradikinin, histamin, prostaglandin, dan substansi P. Zat-zat ini kemudian mengaktifkan reseptor nyeri di ujung saraf, sehingga memicu sinyal nyeri
- 2) Transmisi: Impuls nyeri bergerak melalui serabut saraf aferen menuju medula spinalis. Serabut A-delta membawa nyeri yang tajam dan jelas dengan cepat, sedangkan serabut C menghantarkan nyeri tumpul dan menyebar secara lebih lambat. Dari medula spinalis, sinyal ini diteruskan ke bagian otak yang lebih tinggi melalui traktus spinotalamikus dan spinoretikularis.

- 3) Persepsi: Proses ini terjadi ketika otak mulai mengenali dan menafsirkan sinyal nyeri. Talamus meneruskan informasi tersebut ke korteks serebri, di mana korteks somatosensori menentukan lokasi serta kekuatan nyeri, sementara korteks asosiasi mengaitkannya dengan pengalaman, emosi, dan makna sebelumnya. Persepsi nyeri ini sangat subjektif dan dipengaruhi oleh banyak faktor.
- 4) Modulasi: Proses ini terjadi ketika sinyal nyeri dikurangi atau disesuaikan oleh sel-sel saraf di medula spinalis dan otak. Sistem modulasi nyeri bekerja untuk menurunkan sensasi nyeri salah satunya melalui pelepasan zat penghambat seperti serotonin, norepinefrin, dan endorfin.

Nyeri pada kanker serviks muncul ketika pertumbuhan tumor menekan atau menyerang jaringan di area panggul, sehingga merangsang reseptor nyeri dan memicu keluarnya berbagai mediator inflamasi. Zat-zat ini membuat rangsangan nyeri semakin kuat lalu sinyalnya dibawa oleh serabut saraf menuju medula spinalis dan diteruskan ke otak untuk diproses sebagai sensasi nyeri. Seluruh rangkaian ini melibatkan tahap transduksi, transmisi, modulasi, hingga persepsi. Peradangan akibat invasi tumor maupun efek terapi seperti radiasi juga dapat mempertahankan atau memperberat nyeri pada pasien kanker serviks (Rosas *et al.*, 2024)

d. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Nyeri

Berdasarkan *Fundamental of Nursing* dalam Potter *et al.*, (2021) menyebutkan bahwa pengalaman nyeri pasien dipengaruhi oleh berbagai faktor yang berperan dalam membentuk persepsi dan respons nyeri meliputi :

- 1) Usia
- 2) Jenis Kelamin
- 3) Budaya
- 4) Makna Nyeri

- 5) Perhatian
- 6) Ansietas
- 7) Kelelahan
- 8) Gaya Koping
- 9) Pengalaman Sebelumnya

Menurut (Rosas *et al.*, 2024) beberapa faktor yang mempengaruhi nyeri pada pasien kanker serviks meliputi :

- 1) Infiltrasi dan tekanan tumor pada jaringan sekitar
- 2) Mekanisme nosiseptif dan neuropatik
- 3) Efek perawatan kanker (mis. operasi, radioterapi, kemoterapi)
- 4) Faktor psikologis (kecemasan, distress)
- 5) Variasi individual dalam persepsi nyeri

e. FIGO dan Intensitas Nyeri

Stadium kanker serviks umumnya diklasifikasikan menggunakan sistem FIGO (*International Federation of Gynecology and Obstetrics*). Semakin tinggi stadium kanker, semakin luas penyebaran tumor dan keterlibatan organ di sekitarnya. Kondisi tersebut berhubungan dengan peningkatan intensitas nyeri akibat infiltrasi jaringan, kompresi saraf, obstruksi organ, serta proses inflamasi yang lebih luas. Pasien kanker serviks stadium lanjut atau residif cenderung mengalami nyeri kronis dengan intensitas sedang hingga berat dibandingkan stadium awal.

f. Pengkajian Nyeri

Sumber utama untuk menentukan apakah perlu dilakukan asesmen atau tidak berasal dari hasil skrining. Pasien atau keluarga yang melaporkan adanya nyeri harus mendapatkan asesmen yang sistematis. Asesmen sistematis ini akan mengevaluasi berbagai parameter, seperti lokasi nyeri, dampak nyeri terhadap aktivitas, intensitas nyeri saat istirahat atau beraktivitas, obat yang digunakan, faktor-faktor yang memperburuk atau meringankan nyeri, kualitas nyeri (apakah terasa terbakar, kencang, panas, atau seperti tersengat listrik),

adanya penjalaran atau tidak, intensitas nyeri, dan waktu munculnya nyeri (Pinzon, 2016).

Tabel 1. Pengkajian Nyeri (PQRST)

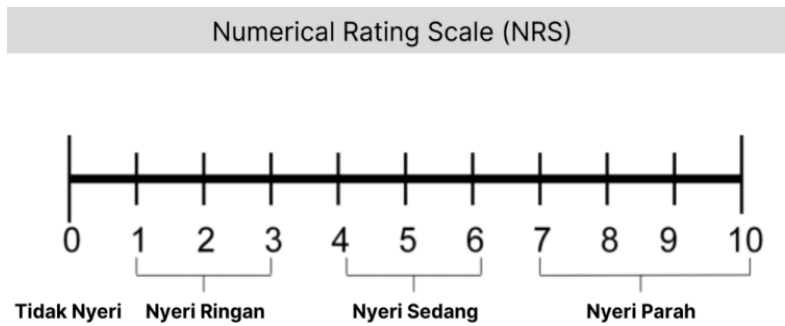
No	Pengkajian	Deskripsi	Pertanyaan Pengkajian
a	<i>Provoking/ Palliating (P)</i>	Pengkajian untuk menentukan faktor atau peristiwa yang mencetuskan dan meredakan nyeri	1) Apa yang menyebabkan nyeri Anda? 2) Apa yang membuatnya lebih buruk? Aktivitas tertentu, posisi tubuh, stres, atau sentuhan? 3) Apa yang membuat nyeri Anda lebih baik? Obat- obatan, istirahat, perubahan posisi, aplikasi panas atau dingin, masase? 4) Apakah sampai tidur?
b	<i>Quality (Q)</i>	Pengkajian keluhan, bagaimana pasien menggambarkan atau merasakan nyeri yang dialaminya	5) Bisakah anda menjelaskan rasa sakit/ nyeri? Apakah rasanya tajam, sakit, seperti diremas, menekan, membakar, nyeri berat, kolik, kaku, atau seperti
c	<i>Region (R)</i>	Lokasi atau area keluhan nyeri	6) Di mana lokasi nyeri Anda? Apakah nyeri menyebar ke area lain? Jika ya, ke mana?
d	<i>Severity Scale (S)</i>	Seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan	7) Seperti apa sakitnya? Nilai nyeri dalam skala 1-10 dengan 0 berarti tidak sakit dan 10 paling sakit
e	<i>Time (T)</i>	Berapa lama nyeri berlangsung, apakah bertambah buruk pada malam hari atau siang hari	8) Kapan muncul? Apakah sakit mulai munculnya perlahan atau tiba-tiba? Apakah nyeri muncul secara terus menerus atau kadang-kadang? 9) Apakah pasien mengalami

g. Skala Nyeri

Potter *et al.* (2021) menjelaskan tingkat nyeri dapat dinilai menggunakan beberapa skala seperti *Numerical Rating Scale* (NRS), *Visual Analog Scale* (VAS), skala deskriptif nyeri, serta skala nyeri wajah (*Wong-Baker Faces Pain Rating Scale*) (Johnson, 2010).

1) *Numerical Rating Scales* (NRS)

Skala ini digunakan untuk menilai nyeri pada pasien dewasa dan anak usia lebih dari 9 tahun. Pasien diminta memilih angka 0–10 untuk menggambarkan intensitas nyeri, dengan 0 menunjukkan tidak ada nyeri dan 10 menggambarkan nyeri paling berat. Sedikitnya pilihan kata untuk menggambarkan perasaan nyeri menyulitkan penilaian tingkat nyeri secara lebih teliti dan terdapat jarak yang sama antar kata yang menggambarkan efek obat analgesik.



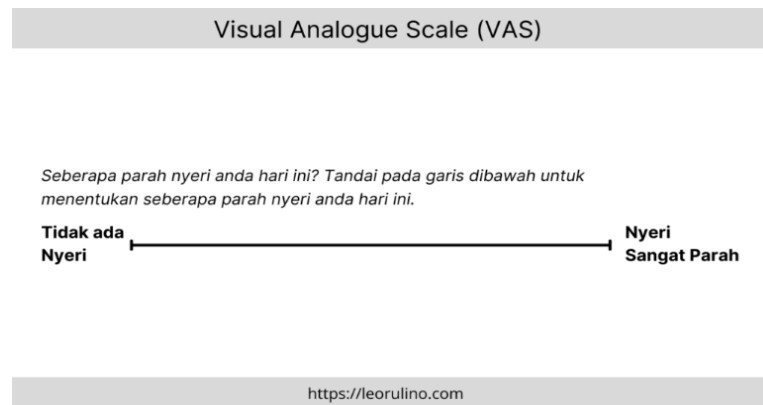
<https://leorulino.com>

Gambar 1. *Numerical Rating Scales* (NRS)

2) *Visual Analog Scale* (VAS)

Skala ini berupa garis lurus sepanjang sekitar 10 cm, dengan satu ujung berarti tidak ada nyeri dan ujung lainnya menunjukkan nyeri sangat berat. Pasien memberi tanda pada garis sesuai tingkat nyeri yang dirasakan, lalu jarak dari ujung “tidak ada nyeri” diukur untuk menentukan nilainya. Metode ini dapat digunakan untuk anak-anak berusia 8 tahun ke atas,

tetapi kurang efektif karena memerlukan tingkat konsentrasi yang lebih tinggi.



Gambar 2. *Visual Analog Scale (VAS)*

3) Skala Wajah Wong-Baker *FACES Pain Rating Scale*

Skala ini menampilkan gambar wajah dengan ekspresi berbeda, dari wajah tersenyum yang menunjukkan “tidak ada nyeri” hingga wajah menangis yang menggambarkan “nyeri sangat berat”. Skala ini sangat membantu untuk anak usia 3 tahun ke atas serta pasien yang sulit berkomunikasi secara verbal atau memiliki keterbatasan kognitif.



Gambar 3. *Wong-Baker FACES Pain Rating Scale*

h. Penatalaksanaan Nyeri

Penatalaksanaan nyeri dilakukan melalui kombinasi intervensi farmakologis dan nonfarmakologis, yang dirancang untuk saling melengkapi sehingga dapat mencapai kontrol nyeri yang paling efektif (Apfelbaum *et al.*, 2021).

1) Penatalaksanaan Nyeri Farmakologis

Pendekatan farmakologis dilakukan dengan memanfaatkan berbagai agen obat yang bertujuan menekan atau mengurangi

persepsi nyeri. Beragam kategori obat dapat digunakan sesuai tingkat keparahan dan karakteristik nyeri, di antaranya:

- a) Analgesik Non-Opioid: Contohnya paracetamol serta obat anti-inflamasi nonsteroid (OAINS) seperti ibuprofen dan naproksen, yang umumnya digunakan untuk menangani nyeri ringan hingga sedang.
- b) Analgesik Opioid: Obat ini diberikan untuk nyeri sedang hingga berat, misalnya morfin, oksikodon, dan fentanil. Penggunaannya harus diawasi secara ketat karena berisiko menimbulkan efek samping sampai ketergantungan.
- c) Ko-Analgesik atau Adjuvan: Kelompok obat ini awalnya ditujukan untuk kondisi lain, namun efektif mengurangi jenis nyeri tertentu, terutama nyeri neuropatik. Contohnya antidepresan seperti amitriptyline dan duloxetine, serta antikonvulsan seperti gabapentin dan pregabalin.
- d) Kortikosteroid: Obat ini digunakan untuk meredakan nyeri yang timbul akibat proses inflamasi.
- e) Anestesi Lokal: Obat ini diberikan secara topikal atau melalui blok regional untuk menghambat sensasi nyeri pada area tertentu, seperti lidokain dan bupivakain.

2) Penatalaksanaan Nyeri Non farmakologis

Pendekatan nonfarmakologis mencakup berbagai teknik tanpa penggunaan obat yang bertujuan menurunkan nyeri dan meningkatkan kenyamanan pasien. Beberapa metode yang sering digunakan antara lain:

- a) Intervensi Fisik
 - (1) Terapi Sentuhan: Massage membantu meredakan ketegangan otot SSBM sekaligus meningkatkan relaksasi.

- (2) Terapi Fisik: Meliputi latihan, terapi okupasi, serta penggunaan modalitas fisik seperti kompres panas atau dingin, ultrasound, dan stimulasi listrik transkutan (TENS).
 - (3) Akupunktur: Metode pengobatan tradisional Tiongkok yang dilakukan dengan menusukkan jarum tipis pada titik-titik tertentu di tubuh.
- b) Intervensi Psikologis, Kognitif, dan Behavior
- Intervensi yang membantu aspek pikiran, emosi, perilaku, dan strategi coping:
- (1) *Guided Imagery & Relaksasi*
Teknik *guided imagery* (imajinasi terpandu) terbukti membantu relaksasi otot dan menurunkan persepsi nyeri, terutama bila dikombinasikan dengan aromaterapi lavender.
 - (2) *Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)*
Program mindfulness berbasis *stress reduction* secara online menunjukkan pengurangan kelelahan dan perbaikan variabel psikologis pada pasien kanker serviks.
 - (3) *Cognitive Behavioral Therapy (CBT)*
Terapi perilaku kognitif efektif menurunkan depresi pada pasien kanker termasuk kanker serviks, sehingga membantu pasien mengubah pola pikir dan respon terhadap penyakitnya.
 - (4) Terapi Psikoedukatif (Psychoeducational Intervention)
Program psikoedukatif yang menggabungkan edukasi dan dukungan psikologis meningkatkan fungsi fisik dan sosial serta dukungan sosial penderita kanker serviks dibanding perawatan rutin.

(5) Hipnotis: Menciptakan kondisi relaksasi mendalam yang membantu menurunkan persepsi nyeri.

c) Edukasi dan Dukungan

Intervensi yang memberikan pengetahuan, informasi, strategi komunikasi, dan dukungan sosial:

(1) Edukasi Psikoedukatif

Program edukasi yang terstruktur tidak hanya memberi informasi medis tetapi juga strategi coping dan dukungan sosial yang terbukti meningkatkan kualitas hidup pasien kanker serviks.

(2) Dukungan Keluarga

Peran dukungan keluarga secara emosional dan sosial berpengaruh besar terhadap kesejahteraan psikologis dan adaptasi terhadap penyakit, termasuk mengurangi kecemasan dan meningkatkan rasa aman pasien kanker serviks.

2. Konsep Kanker Serviks

a. Definisi Kanker

Menurut (WHO, 2025) mendefinisikan kanker serviks atau keganasan pada leher rahim yang terjadi akibat pertumbuhan sel abnormal secara tidak terkendali umumnya dipicu oleh infeksi *Human Papillomavirus* (HPV) persisten. Perkembangan penyakit berlangsung bertahap dan dapat menimbulkan gangguan fungsi jaringan di sekitar serviks yang berkontribusi terhadap munculnya keluhan nyeri pada pasien.

b. Klasifikasi Kanker Serviks

Berdasarkan jenis selnya kanker serviks terdiri atas karsinoma sel skuamosa dan adenokarsinoma. Kedua tipe ini dapat berkembang dari stadium awal hingga stadium lanjut sesuai luas penyebaran penyakit. Penentuan stadium menggambarkan tingkat invasi kanker terhadap jaringan sekitar dan organ lain,

yang berpengaruh terhadap beratnya gejala klinis, termasuk intensitas dan karakteristik nyeri yang dialami pasien.

c. Etiologi Kanker Serviks

Menurut (Digambiro & Parwanto, 2024) Penyebab utama kanker serviks adalah infeksi HPV risiko tinggi yang menetap diperkuat oleh faktor pendukung seperti merokok, gangguan sistem imun, genetik dan paparan zat berbahaya. Proses perubahan sel yang berlangsung lama dapat menyebabkan kerusakan jaringan dan inflamasi kronis, yang menjadi salah satu mekanisme timbulnya nyeri.

d. Tanda dan Gejala Kanker Serviks

Menurut Voelker RA. (2023), Seiring progresivitas penyakit kanker serviks menimbulkan tanda dan gejala khas berupa perdarahan pervaginam abnormal (di luar siklus menstruasi atau pasca hubungan seksual), keputihan patologis berbau, perubahan pola menstruasi, penurunan berat badan yang tidak dapat dijelaskan, nyeri panggul persisten, serta dispareunia. Nyeri yang dialami pasien terjadi akibat pertumbuhan massa tumor yang menekan jaringan sekitar, keterlibatan pleksus saraf pelvis, dan proses inflamasi kronis, sehingga menurunkan ambang nyeri dan meningkatkan persepsi nyeri. Kondisi ini menyebabkan nyeri bersifat menetap, progresif, dan semakin berat terutama pada stadium lanjut maupun selama pasien menjalani terapi kanker.

e. Komplikasi Kanker Serviks

Komplikasi kanker serviks meliputi penyebaran lokal maupun metastasis ke organ sekitar dan organ jauh yang dapat menimbulkan nyeri, perdarahan, serta gangguan fungsi organ. Perluasan penyakit dan efek terapi juga dapat menyebabkan komplikasi urologi, anemia, dan gangguan psikologis. Kondisi tersebut berkontribusi terhadap nyeri yang menetap dan berisiko

berkembang menjadi nyeri kronis sehingga memerlukan penanganan keperawatan yang komprehensif.

3. Konsep SSBM dengan Minyak Aromaterapi Lavender

a. Definisi SSBM

SSBM merupakan teknik pijat punggung dengan sentuhan lembut, perlahan, dan berirama yang bertujuan menghasilkan relaksasi serta menurunkan persepsi nyeri. Stimulasi mekanik pada kulit dan otot melalui pijatan mampu memengaruhi sistem saraf dan hormonal dengan meningkatkan pelepasan endorfin, sehingga memberikan rasa nyaman dan menurunkan intensitas nyeri yang dirasakan pasien (Ayu *et al.*, 2023).

b. Mekanisme SSBM terhadap Nyeri

Mekanisme kerja SSBM dapat dijelaskan melalui *Gate Control Theory* yang dikemukakan oleh Melzack dan Wall (1965). Stimulasi sentuhan lembut pada kulit akan mengaktifkan serabut saraf berdiameter besar (A-beta) yang menghambat transmisi impuls nyeri dari serabut A-delta dan C di medula spinalis, sehingga "gerbang nyeri" tertutup dan persepsi nyeri berkurang.

c. Manfaat SSBM

Penerapan SSBM memberikan manfaat biomekanik berupa penurunan ketegangan otot dan peningkatan sirkulasi darah, manfaat fisiologis melalui peningkatan oksigenasi jaringan, serta manfaat neurologis dan psikologis melalui pelepasan endorfin, serotonin, dan melatonin. Kombinasi efek tersebut berkontribusi terhadap penurunan intensitas nyeri, peningkatan rasa nyaman, dan stabilisasi kondisi emosional pasien.

d. Faktor yang mempengaruhi keberhasilan SSBM

Menurut (Fitriani *et al.*, 2023) efektivitas SSBM dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain teknik dan keterampilan perawat dalam memberikan tekanan dan ritme pijatan, durasi serta frekuensi tindakan, kondisi fisik pasien

termasuk tingkat nyeri awal dan stadium penyakit, serta kondisi psikologis seperti kecemasan dan stres yang dapat meningkatkan persepsi nyeri. Selain itu, lingkungan yang tenang dan nyaman, penggunaan media pendukung seperti minyak pijat atau aromaterapi, serta perbedaan ambang nyeri dan respons individual pasien turut memengaruhi keberhasilan SSBM dalam menurunkan intensitas nyeri dan meningkatkan relaksasi.

e. Indikasi dan Kontraindikasi SSBM

Berdasarkan (Vermarina, 2023) SSBM diindikasikan pada pasien yang mengalami nyeri, ansietas, gangguan tidur, dan ketegangan otot, khususnya pada area punggung dan bahu. Namun, terapi ini tidak dianjurkan pada kondisi tertentu seperti adanya fraktur, luka terbuka, peradangan akut, gangguan kulit, atau pasien yang baru menjalani tindakan pembedahan pada area punggung.

f. Definisi dan Peran Minyak Aromaterapi Lavender

Aromaterapi lavender merupakan terapi komplementer yang menggunakan minyak esensial dari tanaman *Lavandula angustifolia* untuk menghasilkan efek relaksasi dan menurunkan persepsi nyeri. Aroma lavender bekerja melalui sistem penciuman yang terhubung langsung dengan sistem limbik, pusat pengendali emosi dan respons stres, sehingga membantu menciptakan rasa tenang dan nyaman pada individu. (Hayati & Hartiti, 2021).

g. Mekanisme Minyak Aromaterapi Lavender

Minyak aromaterapi lavender mengandung senyawa aktif utama berupa linalool dan linalyl acetate yang memiliki efek sedatif, ansiolitik, dan analgesik ringan. Aroma yang dihirup diproses di sistem limbik dan hipotalamus, memicu pelepasan neurotransmitter seperti endorfin dan serotonin, serta menurunkan aktivitas saraf simpatik. Mekanisme ini berperan dalam mengurangi kecemasan dan memperbaiki respons emosional

terhadap nyeri, sehingga persepsi nyeri menjadi lebih ringan. (You *et al.*, 2024).

h. Sintesis Peran Aromaterapi Lavender dan SSBM

SSBM terutama memengaruhi aspek fisiologis nyeri melalui stimulasi taktil dan modulasi impuls nyeri, maka aromaterapi lavender memberikan efek tambahan melalui jalur psikologis dan emosional. Dengan demikian, kombinasi SSBM dan aromaterapi lavender berpotensi menghasilkan penurunan nyeri yang lebih optimal melalui pendekatan holistik yang mencakup aspek fisiologis, psikologis, dan emosional pasien. (Garcia *et al.*, 2024).

i. Prinsip Utama SSBM dengan Minyak Aromaterapi Lavender

Pelaksanaan SSBM dengan aromaterapi lavender dilakukan berdasarkan prinsip sentuhan lembut, ritmis, dan berkelanjutan untuk menghasilkan relaksasi maksimal. Intervensi ini bertujuan menurunkan nyeri melalui stimulasi sensorik, aktivasi sistem saraf parasimpatik, serta peningkatan rasa nyaman pasien.

SSBM dengan aromaterapi lavender mengombinasikan stimulasi mekanik dan efek aromatik yang bekerja sinergis dalam menurunkan nyeri. Pendekatan ini mendukung pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman serta menjadi bagian dari intervensi keperawatan nonfarmakologis yang aman dan mudah diterapkan.

j. Durasi dan Frekuensi

Terapi dilakukan satu kali per hari pada pasien mengalami nyeri, dengan durasi sekitar 10–15 menit setiap sesi. Pelaksanaan intervensi disesuaikan dengan kondisi pasien dan diberikan sebelum pemberian analgesik agar efek relaksasi dan penurunan nyeri dapat optimal.

k. Pelaksanaan SSBM

- 1) Gerakan pertama diawali dengan meneteskan 3-5 tetes pada area punggung kemudia lakukan tekanan ringan yang singkat dan bergantian menggunakan telapak tangan serta jari-jari

tangan, dilakukan secara lembut untuk memberikan rangsangan awal pada area punggung.



Gambar 4. Gerakan pertama SSBM

- 2) Gerakan kedua berupa remasan lembut pada bahu, dilakukan dengan satu tangan memberi tekanan dan tangan lainnya meremas otot disertai gerakan mengangkat dan memutar jaringan secara perlahan.



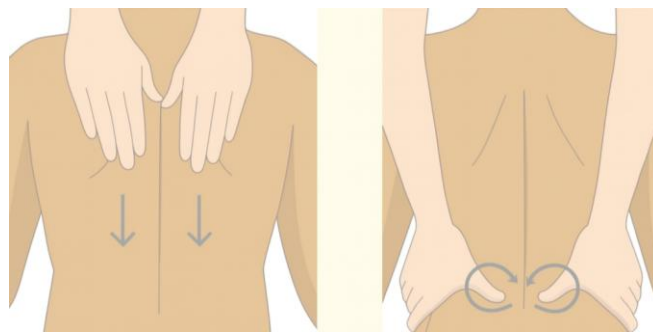
Gambar 5. Gerakan kedua SSBM

- 3) Gerakan ketiga dilakukan dengan teknik *friction*, yaitu menggunakan jari atau ibu jari untuk melakukan pijatan melingkar, kemudian jaringan ditekan dan diarahkan ke luar secara bergantian dengan gerakan setengah lingkaran atau lurus secara teratur.



Gambar 6. Gerakan ketiga SSBM

- 4) Gerakan keempat menggunakan teknik *effleurage* dengan kedua tangan, dilakukan melalui usapan panjang dan lembut disertai tekanan ringan yang diarahkan dari daerah panggul ke bahu atau sebaliknya secara teratur.



Gambar 7. Gerakan keempat SSBM

- 5) Gerakan kelima dilakukan dengan teknik *petrissage* berupa tekanan lembut yang diberikan secara menyilang pada punggung untuk membantu melemaskan jaringan otot.



Gambar 8. Gerakan kelima SSBM

- 6) Gerakan keenam dengan teknik *tapotement*, yaitu sentuhan ringan menggunakan ujung jari, kemudian dilanjutkan dengan usapan melingkar guna mengakhiri massage secara nyaman dan menenangkan.



Gambar 9. Gerakan keenam SSBM

- 7) Terakhir yaitu area punggung pasien dibersihkan kembali dari sisa minyak aromaterapi lavender, kemudian pasien dibantu untuk kembali ke posisi yang nyaman seperti semula.

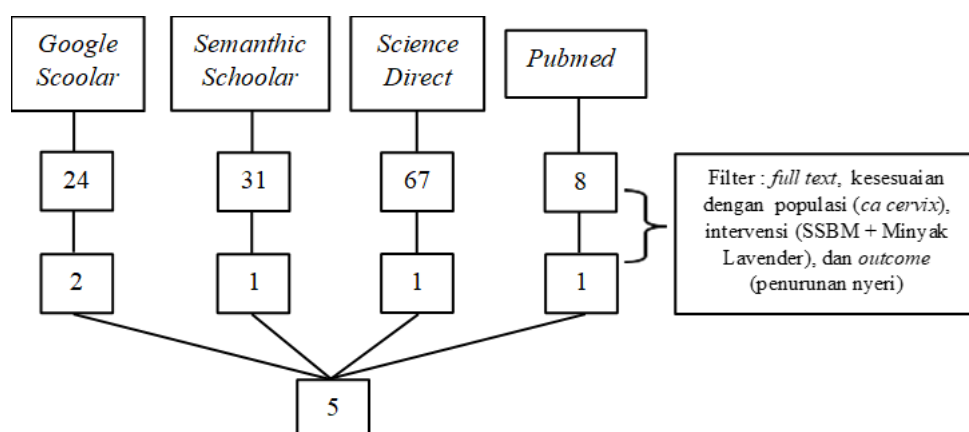
B. Hasil Literatur Review

1. Pertanyaan Klinis (PICO/PICOT)

- a. *Problem*: Nyeri pada pasien kanker serviks
- b. *Intervention*: Terapi SSBM dengan Minyak Aromaterapi Lavender
- c. *Comparison*: Tidak ada intervensi pembandingan
- d. *Outcome*: Penurunan intensitas nyeri

Berdasarkan hasil PICO di atas rumusan masalahnya yaitu: “SSBM dengan Minyak Aromaterapi Lavender dapat menurunkan intensitas nyeri pada pasien kanker serviks?”

2. Metode Penelusuran EBN



Gambar 10. Metode Penelusuran EBN

Penelusuran artikel ilmiah dilakukan secara sistematis menggunakan akses komputerisasi pada beberapa database meliputi,

Google Scholar, Semantic Scholar, ScienceDirect, dan PubMed. Strategi pencarian menerapkan kombinasi kata kunci “*slow stroke back massage*” AND “*essential oil lavender*” AND “*pain*” AND “*cancer cervix*”, dengan pembatasan pada publikasi jurnal ilmiah yang terbit dalam kurun waktu lima tahun terakhir (2021–2025).

Tahap pertama penelusuran dilakukan penyaringan berdasarkan kesesuaian kata kunci serta jenis penelitian primer sehingga diperoleh 24 artikel dari *Google Scholar*, 31 dari *Semantic Scholar*, 67 dari *ScienceDirect*, dan 8 dari *PubMed*. Tahap akhir dilakukan dengan menyesuaikan populasi (pasien kanker serviks), intervensi SSBM dengan *essential oil lavender*, dan *outcome* (penurunan intensitas nyeri), sehingga diperoleh total 5 artikel yang dijadikan landasan penelitian, dengan rincian disajikan pada Tabel 2.

3. Hasil Review Literatur

Tabel 2. Hasil Review Literatur

No	Judul	Penulis	Population	Intervention	Comparison	Outcome	Time
1	Efektivitas <i>Slow Stroke Back Massage</i> dengan Minyak Aromaterapi Lavender terhadap Penurunan Nyeri Penderita Kanker Serviks	(Setyowati <i>et al.</i> , 2021)	30 pasien kanker serviks stadium II-III (50% kelompok intervensi dan 50% kelompok kontrol) dengan rentang usia 26-55 tahun di RSUP dr Kariadi Semarang	Terapi <i>Slow Stroke Back Massage</i> (SSBM) yang dikombinasikan dengan aromaterapi lavender, dilakukan selama 10 menit, 1 kali per hari selama 3 hari.	Kelompok kontrol yang tidak diberikan SSBM maupun aromaterapi lavender (hanya mendapatkan perawatan standar).	VAS (<i>pre test</i>) : 2.80 ± 2.53 VAS (<i>post test</i>) : 1.0 ± 2.53 $p < 0.00$	Dilakukan selama 3 hari intervensi, dengan pengukuran nyeri sebelum dan sesudah terapi.
2	Penerapan <i>Slow Stroke Back Massage</i> dan Aroma Terapi Lavender untuk Menurunkan Nyeri Kronis Pada Pasien Kanker Servik	(Fitriani, 2023)	Pasien kanker serviks dengan nyeri kronis	Pemberian <i>Slow Stroke Back Massage</i> (SSBM) dikombinasikan dengan aromaterapi lavender selama 10 menit, selama 3 hari.	-	NRS (<i>pre test</i>) : 3.66 ± 3.33 NRS (<i>post test</i>) : 1.67 ± 1.33	Dilakukan selama 3 hari berturut-turut dengan durasi 10 menit setiap sesi
3	<i>The effect of slow-stroke back massage on chemotherapy-related fatigue in women with breast cancer: An assessor blinded, parallel group, randomized control trial</i>	(Bahceli <i>et al.</i> , 2022)	64 pasien kanker payudara on kemoterapi : (50% kelompok intervensi dan 50% kelompok kontrol) dengan rentang usia 47-59 tahun	Pemberian <i>Slow Stroke Back Massage</i> (SSBM) dilakukan selama 20 menit, dilakukan selama proses kemoterapi siklus ketiga, menggunakan teknik effleurage (slow-stroke), diberikan oleh perawat.	Kelompok kontrol yang mendapatkan perawatan standar (tanpa SSBM)	BFI lebih rendah pada SSBMG vs CG ($p < 0,001$); perubahan waktu signifikan hanya pada SSBMG ($p = 0,018$)	Dilakukan 3 siklus kemoterapi

No	Judul	Penulis	Population	Intervention	Comparison	Outcome	Time
4	<i>Slow-Stroke Back Massage on Symptom Cluster in Adult Patient With Acute Leukemia-Related Pain and Fatigue: A Randomized Controlled Trial</i>	(Miladinia <i>et al.</i> , 2021)	60 pasien dewasa leukimia (51,7% laki-laki dan 48,3% perempuan) dengan rentang usia 33-35 tahun.	Kelompok Intervensi : SSBM -Pijatan ringan selama 10 menit. -Frekuensi: 3× seminggu selama 4 minggu.	Kelompok Kontrol: Perawatan standar tanpa intervensi tambahan.	Terjadi penurunan nyeri yang signifikan berdasarkan skor NRS dengan nilai p = 0.000 Dan penurunan kelelahan yang signifikan berdasarkan skor	Intervensi berlangsung 4 minggu, diukur mingguan akan dilakukan Follow-up 2 minggu setelah intervensi
5	Pengaruh Slow Stroke Back Massage dan Lilin Aromaterapi terhadap Penurunan Nyeri pada Pasien Kanker Payudara di Rumah Sakit Umum Sembiring Deli Tua	(Silalahi <i>et al.</i> , 2025)	21 pasien kanker payudara dengan usia 45-60 tahun (61,9%) dan 25-44 tahun (38,1%)	Slow Stroke Back Massage (SSBM) dengan lilin aromaterapi (inhalasi aroma) selama 15–20 menit.	-	Skor NRS 4,62 → 3,10, signifikan secara statistik (p<0.001).	1 kali intervensi pada setiap responden, diukur pre–post dalam satu sesi penelitian tahun 2025

Berdasarkan hasil telaah literatur, seluruh penelitian menunjukkan bahwa SSBM maupun aromaterapi lavender efektif menurunkan intensitas nyeri melalui mekanisme relaksasi, stimulasi sistem parasimpatis, dan modulasi persepsi nyeri. Rata-rata penurunan nyeri berkisar 1–3 poin pada skala NRS maupun VAS setelah pemberian intervensi.

C. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian dapat dilakukan dengan observasi, wawancara, studi dokumen, dan pemeriksaan fisik. Adapaun pengkajian pada pasien kanker serviks yaitu:

a. Identitas Pasien

Identitas pasien terdiri dari nama, umur, jenis kelamin, status, agama, pekerjaan, pendidikan, alamat, penanggung jawab yang terdiri jadi nama, umur, penanggung jawab, hubungan keluarga, dan pekerjaan.

b. Keluhan Utama

Pasien dengan kanker serviks biasanya mempunyai keluhan utama nyeri pada perut bagian bawah nyeri dirasakan bertambah apabila pasien bergerak atau ditekan dan berkurang apabila beristirahat dan setelah diberi obat, nyeri yang dirasakan seperti panas dan tertusuk-tusuk , rentang skala nyeri yang dirasakan biasanya 4-10 dengan rasa nyeri yang hilang timbul, perdarahan pervaginam, dan keputihan yang makin lama makin banyak dan berbau busuk.

c. Riwayat Penyakit sekarang

Biasanya keluhan nyeri dirasakan menetap di area panggul akibat pertumbuhan tumor dan keterlibatan jaringan sekitar, serta dapat membatasi aktivitas pasien. Riwayat kesehatan sekarang dikaji dengan pendekatan PQRST :

- 1) *Provoking Incident* : pengkajian dilakukan untuk mengidentifikasi faktor pencetus dan peringan nyeri. Pada pasien kanker serviks nyeri umumnya dipicu oleh aktivitas, posisi tertentu, atau kelelahan, serta dapat berkurang saat pasien beristirahat atau setelah mendapatkan terapi nyeri.
- 2) *Quality of Pain* : pengkajian bertujuan menggambarkan intensitas nyeri yang dirasakan. Pasien kanker serviks sering

melaporkan nyeri berupa rasa tertekan, tumpul, menusuk, atau seperti ditusuk-tusuk di area panggul.

- 3) *Region Radiation* : pengkajian dilakukan untuk menentukan lokasi dan penjalaran nyeri. Nyeri biasanya dirasakan di daerah panggul atau perut bagian bawah dan dapat menjalar ke punggung bawah, pinggang, atau paha akibat keterlibatan jaringan dan saraf sekitar.
- 4) *Saverity Scale of Pain* : pengkajian dilakukan untuk menilai intensitas nyeri menggunakan skala nyeri. Tingkat nyeri pada pasien kanker serviks bervariasi dari ringan hingga berat, dan dapat dipengaruhi oleh kondisi fisik, psikologis, serta mekanisme koping individu
- 5) *Time* : pengkajian dilakukan untuk mengetahui pola waktu nyeri. Nyeri pada pasien kanker serviks umumnya bersifat hilang timbul atau menetap, dengan intensitas yang dapat meningkat seiring progresivitas penyakit atau kondisi kelelahan

d. Riwayat Penyakit Masa Lalu

Pada pasien kanker serviks dengan Riwayat penyakit masa lalu seperti riwayat abortus, infeksi pasca abortus, infeksi masa nifas, riwayat operasi kandungan, serta adanya tumor.

e. Riwayat Penyakit Keluarga

Pengkajian dilakukan untuk mengetahui riwayat penyakit yang pernah dialami oleh anggota keluarga sebagai faktor predisposisi yang dapat memengaruhi kondisi kesehatan pasien.

f. Riwayat Obstetri

1) Keadaan Haid

Pengkajian meliputi riwayat menarche dan haid terakhir, karena siklus menstruasi tidak teratur atau perdarahan di luar haid dapat menjadi tanda kanker serviks.

2) Riwayat Kehamilan dan Persalinan

Pengkajian meliputi jumlah kehamilan dan jumlah anak yang hidup, karena peningkatan frekuensi persalinan diketahui

berhubungan dengan meningkatnya risiko terjadinya karsinoma serviks.

g. Pemeriksaan Fisik

- 1) Keadaan umum: pada umumnya, pasien kanker serviks berada dalam kondisi kesadaran compos mentis, namun dapat tampak lemah serta mengalami peningkatan tekanan darah dan frekuensi nadi saat merasakan nyeri.
- 2) Kepala: pada pasien kanker serviks stadium lanjut, rambut umumnya tampak menipis atau mengalami kerontokan. Pemeriksaan kepala meliputi penilaian bentuk kepala, kebersihan, serta adanya luka atau benjolan.
- 3) Mata: pada pasien kanker serviks, konjungtiva sering tampak anemis. Pemeriksaan mata meliputi penilaian bentuk bola mata, pergerakan mata, kondisi konjungtiva, serta kesimetrisan mata.
- 4) Hidung : pemeriksaan hidung meliputi penilaian septum, adanya polip, serta tingkat kebersihan rongga hidung.
- 5) Telinga: pemeriksaan telinga meliputi penilaian kebersihan telinga, kesimetrisan, fungsi pendengaran, serta ketajaman pendengaran
- 6) Leher: pada pasien kanker serviks stadium lanjut sering ditemukan pembesaran kelenjar getah bening. Pemeriksaan leher meliputi penilaian adanya pembesaran kelenjar limfe, pembesaran kelenjar tiroid, serta distensi vena jugularis
- 7) Thoraks: pada umumnya kondisi dada pada pasien kanker serviks tampak normal, namun pada kondisi tertentu dapat terjadi sesak napas akibat perluasan tumor atau nyeri yang dirasakan.
- 8) Abdomen: pada pasien kanker serviks kondisi abdomen sering disertai nyeri abdomen dan nyeri punggung bawah akibat pertumbuhan atau penekanan tumor.
- 9) Genetalia: pada pasien kanker serviks sering terjadi perdarahan akibat penipisan dan kerusakan sel epitel yang meningkatkan

permeabilitas pembuluh darah. Selain itu, dapat muncul keputihan berbau tidak sedap yang disebabkan oleh proses nekrosis jaringan.

10) Ekstremitas: pada pasien kanker serviks dapat ditemukan pembengkakan pada area ekstremitas bawah, akral teraba dingin, serta waktu pengisian kapiler (capillary refill time/CRT) lebih dari 2 detik.

h. Pola Kebiasaan Sehari-hari

- 1) Nutrisi: pasien kanker serviks umumnya mengalami mual, muntah, serta penurunan nafsu makan.
- 2) Eliminasi: pasien kanker serviks umumnya mengalami perubahan pola defekasi serta inkontinensia urine.
- 3) Pola Aktivitas: pada pasien kanker serviks, pola aktivitas dan pola tidur sering terganggu akibat nyeri yang dialami.

i. Riwayat Psikososial

Pada wanita dengan kanker serviks, sering terjadi gangguan harga diri dan citra tubuh yang berkaitan dengan diagnosis penyakit serta pembatasan aktivitas seksual. Kondisi ini dapat menimbulkan perasaan penolakan oleh pasangan dan berdampak pada gangguan konsep diri, termasuk gangguan peran sebagai istri dan perubahan citra tubuh

j. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan sitologi yang dilakukan pada pasien kanker serviks seperti pemeriksaan pap smear, kolposkopi, servikografi, pemeriksaan visual langsung, dan gineskopi.

2. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan pengkajian fokus pada pasien kanker serviks, berikut adalah diagnosis keperawatan yang mungkin muncul menurut (NANDA, 2017), diagnosa keperawatan yang muncul antara lain:

- 1) Nyeri kronis (00133) berhubungan dengan ketidakmampuan fisik-psikososial kronis dibuktikan dengan mengeluh nyeri

panggul skala 5 (NRS), nyeri berlangsung >3 bulan, tampak meringis, dan gangguan tidur.

- 2) Ansietas (00146) berhubungan dengan ancaman terhadap status kesehatan (kanker serviks) dibuktikan dengan pasien mengatakan takut terhadap penyakitnya, tampak gelisah, sulit tidur, dan peningkatan nadi.
- 3) Intoleransi Aktivitas (00092) berhubungan dengan kelemahan fisik akibat kanker serviks dibuktikan dengan pasien cepat lelah, tidak mampu menyelesaikan aktivitas ringan, dan peningkatan nadi saat aktivitas.
- 4) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh (00002) berhubungan dengan penurunan nafsu makan akibat kanker serviks.
- 5) Gangguan *body image* (0018) berhubungan dengan perubahan struktur dan fungsi tubuh akibat kanker serviks dan terapinya.

Sedangkan menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017):

- 1) Nyeri Kronis (D.0078) berhubungan dengan infiltrasi tumor.
- 2) Ansietas (D.0080) berhubungan dengan ancaman kematian.
- 3) Intoleransi Aktivitas (D.0056) berhubungan dengan nyeri, kelemahan fisik, anemia, dan penurunan kondisi umum.
- 4) Defisit Nutrisi (D.0019) berhubungan dengan mual, muntah, penurunan nafsu makan, dan proses penyakit kronis.
- 5) Gangguan Citra Tubuh (D.0109) berhubungan dengan perubahan fungsi reproduksi, perubahan fisik akibat penyakit, dan pembatasan aktivitas seksual.

3. Intervensi Keperawatan

1) Berdasarkan NANDA, *Nursing Intervention Classification* (NIC) dan *Nursing Outcome Classification* :

Tabel 3. Perencanaan Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan NANDA	Tujuan dan Kriteria Hasil (NIC)	Rencana Tindakan (NOC)
1.	Nyeri kronis (00133) b.d ketidakmampuan fisik-psikososial kronis dibuktikan dengan mengeluh nyeri panggul skala 6 (NRS), nyeri berlangsung >3 bulan, tampak meringis, dan gangguan tidur	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: Pain Control (1605) a. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan) b. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri c. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) d. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang e. Tanda vital dalam rentang normal f. Tidak mengalami gangguan tidur	Pain Management (1400) a. Monitor kepuasan pasien terhadap manajemen nyeri b. Tingkatkan istirahat dan tidur yang adekuat c. Kelola anti analgesik d. Jelaskan pada pasien penyebab nyeri e. Lakukan tehnik nonfarmakologis (relaksasi, masase punggung)
2	Ansietas (00146) b.d ancaman terhadap status kesehatan (kanker serviks) dibuktikan dengan pasien	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil: Anxiety Level (1211) a. Verbalisasi kebingungan menurun b. Mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas c. Mengidentifikasi, mengungkapkan dan	Anxiety Reduction (5820) a. Gunakan pendekatan yang menenangkan b. Nyatakan dengan jelas harapan terhadap pelaku pasien c. Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur d. Temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut e. Berikan informasi faktual mengenai diagnosis, tindakan prognosis f. Libatkan keluarga untuk mendampingi klien

No.	Diagnosa Keperawatan NANDA	Tujuan dan Kriteria Hasil (NIC)	Rencana Tindakan (NOC)
	mengatakan takut terhadap penyakitnya, tampak gelisah, sulit tidur, dan peningkatan nadi	menunjukkan tehnik untuk mengontrol cemas d. Vital sign dalam batas normal e. Postur tubuh, ekspresi wajah, bahasa tubuh dan tingkat aktivitas menunjukkan berkurangnya kecemasan	g. Instruksikan pada pasien untuk menggunakan tehnik relaksasi h. Dengarkan dengan penuh perhatian i. Identifikasi tingkat kecemasan j. Bantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan k. Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi
3	Intoleransi Aktivitas (00092) b.d kelemahan fisik akibat kanker serviks dibuktikan dengan pasien cepat lelah, tidak mampu menyelesaikan aktivitas ringan, dan peningkatan nadi saat aktivitas	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan toleransi aktivitas membaik dengan kriteria hasil: Activity Tolerance (00005) a. Berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi dan RR b. Mampu melakukan aktivitas sehari hari (ADLs) secara mandiri c. Keseimbangan aktivitas dan istirahat	Activity Management (0180) a. Observasi adanya pembatasan pasien dalam melakukan aktivitas b. Kaji adanya faktor yang menyebabkan kelelahan c. Monitor nutrisi dan sumber energi yang adekuat d. Monitor pasien akan adanya kelelahan fisik dan emosi secara berlebihan e. Monitor respon kardiovaskuler terhadap aktivitas (takikardi, disritmia, sesak nafas, diaphoresis, pucat, perubahan hemodinamik) f. Monitor pola tidur dan lamanya tidur/istirahat pasien g. Kolaborasikan dengan Tenaga h. Rehabilitasi Medik dalam merencanakan program terapi yang tepat. i. Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan j. Bantu untuk memilih aktivitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik, psikologi dan sosial k. Bantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk aktivitas yang diinginkan l. Bantu untuk mendapatkan alat bantuan aktivitas seperti kursi roda

No.	Diagnosa Keperawatan NANDA	Tujuan dan Kriteria Hasil (NIC)	Rencana Tindakan (NOC)
			m. Bantu untuk mengidentifikasi aktivitas yang disukai n. Bantu klien untuk membuat jadwal latihan di waktu luang o. Bantu pasien/keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas p. Sediakan penguatan positif bagi yang aktif beraktivitas
4	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh (00002) b.d penurunan nafsu makan akibat kanker serviks	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil: Nutritional Status (1004) a. Asupan makanan meningkat b. Berat badan stabil atau meningkat c. Nafsu makan membaik d. Nilai lab nutrisi membaik (albumin) e. Energi meningkat	Nutrition Management (1100) a. Kaji adanya alergi makanan b. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien c. Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi d. Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian. e. Monitor adanya penurunan BB dan gula darah f. Monitor lingkungan selama makan g. Jadwalkan pengobatan dan tindakan tidak selama jam makan h. Monitor turgor kulit i. Monitor kekeringan, rambut kusam, total protein, Hb dan kadar Ht j. Monitor mual dan muntah k. Monitor pucat, kemerahan, dan kekeringan jaringan konjungtiva l. Monitor intake nutrisi m. Informasikan pada klien dan keluarga tentang manfaat nutrisi n. Atur posisi semi fowler atau fowler tinggi selama makan o. Kelola pemberian anti emetik:..... p. Anjurkan banyak minum q. Pertahankan terapi IV line

No.	Diagnosa Keperawatan NANDA	Tujuan dan Kriteria Hasil (NIC)	Rencana Tindakan (NOC)
5	Gangguan <i>body image</i> (0018) b.d perubahan struktur dan fungsi tubuh akibat kanker serviks dan terapisnya	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan citra tubuh meningkat dengan kriteria hasil: Body Image (1200) a. Body image positif b. Mampu mengidentifikasi kekuatan personal c. Mendiskripsikan secara faktual	Body Image Enhancement (5220) a. Kaji secara verbal dan nonverbal respon klien terhadap tubuhnya b. Monitor frekuensi mengkritik dirinya c. Jelaskan tentang pengobatan, perawatan, kemajuan dan prognosis penyakit d. Dorong klien mengungkapkan perasaannya e. Identifikasi arti pengurangan melalui pemakaian alat bantu f. Fasilitasi kontak dengan individu lain dalam kelompok kecil

2) Berdasarkan SDKI, SIKI, dan SLKI terdapat beberapa diagnosa yang muncul, yaitu:

Tabel 4. Perencanaan Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1.	Nyeri kronis b.d infiltrasi tumor (SDKI D.0078)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: a. Keluhan nyeri menurun b. Perasaan depresi menurun c. Meringis menurun d. Gelisah menurun e. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat (SLKI L.08066)	Manajemen Nyeri (SIKI I.08238) Observasi: a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri b. Identifikasi skala nyeri c. Identifikasi respon nyeri non verbal d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri e. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri f. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri g. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup h. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan i. Monitor efek samping penggunaan analgesik Terapeutik: a. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, biofeedback, terapi SSBM aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat atau dingin, terapi bermain) b. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) c. Fasilitasi istirahat dan tidur d. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
			Edukasi: a. Jelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri b. Jelaskan strategi meredakan nyeri c. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri d. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat e. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi: a. Kolaborasi pemberian analgesik
2	Ansietas b.d ancaman terhadap kematian (SDKI D.0080)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil: f. Verbalisasi kebingungan menurun g. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun h. Perilaku gelisah menurun i. Perilaku tegang menurun j. Konsentrasi membaik k. Pola tidur membaik (SLKI L.09093)	Reduksi Ansietas (SIKI I.09314) Observasi: a. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stressor) b. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan c. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) Terapeutik a. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan b. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan c. Pahami situasi yang membuat ansietas d. Dengarkan dengan penuh perhatian e. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan f. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan g. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan h. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang

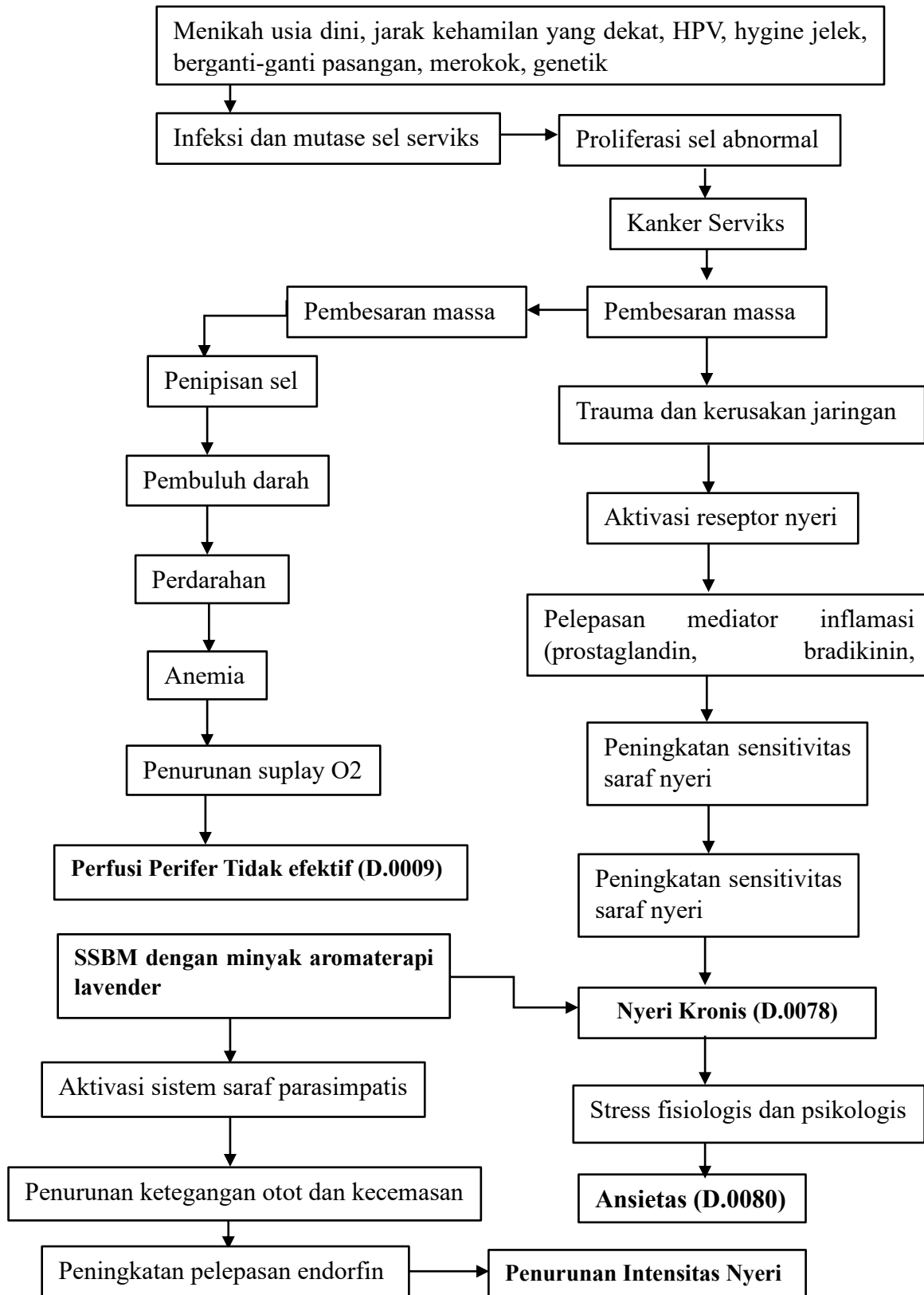
No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
			Edukasi a. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami b. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, Jika perlu c. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan d. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi e. Latih kegiatan pengelihan untuk mengurangi ketegangan f. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat g. Latih teknik relaksasi
3	Intoleransi Aktivitas b.d nyeri, kelemahan fisik, anemia, (SDKI D.0056)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil: a. Kemudahan melakukan aktivitas sehari-hari meningkat b. Keluhan lelah menurun c. Dipsneu menurun d. Frekuensi nadi membaik e. Frekuensi napas membaik (SLKI L.09093)	Manajemen Energi (SIKI I.05178) Observasi: 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 Terapeutik: a. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. 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 Edukasi

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
			a. Anjurkan tirah baring b. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap c. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang d. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan Kolaborasi Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
4	Defisit Nutrisi b.d mual, muntah, penurunan nafsu makan, dan proses penyakit kronis (SDKI D.0019)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil: a. Porsi makanan yang dihabiskan membaik b. Berat badan membaik c. Nafsu makan membaik d. Indeks massa tubuh membaik (SLKI L.03030)	Manajemen Nutrisi (SIKI I.03119) Observasi: a. Identifikasi status nutrisi b. Identifikasi alergi dan makanan yang disukai c. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien d. Monitor asupan makanan e. Monitor berat badan f. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium Terapeutik a. Lakukan <i>oral hygiene</i> sebelum makan, jika perlu b. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis: piramida makanan) c. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi d. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein e. Berikan suplemen makanan, jika perlu Edukasi a. Anjurkan posisi duduk, jika mampu

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
			Kolaborasi a. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis: pereda nyeri, antiemetic), jika perlu b. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu
6	Gangguan Tubuh perubahan tubuh (SDKI D.0109)	Citra b.d fungsi (SDKI Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan citra tubuh meningkat dengan kriteria hasil: a. Melihat bagian tubuh membaik b. Menyentuh bagian tubuh membaik c. Verbalisasi kecacatan bagian tubuh membaik d. Verbalisasi kehilangan bagian tubuh membaik e. Konsentrasi membaik f. Pola tidur membaik (SLKI L.09067)	Promosi Citra Tubuh (SIKI I.09305) Observasi: a. Identifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan b. Identifikasi budaya, agama, jenis kelamin, dan umur terkait citra tubuh c. Identifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi sosial d. Monitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri e. Monitor apakah pasien bisa melihat bagian tubuh yang berubah Terapeutik a. Diskusikan perubahan tubuh dan fungsinya b. Diskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri c. Diskusikan perubahan akibat pubertas, kehamilan dan penuaan d. Diskusikan kondisi stress yang mempengaruhi citra tubuh (mis. luka penyakit, pembedahan) e. Diskusikan cara mengembangkan harapan citra tubuh secara realistis Edukasi

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
			a. Jelaskan kepada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh b. Anjurkan mengungkapkan gambaran diri terhadap citra tubuh c. Anjurkan menggunakan alat bantu (mis. pakaian, wig, kosmetik) d. Anjurkan mengikuti kelompok pendukung (mis. kelompok sebaya) e. Latih fungsi tubuh yang dimiliki f. Latih peningkatan penampilan diri (mis. berdandan) g. Latih pengungkapan kemampuan diri kepada orang lain maupun kelompok

D. *Web of Causation (WOC)*



Gambar 11. *Web of Causation (WOC)* Kanker Serviks

Sumber: Price & Wilson (2021), Rahayu (2023), Yuli (2022), Kristanti (2022), SDKI (2018)