



TESIS

**PENGARUH INTERVENSI *SPIRITUAL EMOTIONAL
FREEDOM TECHNIQUE (SEFT)* DALAM MENGURANGI
RASA NYERI PASIEN KANKER
DI RUMAH SAKIT UMUM
Dr. SOETOMO
SURABAYA**

OLEH:

**Mulia Hakam
0706195195**

**MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, Juli 2009**



TESIS

**PENGARUH INTERVENSI *SPIRITUAL EMOTIONAL
FREEDOM TECHNIQUE (SEFT)* DALAM MENGURANGI
RASA NYERI PASIEN KANKER
DI RUMAH SAKIT UMUM
Dr. SOETOMO
SURABAYA**

Tesis ini diajukan sebagai syarat untuk memperoleh gelar
Magister Ilmu Keperawatan

OLEH:

Mulia Hakam
0706195195

**MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, Juli 2009**

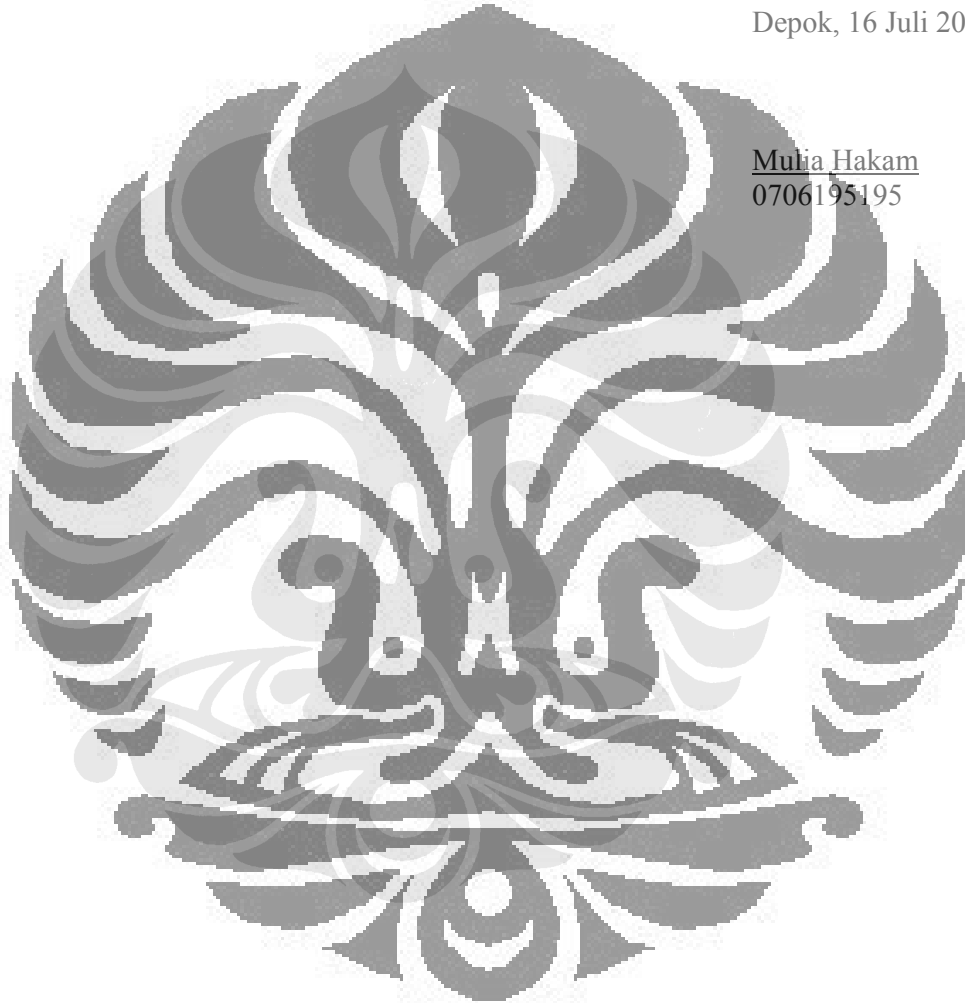
SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertandatangan di bawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa tesis ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan peraturan yang berlaku di Universitas Indonesia.

Jika dikemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Indonesia.

Depok, 16 Juli 2009

Mulia Hakam
0706195195



PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis ini telah diperiksa, disetujui dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji Tesis
Program Magister Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Depok, 16 Juli 2009

Pembimbing I

Krisna Yetti, S.Kp, M.App.Sc.

Pembimbing II

Rr. Tutik Sri Hariati, S.Kp, MARS

LEMBAR NAMA ANGGOTA PENGUJI TESIS

Depok, 16 Juli 2009

Pembimbing I

Krisna Yetti, S.Kp, M.App.Sc.

Pembimbing II

Rr. Tutik Sri Hariati, S.Kp, MARS

Anggota

Masfudi, S.Kp, MN

Anggota

Anastasia Hardyati, M.Kep, Sp.KMB

**KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
PROGRAM PASCASARJANA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA**

Tesis, Juli 2009

Mulia Hakam

**Pengaruh Intervensi *Spiritual Emotional Freedom Technique (SEFT)*
dalam Mengurangi Rasa Nyeri Pasien Kanker di Rumah Sakit
Umum Dr. Soetomo Surabaya**

xv + 80 hal + 4 skema + 3 gambar + 11 tabel + 1 grafik + 15 lampiran

ABSTRAK

Spiritual Emotional Freedom Technique (SEFT) merupakan teknik penggabungan dari sistem energi tubuh dan terapi spiritualitas dengan menggunakan metode tapping pada beberapa titik tertentu pada tubuh. Selain sistem energi tubuh terdapat pula metode relaksasi dengan melibatkan faktor keyakinan pasien yang dapat mengurangi nyeri pada kanker. Teknik *SEFT* ini berfokus pada kata atau kalimat tertentu yang diucapkan berulang kali dengan ritme yang teratur disertai sikap pasrah kepada Tuhan sesuai dengan keyakinan pasien. **Tujuan**, Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh intervensi *SEFT* dalam mengurangi nyeri pada pasien kanker. **Metode**, Metode penelitian ini adalah *quasi-eksperimental* dengan *pre test and post test design with control group*. Pengambilan sampel dilakukan dengan *consecutive sampling*. Jumlah sampel 20 orang, 10 orang kelompok intervensi dan 10 orang kelompok kontrol. Kelompok intervensi diberikan kombinasi intervensi *SEFT* dan terapi analgesik dan kelompok kontrol hanya diberikan terapi analgesik. Intervensi *SEFT* dilakukan setelah pemberian analgesik dengan durasi 5-10 menit setiap hari selama lima hari. Sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dilakukan pengukuran nyeri dengan *Numeric Rating Scale*. Semua data yang terkumpul akan dianalisis dengan uji *sample t test* dengan tingkat kemaknaan $\alpha \leq 0,05$. **Hasil**, Hasil penelitian menunjukkan bahwa kombinasi intervensi *SEFT* dan terapi analgesik lebih efektif untuk menurunkan nyeri pada pasien kanker dibandingkan hanya terapi analgesik saja ($p=0,047$). **Implikasi**, Implikasi dari penelitian ini adalah dapat digunakan untuk mengurangi nyeri pada pasien kanker serta mendorong kemandirian dalam peran autonomi perawat dan mengurangi ketergantungan pasien terhadap terapi analgetik.

Kata kunci : Nyeri, Intervensi *SEFT*, Pasien kanker, Analgetik, Intervensi perawat

Daftar Pustaka : 52 (1992-2008)

**POSTGRADUATE PROGRAM
FACULTY OF NURSING
UNIVERSITY OF INDONESIA**

Thesis, July 2009

Mulia Hakam

***The Effect of Spiritual Emotional Freedom Technique (SEFT)
Intervention To Reduce Of Pain On Cancer Patient at The Dr.
Soetomo General Hospital In Surabaya***

xv + 80 pages + 4 schemes+ 3 picture+ 11 tables+ 1 figures+ 15 appendices

ABSTRACT

Spiritual Emotional Freedom Technique (SEFT) represents an affiliation technique from body's energy system and spiritual therapy by tapping at certain points of the body. Beside the body's energy system there is also a relaxation method with that engage patient belief to relieve pain cancer. *SEFT* focuses on certain words or sentences pronounced several times in a rhythm, follows by resignation to The God as patient belief. **Purpose**, This research was aimed to explore the effect of *SEFT* intervention to reduce of cancer pain patients at the Dr Soetomo General Hospital in Surabaya. **Method**, Quasi experimental used in this study was pre test and post test design with control group. Samples were recruited using consecutive sampling. The sample size was 20 respondents. They were divided into intervention and control group, each group's consist of 10 respondents. The intervention group received *SEFT* intervention combined with analgesic therapy and the control group given only analgesic therapy. *SEFT* intervention implemented after administrating analgesic, for 5-10 minutes every day during five days. Pain scale was measured by using Numeric Rating Scale to both of group. The data were analyzed statistically with sample t test with significance of level $\alpha \leq 0,05$. **Result**, The results demonstrated that the combination *SEFT* intervention and analgesic therapy was more effective than only analgesic therapy ($p=0,047$). **Implication**, The Implication of this research can be employed to the cancer patient to relieve their pain. The nursing intervention with *SEFT* encourages nurse role autonomy and reduces patient dependency on analgesic therapy.

Keywords : Pain, Intervention of SEFT, Cancer patient, Analgesic, Nurse Intervention

References: 52 (1992-2008)

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah... rasa syukur peneliti yang tak terhingga karena atas berkat rahmat Allah SWT yang telah melimpahkan karunia-Nya sehingga penyusunan tesis tentang penelitian yang berjudul "*Pengaruh Intervensi Spiritual Emotional Freedom Technique (SEFT) dalam Mengurangi Rasa Nyeri Pasien Kanker di Rumah Sakit Umum Dr. SOETOMO Surabaya*" dapat terselesaikan. Karya ilmiah ini selesai tidak lain karena bergeraknya yang Maha Pandai (*Yaa Rosyid*) mengganugerahkan kesehatan untuk menggerakkan setiap sel pada tubuh peneliti, sehingga salah satu syarat untuk memperoleh gelar magister keperawatan kekhususan medikal bedah pada Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia digapainya, hal ini merupakan bonus yang diberikan zat yang Maha Agung pada peneliti.

Peneliti menyadari sepenuhnya bahwa tanpa bantuan dari semua pihak yang terkait, penelitian tesis ini tidak dapat terwujud. Untuk itu, dengan segala hormat perkenankan peneliti menyampaikan terima kasih kepada:

1. Ibu Krisna Yetti, S.Kp, M.App.Sc. selaku Ketua Program Pascasarjana Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, serta sebagai pembimbing I yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan kepada peneliti tentang penyusunan tesis.
2. Ibu Rr. Tutik Sri Hariati, S.Kp, MARS. selaku pembimbing II yang telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan dan arahan dengan sabar, cermat dan teliti terkait dalam penyusunan metodologi kepada peneliti selama penyusunan tesis ini.
3. Ibu Dewi Irawati, MA., PhD. selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
4. DR. Slamet Yuwono, dr., DTMH., MARS. selaku Direktur RSUD Dr. Soetomo Surabaya yang telah memberikan izin dalam penelitian ini.
5. Dr. Budi Santoso, SpOG. selaku Kepala Bidang Penelitian dan Pengembangan RSUD Dr. Soetomo Surabaya dan seluruh staf terutama mbak Amik dan mas Fikri yang telah membantu dalam mendapatkan surat izin penelitian di RSUD Dr. Soetomo Surabaya

6. Dr. Bangun Trapsila Purwaka, SpOG. selaku kepala Instalasi Rawat Inap Obsgin RSUD Dr. Soetomo Surabaya yang telah menerima peneliti dengan baik dan memberi saran yang positif kepada peneliti
7. Ibu Warsiti Amd Keb. Selaku kepala ruangan kandungan RSUD Dr. Soetomo Surabaya dan seluruh perawat di ruang kandungan yang telah menerima dan membantu peneliti selama pengambilan data.
8. Seluruh staf akademik dan non akademik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, terutama mbak Devi yang telah membantu sehingga tesis ini dapat diselesaikan.
9. Kedua orang tuaku, saudara-saudaraku di Jombang, mertua dan saudaraku di Surabaya yang banyak memberikan semangat, dukungan dan doa untuk peneliti hingga dapat melanjutkan pendidikan pada tingkat Program Pascasarjana Ilmu Keperawatan di Universitas Indonesia.
10. Istriku tercinta yang senantiasa menemani dalam memberi dukungan moral, spiritual, dan materi dalam penyusunan penelitian tesis ini.
11. Rekan-rekan mahasiswa program Keperawatan Medikal Bedah yang telah bersama dan saling membantu dalam penyusunan tesis ini.
12. Semua pihak yang tidak dapat peneliti sebutkan satu persatu, yang telah membantu dalam penyusunan tesis ini.

Semoga bimbingan dan bantuan beliau dicatat sebagai amal ibadah oleh Allah SWT. Harapan peneliti mendapatkan saran dan masukan agar menjadi lebih baik dan semoga laporan ini dapat bermanfaat bagi peneliti dan pembaca. Akhir kata semoga karya ini dapat menjadi bagian dari amal ibadah peneliti untuk keperawatan di negeri 'Zamrud Khatulistiwa' yaitu Indonesia.

Depok, Juli 2009

Peneliti

DAFTAR ISI

| | |
|---|-----------|
| Halaman Judul | i |
| Lembar Pernyataan | ii |
| Lembar Persetujuan | iii |
| Lembar Nama Anggota Penguji Tesis | iv |
| Abstrak | v |
| Kata Pengantar | vii |
| Daftar Isi | ix |
| Dafar Skema | xi |
| Daftar Gambar | xii |
| Daftar Tabel | xiii |
| Daftar Grafik | xiv |
| Daftar Lampiran | xv |
| | |
| BAB I. PENDAHULUAN | 1 |
| A. Latar Belakang | 1 |
| B. Masalah Penelitian | 5 |
| C. Tujuan Penelitian | 6 |
| D. Manfaat Penelitian | 6 |
| | |
| BAB II. TINJAUAN PUSTAKA | 8 |
| A. Kanker | 8 |
| 1. Pengertian | 8 |
| 2. Etiologi | 9 |
| 3. Klasifikasi Kanker | 9 |
| 4. Tipe Kanker Serviks | 12 |
| 4. Gejala Klinik | 13 |
| 5. Penatalaksanaan | 13 |
| B. Nyeri | 14 |
| 1. Pengertian | 14 |
| 2. Upaya Penurunan Nyeri | 14 |
| 3. Mekanisme Nyeri | 19 |
| 4. Tipe Nyeri | 21 |
| 5. Faktor-faktor yang mempengaruhi pengalaman nyeri | 22 |
| 6. Penatalaksanaan nyeri | 26 |
| C. SEFT | 29 |
| 1. Sejarah SEFT | 29 |
| 2. Pengertian SEFT | 31 |
| 3. Prinsip Melakukan SEFT | 31 |
| 4. Peran Perawat Spesialis Keperawatan Medikal Bedah | 38 |
| | |
| BAB III. KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DEFINISI OPERASIONAL | 42 |
| A. Kerangka Konsep | 42 |
| B. Hipotesis Penelitian | 43 |
| C. Definisi Operasional | 44 |
| | |
| BAB IV. METODE PENELITIAN | 45 |
| A. Desain Penelitian | 45 |
| B. Populasi dan Sampel | 46 |
| C. Tempat dan Waktu Penelitian | 47 |

| | |
|---|-----------|
| D. Etika Penelitian | 47 |
| E. Alat Pengumpul Data..... | 49 |
| F. Prosedur Pengumpulan | 50 |
| G. Analisis Data | 52 |
| BAB V. HASIL PENELITIAN | 55 |
| A. Analisis Univariat..... | 55 |
| B. Analisis Bivariat | 58 |
| BAB VI. PEMBAHASAN..... | 64 |
| A. Interpretasi dan Diskusi Hasil | 64 |
| 1. Kesetaraan kelompok responden yang diberikan teknik SEFT ditambah analgetik pada kelompok konyrol dan responden yang diberikan terapi standar analgetik pada kelompok kontrol..... | 64 |
| 2. Efektifitas teknik <i>SEFT</i> dikombinasi dengan terapi analgetik terhadap penurunan nyeri pada pasien kanker serviks tadium IIb.... | 66 |
| B. Keterbatasan Penelitian | 72 |
| C. Implikasi Hasil Penelitian | 73 |
| BAB VII. SIMPULAN DAN SARAN | 75 |
| A. Simpulan | 75 |
| B. Saran | 76 |
| DAFTAR PUSTAKA | 77 |

DAFTAR SKEMA

| | Halaman |
|--|---------|
| Skema 2.1. <i>Gate Control</i> | 16 |
| Skema 2.2. Jalur Nyeri dan Perkiraan Jalur Analgesik | 19 |
| Skema 3.1. Kerangka Konsep Penelitian | 43 |
| Skema 4.1. Desain Penelitian | 45 |



DAFTAR GAMBAR

| | Halaman |
|--|---------|
| Gambar 2.1. Tahap Pemberian Analgetik menurut WHO | 27 |
| Gambar 2.2. Tempat <i>Sore Spot</i> dan <i>Karate Chop</i> | 32 |
| Gambar 2.3. Titik-titik <i>Tapping</i> dalam SEFT | 35 |



DAFTAR TABEL

| | Halaman |
|---|---------|
| Tabel 2.1. Klasifikasi Karsinoma Serviks | 11 |
| Tabel 3.1. Definisi Operasional | 43 |
| Tabel 4.1. Uji Homogenitas | 53 |
| Tabel 4.2. Analisis Bivariat | 54 |
| Tabel 5.1. Distribusi Frekuensi Responden Kanker Serviks Stadium IIB Menurut Kategori Umur Di RSUD Dr. Soetomo Surabaya Mei-Juni 2009 | 56 |
| Tabel 5.2. Distribusi Rata-Rata Nyeri Pada Responden dengan Kanker Serviks Stadium IIB Di RSUD Soetomo Surabaya Mei-Juni 2009 | 56 |
| Tabel 5.3. Analisis kesetaraan Umur Responden Terhadap Kelompok Intervensi dan kelompok Kontrol Di RSUD Dr. Soetomo Surabaya Mei-Juni 2009 | 59 |
| Tabel 5.4. Analisis Perbedaan Rata-rata Tingkat Nyeri Kanker Serviks Stadium IIB Sebelum dan Sesudah Dilakukan Terapi Analgetik Pada Kelompok Kontrol Di RSUD Dr. Soetomo Surabaya Mei-Juni 2009 | 60 |
| Tabel 5.5. Analisis Perbedaan Rata-rata Tingkat Nyeri Kanker Serviks Stadium IIB Sebelum dan Sesudah Dilakukan Teknik Kombinasi Pada Kelompok Intervensi Di RSUD Dr. Soetomo Surabaya Mei-Juni 2009 | 61 |
| Tabel 5.6. Analisis Perbedaan Rata-rata Tingkat Nyeri Kanker Serviks Stadium IIB Setelah Penatalaksanaan Nyeri Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Di RSUD Dr. Soetomo Surabaya Mei-Juni 2009 | 62 |
| Tabel 5.7. Analisis Rata-rata Selisih Tingkat Nyeri Kanker Serviks Stadium IIB Sebelum dan Sesudah Intervensi Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Di RSUD Dr. Soetomo Surabaya Mei-Juni 2009 | 62 |

DAFTAR GRAFIK

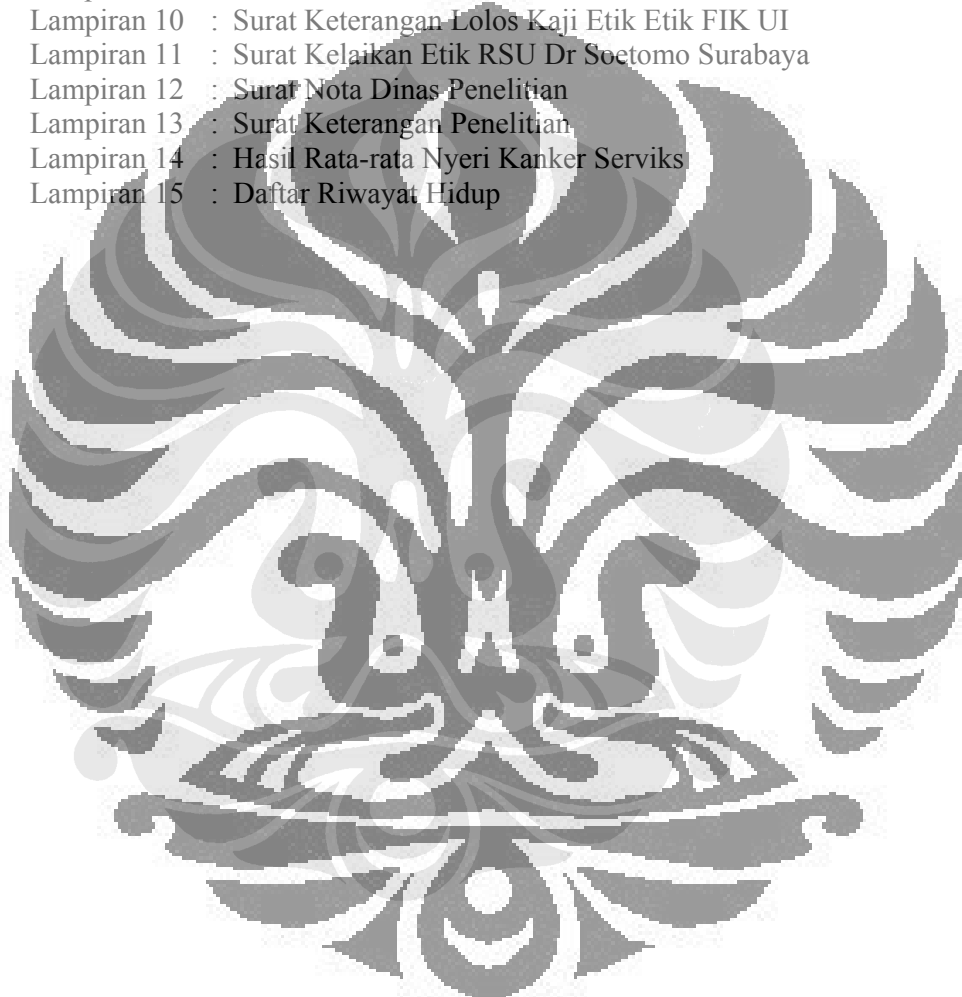
Halaman

| | |
|---|----|
| Grafik 5.1. Rata-Rata Penurunan Nyeri Pada Kelompok Kanker Serviks Stadium IIb Kelompok Kontrol dan Kelompok Intervensi di RSU Dr. Soetomo Surabaya Mei-Juni 2009 | 58 |
|---|----|



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Lembar Penjelasan Penelitian
- Lampiran 2 : Lembar Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 3 : Data Penelitian Kelompok Intervensi
- Lampiran 4 : Data Penelitian Kelompok Kontrol
- Lampiran 5 : Skala Nyeri *Numeric Rating Scale* (NRS)
- Lampiran 6 : Protokol Pelaksanaan *SEFT*
- Lampiran 7 : Surat Permohonan Meninjau
- Lampiran 8 : Surat Permohonan Izin Penelitian
- Lampiran 9 : Surat Sertifikasi *SEFT*
- Lampiran 10 : Surat Keterangan Lolos Kaji Etik Etik FIK UI
- Lampiran 11 : Surat Kelaikan Etik RSUD Dr Soetomo Surabaya
- Lampiran 12 : Surat Nota Dinas Penelitian
- Lampiran 13 : Surat Keterangan Penelitian
- Lampiran 14 : Hasil Rata-rata Nyeri Kanker Serviks
- Lampiran 15 : Daftar Riwayat Hidup



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kanker adalah pertumbuhan sel baru yang memiliki sifat proliferasi lebih cepat dengan pertumbuhan yang progresif serta pola penyebarannya yang tidak teratur (Price, 2006). Lebih lanjut (Corwin, 2008; Smeltzer & Bare 2002) mengatakan bahwa sel neoplasma ganas terjadi karena adanya mutasi genetik dari DNA seluler dan perubahan ini disebabkan oleh suatu agen karsinogen yang dapat berupa bahan kimia, virus, radiasi atau sinar matahari. Faktor risiko yang menyebabkan kanker dapat berasal dari faktor keturunan, usia, jenis kelamin serta paparan stress (Lemon & Burke, 2008).

Kanker banyak menyebabkan kematian yang dapat terjadi pada semua kelompok usia dan ras (Lemon & Burke, 2008). Di seluruh dunia diperkirakan 7,9 juta orang meninggal akibat kanker (WHO, 2007). Menurut Depkes RI tahun 2003 sebanyak 84 juta orang akan meninggal hingga 10 tahun ke depan, dikutip dari Deteksi Awal Kanker, 2007. Pada tahun ini, diperkirakan 12 juta pasien baru didiagnosis kanker dan lebih dari 7 juta pasien meninggal akibat kanker. Pada tahun 2010 diprediksi kanker akan menjadi penyebab utama mortalitas (kematian) di seluruh dunia (Kalbe Farma, 2008).

Penderita baru setiap tahunnya terdapat 190-200 ribu di Indonesia (Suwitodihardjo, 2008). Sepuluh jenis kanker yang paling sering ditemukan di Indonesia secara umum (gabungan laki-laki dan perempuan) adalah: kanker leher

rahim, kanker payudara, hati, paru, kulit, nasofaring, kelenjar getah bening, usus besar, lain-lain (termasuk penyakit trofoblas ganas). Sutandyo dari RS Kanker Dharmais Jakarta mengatakan bahwa kanker paru adalah salah satu jenis penyakit kanker yang jumlahnya terus meningkat. Insiden penyakit kanker paru didunia naik 0.5% setiap tahunnya (Sutandyo, 2007).

Angka kejadian pada tahun 2007 pasien kanker yang berada di rawat inap RSU Dr. SOETOMO Surabaya urutan terbanyak adalah kanker serviks sebanyak 339 pasien, sedangkan yang berkunjung di instalasi rawat jalan di poli paliatif pada bulan november 2008 sebanyak 250 pasien dengan kasus terbanyak adalah kanker serviks 67 pasien (25%) dan urutan kedua kanker payudara 32 pasien (12 %). Pada bulan desember 2008, terdapat 295 pasien dengan 87 pasien (33 %) kasus kanker serviks dan 35 pasien (14 %) kanker payudara.

Tanda dan gejala yang dialami pasien akibat kanker merupakan masalah yang kompleks, antara lain adalah malnutrisi, gangguan sensasi nyeri, infeksi, (Lewis, et al, 2004). Salah satu gejala pada penderita kanker adalah nyeri yang dapat bersifat ringan, sedang sampai menjadi berat. Hal ini juga yang menjadi gejala yang paling ditakuti pasien karena menjadi faktor utama dalam mengalami penurunan kualitas hidupnya. Sebagian besar pasien kanker akan mengalami gangguan perasaan nyeri dalam perjalanan hidupnya (Suwiyoga, 2007).

Nyeri adalah sebagai sensor yang tidak menyenangkan dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan, yang menyertai kerusakan jaringan secara aktual maupun potensial (IASP, 2007). Nyeri pada penderita kanker terjadi

karena desakan langsung dari tumor yang mengenai sistem saraf, sejumlah 75-80% kasus terjadi nyeri karena hal ini dan nyeri yang disebabkan oleh pengobatan antikanker sebanyak 15-19% sedangkan nyeri yang tidak berhubungan dengan kankernya atau dengan pengobatannya sekitar 3-5%. Nyeri kanker tidak saja bersumber dari kerusakan fisik dengan dikeluarkan zat kimia (bradikinin dll) dari sel namun diperberat oleh faktor nonfisik berupa faktor psikologis, sosial budaya, spiritual (Tanra, 2005; Suwiyoga, 2007).

Diperkirakan di seluruh dunia 25 % pasien kanker mengalami nyeri dan kejadian rasa nyeri pada berbagai stadium penyakit kanker sekitar 51% dan akan bertambah menjadi 74% pada stadium lanjut/terminal (Murtejo, 2006). Selain itu dalam perjalanan penyakit kanker sebesar 45-100% dari pasien akan mengalami nyeri yang ringan sampai berat. Laporan dari negara maju menunjukkan bahwa pada saat ini 50-80% nyeri kanker tidak mendapat pengelolaan yang adekuat (Suwiyoga, 2007). Di RSUD Dr. SOETOMO Surabaya masalah nyeri tersebut mencapai 89,4 %.

Di dalam perawatan penyakit kanker maka terapi untuk nyeri mendapat prioritas pengelolaannya, salah satunya diperlukan strategi dalam pengelolaan nyeri pada pasien kanker, antara lain asuhan paliatif terpadu yang berfokus pada pasien dan keluarga (Murtejo, 2006). Di RSUD Dr. SOETOMO Surabaya juga menyediakan pelayanan pengobatan nonfarmakologi. Namun dari wawancara dengan pasien yang berkunjung ke poli paliatif pada bulan Januari 2009, mengatakan merasa takut dengan teknik akupuntur tersebut karena menggunakan jarum serta banyak yang tidak mengetahui bahwa teknik tersebut dapat membantu dalam mengurangi

nyeri pada kanker, sehingga jumlah pasien yang berkunjung ke poli akupunktur jarang sekali.

Penatalaksanaan nyeri yang tidak tepat dan tidak akurat akan menimbulkan risiko komplikasi, menambah biaya perawatan, memperpanjang hari rawat serta memperlama proses penyembuhan secara holistik. Dampak lain akibat nyeri tersebut akan menghambat kualitas hidup dan mengakibatkan depresi.

Perawat adalah salah satu dari pemberi pelayanan kesehatan pada masyarakat, intervensi yang dapat diberikan pada pasien untuk mengurangi nyeri meliputi pendekatan farmakologi dan non farmakologi. Pemberian intervensi farmakologi dengan pemberian analgetik merupakan terapi modalitas dalam memberikan sejumlah medikasi. Pemberian dengan analgetik mampu meningkatkan ambang batas nyeri sehingga rangsang nyeri pada pasien tidak dipersepsikan sebagai suatu ancaman (Djumhuri, 1995). Namun kenyataannya, hal ini terkait dengan efek samping dan perasaan nyeri yang tidak mereda serta bahaya komplikasi maka perlu adanya intervensi yang lebih aman (Liebeskind, 1991 dalam Smeltzer & Bare, 2002).

Intervensi non farmakologi merupakan terapi pelengkap dalam mengurangi dan mengontrol nyeri (Smeltzer dan Bare, 2002), intervensi ini dapat mencakup intervensi fisik dan perilaku kognitif. Dalam mengurangi nyeri pada kanker salah satu teknik yang dapat digunakan *Spiritual Emotional Freedom Technique (SEFT)*. *SEFT* adalah metode baru dalam mengurangi nyeri secara kualitas

dengan memberikan gerakan ketukan ringan (*tapping*) pada beberapa titik tertentu pada tubuh dengan diiringi kalimat *Set Up* (Zainuddin, 2007).

SEFT merupakan teknik penggabungan dari sistem energi tubuh (*energy medicine*) dan terapi spiritualitas dengan menggunakan metode *tapping* pada beberapa titik tertentu pada tubuh. Selain itu teknik ini juga dapat membantu pasien untuk lebih mandiri dalam mengurangi keluhan nyeri karena tidak tergantung pada orang lain, relatif cepat serta tidak memiliki risiko yang membahayakan (Zainuddin, 2007). Hal ini dapat menjadi solusi alternatif dalam mengurangi rasa nyeri pada intervensi relaksasi yang selama di klinik, di terapkan tanpa adanya bimbingan yang benar. Karena konsep ini akan sinergis dengan "*Self Care Theory*" yang disampaikan oleh Dorroty Orem, sehingga perawat dapat membantu kebutuhan pasien sebagai *Support-educative* dalam mengurangi keluhan nyeri dari penyakit kanker (Tommeey & Alligood, 2006).

B. Masalah Penelitian

Salah satu indikator keberhasilan pembangunan kesehatan dapat dilihat dari menurunnya angka morbiditas. Jumlah penduduk Indonesia yang kurang lebih 200 juta jiwa, diperkirakan 200 ribu pasien baru kanker terjadi tiap tahunnya dengan tidak kurang 140 ribu jiwa mengalami nyeri akibat kanker. Berdasarkan latar belakang serta belum diketahuinya terapi penanggulangan nyeri dengan menggunakan teknik *SEFT* yang merupakan terapi non farmakologi, karena belum adanya laporan/penelitian tentang pengaruh penggunaan intervensi *SEFT* dalam mengurangi keluhan nyeri. Oleh karena itu peneliti ingin mengetahui bagaimana pengaruh intervensi *SEFT* dalam mengurangi rasa nyeri pada pasien kanker di RSUD Dr. SOETOMO Surabaya.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Menjelaskan pengaruh intervensi *SEFT* dalam mengurangi nyeri pada pasien kanker.

2. Tujuan Khusus

- a. Diidentifikasi karakteristik responden
- b. Diidentifikasi perbedaan tingkat nyeri sebelum dan sesudah dilakukan terapi analgetik pada kelompok kontrol.
- c. Diidentifikasi perbedaan nyeri pada pasien kanker sebelum dan sesudah mendapatkan terapi kombinasi (intervensi *SEFT* dan analgetik) dalam menurunkan nyeri pada pasien kanker.
- d. Dianalisis efektifitas antara pemberian terapi kombinasi (teknik *SEFT* dan pemberian analgetik) dengan terapi analgetik dalam menurunkan nyeri pada pasien kanker.

D. Manfaat Penelitian

1. Pelayanan Keperawatan

- a) Teknik Spiritual Emotional Freedom ini sebagai salah satu alternatif pilihan dalam menerapkan intervensi non farmakologik yang sering kali kurang mendapatkan perhatian bagi tenaga kesehatan.
- b) Bagi klien akan memaksimalkan dalam memberdayakan kemampuannya sendiri tidak mengalami ketergantungan, teknik ini juga tidak membutuhkan biaya serta mudah untuk dilakukan.

2. Ilmu Keperawatan

- a) Meningkatkan peran perawat dalam melakukan intervensi non farmakologi (komplementer terapi) dalam mengurangi rasa nyeri
- b) Memotivasi untuk mempunyai intervensi yang bersifat generalis maupun yang spesialis dalam mengurangi rasa nyeri.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Pada tinjauan pustaka ini, akan dipaparkan teori tentang kanker, nyeri pada kanker. Serta hubungannya dengan *Spiritual Emotional Freedom Technique (SEFT)* sebagai berikut :

A. Kanker

Kanker merupakan penyakit yang sangat kompleks dengan berbagai manifestasi klinik sehingga memerlukan penatalaksanaan jangka panjang. Kondisi-kondisi pada penyakit kanker ini menuntut pasien untuk beradaptasi terhadap perubahan-perubahan tersebut agar tidak terjadi komplikasi. Berikut ini akan dijabarkan tentang pengertian kanker, etiologi, gejala klinik, dan penatalaksanaan kanker.

1. Pengertian

Kanker dalam bahasa Yunani disebut sebagai *Carcinos* yang kemudian dalam bahasa Inggris disebut *Cancer* dan dalam bahasa Belanda menjadi kanker dan akhirnya diakui sebagai bahasa Indonesia Kanker yaitu suatu neoplasma yang bersifat ganas dan merupakan tumbuhnya jaringan kecil-kecil yang dapat menjadi besar dan tidak terkendal (Saputra, Maat, & Soedoko, 2000). Menurut Kathleen (1993); Lemon dan Burke (2007) kanker serviks adalah suatu neoplasma yang berawal dari jaringan baru/neoplasma pada epitel servik, tepatnya pada titik pertemuan antara *epitel squamosa* dan *epitel columnar* yang disebut *epitelium squamocolumnar junction*.

2. Etiologi

Munculnya penyakit ini belum diketahui secara pasti, namun pemicu dari kanker serviks ini ada yang mengatakan diakibatkan oleh virus. Beberapa penelitian diketahui adanya virus papilloma sebagai penyebab dari kanker ini. Penelitian menemukan bahwa infeksi human papillomavirus (HPV) bertanggung jawab untuk semua kasus kanker leher rahim (MedicineNet, 2003).

Infeksi Human papillomavirus merubah sistem dari sel leher rahim menjadi sel kanker yang pada mulanya sebagai sel normal, namun karena mengalami perkembangan pertumbuhan yang cepat sehingga mampu menguasai sistem sel leher rahim. Sel ini berkembang selama kurun waktu 12 sampai 36 bulan. Jika terus berkembang dalam kurun waktu tersebut sel kanker ini tidak dapat lagi ditolak oleh sistem imun tubuh karena terlalu banyaknya jumlah sel ini selain itu penyebab tidak dapat bekerjanya sistem imun tubuh adalah karena ketidakcocokan cara kerja sistem imun sendiri dalam membersihkan virus ini (Eileen, 2005). Aktivitas seksual sejak usia dini, pasangan seksual yang lebih dari satu dan beberapa kehamilan dini menjadi faktor predisposisi terjadinya kanker serviks (Smeltzer & Bare, 2002).

3. Klasifikasi Kanker

Sistem klasifikasi tumor dimaksudkan untuk menyediakan cara yang terstandarisasi untuk: (1) mengkomunikasikan status kanker kepada semua anggota tim kesehatan, (2) membantu untuk menetapkan rencana pengobatan yang paling efektif, (3) mengevaluasi rencana pengobatan, (4) menjadi faktor

dalam menetapkan prognosis dan (5) untuk membandingkan pengelompokan untuk tujuan statistik.

Menurut *Union Internationale Contre le Cancer* (UICC / Perserikatan Internasional Melawan Kanker) (dalam Sjamsuhidajat & Jong, 2005) bahwa untuk melukiskan stadium penyakit dipakai huruf T, N, dan M yang melambangkan tumor primer, kelenjar regional, dan metastasis jauh, adalah sebagai berikut :

a. T (Tumor size), ukuran tumor :

Tx : tumor primer tidak dapat ditaksir

T 0 : tidak ditemukan tumor primer

T is : *carcinoma in situ*

T1, T2, T 3 : dari T1 sampai T3 tumor primer makin besar dan makin jauh infiltrasi di jaringan dan alat berdampingan.

b. N (Node), kelenjar *limf* regional :

Nx : kelenjar *limf* tidak dapat ditaksir/diperiksa

N 0 : tidak terdapat metastasis pada kelenjar *limf* regional

N1, N2, N3 : menunjukkan banyaknya kelenjar regional yang hinggap, dan ada/tidaknya infiltrasi di alat dan struktur berdampingan.

c. M (Metastasis), penyebaran jauh :

M x : metastasis jauh belum dapat dinilai

M 0 : tidak terdapat metastasis jauh

M 1 : terdapat metastasis jauh (ke organ hepar, paru-paru, tulang, sumsum tulang, otak, saraf dan sebagainya)

Setelah masing-masing faktor T,N,M didapatkan, ketiga faktor tersebut kemudian digabung dan didapatkan stadium kanker. Menurut *Federation International Gynecology Obstetry* (FIGO) terdapat empat stadium dalam kanker serviks lihat tabel 2.1

Tabel 2.1
Klasifikasi karsinoma Servik
Federation Internasional Gynecology Obstetry

| Tahapan | Lokasi | Diskripsi |
|---|--|---|
| Tahap 0 | Karsinoma In situ | Kanker pada lapisan epitel |
| Tahap I Tahap IA Tahap IB | Karsinoma yang berada di serviks | Mikroinvasi Secara klinis tahap I |
| Tahap II Tahap IIA Tahap IIB | Karsinoma vagina | Lesi menyebar sampai vagina Perluasan vagina Perluasan paraservikal dengan/tanpa mengenai vagina |
| Tahap III Tahap III A Tahap III B | Mengenai sepertiga bawah vagina/meluas ke salah satu atau kedua dinding pelvis | Meluas sampai sepertiga vagina Metastase karsinomatosa yang dapat diraba pada dinding pelvis |
| Tahap IV | Perluasan jauh (kanker keluar serviks) | |

Sukarja (2000) bahwa derajat keganasan kanker berbeda-beda, terdapat tiga derajat keganasan kanker, yaitu:

a. Derajat keganasan rendah

Kanker tumbuh perlahan dalam waktu tahunan dan lambat mengadakan metastase. Keadaan klinis dan patologisnya sering sukar dibedakan dengan tumor jinak.

b. Derajat keganasan sedang

Kecepatan tumbuhnya biasa saja, antara kecepatan pada derajat keganasan rendah dan tinggi, terjadi dalam waktu bulanan.

c. Derajat keganasan tinggi

Kanker tumbuh dengan cepat dalam waktu mingguan atau bulanan dan cepat mengadakan metastase. Bahkan dapat terjadi pada tumor primer yang masih kecil namun telah mengadakan metastase dan metastasenya lebih dominan dari tumor primernya.

4. Tipe Kanker Serviks

Menurut American Cancer Society (2009), tipe kanker serviks terdiri dari:

a. *Squamous Cell Carcinoma*

Sekitar 80%-90% kanker serviks bersifat *squamous cell carcinoma*. Kanker ini berasal dari sel squamous yang berada di permukaan eksoserviks. Secara mikroskopis kanker jenis ini bermula dari sel yang seperti sel squamous. Squamous sel carcinoma sering terjadi pada pertemuan diantara exocerviks dengan endocerviks.

b. *Adenocarcinoma*

Sisanya sebanyak 10%-20% kanker servik bersifat adenokarsinoma. Saat ini jenis kanker ini umumnya terjadi pada wanita yang dilahirkan dalam 20-30 tahun terakhir. Adenokarsinoma ini berkembang dari mukus yang diproduksi oleh kelenjar endoserviks.

c. *Adenosquamous Carcinoma* atau *Mixed Carcinoma*

adalah kanker serviks yang memiliki gambaran yang sama antar sel squamous dan adenoma yang disebut adenosquamous karsinoma atau *mixed carcinoma*, jenis yang lain *clear-cell and small-cell carcinoma*. Jenis ini merupakan kanker serviks yang jarang terjadi.

5. Gejala Klinik

Pada fase permulaan kanker serviks terdapat kemungkinan bahwa penderita belum mempunyai keluhan dan diagnosis dibuat secara kebetulan. Dalam fase yang lebih lanjut sebagai akibat nekrosis (kematian sel) dan perubahan-perubahan proliferaatif jaringan serviks timbul keluhan-keluhan antara lain: kehilangan darah vaginal yang abnormal (intermenstrual), perdarahan kontak, gangguan miksi (disuria), gangguan defekasi (pembuangan), nyeri di perut bawah atau menyebar, limfedema

Kanker ini dapat diawali dengan pendarahan vagina, tetapi gejala kanker ini tidak terlihat sampai kanker memasuki stadium yang lebih jauh, yang menjadikan kanker leher rahim difokuskan pada pengamatan menggunakan Pap smear. Perubahan awal yang terjadi pada sel leher rahim tidak selalu merupakan suatu tanda-tanda kanker. Pemeriksaan Pap smear test yang teratur sangat diperlukan untuk mengetahui lebih dini adanya perubahan awal dari sel-sel kanker. Perubahan sel-sel kanker selanjutnya dapat menyebabkan perdarahan setelah aktivitas seksual atau diantara masa menstruasi.

6. Penatalaksanaan

Abdulmuthalib (2006) mengatakan bahwa modalitas pengobatan kanker secara umum terbagi dua, yaitu: terapi lokal berupa pembedahan dan radiasi; dan terapi sistemik. Jenis terapi sistemik pada kanker adalah kemoterapi dengan obat sitotoksik, terapi hormonal dan terapi biologi. Selain itu ada juga terapi bantuan yaitu terapi untuk membantu tubuh tetap dapat mempertahankan kekuatannya, seperti: nutrisi, transfusi darah, fisioterapi dan

psikoterapi. Terapi sekunder digunakan untuk mengatasi penyakit-penyakit yang menyertai (Sukardja, 2000).

B. Nyeri

Nyeri memiliki subjektifitas pada setiap individu. Sehingga kondisi ini sangat tergantung dari individu tersebut. Berikut ini akan dijelaskan tentang pengertian nyeri, mekanisme, teori *Gate Control*, Jenis atau tipe serta penatalaksanaan nyeri.

1. Pengertian

Nyeri adalah segala sesuatu yang dikatakan seseorang tentang nyeri tersebut dan terjadi kapan saja seseorang mengatakan bahwa ia merasa nyeri (Mc Caffery, 1980 dalam Lemon & Burke, 2008). Sehingga dapat disimpulkan nyeri adalah perasaan tidak menyenangkan secara fisik maupun psikologis yang memberikan sinyal adanya kerusakan atau cedera pada tubuh sebagai mekanisme pertahanan tubuh dan yang diungkapkan oleh individu.

2. Upaya Menurunkan Nyeri

Berbagai teori nyeri yang dapat menjelaskan tentang nyeri yaitu teori kontrol gerbang (*Gate Control Theory*) yang dikemukakan oleh Melzack & Wall 1965 dalam Potter & Perry, 2006. *Gate Control Theory* merupakan suatu teori mengenai mekanisme rasa nyeri.

Secara anatomis, *Gate* terletak di substansia gelatinosa. Transmisi sentral yang pertama adalah sel T, yang memberikan informasi sensoris ke sentrum yang lebih tinggi sesudah melalui *Gate*. Informasi sensoris juga

ditransmisikan dalam kolumna dorsalis secara sentral dan sesudah diproses dapat mempengaruhi *Gate* melalui traktus desenden, yaitu traktus kortikospinalis dan retikulospinalis. Hal ini merupakan mekanisme kontrol sentral (Smeltzer & Bare, 2002).

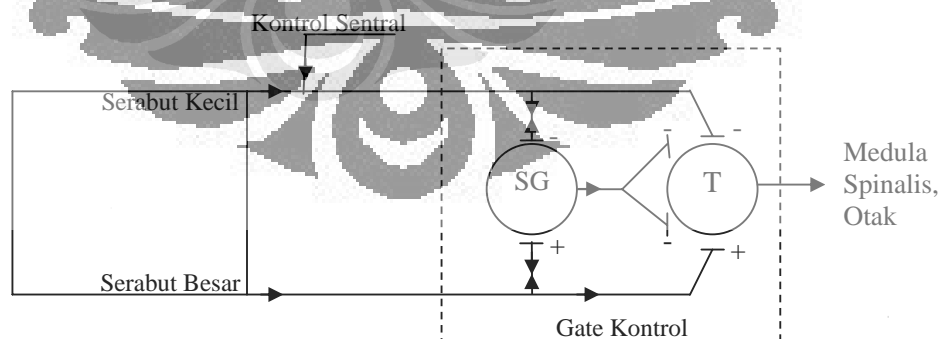
Rasa nyeri dihantarkan oleh kelompok serabut saraf besar dan kecil. Serabut tersebut bersinap dengan interneuron dalam substansia gelatinosa dan transmisi neuron/sel T. Sel T ini bersinap dengan neuron dari traktus spinotalamikus lateralis. *Gate* yang terletak di substansia gelatinosa secara normal terbuka oleh aktifitas tonik dalam serabut serabut kecil yang bekerja terus-menerus walaupun tidak ada rangsangan. Rasa nyeri dapat dihasilkan tanpa rangsangan nyeri atau penyakit, misalnya pada faktor sentral seperti rasa cemas atau depresi pada *Gate* (Melzack & Wall, 1965).

Serabut besar dan kecil bekerja pada sel T. Serabut-serabut tersebut juga memiliki cabang-cabang ke substansia gelatinosa. Serabut yang berasal dari serabut besar bersifat eksitasi, dan yang dari serabut kecil bersifat inhibisi. Sel-sel dari substansia gelatinosa menginhibisi serabut terminal, eferen dari sel T. Inhibisi ini tumbuh dengan aktivasi serabut besar dan berkurang dengan aktivasi serabut kecil. Pelepasan muatan akhir dari sel T dikontrol oleh aktifitas relatif serabut besar dan kecil. Bila suatu rangsang mengaktivasi, terutama serabut besar, maka impuls akan merangsang sel T dan menyebabkan nyeri. Impuls juga secara parsial menutup *Gate* dengan meningkatkan aktifitas inhibisi dari sel-sel substansia gelatinosa di sel T,

sehingga memotong pendek pelepasan muatan sel T dan rasa nyeri (Melzack & Wall, 1965 dalam Satyanegara MD 1978).

Gerakan-gerakan seperti vibrasi, menggosok-gosok dan menggaruk-garuk diperkirakan dapat meninggikan pelepasan muatan serabut besar, sehingga mengurangi rasa nyeri. Bila mencapai ambang yang kritis, rangsangan sel T diperkirakan mengaktifkan sistem aksi. Kesadaran akan rasa nyeri seperti halnya pada menggosok dan menggaruk, refleks menghindar, menjerit, menggoyangkan kepala dan mata untuk melihat lesi, serta reaksi otonom *fight* dan *flight* juga teraktivasi. Membuka menutupnya gerbang tidak saja dipengaruhi oleh dua macam serabut diatas, namun sistem kontrol desenden yang berada di pusat kontrol dalam otak bagian bawah dan tengah terutama *periaqueductal gray matter* yang mempunyai andil dalam mereduksi transmisi stimulus nyeri (Melzack & Wall, 1965 dalam Satyanegara MD 1978; Smeltzer & Bare, 2002).

Skema 2.1 *Gate Control*



(Melzack & Wall, 1965 dalam Satyanegara MD 1978)

Jalur Nyeri dan Perkiraan Jalur Analgetik

a. Jalur nyeri

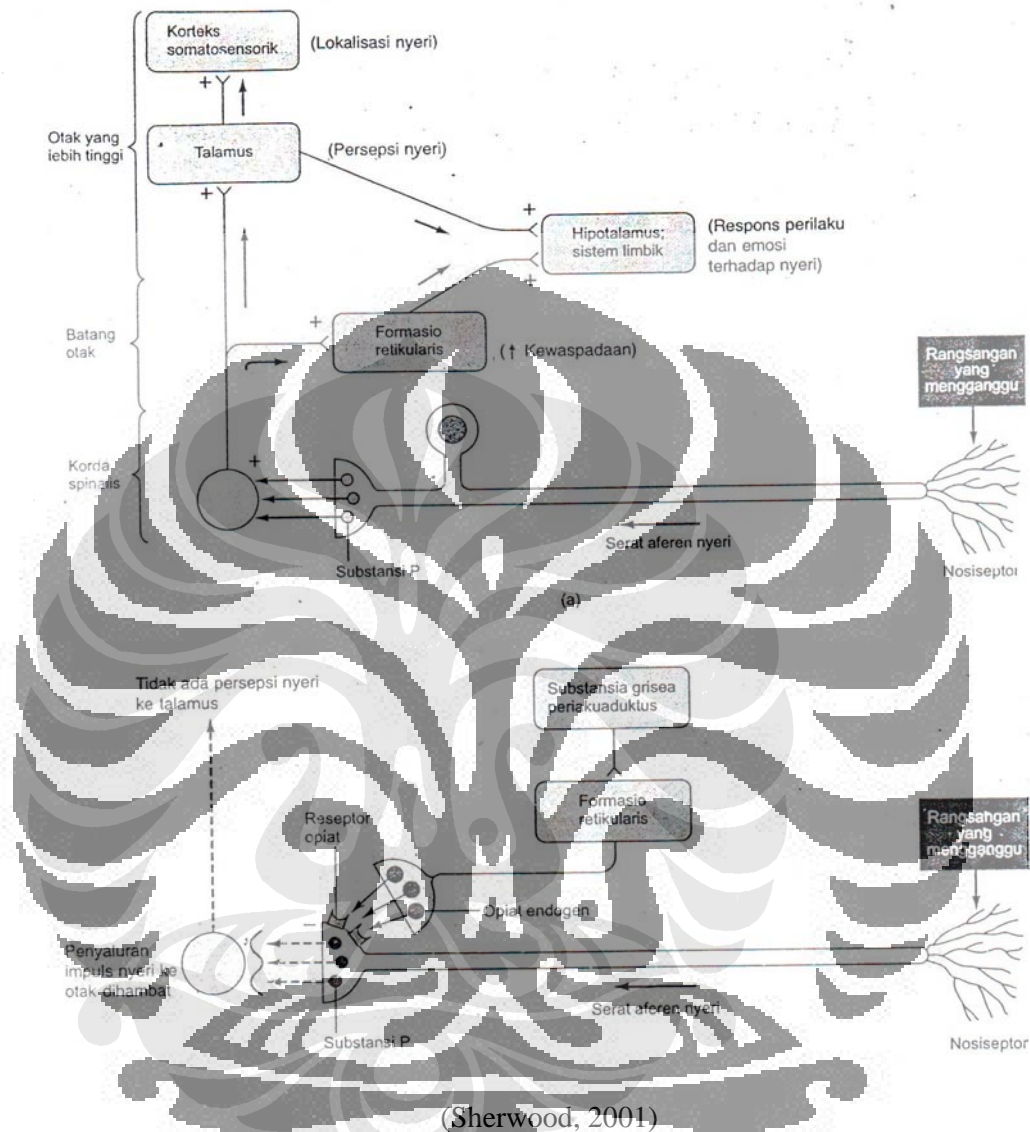
Impuls nyeri yang berasal dari *nociceptor* disalurkan ke SSP melalui salah satu dari dua jenis serat aferen. Sinyal-sinyal yang berasal dari *nociceptor* mekanis dan termal disalurkan melalui serat A-delta (jalur nyeri cepat). Impuls dari *nociceptor* polimodal diangkut oleh serat C (jalur nyeri lambat). Jalur nyeri lambat diaktifkan oleh zat-zat kimia, terutama bradikinin, suatu zat yang dalam keadaan normal inaktif dan diaktifkan oleh enzim-enzim yang dikeluarkan ke dalam CES oleh jaringan yang rusak. Serat-serat aferen primer bersinaps dengan antar neuron ordo kedua ditanduk dorsal korda spinalis. Salah satu neurotransmitter yang dikeluarkan dari ujung-ujung aferen yaitu substansi P (khas untuk serat-serat nyeri). Peran korteks dalam persepsi nyeri belum jelas, walaupun korteks mungkin penting paling tidak dalam penentuan lokalisasi nyeri. Nyeri masih dapat dirasakan walaupun kortek tidak ada, mungkin pada tingkat talamus. Formasio retikularis meningkatkan derajat kewaspadaan yang berkaitan dengan rangsangan yang mengganggu. Hubungan antara talamus dan formasio retikularis ke hipotalamus dan sistim limbik menghasilkan respons emosi dan perilaku yang menyertai pengalaman yang menimbulkan nyeri.

b. Jalur analgetik

Selain rantai neuron yang menghubungkan *nociceptor* perifir dengan struktur struktur SSP yang lebih tinggi untuk persepsi nyeri, SSP juga mengandung suatu sistem neuron yang menekan nyeri. Sistem analgetik terpasang tetap bergantung pada keberadaan reseptor opiat. Telah lama diketahui bahwa

morfin adalah analgetik kuat. Zat secara normal berikatan dengan reseptor opiat tersebut adalah endorfin, enkafalin dan dinorfin yang penting dalam sistem analgetik tubuh. Menurut model sistem analgetik yang diajukan, opiat-opiat endogen ini berfungsi sebagai neurotransmitter analgetik; zat-zat itu dikeluarkan dari jalur analgetik desendens dan berikatan dengan reseptor opiat diujung prasinaps aferen. Pengikatan ini menekan pengeluaran substansi P, sehingga terjadi penghambatan terhadap penyaluran sinyal nyeri. Morfin berikatan dengan reseptor opiat yang sama; hal ini menyebabkan sifat analgetiknya. Masih belum jelas bagaimana mekanisme penekanan nyeri alamiah tersebut diaktifkan. Faktor-faktor yang diketahui dapat memodulasikan nyeri antara lain adalah olah raga atau latihan fisik (diperkirakan terjadi pengeluaran endorfin selama olah raga atau latihan fisik yang berlangsung lama dan mungkin merupakan penyebab timbulnya *runner's high*).

Skema 2.2
Jalur Nyeri dan Perkiraan Jalur analgetik



3. Mekanisme Nyeri

Nyeri merupakan campuran reaksi fisik, emosi dan perilaku. Tiga komponen fisiologis dalam pengalaman nyeri yaitu resepsi, persepsi dan reaksi. Stimulus penghasil nyeri mengirimkan impuls melalui serabut saraf perifer. Serabut saraf memasuki medulla spinalis dan melalui salah satu dari beberapa saraf dan akhirnya sampai di dalam massa berwarna abu-abu dimedula spinalis.

Terdapat pesan nyeri yang dapat berinteraksi dengan sel-sel saraf inhibitor yang mencegah stimulus nyeri mencapai korteks serebral, maka otak menginterpretasi kualitas nyeri dan memproses informasi tentang pengalaman dan pengetahuan yang lalu serta asosiasi kebudayaan dalam upaya mempersepsikan nyeri (McNair, 1990 dalam Potter & Perry, 2006).

Proses nyeri mulai dari stimulasi *nociceptor* oleh stimulus *noxious* sampai terjadinya pengalaman subyektif nyeri adalah suatu seri kejadian elektrik dan kimia yang dapat dikelompokkan menjadi 4 proses yaitu *transduksi*, *transmisi*, *modulasi*, dan *persepsi* (Setiyohadi, et al dalam Sudoyo, 2006).

a. *Transduksi*

Proses transduksi atau aktivasi reseptor merupakan mekanisme nyeri yang dimulai dari stimulus *noxious* (rangsang nyeri) pada jaringan dan kemudian akan mengakibatkan stimulasi *nosiseptor*. Stimulus *noxious* tersebut akan dirubah menjadi potensial aksi. Selanjutnya potensial aksi tersebut akan ditransmisikan menuju neuron susunan saraf pusat yang berhubungan dengan nyeri.

b. *Transmisi*

Transmisi merupakan tahap pertama adanya konduksi impuls dari neuron aferen primer ke kornu dorsalis medulla spinalis, pada kornu dorsalis ini neuron aferen primer bersinap dengan neuron susunan saraf pusat. Selanjutnya jaringan neuron tersebut akan naik ke atas di medulla spinalis menuju batang otak dan thalamus. Kemudian terjadi hubungan timbal balik

antara talamus dan pusat-pusat yang lebih tinggi di otak yang mengatur respons persepsi dan afektif yang berhubungan dengan nyeri dan sebaliknya persepsi nyeri bisa terjadi tanpa stimulasi *nosiseptif*.

c. Modulasi

Proses modulasi merupakan sinyal yang mampu mempengaruhi proses nyeri dapat bertambah atau berkurang. Karena berinteraksinya sistem endogen analgetik dengan asupan nyeri yang masuk, tempat modulasi sinyal yang paling sering adalah pada kornu dorsalis medulla spinalis.

d. Persepsi

Persepsi merupakan proses terakhir dimana pesan nyeri diteruskan menuju ke otak dan menghasilkan pengalaman yang tidak menyenangkan. Sehingga pasien mempersepsikan sebagai sesuatu yang tidak menyenangkan.

4. Tipe Nyeri

Tipe nyeri pada kanker dapat digolongkan sebagai berikut:

a. Nyeri Akut

Nyeri akut timbul secara mendadak, bersifat sementara yaitu kurang dari enam bulan dan terlokalisir pada satu tempat. Nyeri ini terjadi pada jaringan yang mengalami trauma, pembedahan dan inflamasi.

b. Nyeri Kronis

Nyeri kronis berlangsung terus selama beberapa bulan (lebih dari 6 bulan), yang dapat menyebabkan penurunan ambang batas nyeri yang

dapat dikarenakan kadar serotonin dan endorfin turun. Salah satu jenis nyeri ini adalah nyeri kanker yang disebabkan penekanan pada saraf atau keluarnya zat kimia sebagai mediator nyeri (Schaffer & Yuccha, 2004 dalam Lemon & Burke, 2008).

c. Nyeri “*Breakthrough Pain*”

Breakthrough pain adalah rasa nyeri yang muncul secara tiba-tiba yang bersifat sementara namun menyakitkan baik yang mendapat pengobatan ataupun tidak (Svenden et al., 2005 dalam Lemon & Burke, 2008). Nyeri dapat terjadi pada kanker atau bukan kanker dan dapat dipicu oleh perubahan posisi/aktivitas, saat batuk, atau saat tersentuh.

5. Faktor- Faktor yang Mempengaruhi Pengalaman Nyeri

Nyeri merupakan pengalaman yang kompleks, sehingga banyak faktor yang mempengaruhi pengalaman nyeri individu. Menurut Perry & Potter (2006), faktor-faktor tersebut meliputi :

a. Usia

Usia merupakan variabel penting yang mempengaruhi nyeri, khususnya pada anak-anak dan lansia. Pasien lansia yakin bahwa nyeri merupakan sesuatu yang harus mereka terima. Karena mereka menganggap nyeri merupakan akibat alamiah dari proses penuaan, sehingga keluhan nyeri sering diabaikan. Hal ini membuat pasien lansia menjadi marah sehingga mereka tidak melaporkan nyeri yang mereka rasakan.

b. Jenis kelamin

Secara umum laki-laki dan perempuan tidak berbeda secara bermakna dalam berespons terhadap nyeri. Akan tetapi toleransi terhadap nyeri dipengaruhi oleh faktor-faktor biokimia dan merupakan hal yang unik pada individu tanpa memperhatikan jenis kelamin (Gil 1990 dalam Perry & Potter, 2006).

c. Kebudayaan

Keyakinan dan nilai-nilai budaya mempengaruhi cara individu mengatasi nyeri. Individu mempelajari apa yang diharapkan dan apa yang diterima oleh kebudayaan mereka. Hal ini meliputi bagaimana bereaksi terhadap nyeri. Ada perbedaan makna dan sikap yang dikaitkan dengan nyeri diberbagai kelompok budaya. Suatu pemahaman tentang nyeri dari segi budaya akan sangat membantu perawat dalam merancang asuhan keperawatan yang relevan untuk pasien yang mengalami nyeri.

d. Makna nyeri

Makna seseorang yang dikaitkan dengan nyeri mempengaruhi pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri. Hal ini juga berkaitan dengan latar belakang budaya individu tersebut. Individu akan mengekspresikan nyeri dengan cara berbeda-beda, apabila nyeri tersebut memberi kesan ancaman, suatu kehilangan, hukuman dan tantangan.

e. Perhatian

Tingkat seorang pasien memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat mempengaruhi persepsi nyeri. Perhatian yang meningkat dihubungkan dengan nyeri yang meningkat. Sedangkan upaya pengalihan dihubungkan dengan respons nyeri yang menurun.

f. Ansietas

Secara umum kecemasan akan meningkatkan nyeri. Hal tersebut tidak seluruhnya benar. Riset tidak memperlihatkan suatu hubungan yang konsisten juga tidak memperlihatkan pelatihan bahwa pengurangan stress praoperatif menurunkan nyeri pascaoperatif. Namun ansietas dapat meningkatkan persepsi nyeri, tetapi nyeri juga dapat menimbulkan suatu perasaan ansietas. Individu yang sehat secara emosional biasanya lebih mampu mentoleransi nyeri sedang hingga berat daripada individu yang memiliki status emosional yang kurang stabil. Pasien yang mengalami cedera atau menderita penyakit kritis, seringkali mengalami kesulitan mengontrol lingkungan dan perawatan diri sehingga dapat meningkatkan ansietas yang tinggi (Smeltzer dan Bare, 2002; Perry & Potter, 2006).

g. Kelelahan

Kelelahan meningkatkan persepsi nyeri. Rasa kelelahan menyebabkan sensasi nyeri semakin intensif dan menurunkan kemampuan coping. Hal ini dapat menjadi masalah umum pada setiap individu yang menderita penyakit dalam jangka waktu lama.

h. Pengalaman sebelumnya

Setiap individu belajar dari pengalaman nyeri. Pengalaman nyeri sebelumnya tidak selalu berarti bahwa individu tersebut akan menerima nyeri dengan lebih mudah pada masa yang akan datang. Apabila individu sejak lama sering mengalami serangkaian episode nyeri tanpa pernah sembuh atau menderita nyeri yang berat, maka ansietas atau bahkan rasa takut dapat muncul. Sebaliknya, apabila individu mengalami nyeri, dengan jenis yang sama berulang-ulang, tetapi kemudian nyeri tersebut dengan berhasil dihilangkan, akan lebih mudah bagi individu tersebut untuk menginterpretasikan sensasi nyeri. Akibatnya, pasien akan lebih siap untuk melakukan tindakan-tindakan yang diperlukan untuk menghilangkan nyeri.

i. Gaya coping

Nyeri dapat menyebabkan ketidakmampuan, baik sebagian maupun keseluruhan. Pasien seringkali menemukan berbagai cara untuk mengembangkan coping terhadap efek fisik dan psikologis nyeri. Penting untuk memahami sumber-sumber coping pasien selama ia mengalami nyeri, seperti berkomunikasi dengan keluarga melakukan latihan dan lainnya dapat digunakan dalam rancangan asuhan keperawatan dalam upaya mendukung pasien dan mengurangi nyeri sampai tingkat tertentu.

j. Dukungan keluarga dan sosial

Kehadiran orang-orang terdekat pasien dan bagaimana sikap mereka terhadap pasien. Individu dari kelompok sosial budaya yang berbeda

memiliki harapan yang berbeda tentang orang tempat mereka menumpahkan keluhan mereka tentang nyeri. Individu yang mengalami nyeri sering kali bergantung kepada anggota keluarga atau teman dekat untuk memperoleh dukungan, bantuan atau perlindungan. Walaupun nyeri tetap pasien rasakan, kehadiran orang yang dicintai akan meminimalkan kesepian dan ketakutan. Apabila tidak ada keluarga atau teman, sering kali pengalaman nyeri membuat pasien semakin tertekan.

6. Penatalaksanaan Nyeri

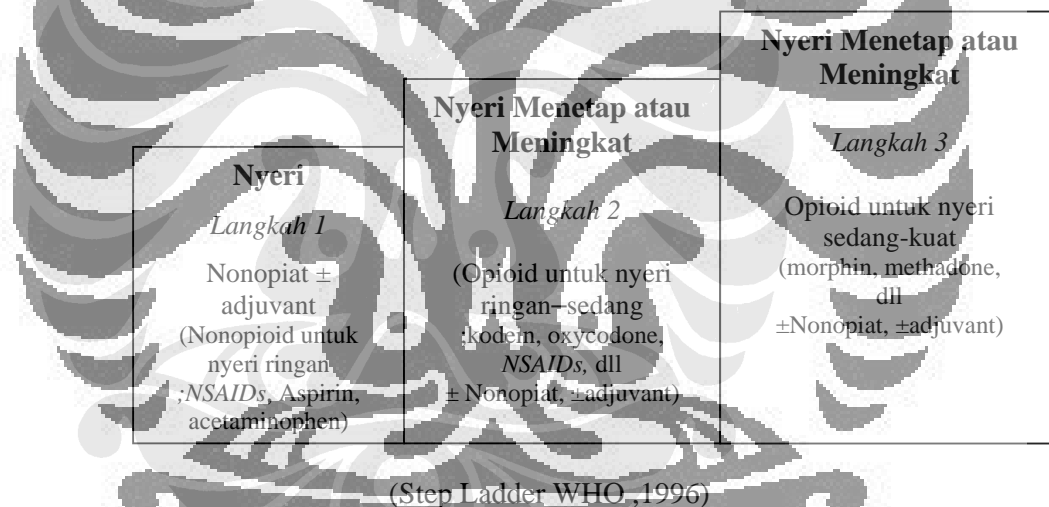
Prinsip umum penatalaksanaan nyeri pada tumor paling baik diikuti dengan terapi antitumor, yaitu dengan radiasi, kemoterapi, dan bedah paliatif untuk *debulking* yaitu mengangkat tumor atau mengecilkan tumor (Smeltzer & Bare, 2002). Strategi dalam penatalaksanaan nyeri pada tumor dapat mencakup pendekatan farmakologis dan nonfarmakologis, yaitu :

a. Farmakologis

WHO merekomendasikan 3 langkah pendekatan terapi farmakologis pada nyeri kanker yang dikenal dengan *Analgetic Ladder*, yaitu tahapan pengelolaan nyeri pada kanker (Gambar 2.1). Golongan non opioid yang sering diberikan adalah acetaminophen atau *non steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs)* dan digunakan untuk menghilangkan nyeri ringan atau sedang. Acetaminophen (paracetamol) telah digunakan luas pada penatalaksanaan nyeri. Efek samping dari penggunaan paracetamol dilaporkan dapat menyebabkan toksisitas hati. NSAIDs telah menunjukkan keefektifan pada nyeri kanker tetapi tidak cukup kuat

apabila diberikan sebagai terapi tunggal untuk nyeri berat. Studi meta analisis terhadap 3.453 pasien dengan nyeri menunjukkan NSAIDS sangat efektif sebagai analgetik, selanjutnya diikuti oleh kombinasi paracetamol dan kodein, paracetamol tunggal dan tramadol. NSAIDS tidak menyebabkan depresi pernapasan atau sedasi. Efek samping dari penggunaan NSAIDS yaitu iritasi lambung, terbentuknya ulkus dan perdarahan lambung, gangguan ginjal, memperburuk asma dan menghambat pembekuan darah.

Gambar 2.1. Tahap Pemberian Analgetik Menurut WHO



Obat non opioid meliputi, *Analgetik*: seperti acetaminophen, *NSAID*: seperti aspirin dan ibuprofen, sedangkan obat *Adjuvants*: anti depresan, antikonvulsan, antimuntah, & obat antiansietas. Jika langkah 1 tidak berkurang maka menuju langkah ke dua.

Langkah 2 untuk nyeri sedang: Opioid lemah + kombinasi obat nyeri langkah 1. Golongan opioid lemah seperti Codeine, oxycodone, Darvon

atau Darvocet, Empracet, dan Wygesic. Bila nyeri menetap atau tidak berkurang maka menggunakan langkah ke tiga

Langkah 3 untuk nyeri berat: Opioid kuat + kombinasi obat nyeri langkah

1. Suatu opioid kuat (short-acting / long-acting) seperti Morphine, Dilaudid, Numorphan dan Methadone adalah contoh opioid kuat dengan efek 3 - 4 jam.

b. Nonfarmakologis

Banyak intervensi keperawatan nonfarmakologis yang dapat membantu dalam menghilangkan nyeri. Salah satunya kombinasi terapi nonfarmakologis dengan obat analgetik merupakan cara yang paling efektif untuk menghilangkan nyeri (Smeltzer & Bare, 2002). Saat ini banyak tuntutan pasien untuk diperlakukan sebagai manusia yang utuh, dan keperawatan memberikan solusinya yaitu menawarkan model keperawatan yang holistik.

Munculnya fenomena tentang terapi komplementer dan hubungannya dengan perawatan holistik menyebabkan dibentuknya *National Center of Complementary and Alternative Medicine* (NCCAM) pada awal tahun 1990-an untuk menaungi kebutuhan masyarakat terhadap terapi alternatif dan komplementer (Craven & Hirnle, 2007). Salah satu terapi komplementer yang diklasifikasikan oleh NCCAM sebagai terapi “*energy medicine*” adalah akupunktur. Saat ini akupunktur memiliki turunan yang dikenal dengan *Energy Psychology* yang memiliki persamaan dalam sistem energi meridian yang berjumlah 12 jalur energi. Salah satu terapi *energy psychology* adalah *SEFT*.

C. SEFT

1. Sejarah SEFT

Dalam perjalanan sejarah terciptanya *SEFT*, tidak terlepas dari peran beberapa disiplin ilmu lain yang terkait. Karena secara garis besar memiliki persamaan pola dan merupakan penyempurna teknik-teknik sebelumnya dalam melakukan tindakan *SEFT*.

Ilmu kedokteran cina, sekitar 5000 tahun yang lalu telah mengenal sistem energi tubuh (*energy medicine*). Salah satu bentuk peninggalannya adalah terdapat buku Cina “Huang Di Nei Jing” (*The Yellow Emperor’s Classic on Internal Medicine*) yang ditulis oleh Kaisar Kuning yang memerintah Cina pada abad 26 SM (2697-2597 SM). Pada ilmu *accupuncture* dan *accupressure* adalah contoh nyata penggunaan sistem energi tubuh untuk menyembuhkan klien dengan berbagai macam gangguan fisik.

Goodheart, (1964) mulai meneliti tentang hubungan antara kekuatan otot, organ dan kelenjar tubuh dengan energi meridian. Kemudian memperkenalkan pada dunia apa yang disebut *Applied Kinesiology*. *Kinesiologist* dapat mendiagnosa penyakit klien dengan cara menyentuh beberapa bagian otot tubuh. Dengan merasakan otot tertentu yang lemah, ahli *Kinesiologi* dapat menentukan organ tubuh mana yang sedang sakit.

Prinsip ini ditindaklanjuti oleh seorang psikiater pakar pengobatan holistik John Diamond. Karyanya tentang hubungan “sistem energi tubuh” dengan gangguan psikologis, dimana konsep ini digabungkan dengan *Advance*

Applied Kinesiology (Zainuddin, 2007). Konsep ini mendasari lahirnya cabang baru psikologi yang dikenal dengan *Energi Psychology*. Yaitu terobosan baru yang menggabungkan prinsip-prinsip kedokteran timur dengan psikologi .

Dalam *Energi Psychology* kita menggunakan sistem energi tubuh untuk mempengaruhi pikiran, perasaan dan perilaku. *Energi Psychology* adalah seperangkat prinsip dan teknik yang memanfaatkan sistem energi tubuh untuk memperbaiki kondisi tubuh baik pikiran, emosi dan perilaku (Feinstein, 2008). Teori *Energi Psychology* ini menjadi pondasi bagi lahirnya *Thought Field Therapy* (TFT). *Thought Field Therapy* atau yang dikenal dengan *Callahan Technique* ditemukan oleh Callahan dengan didorong rasa ingin tahunya yang besar atas hasil belajarnya akupunktur tentang “sistem energi tubuh”.

Pada tahun 1984 Callahan mencoba melakukan mengetuk (*tapping*) dengan ujung jarinya di beberapa bagian pada tubuh pasiennya yang mengalami *water phobia*. Dan setelah pulang pasiennya melaporkan bahwa phobianya telah hilang sama sekali. *Callahan Technique* walaupun sangat populer, tapi begitu rumit untuk dipraktikkan bagi orang awam serta mahal. Untuk dapat menggunakan secara mudah dan sederhana, salah satu murid Callahan yang bernama Craig berusaha untuk menyederhankan teknik ini dengan nama *Emotional Freedom Technique* (EFT) sehingga dapat digunakan oleh masyarakat luas secara gratis. Zainuddin, (2005) teknik ini di bawa ke

Indonesia dengan menggunakan unsur spiritualitas sehingga lahirlah (*Spiritual Emotional Freedom Technique*) *SEFT*.

2. Pengertian *SEFT*

SEFT (*Spiritual Emotional Freedom Technique*) merupakan teknik penggabungan dari sistem energi tubuh (*energy medicine*) dan terapi spiritualitas dengan menggunakan metode tapping pada beberapa titik tertentu pada tubuh (Zainuddin, 2007).

Konsep teknik *SEFT* (*Spiritual Emotional Freedom Technique*) merupakan bagian dari teori *Self-Care* yang dikemukakan oleh Orem. Teori *Self-Care* menjelaskan bahwa merawat diri dan ketergantungan dalam perawatan diri adalah sesuatu perilaku yang dipelajari setiap individu untuk mempertahankan hidup, kesehatan dan kehidupan yang lebih baik (Tomme & Alligood, 2006). Pada sistem keperawatan yang dikembangkan Orem, perawat diharapkan dapat berperan sebagai *supportive-educative* sehingga pasien dapat menggunakan teknik ini secara optimal. Dalam hal ini *SEFT* (*Spiritual Emotional Freedom Technique*) digunakan untuk menurunkan nyeri pada pasien kanker sehingga dapat membantu pasien dalam mengontrol rasa ketidaknyamanannya.

3. Prinsip Melakukan *SEFT*

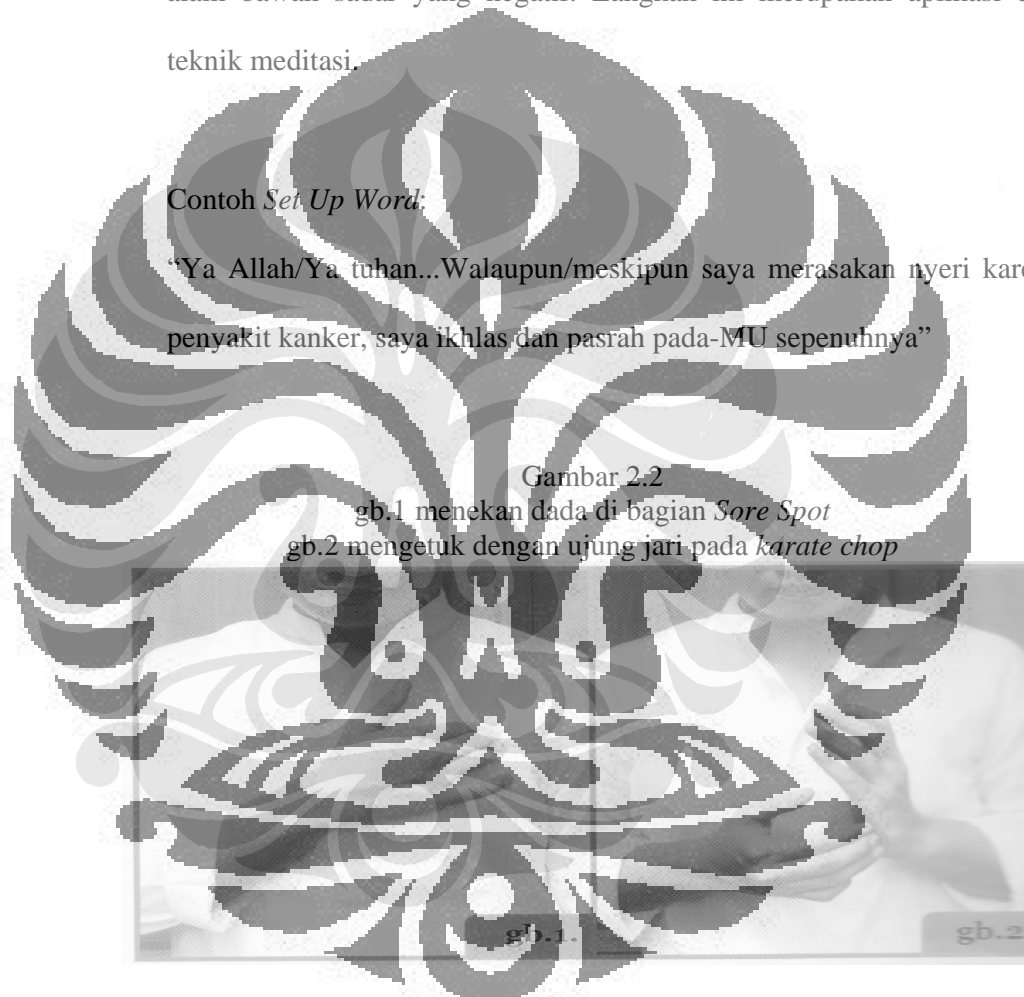
a. Melakukan *Set Up*

Teknik *Set Up* terdiri dari dua kegiatan, yang pertama mengucapkan kalimat *Set Up Word* atau secara religi adalah doa kepasrahan kepada

Tuhan Yang Maha Esa sebanyak tiga kali. Dan yang kedua sambil mengucapkan penuh perasaan, kita menekan dada atas tepatnya di bagian *Sore Spot* (titik nyeri) atau mengetuk dengan dua ujung jari di bagian *karate Chop*. Lihat gambar 2.2. Set Up bertujuan untuk memastikan aliran energi tubuh terarah dengan tepat, langkah ini merupakan menetralsisir alam bawah sadar yang negatif. Langkah ini merupakan aplikasi dari teknik meditasi.

Contoh *Set Up Word*:

“Ya Allah/Ya tuhan...Walaupun/meskipun saya merasakan nyeri karena penyakit kanker, saya ikhlas dan pasrah pada-MU sepenuhnya”



Gambar 2.2
gb.1 menekan dada di bagian *Sore Spot*
gb.2 mengetuk dengan ujung jari pada *karate chop*

(Zainuddin, 2009)

b. Melakukan *Tune In*

Pada saat melakukan *Tune In*, cara yang kita lakukan adalah dengan merasakan rasa sakit (nyeri) yang kita alami, kemudian pikiran kita mengarahkan ke tempat sakit yang dirasakan. Bukan kita tolak rasa sakit

tersebut namun kita terima kondisi tersebut. Sambil melakukan dua hal tersebut hati dan mulut kita mengatakan “Ya Allah..., Saya Ikhlas, saya pasrah...”. Tahap ini merupakan bagian dari *Self Hypnotherapy* untuk menghapus alam bawah sadar kita yang menjadi penyebab energi negatif yang kita alami. Dalam dosis yang ringan kita sebut dengan afirmasi.

c. Melakukan *Tapping*

Bersamaan dengan *Tune In*, kita melakukan langkah ketiga yaitu *Tapping*. Dengan melakukan ketukan ringan dengan dua ujung jari pada titik-titik tertentu di bagian tubuh, dengan terus melakukan *Tune In*. Titik-titik ini merupakan titik-titik kunci dari “*The Major Energy Meridians*”. Langkah *tune in* dan *tapping* merupakan aplikasi dari *Neuro Linguistik Programming* (NLP), yaitu “*Breaking the Pattern*”.

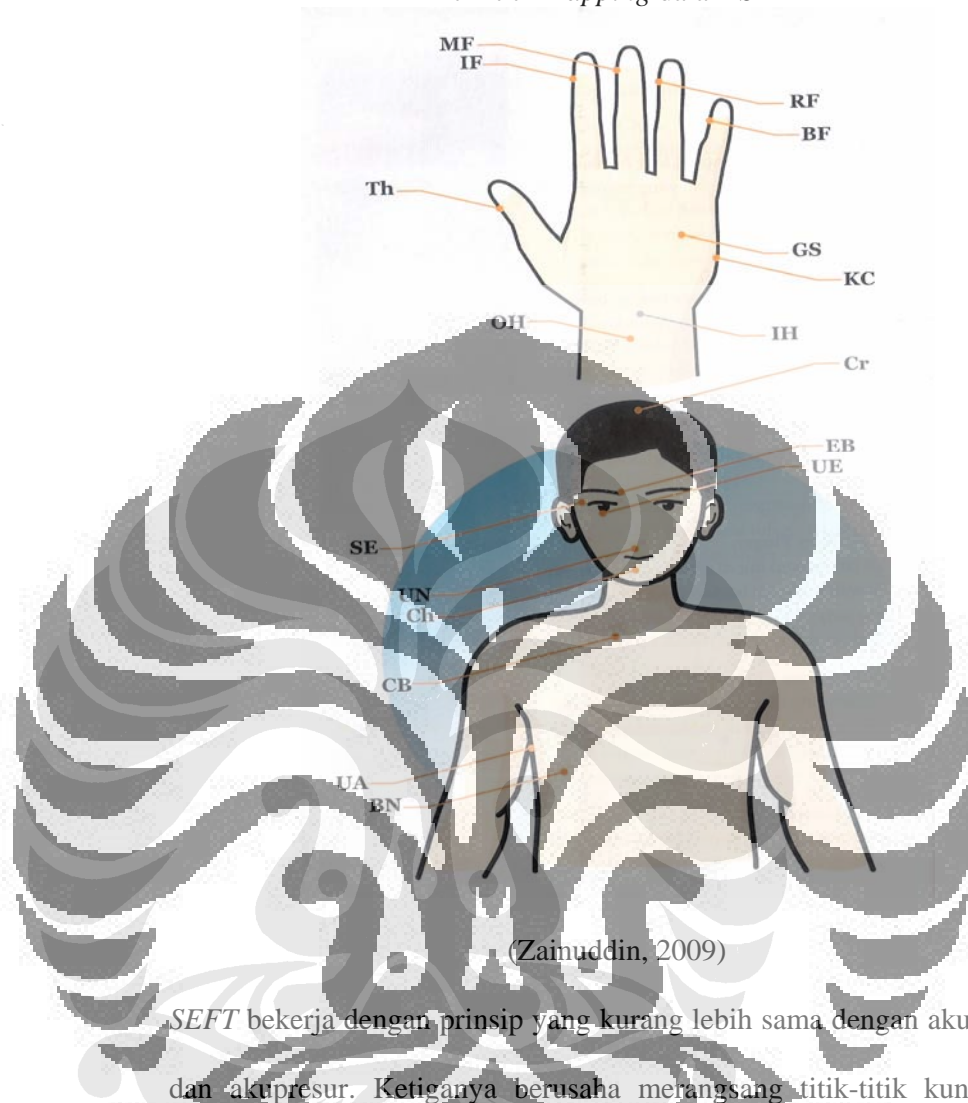
Titik-titik yang dilakukan pengetukan/*tapping* dibagi menjadi tiga (3) bagian, yaitu daerah kepala, dada dan tangan.

- 1) Daerah Kepala, dimulai dari titik *Crown Point* (Cr) atau dalam akupunktur disebut titik *baihu*. Selanjutnya titik *Eye-Brow Point* (EB) yang berada pada awal tumbuhnya bulu alis, dalam akupunktur disebut titik *Chuanzhu*. Kemudian titik di samping mata yaitu, *Side of Eye Point* (SE) yang berada di sebelah *lateral canthus*. Selanjutnya titik *Under the Eye* (UE) yang berada ± 2 cm dibawah mata, dalam akupunktur disebut titik *Chengi*. Kemudian titik *Under the Nose* (UN) yang berada di bawah hidung atau titik *Shuigou*, selanjutnya titik yang berada di antara dagu dan di bawah bibir atau *Chin Point* (Ch).

2) Daerah dada, dimulai dari *Collar Bone Point* (CB) yaitu di ujung pertemuan antara *manubrium sterni* dengan *costae* pertama, kemudian titik *Under Arm Point* (UA) yang berada di *midaxila* yang sejajar dengan *nipple*, kemudian titik *Bellow Nipple Point* (BN) yang berada $\pm 2,5$ cm dibawah puting susu.

3) Daerah Tangan, titik *Inside Hand* (IH) yang berada di bagian dalam tangan yang berbatasan dengan telapak tangan. Kemudian titik *Outside Hand* (OH) yaitu bagian luar tangan yang berbatasan dengan telapak tangan. Selanjutnya titik *Tumb Point* (Th) yaitu pada ibu jari disamping luar bagian bawah kuku. Kemudian titik *Index Finger* (IF) yaitu jari telunjuk di samping luar bagian bawah kuku (bagian yang menghadap ibu jari). Kemudian titik *Middle Finger* (MF) yaitu Jari tengah samping luar bagian bawah kuku (bagian yang menghadap ibu jari). Kemudian titik *Ring Finger* (RF) yaitu titik pada jari manis di samping luar bagian bawah kuku (bagian yang menghadap ibu jari). Kemudian titik *Baby Finger* (BF) yaitu titik pada di jari kelingking di samping luar bagian bawah kuku (bagian yang menghadap ibu jari), kemudian titik *Karate Chop* (KC) yaitu titik di samping telapak tangan, bagian yang digunakan untuk mematahkan balok. Selanjutnya titik *Gamut Spot* (GS) yaitu titik di antar ruas tulang jari kelingking dan jari manis.

Gambar 2.3
Titik-titik *Tapping* dalam *SEFT*



(Zainuddin, 2009)

SEFT bekerja dengan prinsip yang kurang lebih sama dengan akupunktur dan akupresur. Ketiganya berusaha merangsang titik-titik kunci pada sepanjang 12 jalur energi (*energi meridian*) tubuh, *SEFT* selain menggunakan unsur spiritual cara yang digunakan lebih aman, lebih mudah, lebih cepat dan lebih sederhana dibandingkan pendahulunya (akupunktur dan akupresur), karena *SEFT* hanya menggunakan ketukan ringan (*tapping*).

Sedangkan pada *accupuncture* merangsang titik-titik tertentu dengan menggunakan jarum, *accupressure* merangsangnya dengan menekan titik

pada kaki dengan kuat sedangkan *SEFT* hanya dengan ketukan-ketukan ringan. Titik-titik yang dirangsang pada 3 metode diatas berbeda, tetapi prinsipnya tetap sama, yaitu merangsang simpul-simpul energi meridian tubuh. Hal ini telah dibuktikan secara visual dengan pemotretan menggunakan *SPECT (Single Photon Emission Computerized Tomography)* menggunakan pendekatan biomolekuler kedokteran nuklir serta menjelaskan bahwa titik *sistem meridian* tersebut memiliki karakteristik tegangan tinggi hambatan rendah (Suhariningsih, 1994 dalam Saputra, Saputra, 1999; Saputra, 2000).

Penggunaan titik-titik jalur *energi meridian* pada nyeri kanker dapat dijelaskan secara Neuro-Fisiologi dari *sistem meridian* akupunktur analgesia. Sesuai dengan teori *gate control*, perangsangan titik pada jalur meridian merupakan rangsangan yang akan diteruskan melalui serabut saraf A-Beta yang memiliki diameter besar (penghantar impuls lebih cepat) menuju saraf spinal atau kranial menuju ke kornu posterior medulla spinalis. Dalam medulla spinalis, *Substantia Gelatinosa* akan bekerja sebagai "*Gate Control*", yang akan menyesuaikan rangsangan serta mengaturnya sebelum diteruskan oleh serabut saraf aferen ke sel-sel transmisi. Agar dapat mempengaruhi serta menutup "*Gate Control*", rangsangan yang diteruskan oleh serabut saraf cepat A-Beta tersebut harus mempunyai frekuensi tinggi dan intensitas yang rendah. Rangsangan nyeri yang dihantarkan oleh serabut saraf tersebut dapat tertahan dan tidak diteruskan ke sel-sel transmisi, sehingga tidak diteruskan ke pusat nyeri (Saputra, 2000).

Secara sistem neurotransmitter, endogenous opioid substance (Endorfin) dapat dapat dikeluarkan oleh *Periaqueductal grey matter* dari sistem kontrol Desenden dengan merangsang dari salah satu titik energi meridian (Saputra, 2000).

Khusus pada titik terakhir, *gamut point*, sambil men-*tapping* titik tersebut, kita melakukan *The Nine Gamut Procedure* yang merupakan bagian dari *Eye Movement Desensitization Repatterning* (EMDR) untuk merangsang bagian otak tertentu. Dan merupakan bagian *Theraphy Behavioral*. Sembilan gerakan tersebut meliputi:

1. Menutup mata dengan rapat
2. Membuka mata dengan kuat
3. mata digerakkan dengan kuat ke kanan bawah
4. mata digerakkan dengan kuat ke kiri bawah
5. memutar bola mata searah dengan jarum jam
6. memutar bola mata berlawanan arah jarum jam
7. Bergumam dengan berirama selama ± 3 detik
8. menghitung 1,2,3,4,5
9. bergumam lagi selama ± 3 detik

Setelah menyelesaikan sembilan *gamut procedure*, langkah terakhir adalah *mengulang* lagi *tapping* dari titik pertama sampai titik ke tujuh belas, yaitu *karate chop*. Dan diakhiri dengan mengambil nafas panjang secara perlahan dan menghembuskan disertai dengan ucapan rasa syukur, misalnya “Alhamdulillah...” atau “Terima kasih tuhan....”

D. Peran Perawat Spesialis Keperawatan Medikal Bedah

Seorang perawat spesialis yang memiliki dasar ilmu yang dihadapkan dengan masalah yang begitu kompleks seperti menghadapi pasien kanker maka dalam memberikan bantuan tidak hanya terkait dengan masalah fisik saja. Masalah terkait lainnya emosional, sosial budaya serta spiritual juga mejadi bagian dalam memberikan perawatan yang komprehensif. Sehingga bekal yang harus dimiliki bagi perawat spesialis tidak hanya tentang pengetahuan saja, namun dapat memberikan dukungan terhadap pasien dan keluarga dalam melewati krisis yang dihadapi. Dalam perkembangan teknologi serta tatalaksana pada pasien kanker dalam pengobatan, pemeliharaan, paliatif serta dukungan terhadap pasien kanker membutuhkan peran perawatan yang lebih spesifik.

Oncology Clinical Nurse Specialist Competency yang diterbitkan oleh *Oncology Nursing Society* tahun 2008, kompetensi perawat spesialis onkologi diklasifikasikan dalam tiga (3) kelompok besar yaitu terhadap pasien, perawat dan praktik keperawatan serta organisasi keperawatan. Kompetensi yang berhubungan dengan pasien dibagi kedalam beberapa aspek, yaitu pengkajian status kesehatan, diagnosis dan perencanaan keperawatan, intervensi serta evaluasi. Butir-butir penting dalam kompetensi melaksanakan intervensi keperawatan adalah:

1. Memfasilitasi pendekatan interprofesional dan *evidence-based* dalam manajemen diagnosa yang ada sebelumnya, sekarang dan masalah-masalah potensial pada pasien kanker selama dalam pemberian layanan.
2. Menggunakan intervensi keperawatan berdasarkan *evidence-based* untuk memecahkan masalah-masalah.

3. Merujuk pasien ke penyedia pelayanan kesehatan lain untuk evaluasi berikutnya sesuai kebutuhan
4. Memfasilitasi perubahan dari pelayanan kesehatan ke pelayanan kesehatan yang berkelanjutan
5. Mengintegrasikan intervensi keperawatan ke dalam sebuah perencanaan interprofesional untuk mencapai *nursing sensitive patients outcomes* (NSPOs)
6. Menggunakan sistem dan sumber-sumber yang ada dimasyarakat untuk meningkatkan kualitas pemberian pelayanan keperawatan pada diagnosa yang ada sebelumnya, sekarang dan masalah-masalah potensial.
7. Menyiapkan pedoman pencegahan dan pendidikan untuk membantu coping pasien terhadap diagnosa kanker dan akibat yang mungkin terjadi.
8. Memberikan intervensi yang tepat pada pasien yang mengalami kedaruratan
9. Menggunakan konsep etik dalam segala aspek pemberian layanan keperawatan
10. Memfasilitasi pelayanan paliatif dan perawatan menjelang kematian pasien kanker yang bekerjasama dengan pasien, keluarga dan anggota tim interprofesional pemberi layanan kesehatan.

Dalam penatalaksanaan pada pasien kanker dengan masalah nyeri salah satu peran perawat adalah memonitor serta memberikan pengurang rasa nyeri dengan teknik farmakologi maupun nonfarmakologi, hal ini sesuai dengan kaidah dalam teori “*Peaceful End of Life*” oleh Rulland dan Moree yang salah satu konsepnya menyatakan bebas nyeri (Tommey & Alligood, 2006)

Pengkajian yang dapat dilakukan pada pasien kanker dengan nyeri, meliputi pengkajian status nyeri dengan menggunakan pengukuran *Visual Analog Scale*

atau *Numeric Rating Scale* untuk mengetahui derajat nyeri sesuai subyektifitas pasien. Karena nyeri pada penyakit kanker termasuk kategori nyeri kronik yang bersifat permanen. Masalah nyeri kanker dapat menyebabkan masalah psikologis seperti kecemasan sehingga dapat memicu pasien mengarah pada keadaan depresi. Kecemasan dapat dikurangi dengan memberikan perhatian/empati serta komunikasi yang tepat untuk dapat menggali perasaan pasien. Selain itu intervensi keperawatan diarahkan dalam mengurangi nyeri dengan membantu pasien sebagai *support-educative* dengan teknik nonfarmakologi (Burke dan Orem dalam Tomney & Alligood, 2006).

Intervensi yang diberikan pada pasien yang mengalami nyeri kanker dapat dilakukan dengan kolaborasi melalui terapi analgetik maupun terapi komplementer. Munculnya fenomena tentang terapi komplementer dan hubungannya dengan perawatan holistik menyebabkan dibentuknya *National Center of Complementary and Alternative Medicine* (NCCAM) untuk menaungi kebutuhan masyarakat terhadap terapi alternatif dan komplementer (Craven & Hirale, 2007). Tuntutan pasien untuk diperlakukan sebagai manusia utuh, menawarkan model keperawatan holistik. Perawatan holistik merupakan fasilitator untuk mencapai kondisi sejahtera yang menghormati pengalaman kesehatan, kepercayaan, dan nilai kesehatan yang dianutnya. Keperawatan holistik menjawab tantangan abad 21 bagi perawat dalam mengintegrasikan konsep teknologi, pikiran, jiwa kedalam praktek keperawatan (Dossey, Keegan & Guzzetta, 2005).

Pengaruh akupunktur, *SEFT*, hypnosis, akupresur, musik, atau distraksi dapat membantu dalam menurunkan nyeri pada kanker. Hal tersebut telah diuji melalui beberapa penelitian dan merupakan suatu bentuk *evidence based practice* yang dapat dikembangkan untuk penatalaksanaan nyeri pada kanker yang lebih baik. Penelitian di Cina menunjukkan bahwa 64 % penderita kanker stadium lanjut menggunakan terapi alternatif (Liu, 1997). Studi cohort di Universitas New York menjelaskan tentang hubungan antara nyeri dengan emosi yang tidak terselesaikan (Sarno, 1994). Penelitian doa dan spiritualitas yang dilakukan di Amerika memiliki kekuatan yang sama besar dengan pengobatan dan pembedahan (Dossey, 1994). Sehingga terapi komplementer bila dihubungkan dengan keperawatan didefinisikan sebagai pemecahan terhadap masalah penyembuhan yang dipilih dan digunakan dalam praktik keperawatan untuk meningkatkan kesehatan, memperoleh penyembuhan dan kualitas hidup, keseimbangan hidup, dan lingkup perawatan holistik (Nurses Board Of Victoria, 2006).

BAB III

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

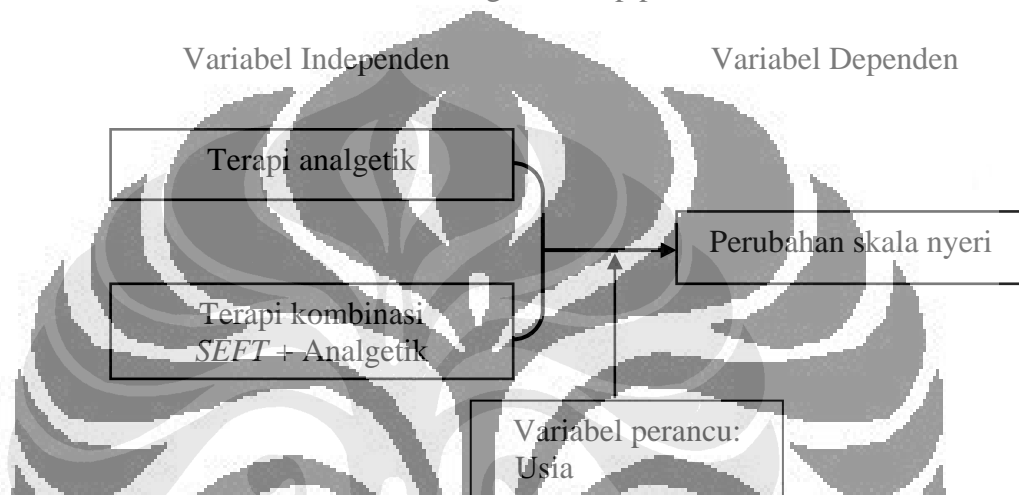
Bab ini akan dijelaskan kerangka konsep penelitian, hipotesis penelitian, dan definisi operasional. Kerangka konsep penelitian diperlukan sebagai landasan berpikir dalam melaksanakan suatu penelitian yang dikembangkan dari tinjauan teori yang telah dibahas sebelumnya sehingga mudah dipahami dan dapat menjadi acuan peneliti. Gambaran mengenai variabel-variabel dapat diperoleh melalui kerangka konsep. Hipotesis penelitian merupakan pernyataan sementara yang akan diuji kebenarannya yang dinyatakan dalam hipotesis alternatif, sebagai suatu petunjuk dalam mengidentifikasi dan menginterpretasi suatu hasil. Definisi operasional adalah definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari variabel yang diteliti untuk memperjelas maksud dari suatu penelitian yang dilakukan.

A. Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian adalah landasan dalam berpikir untuk melakukan penelitian yang akan dilakukan. Kerangka konsep dikembangkan berdasarkan landasan teori yang sudah dibahas dalam tinjauan pustaka. Kerangka konsep penelitian menghubungkan variabel-variabel dalam penelitian. Teknik *SEFT* merupakan salah satu intervensi nonfarmakologis yang digunakan untuk mengurangi nyeri pada kanker. Teknik *SEFT* dapat dijadikan sebagai intervensi keperawatan mandiri dengan tujuan untuk melengkapi intervensi farmakologis yang telah diberikan. Kombinasi teknik *SEFT* dengan terapi analgetik diharapkan lebih besar pengaruhnya untuk mengurangi nyeri pada pasien kanker

dibandingkan dengan pasien yang hanya menerima terapi analgetik. Sehingga dalam penelitian ini kombinasi teknik *SEFT* dengan terapi analgetik dan terapi analgetik merupakan variabel independen dan perubahan tingkatan atau skala nyeri pada kanker serviks sebagai variabel dependen.

Skema 3.1
Kerangka konsep penelitian



B. Hipotesis Penelitian

1. Ada perbedaan tingkat nyeri sebelum dan sesudah dilakukan terapi analgetik pada kelompok kontrol.
2. Ada perbedaan tingkat nyeri sebelum dan sesudah dilakukan kombinasi *SEFT* dan terapi analgetik pada kelompok intervensi .
3. Kombinasi *SEFT* dan terapi analgetik lebih efektif dalam menurunkan nyeri pada pasien kanker dibandingkan dengan hanya mendapatkan terapi analgetik

C. Definisi Operasional

Tabel 3.1
Definisi Operasional

| Variabel | Definisi Operasional | Alat dan Cara Ukur | Hasil Ukur | Skala |
|--|---|--|---|---------|
| Independen Terapi Kombinasi SEFT dan Analgetik | Kombinasi intervensi kolaboratif (pemberikan analgetik NSAIDs) dan SEFT dengan melakukan <i>Set Up</i> , <i>Tune In</i> dan <i>Tapping</i> untuk mengurangi rasa nyeri pada pasien kanker | Dilakukan dengan bimbingan dan mandiri oleh pasien dan diberikan sesuai standar RSUD. Dr. SOETOMO dan pengamatan dokumentasi/catatan keperawatan | 1 = Kelompok Intervensi | Nominal |
| Terapi Analgetik | Intervensi keperawatan kolaboratif dengan memberikan analgetik NSAIDs untuk mengurangi rasa nyeri pada pasien kanker | Diberikan sesuai standar RSUD. Dr. SOETOMO dan pengamatan dokumentasi/catatan keperawatan | 2 = Kelompok Kontrol | |
| Dependen Tingkatan nyeri pada kanker | Derajat sensasi nyeri yang dirasakan pasien sebagai suatu rasa yang tidak menyenangkan pada bagian tubuhnya | Diukur dengan cara pasien melaporkan nyerinya setelah intervensi dilakukan dengan menunjuk rentang skala nyeri NRS (Numeric Rating Scale) | Nilai nyeri 0-10 pada skala nyeri NRS | Rasio |
| Konfounding Usia | Jawaban responden tentang usia sejak lahir sampai tanggal lahir tahun terakhir ini | Format pengkajian | 1. 25-45 tahun (Dewasa Muda) 2. 46-60 tahun (Dewasa Tua) | Ordinal |

BAB IV

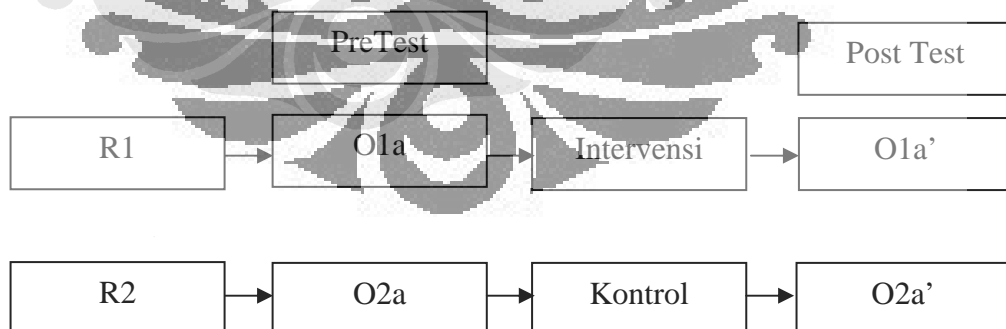
METODE PENELITIAN

Metodologi yang digunakan secara tepat akan memberikan kontribusi kemudahan pada peneliti dalam pelaksanaannya. Pada bab ini akan dibahas tentang desain penelitian, populasi dan sampel, waktu penelitian, etika penelitian, alat pengumpul data, prosedur pengumpulan data serta analisa data.

A. Desain Penelitian

Desain penelitian adalah rencana atau rancangan yang dibuat oleh penelitian sebagai ancar-ancar kegiatan yang telah dilakukan (Arikunto, 2007). Penelitian ini termasuk kuantitatif dengan menggunakan *quasi-eksperimental* dengan *pre test and post test design with control group*, di mana desain ini melakukan tindakan pada dua atau lebih kelompok yang akan diobservasi sebelum dan sesudah dilakukan tindakan (Polit & Hungler, 2001).

Skema 4.1
Desain Penelitian



Keterangan :

R1 = Pemilihan kelompok pertama secara random

R2 = Pemilihan kelompok kedua secara random

O1a = Observasi pada kelompok pertama sebelum perlakuan

O1a' = Observasi pada kelompok pertama sesudah perlakuan

O2a = Observasi pada kelompok kedua sebelum perlakuan

O2a' = Observasi pada kelompok kedua sesudah perlakuan

B. Populasi dan Sampel

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang akan diteliti (Notoatmodjo, 2002). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien yang berada di rawat inap ruang kandungan rumah sakit umum Dr. Soetomo Surabaya dengan perkiraan rata-rata tiap bulan sebanyak 20 pasien.

Sampel adalah bagian dari populasi terjangkau yang dapat digunakan sebagai subjek penelitian melalui sampling (Kountur, 2007). Pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik *nonprobability sampling* dengan metode *consecutive sampling*, dimana semua subjek penelitian yang memenuhi kriteria pemilihan inklusi dimasukkan penelitian sampai batas waktu, sehingga jumlah sampel yang diperlukan terpenuhi (Sastroasmoro & Ismael, 2008). Pada penelitian eksperimen dengan kelompok kontrol, minimum sepuluh sampai dua puluh subjek per kelompok (Dempsey & Dempsey, 1996). Saat penelitian jumlah pasien kanker yang mengalami nyeri sebanyak 20 kasus, dimana 10 responden sebagai kelompok intervensi dan 10 responden sebagai kelompok kontrol.

Untuk mencapai sampling tersebut dilakukan randomisasi sederhana dengan menggunakan angka dilakukan acak sistemik, kelompok intervensi (angka ganjil), kelompok kontrol (angka genap). Sampel yang diambil adalah memenuhi kriteria inklusi, yang termasuk kriteria inklusi adalah :

1. Pasien kanker serviks stadium IIb di ruang kandungan
2. Kesadaran komposmentis dan kooperatif
3. Usia 25-60 tahun
4. Mendapatkan terapi analgetik non opioid
5. Bersedia melakukan teknik SEFT

Kriteria Eksklusi dalam sampel ini:

1. Pasien yang menolak dalam mengikuti penelitian atau tidak bersedia menjadi responden
2. Pasien kanker serviks selain stadium IIb di ruang kandungan
3. Mengalami gangguan penglihatan dan pendengaran
4. Mendapatkan terapi analgetik golongan opoiod
5. mendapat terapi nonfarmakologi yang lain

C. Tempat dan Waktu Penelitian

Pelaksanaan penelitian dilakukan di rawat inap ruang kandungan Rumah Sakit Umum Dr. Soetomo Surabaya dan waktu penelitian dilakukan sejak tanggal 25 Mei sampai 5 Juni 2009.

D. Etika Penelitian

Etika penelitian yang diterapkan pada penelitian ini adalah *beneficience*, menghargai martabat manusia, dan mendapatkan keadilan (Pollit & Hungler, 2001).

1. *Beneficience* (diatas segalanya, tidak boleh membahayakan). artinya bahwa responden mempunyai potensi untuk mendapatkan manfaat melalui prosedur yang diberikan. Manfaat teknik SEFT berguna untuk mengurangi nyeri yang dirasakan pasien yang menderita kanker dan meningkatkan rasa nyaman pasien. Teknik SEFT merupakan tindakan keperawatan yang bersifat non invasif, tidak menimbulkan risiko cedera.

2. *Menghargai martabat manusia.* Sebelum penelitian dilakukan, responden mendapatkan penjelasan secara lengkap. *Informed consent* diberikan dengan cara memberikan informasi yang lengkap tentang penelitian meliputi tujuan, prosedur, gambaran resiko dan ketidaknyamanan yang mungkin akan terjadi, serta keuntungan yang ada (Lampiran 1). Kesiapan pasien untuk menjadi responden dibuktikan dengan menandatangani surat persetujuan menjadi responden penelitian. Pada saat dilaksanakannya penelitian responden bertanya tentang sesuatu yang tidak diketahui, maka berhak mendapatkan informasi ulang dari peneliti. Pasien mempunyai hak untuk menentukan keikutsertaannya dalam penelitian, begitu pula bila pada saat penelitian sedang dilakukan dan memutuskan untuk berhenti sebagai responden. Tidak ada unsur paksaan maupun ancaman bagi pasien yang menolak menjadi responden penelitian, karena ini sifatnya adalah sukarela.
3. *Mendapatkan keadilan.* Responden berhak mendapatkan perlakuan yang adil baik sebelum, selama, dan setelah berpartisipasi dalam penelitian. Semua responden pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol mendapatkan terapi standar analgetik untuk pasien kanker dari rumah sakit selama penelitian. Kelompok intervensi mendapatkan tambahan teknik SEFT. Jika kelompok kontrol ingin diberikan teknik SEFT, maka akan dilakukan setelah penelitian ini selesai. Selain itu, responden berhak bahwa semua data yang dikumpulkan selama penelitian disimpan dan dijaga kerahasiaannya. Identitas responden berupa alamat tidak dicantumkan.

E. Alat Pengumpulan Data

Instrumen pengumpul data adalah alat bantu yang dipilih dan digunakan oleh peneliti dalam kegiatannya mengumpulkan agar kegiatan tersebut menjadi sistematis dan dipermudah olehnya (Arikunto,2007). Instrumen pada penelitian ini, yaitu :

1. Lembar Data Penelitian

Data penelitian yang dikumpulkan pada responden terdiri 2 bagian, yang pertama data responden yang meliputi usia, pengalaman nyeri sebelumnya, jenis analgetik dan cara pemberiannya. Sedangkan pada bagian kedua data penelitian, akan mencatat perkembangan nyeri sebelum dan setelah dilakukan penatalaksanaan nyeri, baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol selama lima hari (lampiran 3 dan 4).

2. Pengukuran nyeri skala nyeri *Numeric Rating Scale* (NRS)

Pengukuran nyeri dengan cara pasien melaporkan nyerinya dengan menggunakan skala *Numeric Rating Scale* (NRS) setelah dilakukan intervensi dengan menyebutkan rentang skala nyeri 0-10. Pasien diminta untuk menunjuk apa adanya, pada salah satu angka yang dianggap paling tepat menggambarkan rasa nyeri yang dialaminya. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan Li, Liu & Herr (2007) dengan membandingkan empat skala nyeri yaitu *Numeric Rating Scale* (NRS), *Face Pain Scale Revised* (FPS-R), *Verbal Descriptor Scale* (VDS) dan *Visual Analog Scale* (VAS) pada pasien pasca bedah menunjukkan bahwa keempat skala nyeri menunjukkan validitas dan reliabilitas yang baik. Uji reliabilitas menggunakan *intra class correlation coefficients* (ICCs) dan keempat skala nyeri ini menunjukkan konsistensi

penilaian pasca bedah setiap harinya (0,673 –0,825) dan mempunyai hubungan kekuatan ($r = 0,71-0,99$).

F. Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data dalam penelitian ini sebagai berikut :

1. Tahap Persiapan (Administratif)

- a. Penelitian ini dilakukan setelah mendapatkan izin dari pembimbing penelitian, uji etik penelitian di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- b. Sebelum penelitian dilakukan, peneliti mengajukan surat izin kepada direktur RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Selanjutnya dilanjutkan ke bagian penelitian dan pengembangan, karena dalam penelitian ini menggunakan perlakuan maka dari RS Dr. Soetomo melakukan uji etik yang pada akhirnya diterbitkan sertifikat lolos etik dari RS Soetomo Surabaya.
- c. Selanjutnya meminta izin pada kepala instansi rawat inap untuk diteruskan pada kepala ruangan.

2. Tahap Pelaksanaan

Sebelum melakukan penelitian, peneliti memilih pasien yang sesuai dengan kriteria inklusi kemudian peneliti menemui dan memperkenalkan diri serta menjelaskan *informed consent* pada pasien dan keluarga yang akan dijadikan kelompok intervensi maupun kelompok kontrol.

Tahap pelaksanaan selanjutnya pada kedua kelompok responden akan dilakukan sebagai berikut :

a. Kelompok Intervensi

Peneliti memberitahu tentang teknik *SEFT* pada responden, selanjutnya melakukan pengkajian rasa nyeri dan meminta responden untuk mengungkapkan rasa nyeri dengan menggunakan skala nyeri (*NRS*) *Numeric Rating Scale* (Lampiran 5). Setelah itu pasien meminum obat analgetik yang pagi untuk nyeri pada kanker sesuai dengan prosedur tetap RSUD Dr. Soetomo Surabaya kemudian secara langsung dilakukan teknik SEFT oleh peneliti (sebelum adanya reaksi obat) selama $\pm 5-10$ menit di tempat tidur. Setelah terapi kombinasi dilakukan, maka rasa nyeri diukur lagi dengan cara yang sama pada menit ke-30 oleh perawat lain untuk mendapatkan obyektifitas dan sudah mengetahui sebagai penelitian. Setiap hasil pengkajian nyeri, dicatat dan didokumentasikan pada data perkembangan nyeri dalam data penelitian responden (lampiran 3). Terapi kombinasi (teknik SEFT dan analgetik) dilakukan 1 kali setiap harinya selama 4 hari. Saat terapi kombinasi ini dilakukan, situasi dan kondisi ruangan diupayakan relatif tenang agar efek teknik SEFT dapat dirasakan responden.

b. Kelompok Kontrol

Peneliti memberitahu penjelasan kepada responden, selanjutnya melakukan pengkajian rasa nyeri dan meminta responden untuk mengungkapkan rasa nyeri dengan menggunakan skala nyeri (*NRS*) *Numeric Rating Scale* (Lampiran 5). Setelah itu, pasien diminta meminum obat analgetik untuk nyeri pada kanker sesuai dengan prosedur tetap RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Setelah 30 menit terapi analgetik diberikan atau setelah peneliti melakukan terapi kombinasi pada responden kelompok

intervensi, perawat mengkaji kembali rasa nyeri responden kelompok kontrol dengan cara yang sama. Terapi pemberian analgetik dilakukan selama 4 hari. Setiap hasil pengkajian nyeri, dicatat dan didokumentasikan pada data perkembangan nyeri dalam data penelitian responden (lampiran 4).

Interaksi antara pasien intervensi dan pasien kontrol sudah diminimalisir dengan cara membedakan ruangan pasien kelompok kontrol pada kelas tiga dan pasien kelompok intervensi kelas dua. Dengan memiliki kondisi ruangan yang hampir sama seperti tidak menggunakan pendingin ruangan dan jenis tempat tidur yang sama.

G. Analisis Data

Kegiatan dalam pengolahan dan analisa data hasil penelitian dilakukan melalui tahapan sebagai berikut:

1. Pengolahan Data

Pengolahan data hasil penelitian dilakukan melalui tahapan editing, coding, entry, cleaning: *Editing*, dilakukan untuk memastikan bahwa data yang diperoleh sudah lengkap. Dilakukan dengan cara mengoreksi data yang telah diperoleh, meliputi: kebenaran tentang pengisian dan kelengkapan jawaban lembar pengkajian pada responden kelompok intervensi dan kelompok kontrol, *Coding*, memberi kode pada setiap variabel untuk mempermudah peneliti dalam melakukan analisis, misalnya, kelompok intervensi dengan kode 1, dan kelompok kontrol dengan kode 2. *Entry*, memasukkan data yang telah diberi kode ke dalam komputer untuk dianalisis dengan menggunakan *software* statistik. *Cleaning*, Merupakan proses akhir dalam pengolahan data,

dengan melakukan pemeriksaan kembali data yang sudah di *entry data* untuk melihat ada tidaknya kesalahan dalam *entry data* agar terbebas dari kesalahan sebelum dilakukan analisis data.

2. Analisis Data

c. Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan dengan membuat distribusi frekuensi berdasarkan alternatif jawaban dan hasil pengukuran pada setiap pertanyaan melalui prosentase pada data pertama yang menggunakan data kategorik sedangkan pada data kedua yang menggunakan data numerik *mean*, *median*, standar deviasi terhadap variabel bebas.

d. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan dua variabel. Uji *t dependent* untuk mengetahui apakah ada perubahan skala nyeri yang bermakna antara sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok intervensi dengan menggunakan terapi kombinasi teknik SEFT ditambah terapi analgetik. Untuk mengetahui apakah ada perbedaan yang bermakna terhadap penurunan nyeri setelah intervensi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol menggunakan uji *t independent*. Dalam penelitian ini menggunakan tingkat kemaknaan 0.05 dan CI 95%.

Tabel 4.1
Uji Homogenitas

| Variabel Perancu | Variabel Independen | Uji Statistik |
|------------------|-------------------------------------|--|
| 1. Usia | Nyeri post SEFT kelompok Intervensi | Uji t Independent (<i>Pooled t test</i>) |

Tabel 4.2
 Analisis bivariat untuk menguji perbedaan mean
 antara dua kelompok data dependen

| Kelompok Data | Kelompok Data | Uji Statistik |
|---|---|---|
| Rata-rata nyeri sebelum intervensi pada kelompok kontrol | Rata-rata nyeri setelah intervensi pada kelompok kontrol | Uji t Dependent (t <i>Paired</i>) |
| Rata-rata nyeri sebelum intervensi pada kelompok intervensi | Rata-rata nyeri setelah intervensi pada kelompok intervensi | Uji t Dependent (t <i>Paired</i>) |
| Rata-rata nyeri setelah intervensi pada kelompok kontrol | Rata-rata nyeri setelah intervensi pada kelompok intervensi | Uji t Independent (t <i>Pooled</i>) |
| Rata-rata selisih nyeri intervensi pada kelompok kontrol | Rata-rata selisih nyeri intervensi pada kelompok intervensi | Uji t Independent (t <i>Pooled</i>) |

BAB V

HASIL PENELITIAN

Pada bab ini menguraikan hasil penelitian tentang pengaruh intervensi spiritual emotional freedom technique (*SEFT*) dalam mengurangi nyeri pada pasien kanker di RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Berdasarkan data yang diperoleh pada bulan Mei sampai Juni 2009 terdapat 20 responden, dari jumlah sampel tersebut akan dibagi dua kelompok antara intervensi dan kontrol.

Responden yang dipilih adalah pasien dengan kanker serviks yang berada pada stadium IIb yang mengalami nyeri serta mendapatkan terapi analgetik non opioid. Intervensi dilakukan selama 5 hari secara terus menerus dengan melakukan pretest dan posttest kemudian dilakukan perbandingan hasil dari pretest dan posttest tersebut. Sebelum melangkah dalam melakukan analisis, dilakukan uji kenormalan data dengan menggunakan uji *Skewness* pada variabel skala nyeri ($Skewness \leq 2$), pada hasil uji tersebut didapatkan ≤ 2 sehingga variabel tersebut berdistribusi normal

A. Analisis Univariat

Hasil analisis univariat menggambarkan karakteristik responden berdasarkan umur serta menggambarkan rata-rata, standar deviasi (SD), nilai terendah dan tertinggi pada tingkat nyeri kelompok intervensi dan kontrol

Tabel 5.1.
Distribusi Frekuensi Responden Kanker Serviks Stadium IIb
Menurut Kategori Umur Di RSUD Dr. Soetomo Surabaya
Mei-Juni 2009 (n=20)

| Umur Responden | Intervensi (n=10) | | Kontrol (n=10) | | Total | % |
|----------------------------|----------------------|------|-------------------|------|-------|------|
| | F | % | F | % | | |
| 1.Dewasa Muda (25-45th) | 6 | 60,0 | 5 | 50,0 | 11 | 55,0 |
| 2.Dewasa Tua (46-60th) | 4 | 40,0 | 5 | 50,0 | 9 | 45,0 |
| Total | 10 | 100 | 10 | 100 | 20 | 100 |

Berdasarkan tabel 5.1. diatas dapat digambarkan bahwa distribusi umur responden antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi yang berumur dewasa muda dan dewasa tua jumlahnya tidak sama, pada kelompok intervensi responden dewasa muda yang menggunakan analgesik serta dikombinasi dengan *SEFT* sebanyak 6 orang (60%), dewasa tua 4 orang (40%). Sedangkan responden yang diberi terapi standar analgesik pada kelompok kontrol memiliki kesamaan jumlah masing-masing 5 orang (50%), baik yang dewasa muda maupun dewasa tua.

Tabel 5.2.
Distribusi Rata-Rata Nyeri Pada Responden dengan
Kanker Serviks Stadium IIb Di RSUD Soetomo Surabaya
Mei-Juni 2009 (n=20)

| No | Responden | Mean | SD | Min-Max | 95% CI |
|----|---------------------|------|-------|---------|-----------|
| 1 | Kelompok Intervensi | | | | |
| | Pre | 4,28 | 0,567 | 3-5 | 3,87-4,68 |
| | Post | 1,58 | 0,239 | 1-2 | 1,40-1,75 |
| | Selisih | 2,70 | 0,391 | | |
| 2 | Kelompok Kontrol | | | | |
| | Pre | 4,22 | 0,726 | 3-5 | 3,70-4,74 |
| | Post | 2,26 | 0,924 | 1-3 | 1,59-2,92 |
| | Selisih | 1,96 | 0,488 | | |

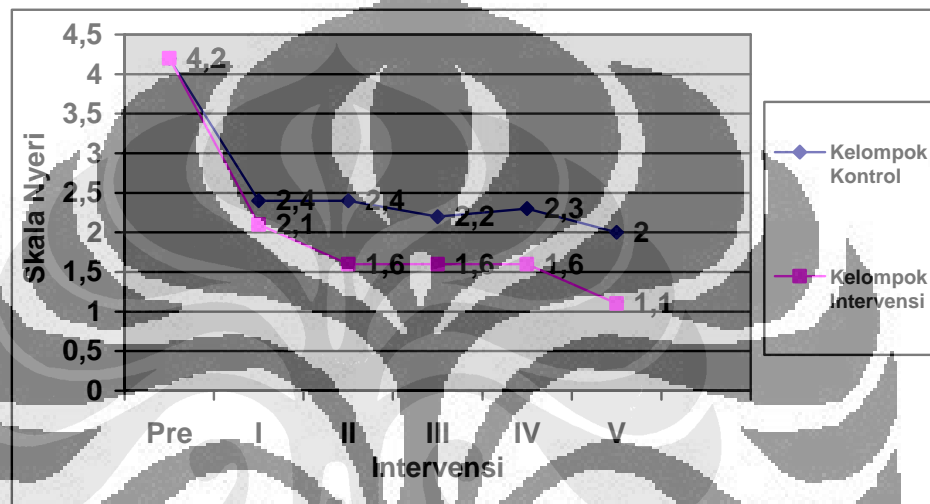
Tabel 5.2. menunjukkan bahwa rata-rata nyeri pada responden dengan kanker serviks stadium IIB pada kelompok intervensi sebelum perlakuan berada pada skala nyeri 4,28 ($SD=0,567$) dengan nilai skala rata-rata terendah 3 dan nilai skala rata-rata tertinggi 5, dan diyakini dengan CI 95% nilai skala nyeri terdistribusi antara skala 3,87 sampai 4,68. Untuk setelah perlakuan rasa nyeri berada pada skala 1,58 ($SD=0,239$) dengan nilai skala rata-rata terendah 1 dan nilai skala tertinggi 2, diyakini dengan CI 95% nilai skala nyeri terdistribusi antara skala 1,40 sampai 1,75. Selisih hasil rata-rata nyeri pada kelompok perlakuan dengan kanker serviks stadium IIB sebesar 2,70 ($SD=0,391$), hal ini mengindikasikan bahwa setelah mendapat perlakuan terdapat penurunan skala nyeri antara sebelum dan sesudah.

Sedangkan pada kelompok kontrol rata-rata nyeri pada responden dengan kanker serviks stadium IIB sebelum mendapatkan analgetik berada pada skala nyeri 4,22 ($SD=0,726$) dengan nilai skala rata-rata terendah 3 dan nilai skala rata-rata tertinggi 5, dan diyakini dengan CI 95% nilai skala nyeri terdistribusi antara 3,70 sampai 4,74. Untuk setelah mendapatkan analgetik berada pada skala nyeri 2,26 ($SD=0,924$) dengan nilai skala rata-rata terendah 1 dan nilai skala rata-rata tertinggi 3, diyakini dengan CI 95% nilai skala nyeri terdistribusi antara skala 1,59 sampai 2,92. Selisih hasil rata-rata nyeri pada kelompok kontrol dengan kanker serviks stadium IIB sebesar 1,96 ($SD=0,488$), hal ini menunjukkan setelah mendapat analgetik juga terdapat nilai perbedaan antar sebelum dan sesudah

Analisis lebih lanjut menunjukkan bahwa rata-rata nyeri terhadap responden dengan kanker serviks stadium IIB pada kelompok intervensi yang menggunakan

terapi analgesik dikombinasi dengan *SEFT* memiliki kecenderungan rata-rata skala nyeri lebih menurun dibandingkan kelompok kontrol yang hanya dengan terapi analgesik, seperti pada grafik 5.1. dibawah ini.

Grafik 5.1
Rata-Rata Penurunan Nyeri Pada Responden Kanker Serviks Stadium IIB
Kelompok Kontrol dan Kelompok Intervensi Di RSUD Dr. Soetomo Surabaya
Mei-Juni 2009 (n=20)



B. Analisis Bivariat

Analisa bivariat menggambarkan kesetaraan pada variabel umur antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol dengan uji yang digunakan adalah uji independent *sample t test (Pooled t-test)*. Serta untuk mengetahui atau menggambarkan perubahan rata-rata antara skala nyeri sebelum dan sesudah mendapatkan intervensi selama 5 hari. Proses ini mencakup kelompok intervensi yang menggunakan terapi analgesik dikombinasi dengan teknik *SEFT* dan responden yang diberikan terapi standar analgesik pada kelompok kontrol.

Untuk menggambarkan perbedaan rata-rata tingkat nyeri setelah dilakukan intervensi antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol selama lima 5 hari maka uji statistik yang dipakai adalah uji statistik independen *sample t-test*

(*Pooled t- test*). Selain itu dengan uji statistik *Pooled t-test* juga dapat melihat jenis kesamaan varian, dengan menggunakan *Levene's test* untuk melihat rata-rata tingkat nyeri sebelum dilakukan intervensi pada kedua kelompok responden. Hasil dari uji tersebut diperoleh p value = 0,839 yang artinya varian antara kelompok intervensi dan kontrol sama.

1. Kesetaraan Umur Responden Terhadap Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Tabel 5.3.
Analisis kesetaraan Umur Responden Terhadap
Kelompok Intervensi dan kelompok Kontrol
Di RSUDr. Soetomo Surabaya Mei-Juni 2009

| No | Variabel | Mean | SD | SE | p Value | n |
|----|---------------------|-------|------|------|---------|----|
| 1 | Kelompok Intervensi | 45,40 | 3,09 | 0,98 | 0,751 | 10 |
| 2 | Kelompok Kontrol | 45,90 | 3,81 | 1,20 | | 10 |

Pada tabel 5.3. menunjukkan bahwa rentang usia responden pada kelompok intervensi memiliki rata-rata 45,40 dengan standar deviasi 3,09. Sedangkan rentang usia responden pada kelompok kontrol memiliki rata-rata 45,90 dengan standar deviasi 3,81. Sehingga dapat disimpulkan bahwa responden yang diberikan teknik *SEFT* ditambah analgesik pada kelompok intervensi dengan responden yang diberikan terapi standar analgesik pada kelompok kontrol mempunyai kesetaraan umur (homogen) ($p=0,751$, $\alpha=0,05$)

2. Perbedaan Nyeri Kanker Sebelum dan Sesudah Dilakukan Terapi Analgesik Pada Kelompok Kontrol

Tabel 5.4.

Analisis Perbedaan Rata-rata Tingkat Nyeri Kanker Sebelum dan Sesudah Dilakukan Terapi Analgetik Pada Kelompok Kontrol Di RSUD Dr. Soetomo Surabaya Mei-Juni 2009 (n=10)

| No | Variabel | Mean | SD | SE | p Value | n |
|----|-------------------------|------|-------|------|---------|----|
| 1 | Rata-Rata Nyeri Sebelum | 4,22 | 0,726 | 0,22 | 0,002 | 10 |
| 2 | Rata-Rata Nyeri Sesudah | 2,26 | 0,924 | 0,29 | | |
| | Selisih | 1,96 | 0,488 | 0,15 | 0,000 | |

Pada tabel 5.5. diatas, kelompok kontrol memperlihatkan rata-rata tingkat skala nyeri pada pengukuran sebelum diberikan terapi analgetik adalah 4,22 dengan standar deviasi 0,726. Sedangkan sesudah diberikan terapi analgetik didapatkan rata-rata sebesar 2,26 dengan standar deviasi 0,924. Hal ini menunjukkan bahwa rata-rata skala nyeri pada responden kelompok kontrol sebelum diberikan intervensi lebih besar dibandingkan rata-rata skala nyeri setelah intervensi. Hasil analisis didapatkan terdapat nilai perbedaan rata-rata antara pengukuran sebelum dan sesudah diberikan terapi analgetik sebesar 1,96 dengan standar deviasi 0,488. Artinya terapi analgetik rata-rata dapat menurunkan skala nyeri sebesar 1,96. Setelah dilakukan uji statistik lebih lanjut didapatkan adanya perbedaan yang bermakna antara rata-rata tingkat nyeri kanker serviks stadium IIB sebelum dan sesudah dilakukan terapi analgetik ($p=0,002$, $\alpha=0,05$).

3. Perbedaan Nyeri Kanker Sebelum dan Sesudah Dilakukan Teknik Kombinasi Pada Kelompok Intervensi.

Tabel 5.5.
Analisis Perbedaan Rata-rata Tingkat Nyeri Kanker Sebelum dan Sesudah Dilakukan Teknik Kombinasi Pada Kelompok Intervensi Di RSUD Dr. Soetomo Surabaya Mei-Juni 2009 (n=10)

| No | Variabel | Mean | SD | SE | p Value | n |
|----|-------------------------|------|-------|------|---------|----|
| 1 | Rata-Rata Nyeri Sebelum | 4,28 | 0,567 | 0,17 | 0,003 | 10 |
| 2 | Rata-Rata Nyeri Sesudah | 1,58 | 0,239 | 0,07 | | |
| | Selisih | 2,70 | 0,391 | 0,12 | 0,000 | |

Tabel 5.4. menyajikan rata-rata tingkat skala nyeri dalam kelompok intervensi pada pengukuran sebelum dilakukan kombinasi teknik *SEFT* dengan terapi analgetik adalah skala 4,28 dengan standar deviasi 0,567. Sedangkan sesudah dilakukan kombinasi teknik *SEFT* dengan terapi analgetik didapatkan rata-rata skala nyeri sebesar 1,58 dengan standar deviasi 0,239. Hal ini menunjukkan bahwa rata-rata skala nyeri pada responden kelompok intervensi sebelum diberikan intervensi lebih besar dibandingkan rata-rata skala nyeri setelah intervensi. Hasil analisis didapatkan bahwa terdapat nilai perbedaan rata-rata antara pengukuran sebelum dan sesudah melakukan teknik kombinasi *SEFT* dengan terapi analgetik yaitu sebesar 2,70 dengan standar deviasi 0,391. Artinya kombinasi teknik *SEFT* dengan terapi analgetik rata-rata dapat menurunkan skala nyeri sebesar 2,70. Setelah dilakukan uji statistik lebih lanjut didapatkan adanya perbedaan yang bermakna antara rata-rata tingkat nyeri kanker serviks stadium IIb sebelum dan sesudah dilakukan kombinasi teknik *SEFT* dan terapi analgetik ($p=0,003$, $\alpha=0,05$).

4. Perbedaan Nyeri Kanker Setelah Penatalaksanaan Nyeri Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Tabel 5.6.
Analisis Perbedaan Rata-rata Tingkat Nyeri Kanker Setelah Penatalaksanaan Nyeri Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Di RSUD Dr. Soetomo Surabaya Mei-Juni 2009 (n=10)

| No | Variabel | Mean | SD | SE | p Value | n |
|----|---------------------|------|-------|------|---------|----|
| 1 | Kelompok Intervensi | 1,58 | 0,239 | 0,07 | 0,047 | 10 |
| 2 | Kelompok Kontrol | 2,26 | 0,924 | 0,29 | | |

Pada tabel 5.6, memperlihatkan rata-rata tingkat skala nyeri kanker serviks stadium IIb setelah penatalaksanaan nyeri antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Rata-rata skala nyeri pada kelompok intervensi menjadi sebesar 1,58 dengan standar deviasi 0,239 sedangkan rata-rata skala nyeri pada kelompok kontrol menjadi sebesar 2,26 dengan standar deviasi 0,924. Hal ini menunjukkan bahwa rata-rata skala nyeri pada kelompok intervensi setelah penatalaksanaan nyeri lebih rendah dibandingkan rata-rata skala nyeri pada kelompok kontrol, artinya penurunan rasa nyeri pada kelompok intervensi lebih besar daripada kelompok kontrol. Setelah dilakukan uji statistik lebih lanjut didapatkan adanya perbedaan yang bermakna antara rata-rata tingkat nyeri kanker servik stadium IIb setelah penatalaksanaan nyeri pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol ($p=0,047$, $\alpha=0,05$).

Tabel 5.7
Analisis Rata-rata Selisih Tingkat Nyeri Kanker Sebelum dan Setelah Intervensi Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di RSUD Dr. Soetomo Surabaya Mei-Juni 2009 (n=10)

| No | Variabel | Mean | SD | SE | p Value | n |
|----|---------------------|------|-------|------|---------|----|
| 1 | Kelompok Intervensi | 2,70 | 0,391 | 0,12 | 0,002 | 10 |
| 2 | Kelompok Kontrol | 1,96 | 0,488 | 0,15 | | |

Pada tabel 5.7 diatas memperlihatkan bahwa rata-rata selisih tingkat skala nyeri kanker serviks stadium IIB pada kelompok intervensi dapat diturunkan sebesar 2,70 dengan standar deviasi 0,391 sedangkan pada kelompok kontrol dapat diturunkan sebesar 1,96 dengan standar deviasi 0,488. Setelah dilakukan uji statistik lebih lanjut didapatkan adanya perbedaan selisih yang bermakna antara rata-rata tingkat nyeri kanker serviks stadium IIB kelompok intervensi dan kelompok kontrol ($p=0,002$, $\alpha=0,05$). Dari analisis pada tabel 5.6 dan 5.7 maka disimpulkan bahwa dengan kombinasi teknik *SEFT* dan terapi analgetik lebih efektif dalam menurunkan nyeri pada pasien kanker serviks dibandingkan dengan hanya mendapatkan terapi analgetik.



BAB VI

PEMBAHASAN

Bab ini merupakan bab yang menjelaskan tentang pembahasan yang secara sistematis berupa ulasan dan telaahan yang meliputi interpretasi terhadap hasil penelitian, kemudian keterkaitan dengan teori dan hasil penelitian yang pernah dilakukan sebelumnya. Selain itu bab ini menggambarkan keterbatasan penelitian yang telah dilakukan dan implikasi hasil penelitian bagi pelayanan praktek keperawatan.

A. Interpretasi dan Diskusi Hasil

Tujuan penelitian ini meliputi mengidentifikasi gambaran karakteristik responden, perubahan tingkat nyeri pasien sebelum dan sesudah intervensi baik pada responden yang menggunakan analgesik serta dikombinasi dengan *SEFT* pada kelompok intervensi maupun pada responden yang mendapat terapi standar analgesik pada kelompok kontrol. Pembahasan secara lengkap adalah sebagai berikut:

- 1. Kesetaraan kelompok responden yang diberikan terapi standar analgesik pada kelompok kontrol dan responden teknik *SEFT* ditambah analgesik pada kelompok intervensi yang diberikan.**

Pada penelitian ini ditemukan adanya kesetaraan umur pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Hasil ini mendukung validitas hasil penelitian dengan metode kuasi eksperimen, dimana hasil penelitian dikatakan valid apabila tidak ada perbedaan yang signifikan, pada umur didapatkan ($p=0,751$) baik pada kelompok intervensi dengan kelompok

kontrol, dengan kata lain umur pada kelompok intervensi dan kontrol sebanding atau homogen.

Rentang umur pada kelompok penelitian ini adalah antara 25 sampai 60 tahun, yang dikategorikan menjadi dua kelompok yaitu dewasa muda dan dewasa tua dengan alasan rentang usia dewasa yang lebar sehingga dikategorikan antara dewasa muda dan dewasa tua. Berdasarkan tabel 1.5. responden yang berumur dewasa muda adalah 11 orang (55%), sedangkan dewasa tua 9 orang (45%). Dapat disimpulkan bahwa lebih banyak yang menderita kanker serviks yang berumur dewasa muda.

Penelitian di Universitas Manchester, Inggris yang dilakukan Sargent (2008) menunjukkan bahwa umur respondennya yang terkena kanker serviks antara 20-64 tahun dengan umur rata-rata umur 40,2 tahun. Hal ini sesuai dengan literatur yang mengatakan bahwa angka kejadian kanker serviks paling terjadi pada masa usia 30 – 45 tahun (Smelzer & Bare, 2002). Hal tersebut dapat terjadi karena ada beberapa faktor yang berperan yaitu penapisan atau skrining, penularan penyakit kanker melalui hubungan seksual, peran pasangan pria, karakteristik reproduksi, menstruasi, dan merokok (Dwipoyono. B, 2007).

2. Efektifitas teknik *SEFT* dikombinasi dengan terapi analgetik terhadap penurunan nyeri pada pasien kanker serviks stadium IIb.

Berdasarkan hasil data penelitian didapatkan bahwa rata-rata skala nyeri kanker serviks stadium IIb sebelum mendapatkan terapi standar analgetik (pra intervensi) pada skala 4,22 setelah diberikan terapi analgetik skala nyeri berubah menjadi 2,26. Hasil penelitian pada kelompok kontrol ini dengan pemberian analgetik dapat menurunkan skala nyeri pada pasien yang mengalami nyeri kanker serviks stadium IIb.

Terapi analgetik yang digunakan pada responden selama penelitian ini adalah parasetamol dan asam mefenamat yang pemberiannya melalui per oral dengan dosis yang sama yaitu 500 mg. Analgetik jenis parasetamol dan asam mefenamat merupakan golongan *non steroidal anti-inflammatory drugs* (NSAIDs).

Pemberian analgetik pada pasien kanker serviks stadium IIb yang mengalami nyeri di RSUD Dr. Soetomo tersebut merupakan standar yang harus diberikan pada pasien, dan hal tersebut telah sesuai dengan rekomendasi tentang pemberian terapi analgetik dari *World Health Organization* (WHO) yang menyatakan bahwa untuk mengatasi nyeri ringan dan sedang digunakan *NSAIDs*. Efek analgetik dari *NSAIDs* yaitu dapat mengganggu mekanisme transduksi di nosiseptor aferen primer sehingga menghambat sintesis prostaglandin (Sylvia & Wilson, 2006).

Selanjutnya pada kelompok intervensi menunjukkan adanya penurunan rata-rata skala nyeri pada responden yang diberikan analgetik dengan kombinasi teknik *SEFT*. Hal ini terlihat rata-rata skala nyeri sebelum diberikan intervensi pada skala nyeri 4,28. Setelah dilakukan kombinasi teknik *SEFT* dengan terapi analgetik berubah menjadi skala 1,58. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kombinasi teknik *SEFT* dengan terapi analgetik yang diberikan pada responden tersebut dapat menurunkan skala nyeri kanker serviks stadium IIb.

Berdasarkan penurunan rata-rata skala nyeri pada responden yang dibandingkan antara kelompok intervensi yang diberikan terapi analgetik dengan dikombinasi teknik *SEFT* dan kelompok kontrol yang hanya diberikan terapi standar analgetik saja. Hasil penelitian menunjukkan rata-rata penurunan tingkat nyeri pada kelompok yang diberikan kombinasi teknik *SEFT* mengalami penurunan setiap harinya.

Pada hari pertama sebelum intervensi sampai hari kedua setelah intervensi rata-rata tingkat nyeri adalah dari skala 4,2 menurun menjadi 1,6 dan pada hari ketiga sampai kelima mengalami penurunan yang besar sampai mencapai rata-rata skala 1,1. Sedangkan pada kelompok yang diberikan terapi standar analgetik rata-rata penurunan tingkat nyeri dari hari pertama sebelum intervensi sampai hari kedua setelah intervensi adalah dari skala 4,2 menjadi 2,4 dan pada hari ketiga sampai kelima mengalami penurunan yang baik sampai mencapai rata-rata tingkat nyeri skala 2.

Selain itu selisih rata-rata tingkat nyeri pada kedua kelompok responden menunjukkan bahwa kelompok intervensi memiliki selisih sebesar 2,70 sedangkan pada kelompok kontrol selisihnya sebesar 1,96. Sehingga dapat disimpulkan bahwa responden yang mendapatkan terapi analgetik dengan kombinasi teknik *SEFT* penurunan skala nyeri pada kanker serviks lebih banyak dibandingkan dengan kelompok pasien yang hanya mendapatkan terapi standar analgetik, seperti terlihat pada grafik 5.1. dan tabel 5.7.

Pada saat setelah pemberian terapi pada kedua kelompok responden di hari kelima keluhan nyeri masih dirasakan responden. Hal ini dikarenakan jenis nyeri pada pasien kanker bersifat kronik yang berlangsung lama dan terus menerus sehingga klien belum terbebas dari rasa tidak nyaman tersebut

Analisis lebih lanjut memperlihatkan ada perbedaan yang bermakna rasa nyeri pada pasien kanker serviks stadium IIb antara kelompok kontrol dengan kelompok intervensi ($p=0,047$, $\alpha=0,05$). Rata-rata penurunan skala nyeri pada kelompok kontrol setelah mendapatkan terapi analgetik menjadi 2,26 masih lebih besar dari pada kelompok intervensi yang mendapatkan terapi analgetik dikombinasi dengan teknik *SEFT* yaitu menjadi 1,58.

Pada analisis selisih rata-rata tingkat nyeri menunjukkan adanya selisih yang bermakna antara kedua kelompok responden tersebut ($p=0,002$, $\alpha=0,05$). Hal ini menunjukkan bahwa rasa nyeri yang dialami pada pasien kanker serviks stadium IIb pada kelompok intervensi lebih kecil dibandingkan dengan kelompok kontrol, sehingga disimpulkan pada pasien kanker serviks stadium IIb yang dilakukan kombinasi teknik *SEFT* dan terapi analgesik lebih efektif

dalam mengurangi nyeri kanker dibandingkan dengan pada pasien yang hanya diberikan terapi analgesik.

Hasil penelitian ini mendukung hasil penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Kober, et al., 2002 dalam mengurangi nyeri pada kasus luka dengan menggunakan sistem meridian akupresur yang sejalan dengan teknik *SEFT*, dan penelitian oleh Hui, et al., 2000 untuk mengetahui pengalaman nyeri dan rasa takut dengan akupunktur. Dalam artikel *cancer pain treatment* yang dilakukan oleh Craig, 2004 juga melakukan *EFT* pada pasien kanker payudara yang menunjukkan penurunan skala nyeri bahkan dalam waktu 4 bulan tidak mengalami kekambuhan rasa nyeri kanker payudara tersebut.

Teknik *SEFT* ini dikembangkan *EFT* yang bersumber dari energi terapi. Pengembangan teknik ini meliputi gabungan teknik relaksasi yang memiliki unsur meditasi dengan melibatkan faktor kepastihan dan keyakinan. Responden melakukan teknik ini dengan melakukan pengulangan secara verbal tentang kepastihannya secara spiritual, tahap ini disebut *Tune In* dalam *SEFT* yang merupakan bagian dari *self hypnotherapy* sehingga responden saat relaksasi tersebut dapat menghambat impuls noxious pada sistem kontrol desending (*gate control theory*) (Guyton, 1997). Dengan melakukan *tapping* pada salah satu titik sistem meridian sehingga peranan endorfin yang merupakan substansi atau neurotransmitter menyerupai morfin yang dihasilkan tubuh secara alami dapat dikeluarkan oleh *periaqueductal grey matter*. Keberadaan endorfin pada sinaps sel-sel saraf mengakibatkan penurunan sensasi nyeri (Smelzer & Bare, 2002).

Teori pengendalian gerbang (*Gate Control*) juga menjelaskan mengapa penggosokan atau pemijatan bagian tubuh karena cedera dapat menghilangkan nyeri. Karena aktivitas di serat-serat besar dirangsang oleh tindakan ini, sehingga gerbang untuk aktifitas serat berdiameter kecil (nyeri) tertutup. Pemakaian stimulasi saraf dengan listrik transkutis atau pemijatan untuk menghilangkan nyeri adalah salah satu contoh aplikasi klinis teori ini (Price & Wilson, 2006).

SEFT bekerja dengan prinsip yang kurang lebih sama dengan akupunktur dan akupresur. Ketiganya berusaha merangsang titik-titik kunci pada sepanjang 12 jalur energi (*energi meridian*) tubuh, *SEFT* selain menggunakan unsur spiritual cara yang digunakan lebih aman, lebih mudah, lebih cepat dan lebih sederhana dibandingkan pendahulunya (akupunktur dan akupresur), karena *SEFT* hanya menggunakan ketukan ringan (*tapping*).

Pada *accupuncture* merangsang titik-titik tertentu dengan menggunakan jarum, *aceupressure* merangsangnya dengan menekan titik pada kaki dengan kuat sedangkan *SEFT* hanya dengan ketukan-ketukan ringan. Titik-titik yang dirangsang pada 3 metode diatas berbeda, tetapi prinsipnya tetap sama, yaitu merangsang simpul-simpul energi meridian tubuh. Hal ini telah dibuktikan secara visual dengan pemotretan menggunakan SPECT (*Single Photon Emission Computerized Tomography*) menggunakan pendekatan biomolekuler kedokteran nuklir untuk membuktikan keberadaan titik accupoint pada sistem meridian serta menjelaskan bahwa titik *sistem*

meridian tersebut memiliki karakteristik tegangan tinggi hambatan rendah (Suhariningsih, 1994 dalam Saputra, Saputra, 1999; Saputra, 2000).

Penggunaan titik-titik jalur *energi meridian* pada nyeri kanker dapat dijelaskan secara Neuro-Fisiologi dari *sistem meridian* akupunktur analgesia. Sesuai dengan teori *gate control*, perangsangan titik pada jalur meridian merupakan rangsangan yang akan diteruskan melalui serabut saraf A-Beta yang memiliki diameter besar (penghantar impuls lebih cepat) menuju saraf spinal atau kranial menuju ke kornu posterior medulla spinalis. Dalam medulla spinalis, *Substantia Gelatinosa* akan bekerja sebagai “*Gate Control*”, yang akan menyesuaikan rangsangan serta mengaturnya sebelum diteruskan oleh serabut saraf aferen ke sel-sel transmisi. Agar dapat mempengaruhi serta menutup “*Gate Control*”, rangsangan yang diteruskan oleh serabut saraf cepat A-Beta tersebut harus mempunyai frekuensi tinggi dan intensitas yang rendah. Rangsangan nyeri yang dihantarkan oleh serabut saraf tersebut dapat tertahan dan tidak diteruskan ke sel-sel transmisi, sehingga tidak diteruskan ke pusat nyeri (Saputra, 2000).

Secara sistem neurotransmitter, secara ilmiah bahwa *endogenous opioid substance* terdapat tiga jenis golongan yaitu enkefalin, beta endorfin, dan dinofrin. Dimana ketiga golongan tersebut dapat dikeluarkan oleh *Periaqueductal grey matter* dari sistem kontrol Desenden dengan merangsang dari salah satu titik energi meridian (Saputra, 2000; Smeltzer & Bare, 2002). Beta endorfin adalah analgetik yang jauh lebih poten daripada enkefalin, sedangkan dinofrin 50 kali lebih kuat dari pada beta endorfin (Price & Wilson, 2006)

B. Keterbatasan Penelitian

1. Sampel

Pada saat penelitian dilakukan sampel yang diperoleh masih relatif sedikit, hal ini menjadikan keterbatasan dalam penelitian ini karena dalam melakukan pengurusan izin di RSUD Dr. Soetomo Surabaya harus melakukan serangkaian birokrasi termasuk uji etik di komite etik RSUD Dr. Soetomo Surabaya sehingga waktu dalam melakukan penelitian ini hanya dalam dua minggu, semenjak diterbitkan surat untuk melakukan penelitian di ruangan yang akan digunakan penelitian. Dalam hasil penelitian ini variasi jumlah responden dapat memungkinkan kurang untuk tidak memperoleh hasil yang menggambarkan keadaan seluruh populasi.

2. Variasi analgetik

Analgesik yang diberikan pada responden yang mengalami nyeri pada kanker serviks stadium IIb telah sesuai dengan kriteria penelitian, yaitu golongan NSAIDs. Namun peneliti tidak membedakan jenis NSAIDs yang diberikan kepada responden pada kelompok kontrol maupun kelompok intervensi dengan mempertimbangkan variasi jenis NSAIDs yang diresepkan tim medis berbeda sehingga peneliti belum dapat membedakan dengan jelas penurunan rasa nyeri pada kanker serviks stadium IIb yang disebabkan oleh pemberian paracetamol atau *mefenamat acid*.

3. Tempat Penelitian

Pemisahan tempat antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi untuk mencegah interaksi antar responden telah diminimalkan, namun jenis kelas

pada tiap kelompok berbeda antara kelompok kontrol dan intervensi. Sehingga memungkinkan hasil yang diperoleh disebabkan karena perbedaan tempat tersebut.

C. Implikasi Hasil Penelitian

1. Pelayanan Keperawatan

Penelitian ini telah membuktikan bahwa kombinasi teknik *SEFT* dengan terapi analgesik lebih efektif untuk menurunkan nyeri pada pasien kanker serviks stadium IIB. Hasil penelitian ini dapat digunakan oleh perawat dalam menjalankan perannya untuk memberikan pelayanan kesehatan pada pasien, dengan masalah gangguan rasa nyaman untuk meningkatkan asuhan keperawatan dalam konteks pengelolaan nyeri, sebagai salah satu intervensi keperawatan mandiri untuk mengurangi masalah pada pasien yang mengalami gangguan rasa nyaman nyeri. Selain itu, hasil penelitian ini juga mendorong kemandirian perawat sehingga tidak berfokus pada tindakan kolaboratif pemberian analgetik serta dapat memenuhi kebutuhan *self care* pada pasien serta keluarga dan meningkatkan rasa nyaman pada diri pasien. Hasil penelitian ini juga memperkuat rekomendasi *The Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR)* bahwa kombinasi intervensi farmakologis dan nonfarmakologis merupakan cara terbaik untuk mengontrol nyeri (AHCPR, 1992) *Acute pain management : operative or medical procedure and trauma*.

2. Penelitian Keperawatan

Peneliti belum menjumpai penelitian tentang teknik *SEFT* di Indonesia. Penelitian yang ada diluar negeri juga hanya sedikit yang membahas untuk melihat keluhan fisik, yang banyak terkait dengan masalah psikologis. Oleh karena itu hasil penelitian ini dapat dijadikan data dasar tentang kejadian pengaruh intervensi *SEFT* dalam mengurangi rasa nyeri. Selain itu dapat juga untuk memberikan pengetahuan baru bagi perawat serta dapat dijadikan rujukan untuk penelitian yang selanjutnya.





BAB VII

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Berdasarkan penjelasan dari bab sebelumnya. Pada hasil penelitian ini dapat ditarik beberapa simpulan dan saran sebagai berikut.

Secara umum didapatkan adanya pengaruh pemberian intervensi kombinasi *SEFT* dengan terapi analgetik dalam mengurangi nyeri pada pasien kanker. Pada kelompok intervensi terdapat perbedaan antara sebelum dilakukan teknik *SEFT* ditambah analgetik dan sesudah dilakukan teknik *SEFT* ditambah analgetik.

Secara statistik ditunjukkan nilai $p < 0,000$ dan nilai $\alpha 0,05$, artinya adanya perbedaan antara sebelum pemberian dengan setelah pemberian perlakuan. Pada kelompok kontrol juga secara statistik ditunjukkan bahwa nilai p lebih rendah dari nilai α , yang berarti mempunyai makna perbedaan antara sebelum dan sesudah pemberian terapi standar analgetik saja. Sehingga rata-rata penurunan tingkat nyeri kanker serviks stadium IIb setelah diberikan intervensi antara responden yang dilakukan teknik *SEFT* ditambah analgesik pada kelompok intervensi dengan responden yang diberikan terapi standar analgesik pada kelompok kontrol diperoleh perbedaan yang bermakna.

Penurunan tingkat nyeri pada kelompok intervensi lebih besar jika dibandingkan dengan kelompok kontrol yaitu pada kelompok intervensi selisih penurunan tingkat nyeri sebesar 2,70 sedangkan pada kelompok kontrol selisih penurunan tingkat nyeri 1,96. Dapat disimpulkan bahwa pemberian teknik *SEFT* lebih

efektif dalam menurunkan tingkat nyeri pasien kanker serviks stadium IIb ($p=0,047$, $\alpha=0,05$).

B. Saran

Saran dari peneliti bagi pelayanan keperawatan, agar teknik *SEFT* ini dapat direkomendasikan untuk dijadikan salah satu intervensi perawatan dalam menangani manajemen nyeri. Dengan rekomendasi tersebut maka keluarga pasienpun juga mendapatkan informasi tentang teknik ini untuk kelanjutan pada keluhan nyeri yang berlangsung lama, khususnya pada pasien kanker. Teknik ini dapat juga dimasukkan sebagai intervensi dalam menangani nyeri pada pasien yang menjalani rawat jalan.

Bagi pendidikan keperawatan diharapkan hasil penelitian ini dapat menambah wawasan yang lebih luas tentang teknik *SEFT* dalam menangani manajemen nyeri. Teknik *SEFT* ini dapat juga dimasukkan kedalam kurikulum pendidikan sebagai salah satu intervensi keperawatan.

Untuk penelitian selanjutnya direkomendasikan untuk penelitian selanjutnya mengkaji pengaruh teknik *SEFT* terhadap nyeri pada pasien kanker dengan jumlah responden yang lebih banyak, serta pasien dengan jenis nyeri yang bersifat akut dan memiliki kriteria yang lebih spesifik dan waktu yang lebih panjang dari sejak di rumah sakit sampai perawatan di rumah.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdulmuthalib. (2006). Prinsip dasar terapi sistemik pada kanker, dalam Sudoyo, et al. *Buku ajar ilmu penyakit* Edisi 4, Jakarta: FKUI
- American Cancer Society. (2009). *What is Cervical Cancer*, http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_4_1X_What_is_cervical_cancer_8.asp, diunduh tanggal 17 Juli 2009
- Anonim. 1992, *Acut pain management :operative or medical procedure and trauma*, [http:// www. Ucsf.edu](http://www.Ucsf.edu), diunduh 20 juni 2009
- Anonim. (2008). *Wold cancer repor: the international agency for research on cancer*.<http://www.kalbe.co.id/index.php?mn=news&tipe=detail&detail=19859>, diunduh tanggal 30 Januari 2009.
- Arikunto, S. (2007). *Manajemen penelitian*. Jakarta: Rineka Cipta.
- British Pain Society and British Geriatrics Society. (2007). *Guidance on: the assessment of pain in older people*., <http://www.bgs.org.uk/Publications/Publication%20Downloads/Sep2007PainAssessment.pdf>. diunduh 1 Februari 2009.
- Black, J.M., & Hawk, J.H. (2005). *Medical surgical nursing clinical management for positive outcomes*. (7th Ed), St. Louis, Missouri: Elsevier Saunders.
- Corwin, E.J. (2008). *Handbook of pathophysiology*. East Washington Square, U.S.A: Lippincott-Raven Publishers
- Craig, G. (2004). *Cancer Pain Treatment*, <http://www.cancer-pain-management.emofree.com/index.html>, diunduh tanggal 18 Juni 2009
- Craven, R.F., & Hirnle, C.J. (2007). *Fundamental of nursing: Human health and function*, 6th Edition, New York: Lippincott Williams & Wilkins
- Djumhuri, Agus. (1995). *Sinopsis Farmakologi dengan Terapan Khusus di Klinik dan Perawatan*. Jakarta: Hipokrates
- Deteksi Awal Kanker. (2007). *Pengeitahan umum seputar kanker, dari definisi hingga terapi kanker*, <http://www.detak.org/>, diunduh tanggal 30 Januari 2009.
- Dempsey, P.A., & Dempsey, A.D. (1996). *Nursing Research: Text And Workbook*, 4th Edition. East Washington Square, Philadelphia, USA: Lippincott-Raven Publishers.
- Dossey, B.M., Keegan, & Guzzetta, C.E. (2005). *Holistic nursing: a handbook for practice*. London: Jones and Barlet Publisier.

- Dossey, L. (1994), *The Healing Word: The Power of Prayer and The Practice of Medicine*, <http://www.dosseydossey.com>, diperoleh tanggal 30 juni 2009
- Dwipayono, B. (2007). *Bahaya kanker serviks bagi wanita*. <http://www.kesrepro.info/?q=node/21>, diunduh 21 juni 2009
- Eileen, M.B. (2005). *Human papillomavirus and cervical cancer*, <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pmcentrez&artid=145302>, diunduh tanggal 9 Februari 2009.
- Feinstein, D. (2008). *Energy psychology: a review of the preliminary evidence*. http://www.innersource.net/energy_psych/epi_research.htm, diunduh tanggal 20 Februari 2009.
- Hui, K.K., Liu, J., Makris, N., Gellub, R. L., Chen, A. J., Moore, C. I., Kennedy, D. N., Rosen, B. R., & Kwong K. K. (2000). Acupuncture modulates the limbic system and subcortical gray structures of the human brain: Evidence from fMRI studies in normal subjects. *Human Brain Mapping*, 9(1), 13-25.
- IASP. (2007). International association society of pain: *pain terminology* http://www.iasppain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=1728 diunduh 2 Februari 2009.
- Medicine. (2003). *cervical cancer*, http://www.medicinenet.com/cervical_cancer/page2.htm#3howcan, diunduh tanggal 9 Februari 2009).
- Memorial Sloan-Kettering Cancer Center. (2002). *Overview of cancer*, <http://www.mskcc.org/mskcc/html/406.cfm>, diunduh tanggal 18 Februari 2009).
- Murtedjo, U. (2006). *Filosofi dan tata cara pengelolaan nyeri kanker*, <http://ojs.lib.unair.ac.id/index.php/midi/article/viewFile/1591/1591>, diunduh tanggal 3 Februari 2009.
- National Center for Complementary Alternative Medicine. (2007). *Energy therapy*. <http://nccam.nih.gov/health/whatiscom/energy/energymed.htm#>, diunduh tanggal 20 Februari 2009.
- New York State Nurses Association (1999). *Complementary therapies in the practice of nursing*, <http://nysna.org/program/nai/practice/position14.htm>, diunduh tanggal 1 Juli 2009.
- Nurses Board of Victoria. (2006). *Guideline for use of complementary therapies in nursing practice*. <http://www.rnweb.com/rnweb/article>. diunduh 1 Juli 2009.
- Notoatmojo, Soekodjo. (2002). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: Edisi Revisi. PT. Rineka Cipta
- Kountur, R. (2007). *Metode penelitian untuk penelitian skripsi dan tesis*. Ed.2. Jakarta: Penerbit PPM.

- Li, L., Liu, X., & Herr, K. (2007) *Postoperative pain intensity assessment: a comparison of four scales in Chinese adults*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>, diunduh tanggal 21 Februari 2009
- Lemon, P & Burke, K. (2008). *Medical surgical nursing: critical thinking in client care*. Ed 4, USA: Carlisle Publisher
- Lewis, S.M., Heitkemper, M.M., & Dirksen, S.R. (2004). *Medical surgical nursing*, Volume 1 dan 2. St. Louis, Missouri: Mosby.
- Oncology Nursing Society. (2008). *Oncology Clinical Nurse Specialist Competencies*, <http://www.ons.org/clinical/professional/QualityCancer/documents/cnscomps.pdf>, diunduh tanggal 26 Februari 2009
- Polit, Beck & Hungler. (2001). *Essentials of nursing research*. 5th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Potter, P.A., & Perry, A.G. (2006). *Fundamental of nursing: concepts, process and practice*. Edisi 4. alih bahasa : Renata, K., et al. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Price, S.A. (2006). *Pathofisiologi: konsep klinis proses-proses penyakit*, E/6, Vol.1 Jakarta: EGC
- Saputra, K., Maat S., Soedoko, R. (2000). *Sebuah pemikiran dan pilihan: terapi biologi untuk kanker*. Surabaya: Airlangga University Press
- Saputra, Koosnadi. (1999). *Profil transduksi rangsang titik akupunktur oryctolagus cuciculus*. Disertasi Program Pasca Sarjana Universitas Airlangga.
- _____. (2000). *Akupunktur dalam pendekatan ilmu kedokteran*. Edisi pertama. Surabaya: Airlangga University Press
- Sarno, J. (1994). *New England Journal of Medicine: Explains How A Chronic Pain Expert Links Pain And Unresolved Emotions*, <http://www.emofree.com/Pain-management/pain-sarno-eric.htm>, diperoleh tanggal 29 Juni 2009
- Sastroasmoro, S. & Ismail, S. (2008). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis: edisi 2*. Jakarta: CV. Sagung Seto
- Sutandyo, N. (2007). *Polusi udara penyebab kanker paru dari rsk dharmais jakarta*, http://ina-one-team.blogspot.com/2007_10_01_archive. diunduh pada 09 Pebruari 2008.
- Suwitodihardjo, S. (2008). *Hanya 15 persen penderita kanker di indonesia tertangani*, <http://www.antara.co.id/arc/2008/1/17> diunduh 10 Pebruari 2008.
- Suwiyoga, I.K. (2007). *Penanganan nyeri pada kanker serviks stadium lanjut*, <http://ejournal.unud.ac.id/abstrak/penanganan%2520nyeri%2520.pdf+patofisiologi+nyeri+kanker&hl=en&ct=clnk&cd=1>. diunduh 2 Februari 2009.

- Syamsuhidajat, R., & Jong, D.J. (2005). *Buku-ajar ilmu bedah*. Edisi 2. Jakarta: EGC
- Sukardja. (2000). *Onkologi klinik*. Edisi 2. Surabaya: Airlangga University Press pertama. Surabaya: Airlangga University Press
- Smeltzer, S.C. (2002). *Brunner & suddarth's texsbook of medical-surgical nursing*. 8th edition, Philadelphia, Lippincott Publishers.
- Sugiono, (2000). *Statistika untuk penelitian*. Bandung: CV. ALFABETA
- Sugiono, (2008). *Metode penelitian kuantitatif kualitatif dan R&D*. Edisi 4. Bandung: CV. ALFABETA
- Tanra, H. (2005). *Nyeri suatu rahmat sekaligus tantangan*. Jurnal Supplement, vol 26 (3), 79-80
- World Health Organization. (2007). *Human pappilomavirus and cervical cancer*, http://www.who.int/hpvcentre/statistics/dynamic/ico/country_pdf/IDN.pdf?CID=1948358&CFOKEN=61099987, diunduh tanggal 9 Februari 2009.
- Zainuddin, A.F. (2007). *Spiritual emotional freedom technique (SEFT). Cara tercepat dan termudah mengatasi berbagai masalah fisik dan emosi*. Jakarta: Arga Publishing
- _____. (2009). *Spiritual motional freedom technique for healing, success, happiness, greatness*. Edisi Revisi. Jakarta: Afzan Publishing

Lembar Penjelasan Penelitian

Topik Penelitian :

Pengaruh Intervensi SEFT Dalam Mengurangi Nyeri Pada Pasien Kanker di RSUD Dr. SOETOMO Surabaya

Peneliti : Mulia Hakam

NIM : 0607195195

Status : Mahasiswa Program Pasca Sarjana, Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah, Fakultas Ilmu Keperawatan, UNIVERSITAS INDONESIA

Peneliti bermaksud mengadakan penelitian untuk mengetahui “Pengaruh Intervensi SEFT Dalam Mengurangi Nyeri Pada Pasien Kanker di RSUD Dr. SOETOMO Surabaya”. Manfaat penelitian ini bagi ibu/saudara akan membantu untuk mengurangi rasa nyeri pada kasus penyakit yang diderita ibu/saudara dengan diberikan kombinasi Teknik SEFT dan terapi analgetik.

Ibu/saudara yang berpartisipasi dalam penelitian ini akan diberikan kombinasi Teknik SEFT dengan terapi analgetik selama lima hari (1 kali tiap hari), sebelum dan sesudah intervensi rasa nyeri Ibu/saudara akan diukur. Bila selama penelitian ini ibu/saudara merasakan ketidaknyamanan, maka ibu/saudara berhak untuk menanyakan kembali atau berhenti. Peneliti berjanji akan menjunjung tinggi hak-hak ibu/saudara dengan cara menjaga kerahasiaan data yang diperoleh dan data yang telah terkumpul hanya untuk keperluan penelitian. Peneliti menghargai keinginan Ibu/Saudara untuk tidak berpartisipasi atau keluar kapan saja dalam penelitian ini. Demikian penjelasan penelitian ini disampaikan dan peneliti mengharapkan partisipasi Ibu/saudara. Atas kesediaan Ibu/saudara diucapkan terima kasih.

Lembar Penjelasan Penelitian

Topik Penelitian :

Pengaruh Pemberian Analgetik Dalam Mengurangi Nyeri Pada Pasien Kanker di RSUD Dr. SOETOMO Surabaya

Peneliti : Mulia Hakam

NIM : 0607195195

Status : Mahasiswa Program Pasca Sarjana, Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah, Fakultas Ilmu Keperawatan, UNIVERSITAS INDONESIA

Peneliti bermaksud mengadakan penelitian untuk mengetahui “Pengaruh Pemberian Analgetik Dalam Mengurangi Nyeri Pada Pasien Kanker di RSUD Dr. SOETOMO Surabaya”. Manfaat penelitian ini bagi ibu/saudara akan membantu untuk mengurangi rasa nyeri pada kasus penyakit yang diderita ibu/saudara dengan diberikan dengan terapi analgetik.

Ibu/saudara yang berpartisipasi dalam penelitian ini akan diberikan dengan terapi analgetik selama lima hari, sebelum dan sesudah intervensi rasa nyeri Ibu/saudara akan diukur.. Bila selama penelitian ini ibu/saudara merasakan ketidaknyamanan, maka ibu/saudara berhak untuk menanyakan kembali atau berhenti. Peneliti berjanji akan menjunjung tinggi hak-hak ibu/saudara dengan cara menjaga kerahasiaan data yang diperoleh dan data yang telah terkumpul hanya untuk keperluan penelitian. Peneliti menghargai keinginan Ibu/Saudara untuk tidak berpartisipasi atau keluar kapan saja dalam penelitian ini.

Demikian penjelasan penelitian ini disampaikan dan peneliti mengharapkan partisipasi Ibu/saudara. Atas kesediaan ibu/saudara diucapkan terima kasih.

Lembar Persetujuan Menjadi Responden

Peneliti telah menjelaskan tentang penelitian yang akan dilaksanakan. Saya mengerti bahwa tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui “Pengaruh Intervensi SEFT Dalam Mengurangi Nyeri Pada Pasien Kanker di RSUD Dr. SOETOMO Surabaya”.

Saya mengerti bahwa keikutsertaan saya dalam penelitian ini sangat bermanfaat bagi dari saya untuk mengurangi nyeri pada penyakit saya. Saya mengerti bahwa risiko yang akan terjadi sangat kecil. Saya berhak untuk menghentikan keikutsertaan dalam penelitian ini tanpa adanya hukuman atau kehilangan hak untuk diberikan pelayanan keperawatan yang profesional. Saya mengerti bahwa seluruh data mengenai penelitian ini akan dijamin kerahasiaannya dan hanya digunakan untuk keperluan penelitian. Dengan penuh kesadaran dan tanpa unsur paksaan dari siapapun, saya bersedia berpartisipasi dalam penelitian.

Surabaya,2009

(.....)

Responden Penelitian

Nomor Responden :
Kode Responden : Kelompok Intervensi (KI)

DATA PENELITIAN

I. Data Responden

- a. Usia : tahun
- b. Apakah pernah mengalami nyeri kanker sebelumnya : Pernah / Tidak pernah
- c. Pemberian Kemoterapi : Ya / Tidak
- d. Jenis analgetik :
- e. Cara pemberian analgetik :

II. Catatan Perkembangan Nyeri

| Hari Pengumpulan Data | Skala Nyeri Pra Intervensi/SEFT | Jam Intervensi/SEFT | Skala Nyeri Post Intervensi/SEFT |
|-----------------------|---------------------------------|---------------------|----------------------------------|
| Hari I | | | |
| Hari II | | | |
| Hari III | | | |
| Hari IV | | | |
| Hari V | | | |

Nomor Responden :
Kode Responden : Kelompok Kontrol (KK)

DATA PENELITIAN

I. Data Responden

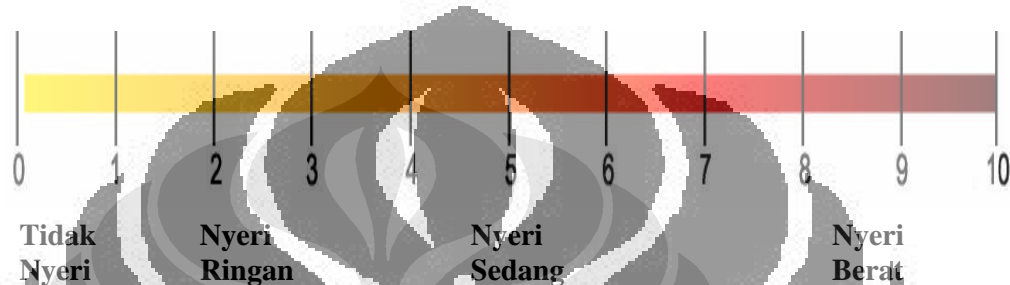
- a. Usia : tahun
- b. Apakah pernah mengalami nyeri kanker sebelumnya : Pernah / Tidak pernah
- c. Pemberian kemoterapi : Ya / Tidak
- d. Jenis analgetik :
- e. Cara pemberian analgetik :

II. Catatan Perkembangan Nyeri

| Hari Pengumpulan Data | Skala Nyeri Pra Analgetik | Jam pemberian Analgetik | Skala Nyeri Post Analgetik |
|-----------------------|---------------------------|-------------------------|----------------------------|
| Hari I | | | |
| Hari II | | | |
| Hari III | | | |
| Hari IV | | | |
| Hari V | | | |

SKALA PENGUKURAN NYERI DENGAN NUMERIC RATING SCALE (NRS)

Petunjuk pengukuran nyeri : Mohon Ibu menunjuk angka di bawah ini sesuai dengan rasa nyeri yang dirasakan sekarang



Keterangan :

- 0 = tidak ada keluhan nyeri
- 1-3 = ada rasa nyeri, mulai terasa dan masih dapat ditahan
- 4-6 = ada rasa nyeri, terasa mengganggu dengan usaha yang cukup kuat untuk menahannya.
- 7-10 = ada nyeri, terasa sangat mengganggu/ tidak tertahankan sehingga harus meringis, menjerit bahkan berteriak.

Sumber : British Pain Society and British Geriatrics Society (2007). *Guidance on : the assessment of pain in older people*, ¶ 33.

<http://www.bgs.org.uk/Publications/Publication%20Downloads/Sep2007PainAssessment.pdf>. diunduh 1 Februari 2009.

PROTOKOL PELAKSANAAN SEFT

1. Melakukan Set Up

Mengucapkan kalimat Set Up, sebagai contoh :

“Ya Allah/Ya tuhan...Walaupun/meskipun saya merasakan nyeri karena penyakit kanker, saya ikhlas dan pasrah pada-MU sepenuhnya”

diikuti dengan menekan “*Sore Spot*” atau mengetuk daerah “*Karate Chop*”



gb.1 menekan dada di bagian *Sore Spot*

gb.2 mengetuk dengan ujung jari pada *karate chop*

2. Melakukan Tune In

Pikiran kita mengarah atau merasakan pada daerah yang sakit/nyeri, kemudian di ikuti dengan mengucapkan “*Ya Allah...saya ikhlas, Ya Allah...saya pasrah...*”.

3. Melakukan Tapping

Bersamaan dengan Tune In melakukan ketukan ringan dengan kedua ujung jari (telunjuk dan tengah) pada daerah titik kunci dari *The Major Energy Meridians*, yaitu:

a. Daerah Kepala:

1) Crown Point (CP)

Pada titik dibagian atas kepala

2) Eye Brown (EB)

Pada titik permulaan alis mata



3) Side of Eye (SE)

Di atas tulang di samping mata (lateral canthus)



4) Under the Eye (UE)

2 cm di bawah kelopak mata



5) Under the Nose (UN)

Tepat di bawah hidung



6) Chin Point (CP)

Di antar dagu dan bagian bawah bibir



Daerah Dada:

1) Collar Bone (CB)

Di ujung tempat bertemunya tulang dada, collar bone dan tulang rusuk pertama



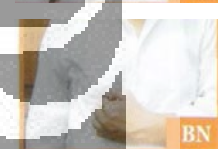
2) Under the Arm (UA)

Di bawah ketiak sejajar dengan puting/ nipple



3) Bellow Nipple (BN)

2,5 cm di bawah puting/nipple



Daerah Tangan

1) Inside of Hand (IH)

Di bagian dalam tangan yang berbatasan dengan telapak tangan



2) Outside of Hand (OH)

Di bagian luar tangan yang berbatasan dengan telapak tangan



3) Thum Point (Th)

Ibu jari disamping luar bagian bawah kuku



4) Index Finger (IF)

Jari telunjuk di samping luar bagian bawah kuku (bagian yang menghadap ibu jari)



5) Middle Finger (MF)

Jari tengah samping luar bagian bawah kuku (bagian yang menghadap ibu jari)



6) Ring Finger (RF)

Jari manis di samping luar bagian bawah kuku
(bagian yang menghadap ibu jari)



7) Baby Finger (BF)

Di jari kelingking di samping luar bagian bawah kuku
(bagian yang menghadap ibu jari)



8) Karate Chop (KC)

Di samping telapak tangan, bagian yang digunakan
untuk mematahkan balok



9) Gamut Spot (GS)

Di antar ruas tulang jari kelingking dan jari manis



Catatan:

Khusus pada titik terakhir, *gamut point*, sambil men-*tapping* titik tersebut, kita melakukan *The Nine Gamut Procedure* yang merupakan bagian dari *Eye Movement Desensitization Repatterning* (EMDR) untuk merangsang bagian otak tertentu. Dan merupakan bagian *Therapy Behavioral*. Sembilan gerakan tersebut meliputi:

1. Menutup mata dengan rapat
2. Membuka mata dengan kuat
3. mata digerakkan dengan kuat ke kanan bawah
4. mata digerakkan dengan kuat ke kiri bawah
5. memutar bola mata searah dengan jarum jam
6. memutar bola mata berlawanan arah jarum jam
7. Bergumam dengan berirama selama ± 3 detik
8. menghitung 1,2,3,4,5
9. bergumam lagi selama ± 3 detik

Setelah menyelesaikan sembilan *gamut procedure*, langkah terakhir adalah *mengulang* lagi *tapping* dari titik pertama sampai titik ke tujuh belas, yaitu *karate chop*. Dan diakhiri dengan mengambil nafas panjang secara perlahan-lahan dan menghembuskan disertai dengan ucapan rasa syukur, misalnya “Alhamdulillah...” atau “Terima kasih tuhan....”.

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Mulia Hakam
Tempat, tanggal lahir : Surabaya, 19 Maret 1981
Jenis kelamin : Laki-laki
Pekerjaan : Dosen Tetap
Alamat Rumah : Jl. Kusuma Bangsa Pulo Tawang Sari Gg I/20 Jombang,
Jawa Timur
Alamat Institusi : Jl. Dr. Soetomo no 75-77 Jombang, Jawa Timur
Telp/Fax (0321) 870214

Riwayat Pendidikan :

1. Sekolah Dasar Negeri Pulo Lor I, Jombang. Tahun 1987 -1993
2. Madrasah Tsanawiyah. Assalaam, Surakarta. Tahun 1993 -1996
3. Sekolah Menengah Umum Assalaam, Surakarta. Tahun 1996 -1999
4. Akademi Keperawatan Pemkab Jombang, tahun 1999 -2002
5. Sarjana Keperawatan Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya, tahun 2004 -2006
6. Pendidikan Ners Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya, tahun 2006 -2007

Riwayat Pekerjaan :

1. Staf Pengajar Prodi SI Ilmu Keperawatan STIKES Istan Unggul Surabaya mulai Mei – Juni 2007
2. Staf Pengajar Prodi SI Ilmu Keperawatan di STIKES Pemkab Jombang mulai Agustus 2007 – Sekarang