



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN KETIDAKNYAMAN: NYERI DAN MALODOUR
DENGAN TINGKAT STRES PADA PASIEN KANKER
PAYUDARA DI RSKD JAKARTA DAN RSAM
BANDAR LAMPUNG**

TESIS

**M Irhas Said
1006748665**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
DEPOK
JULI, 2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN KETIDAKNYAMAN: NYERI DAN MALODOUR
DENGAN TINGKAT STRES PADA PASIEN KANKER
PAYUDARA DI RSKD JAKARTA DAN RSAM
BANDAR LAMPUNG**

TESIS

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar
Magister Ilmu Keperawatan**

**M Irhas Said
1006748665**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
DEPOK
JULI, 2012**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
Dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : M. Irhas Said

NPM : 1006748665

Tanda Tangan : 

Tanggal : 13 Juli 2012


HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : M.Irhas Said
NPM : 1006748665
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Jusul Tesis : Hubungan Bentuk Ketidaknyamanan: Nyeri Dan
Malodour Dengan Tingkat Stres Pada Paisein
Kanker Payudara Di RSKD Jakarta Dan RSAM
Bandar Lampung

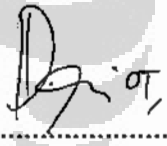
Telah dipertahankan dihadapan Dewan Penguji dan merupakan bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Magister Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

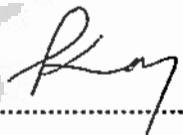
Pembimbing I : Agung Waluyo, S.Kp., M.Sc, Ph.D

()


Pembimbing II: Dewi Gayatri, S.Kp, M, Kes

()

Penguji: I Made Kariasa, S.Kp., MM., M, Kep., Sp. KMB

()

Penguji : Riri Maria, S. Kp., MANP

()

Ditetapkan di : Depok
Tanggal : 13 Juli 2012

M Irhas Said

**Program Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia**

**Hubungan Ketidaknyaman: Nyeri Dan Malodour Dengan Tingkat Stres
Pada Pasien Kanker Payudara Di RSKD Jakarta dan RSAM
Bandar Lampung**

ABSTRAK

Nyeri dan luka merupakan masalah yang sering di alami pasien kanker payudara, dimana luka ini menimbulkan malodour sehingga menurunkan kualitas hidup pasien. Tujuan penelitian untuk mengetahui hubungan nyeri dan malodour dengan stress pada pasien kanker payudara. Desain penelitian ini study *cross-sectional* dengan sampel 92 pasien, diambil di RSKD Jakarta dan RSAM Bandar Lampung. Hasil penelitian menyimpulkan bahwa nyeri, malodour, jenis analgetik dan jenis balutan merupakan faktor yang berhubungan dengan stres. Malodour akan beresiko menyebabkan stres tinggi pada individu yang mengalami luka kanker sebesar 3.2 kali dari pada yang merasakan kurang bau (95% CI OR 1.04, 9.8) setelah dikontrol oleh jenis balutan. Penelitian ini merekomendasikan pentingnya pengkajian aspek psikososial pada pasien dengan luka kanker.

Kata kunci : Nyeri, malodour, stress, kanker payudara, bau.

Daftar Pustaka : 53 (2002 -2011)

Said M Irhas
Master Program in Nursing Science, University of Indonesia Faculty of
Nursing
Relationships discomfort: Pain And Stress Malodour Rate In Patients With
Breast Cancer In RSKD Jakarta and Bandar Lampung RSAM

ABSTRACT

Pain and wound are the common problems in breast cancer patients, the wound would cause malodour that the effect on poor quality of life. This research aimed to identify the correlation of pain and malodour related to stress in breast cancer patient. The research design used cross sectional study with 92 samples that recruiting in RSKD Jakarta and RSAM Lampung. The conclusion of the research were pain, malodour, analgesic type and dressing type that was causing factor related to higher stress for person who had wound cancer 3.2 times more than who felt less scent (95% CI OR; 1,04;9.8) after controlled by dressing type. The research recommended the important of the aspect psychology assesment to person with wound care.

Key words: pain, malodour, stress, breast cancer, the smell.

Bibliography: 53 (2002 -2011)

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti panjatkan ke hadirat Allah SWT, yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga peneliti dapat menyusun karya ilmiah ini sebagai syarat menyelesaikan pendidikan di Program Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Medikal Bedah Universitas Indonesia.

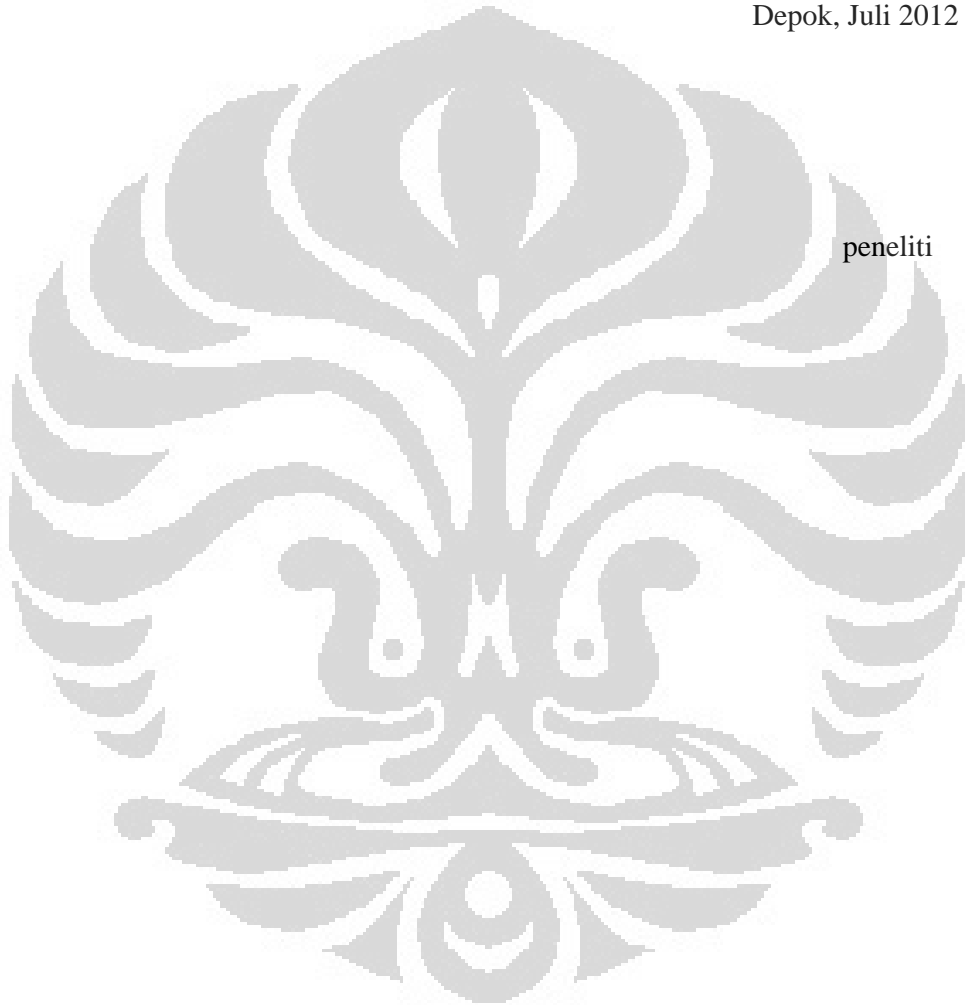
Selama proses penyusunan tesis, peneliti mendapatkan dukungan dan bantuan dari berbagai pihak. Peneliti pada kesempatan ini mengucapkan terimakasih dan rasa hormat kepada:

1. Dewi Irawaty, M.A., Ph. D., sebagai Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Agung Waluyo., M.Sc., Ph. D., sebagai pembimbing I yang telah memberikan ide, memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam penyusunan tesis.
3. Dewi Gayatri., S.Kp., M. Kes sebagai pembimbing II yang telah memberikan ide, memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam penyusunan tesis.
4. Astuti Yuni Nursasi., S.Kp., MN Selaku koordinator mata ajar tesis yang telah memberikan pengarahan tentang penyusunan tesis.
5. Keluarga yang selalu memberikan dukungan dalam penyusunan tesis ini (Almarhum ayahanda M. Said, ibunda Sri Rahayu, istri tercinta arie kusumaningrum, kakanda Sandi Ihwanto, ayunda Ida Yusanti, ayunda Indri Mulyani, ayunda Ria Henita, ayunda Iwik Hidayati, ayunda Siti Hotijah, adinda M Holid Said).
6. Rekan-rekan satu angkatan yang telah memberikan dukungan dan motivasi dalam penyusunan tesis ini.
7. Semua pihak yang terlibat dalam penulisan tesis, yang tanpa mengurangi rasa hormat tidak dapat peneliti sebutkan satu persatu.

Semoga amal kebaikan yang telah diberikan, senantiasa mendapatkan pahala dari Allah, SWT. Selanjutnya demi kesempurnaan proposal tesis ini, peneliti mengharapkan ,masukan, saran, dan kritik yang bersifat membangun. Akhirnya peneliti berharap, semoga penelitian ini dapat memberikan manfaat bagi perkembangan Keperawatan Medikal Bedah di Indonesia, khususnya dalam perawatan kanker payudara.

Depok, Juli 2012

peneliti



**HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIK**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : M. Irhas Said
NPM : 1006748665
Program Studi : Program Studi Ilmu Keperawatan
Kekhususan : Keperawatan Medikal Bedah
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Non Eksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

**HUBUNGAN KETIDAKNYAMANAN: NYERI DAN MALODOUR
DENGAN TINGKAT STRES PADA PASIEN KANKER PAYUDARA DI
RSKD JAKARTA DAN RSAM BANDAR LAMPUNG**

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmediakan/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*data base*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikianlah pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di: Depok
Pada tanggal : 13 Juli 2012
Yang menyatakan


(M. IRHAS SAID)

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISM	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
ABSTRAK	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR SKEMA	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
BAB I PENDAHULUAN	xii
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	10
1.3 Tujuan.....	10
1.4 Manfaat Penelitian	11
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Penyakit Kanker	13
2.2 Kanker Payudara	14
2.3 Nyeri	22
2.4 Luka Kanker	38
2.5 Malodour	45
2.6 Psikologis Pada Pasien Kanker	49
2.7 Aplikasi Konsep Teori Kenyamanan Katherine Kolcaba	59
2.8 Peran Perawat Spesialis Medikal Bedah	60

BAB III KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI

OPERASIONAL

3.1 Kerangka Konsep	63
3.2 Hipotesis.....	65
3.3 Definisi Operasional	66

BAB IV METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian	68
4.2 Populasi dan Sampel	68
4.3 Tempat Penelitian	69
4.4 Waktu penelitian	70
4.5 Etika Penelitian	70
4.6 Alat Pengumpulan Data	71
4.7 Prosedur Pengumpulan Data	71
4.8 Validitas dan Realibilitas Instrumen	72
4.9 Pengolahan Data	72
4.10 Analisis data	74

BAB V HASIL PENELITIAN

5.1 Hasil Analisis Univariat.....	78
5.2 Analisis Bivariat	83
5.3 Analisis Multivariat	89

BAB VI PEMBAHASAN

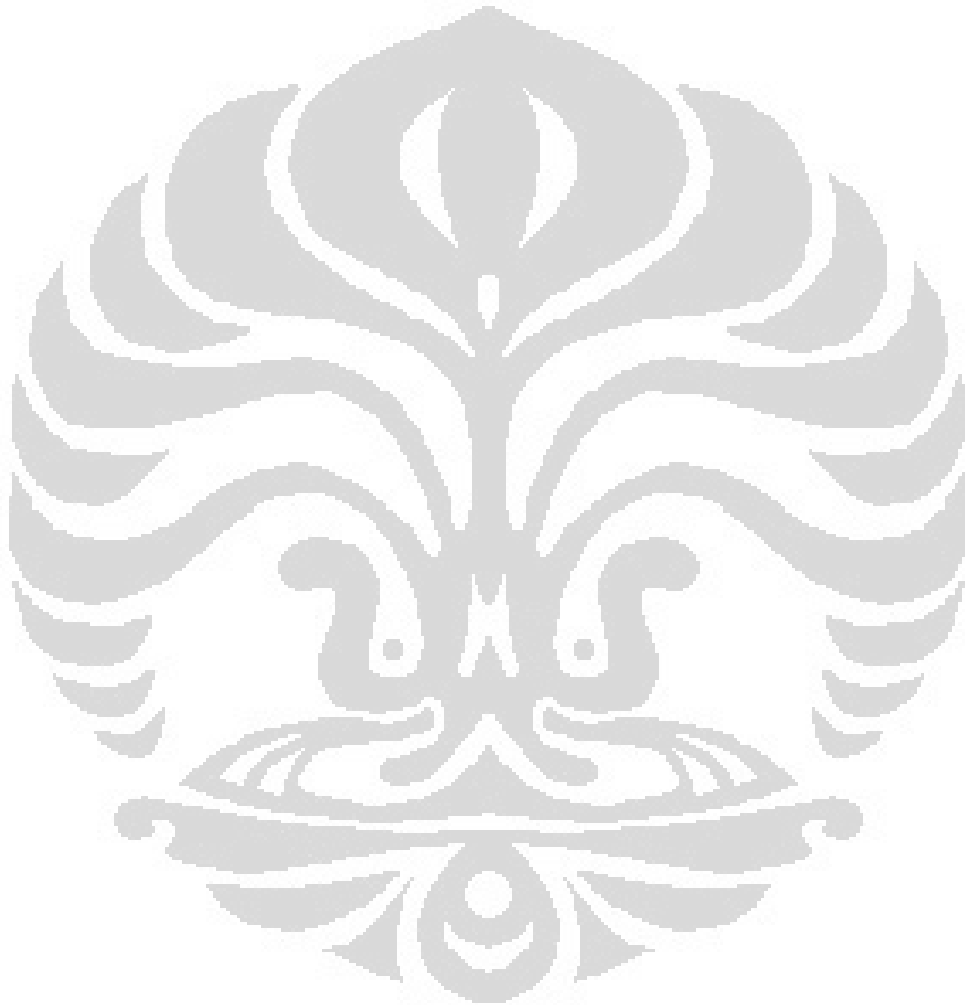
6.1 Interpretasi dan Diskusi Hasil.....	92
6.2 Keterbatasan Hasil Penelitian.....	102
6.3 Implikasi Hasil Penelitian	103

BAB VII SIMPULAN DAN SARAN

7.1 Simpulan	104
7.2 Saran	105

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN



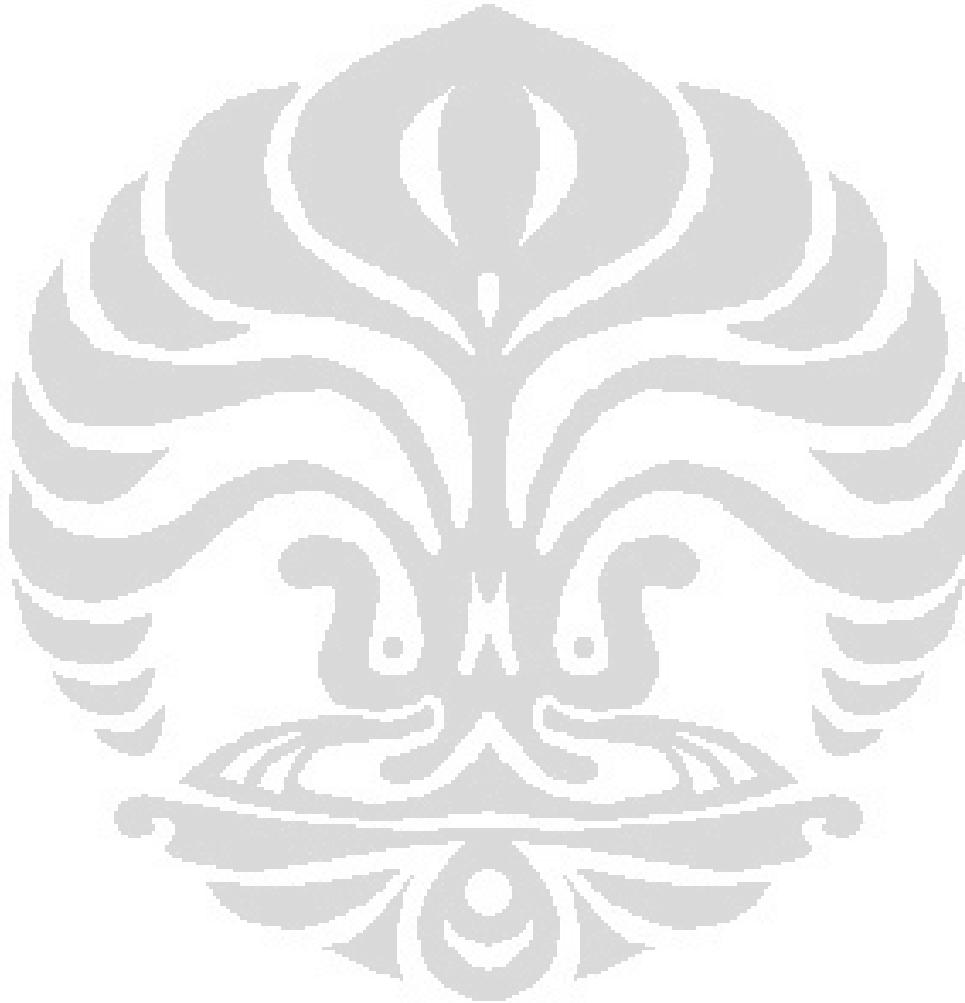
DAFTAR TABEL

		Hal
1.	Tabel. 2.1	Penilaian Malodor Pada Luka 49
2.	Tabel. 2.2	Penilaian Stres 57
3.	Tabel.3.1	Definisi Operasional Variabel Penelitian 66
4.	Tabel 4.3	Analisis Bivariat..... 77
5.	Tabel 5.1	Distribusi Pasien Kanker Payudara Berdasarkan Usia Di RSKD Jakarta dan RSUAM Bandar Lampung Mei- juni 2012..... 78
6.	Tabel 5.2	Proporsi Pasien Kanker Payudara Berdasarkan Suku di Rumah Sakit Kanker Dharmais Jakarta dan RSUAM Bandar Lampung Mei- Juni 2012..... 79
6.	Tabel 5.3	Proporsi Pasien Kanker Payudara Berdasarkan Karakteristik Responden di RSKD Jakarta dan RSUAM Bandar Lampung Mei- juni 2012..... 80
7.	Tabel 5.4	Nilai Rerata Nyeri Pasien Kanker Payudara Berdasarkan tingkat Nyeri di Rumah Sakit Kanker Dharmais Jakarta dan RSUAM Bandar Lampung Mei- Juni 2012. 81
8.	Tabel 5.5	Proporsi Pasien Kanker Payudara Berdasarkan Nyeri di RSKD Jakarta dan RSUAM Bandar Lampung Mei- juni 2012..... 82
9.	Tabel 5.6	Distribusi Pasien Kanker Payudara Berdasarkan Malodour dan stres di RSKD Jakarta dan RSUAM Bandar Lampung Mei- juni 2012..... 82
10.	Tabel 5.7	Proporsi Pasien Kanker Payudara Berdasarkan Tingkat Stres di Rumah Sakit Kanker Dharmais Jakarta dan RSUAM Bandar Lampung Mei- Juni 2012..... 83
11	Tabel 5.8	Analisis Hubungan Karakteristik Responden dengan Stres di Rumah Sakit Kanker Dharmais Jakarta dan RSUAM Bandar Lampung Mei- Juni 2012..... 84
12	Tabel 5.9	Analisis Hubungan Usia dengan stres di Rumah Sakit 85

		Kanker Dharmais Jakarta dan RSUAM Bandar Lampung Mei- Juni 2012.....	
13	Tabel 5.10	Analisis Hubungan Nyeri dengan Tingkat Stress di RSKD Jakarta dan RSUAM Bandar Lampung Mei- juni 2012.....	86
14	Tabel 5.11	Analisis Hubungan Malodour Dengan Tingkat Stress di RSKD Jakarta dan RSUAM Bandar Lampung Mei- juni 2012.....	88
15	Tabel 5.12	Hasil seleksi bivariat Variabel Karakteristik responden, Nyeri dan Malodour dengan Tingkat Stress di RSKD Jakarta dan RSUAM Bandar Lampung Mei- juni 2012.....	89
16	Tabel 5.13	Hasil Pemodelan multivariate.....	90
17	Tabel 5.14	Perubahan nilai OR setelah variabel suku dikeluarkan dari pemodelan.....	90
18	Tabel 5.15	Pemodelan Terakhir Analisa Multivariat Hubungan Nyeri dan Malodour dengan Tingkat Stress di RSKD Jakarta dan RSUAM Bandar Lampung Mei- juni 2012.....	91

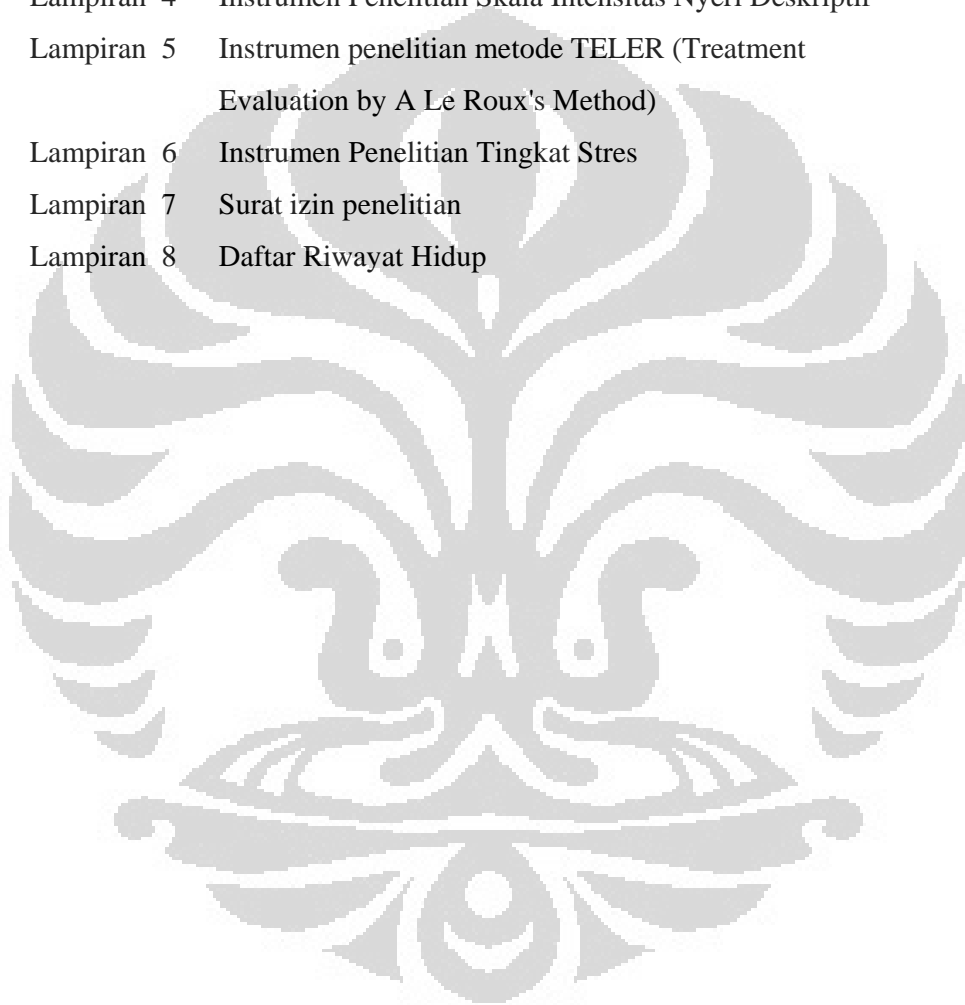
DAFTAR SKEMA

		Hal
1.	Skema 2.1 Kerangka Teori	75
2.	Skema.3.1 Kerangka Konsep Penelitian	77



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Surat Pengantar untuk Responden
- Lampiran 2 Lembar Persetujuan Responden
- Lampiran 3 Jadwal Kegiatan Penelitian
- Lampiran 4 Instrumen Penelitian Skala Intensitas Nyeri Deskriptif
- Lampiran 5 Instrumen penelitian metode TELER (Treatment Evaluation by A Le Roux's Method)
- Lampiran 6 Instrumen Penelitian Tingkat Stres
- Lampiran 7 Surat izin penelitian
- Lampiran 8 Daftar Riwayat Hidup



BAB I

PENDAHULUAN

Pada bab ini membahas mengenai latar belakang, rumusan masalah, tujuan penelitian, dan manfaat penelitian.

1.1. Latar Belakang

Organisasi Kesehatan Dunia atau dikenal dengan (WHO) memperkirakan sekitar 9 juta kasus kanker baru bertambah setiap tahunnya. Sedangkan penghitungan statistik dari Burdon Global Kanker /GLOBOCAN (2008) menunjukkan pada tahun 2008 akan muncul kasusu kanker baru sekitar 12,7 juta dan 7,6 juta dari angka tersebut akan mengalami kematian akibat dari penyakit kanker yang terjadi di negara berkembang (Rana, et al 2011).

American Cancer Society (ACS) telah memperkirakan sekitar 1.399.790 muncul kasus kanker baru yang telah didiagnosis pada tahun 2006 di Negara Amerika dan ekitar 1500 orang meninggal karena penyakit kanker setiap harinya (Iemone & burke, 2008). Bila di dibandingkan dengan Negara di Cina pada dasa warsa 70 an, kanker menunjukkan angka kematian ke-3 dan estimasi saat ini terdapat sekitar 1,6 juta penderita kanker baru setiap tahunnya, sedangkan yang meninggal akibat kanker 1,3 juta orang setiap tahunnya yang di perkirakan setiap 5 orang yang meninggal, 1 orangnya dikarenakan akibat penyakit kanker (Desen, 2008).

Menurut Depkes di Indonesia lebih kurang enam persen dari penduduk Indonesia atau sekitar 13,2 juta jiwa penduduk Indonesia menderita kanker. Penyakit kanker ini merupakan peringkat ke 5 penyebab kematian setelah penyakit jantung, stroke, saluran nafas dan diare (Depkes RI, 2006). Dan bila kita tinjau kasus kanker di RSCM pada tahun 2007 berjumlah 1.039 jiwa (Hilman, 2009)

Di Indonesia penyakit yang angkanya meningkat dari tahun ke tahun salah satunya adalah penyakit kanker. Hal ini dapat dilihat pada angka statisitik

yang terdapat di rumah sakit Dharmais yang pada tahun 2004 berjumlah 838 pasien dan pada tahun 2007 telah meningkat yang berjumlah 1296 pasien. Dari angka-angka tersebut kanker payudara menduduki peringkat pertama setiap tahunnya.

Proses penyakit kanker diawali saat sel abnormal diubah oleh mutasi genetik dari deoksiribonucleat acid (DNA). Sel-sel abnormal ini akan membentuk klon dan berproliferasi secara abnormal dalam beberapa tahapan untuk mendapatkan ciri-ciri invasif sehingga terjadi perubahan sel di sekitar jaringan tersebut. Ciri-ciri invasive tersebut akan menginfiltrasi jaringan sekitarnya dan akan memperoleh akses atau jalan ke limfe dan pembuluh darah, melalui akses tersebut sel kanker bermetastases pada bagian tubuh lainnya (Smeltzer, Bare, Hinkle, Cheever, 2008).

Menurut Lemone Dan Burke (2008) Penyakit kanker merupakan penyakit yang sangat kompleks yang memiliki berbagai macam manifestasi klinik yang ditimbulkan, dan ini tergantung pada sistem tubuh yang terkena serta tipe dari tumor tersebut. Penyakit ini dapat menyerang siapa saja dari usia, jenis kelamin, dan wilayah geografis tempat tinggal.

Di India dari 20-25 ribu akan muncul kasus kanker baru dan ini akan bertambah setiap tahunnya. Dari angka diatas 60-80% pasien mengalami nyeri dalam kondisi stadium lanjut dan sekitar 60% pasien membutuhkan pereda rasa sakit dan perawatan paliatif, tetapi pada kenyataannya hanya 28% dari pasien-pasien tersebut mendapatkan perawatan paliatif dan pereda nyeri (Rana, et al 2011).

Pengobatan kanker yang umumnya dilakukan diantaranya kemoterapi, radioterapi, terapi laser, terapi intervensi invasive minimal tumor, terapi biologis, terapi hipertermia dan terapi psikologis. Pada terapi operasi dan radioterapi hanya bersifat lokal dan merupakan terapi kuratif pada kanker. Namun bila timbul residif lokal, diseminasi dan metastasis yang jauh, operasi dan radioterapi sering sulit mengendalikannya. Terapi biologis yang merupakan terapi sistemik sangat prospektif, namun efektivitasnya saat ini

masih kurang sehingga terapi ini belum dapat dipakai luas secara klinis. Berbeda halnya dengan terapi kemoterapi pada kanker stadium lanjut, kemoterapi satu-satunya pilihan metode terapi efektif dan telah dikenal sejak pada perang dunia ke dua.

Pada terapi psikologis merupakan terapi psikoterapi yang sangat penting, yang metode ini memiliki beberapa jenis dan cara. Metode psikoterapi terdiri dari: terapi kognitif, terapi perilaku, terapi emotif rasional, hipnoterapi, terapi sugestif, terapi keluarga, dan terapi penggalan. Pemilihan terapi yang sesuai dengan pasien tergantung pada jenis penyakit dan derajat keparahan, ciri kepribadian, tingkat pendidikan, pekerjaan, pengalaman hidup, serta pengetahuan tentang kesehatan. sehingga belum ada suatu metode psikoterapi yang memiliki efektivitas khusus untuk masalah psikis tertentu.

Terapi hipertermia merupakan suatu metode terapi menggunakan cara fisika dengan menaikkan suhu jaringan hingga ke tingkat yang dapat mematikan sel tumor. Kombinasi pada terapi hipertermia dengan radioterapi dan/atau kemoterapi menunjukkan efek sinergis dan sensitisasi. Mekanisme biologis pada terapi hipertermia yaitu dengan merusak membran sel, menghambat sintesis RNA, DNA dan protein, meningkatkan aktivasi lisosom sel, memacu destruksi sel, dan mempengaruhi sistem imun.

Terapi lainnya yaitu terapi laser yang dapat menimbulkan efek panas, tekanan dan biokimia dan reaksi lainnya. Terapi bedah laser memiliki laser dengan panjang gelombang dan pengendalian laser dengan densitas energi yang berbeda-beda. Terapi ini menggunakan efek panas dan tekanannya untuk melakukan insisi, vaporisasi dan koagulasi jaringan kanker atau tumor.

WHO memiliki strategi dalam penanganan kanker dengan menekankan pada empat hal yaitu pencegahan, diagnosis dini, terapi radikal dan terapi paliatif. Selain itu pula WHO memprioritaskan nyeri kanker sebagai prioritas utama untuk ditangani lebih dulu. Menurut WHO penderita kanker di seluruh dunia 30 – 50 % mengalami nyeri yang bervariasi. Sedangkan survey di Republik Rakyat Cina (RRC) menunjukkan 51-61,6 % penderita kanker dengan berbagai

stadium menderita berbagai derajat nyeri. Oleh karena itu nyeri kanker merupakan masalah umum yang terjadi di dunia (Desen, 2008). Namun menurut Jee Yun (2008) Prevalensi nyeri kanker di Korea pada tahun 2006 adalah 44,9%. Rata-rata intensitas nyeri kanker berkurang menjadi 3,1 dari 3,6 pada tahun 2001. Sehingga perlu suatu penanganan nyeri kanker yang lebih spesifik pula. Tetapi 37% dari pasien dengan nyeri kanker tidak menggunakan analgesik. Namun, proporsi pasien dengan nyeri berat yang tidak menggunakan analgesik menurun hingga 8,5-6,6% (Jee Yun, 2008).

Hasil konferensi WHO tahun 1982 yang diikuti oleh Komite Pakar Terapi Nyeri Kanker menghasilkan kesepakatan tentang pemahaman tentang nyeri kanker dan penggunaan obat analgesik yang sebagian mampu membebaskan pasien kanker dari rasa nyeri. Konferensi itu menetapkan formula terapi nyeri tentang pemahaman tentang nyeri kanker dan penggunaan obat analgesik yang sebagian mampu membebaskan pasien kanker dari rasa nyeri. Konferensi itu menetapkan formula terapi nyeri kanker terdiri tiga tahap WHO dan menetapkan pada tahun 2000 sebagai sasaran "pasien kanker bebas nyeri". Dan sejak saat itu pula terapi nyeri kanker tiga tahap menjadi metode dasar dalam terapi nyeri kanker dan WHO mensosialisasikan hasil konferensi tersebut ke seluruh dunia. Namun kenyataan yang ada, sampai saat ini masih terdapat 50% lebih pasien menderita nyeri yang belum teratasi secara tuntas. Kendala ini menurut WHO disebabkan karena adanya hambatan yang berkaitan dengan tenaga medis, hambatan yang berkaitan dengan pasien dan keluarga serta hambatan yang berkaitan dengan sistem pelayanan kesehatan (Desen, 2008).

Menurut Jee Yun (2008), manajemen nyeri kanker di Korea kurang mendapatkan perhatian yang relatif sedikit sampai pada akhir tahun 1990-an, dimana sekitar 100.000 kasus kanker baru dan 60.000 kematian akibat kanker terjadi setiap tahunnya di Korea. Rata-rata tingkat kelangsungan hidup selama 5 tahun dari semua kasus kanker yang telah didiagnosis antara tahun 1993 - 1997 adalah 41,7% yang telah meningkat menjadi 46,3% pada tahun 1998-2002. Sekarang sekitar 50% dari pasien kanker 5 tahun dapat

hidup lebih lama di Korea. Namun, tingkat kematian kanker terus-menerus meningkat yang kini melebihi 60.000 kasus kanker pada tahun 2006, meskipun tingkat kematian telah menurun sejak tahun 2002.

Sebuah survei nasional terhadap nyeri kanker pada tahun 2001 mencakup 7.565 pasien dari 72 pelayanan kesehatan di Korea. Prevalensi nyeri kanker adalah 52,1% dan 4,6% dari pasien yang tidak mengalami nyeri namun mendapatkan terapi nyeri. Dimana sekitar 50% pasien yang telah di diagnosis kanker paru-paru, lambung, kolorektal dan kanker payudara. Survei ini menjelaskan intensitas nyeri kanker berdasarkan Numeric Rating Scale (NRS) umumnya berkisar skor 1 sampai 3 (49,7%) dan skor 4 sampai 6 (27,8%). Anehnya, 15,3% memiliki rasa sakit dengan skor antara 7 dan 10. Ini disebabkan akibat, hanya sepertiga dari pasien merasa puas dan mampu mengontrol rasa sakitnya, sementara dua pertiga dari pasien menunjukkan rasa sakit yang muncul tidak mampu dikendalikan. Selain itu pula, sekitar sepertiga dari pasien dengan nyeri kanker tidak mendapatkan beberapa jenis analgetik, meskipun 30% dari mereka memiliki nyeri sedang sampai berat (jee yun, 2008).

Kebijakan di Indonesia terhadap penyakit kanker menurut Menkes RI dr. Endang Rahayu Sedyaningsih, MPH, Dr.PH, pada acara peringatan Hari Kanker Sedunia di Istana Negara (22/2) penyakit kanker dititik-beratkan pada upaya promotif-preventif, yaitu peningkatan perilaku hidup sehat, seperti : tidak merokok, tidak mengonsumsi alkohol, banyak mengonsumsi sayur, buah, serta melakukan aktifitas fisik dengan benar dan teratur. Kebijakan ini dilaksanakan melalui promosi Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS).

Pusat Komunikasi Publik Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan RI menyatakan di Indonesia kementerian kesehatan telah menggulirkan dana melalui program jamkesmas yang pada tahun 2010 telah mengeluarkan dana sebesar lebih dari Rp 143 milyar untuk rawat inap penderita kanker di kelas-3 rumah sakit. Menurut data dari PT Askes tahun 2010 menunjukkan pengobatan kanker menempati urutan ke-4 dalam penyerapan anggaran. Pada tahun 2011 terjadi peningkatan dalam pembiayaan kanker melalui program

jamkesmas sebesar 8%. Dari pembiayaan tersebut jenis kanker payudara yang paling mendominasi (30%) selanjutnya kanker serviks (24%).

Nyeri kanker bersifat multifaktorial dan kompleks. Dampak dari nyeri kanker adalah dapat merusak yang dapat meningkatkan morbiditas dan kualitas hidup yang buruk, jika tidak diatasi dengan baik. Manajemen nyeri kanker merupakan tugas yang menantang baik karena proses penyakitnya serta konsekuensi efek samping yang muncul dari pengobatan kanker. Optimasi analgesik dengan opioid oral, analgesik adjuvan, dan teknik manajemen nyeri lainnya merupakan kunci sukses untuk nyeri kanker (Rana, et al 2011).

Untuk meningkatkan kualitas hidup pada pasien kanker, pengobatan nyeri kanker yang efektif memerlukan pendekatan secara holistik dengan pengkajian waktu yang tepat, pengkajian nyeri, patofisiologi yang menyebabkan rasa sakit, dan pemahaman tentang obat-obatan untuk menghilangkan rasa sakit dengan pemberian waktu yang tepat. Selain itu pula, evaluasi terhadap komponen psikososial dan mental dengan komunikasi yang baik itu juga diperlukan. Hambatan untuk manajemen nyeri kanker harus diatasi dengan pendekatan interdisipliner yang bertujuan untuk memberikan analgesia yang memadai dengan efek samping yang minimal. Pengelolaan terhadap nyeri kanker tidak hanya terdiri dari komponen fisik saja tetapi juga komponen psikososial dan mental dan kebutuhan sosial pasien lainnya (Rana, et al 2011).

Menurut Rana, et all (2011) pada 20-30% kasus pasien kanker, nyeri akan hadir pada tahapan awal penyakit dan mencapai pada angka 70-80% dalam stadium lanjut. Meskipun sebagian besar pasien nyeri kanker telah mendapatkan opioid yang memadai, namun sebagian kecil pasien yang diobati dengan morfin oral (10-30%) tidak menunjukkan hasil yang memuaskan dikarenakan efek samping yang muncul secara berlebihan, dari analgetik yang tidak memadai atau pun kombinasi keduanya. Hal ini sangat penting karena nyeri kanker akan mempengaruhi komponen fisik, sosial, dan spiritual jika tidak diobati dengan baik.

Menurut Dena (2009) intensitas nyeri yang tinggi pada pasien yang mengalami kanker paru umumnya dapat menyebabkan gejala depresi. Hal ini dapat pula berkontribusi pada faktor psikologis yang dapat mempengaruhi pengalaman nyeri pasien. Untuk itu perlu disesuaikan perawatan yang memenuhi kebutuhan pasien kanker khususnya psikososial sehingga menghasilkan manajemen nyeri yang lebih baik dan lebih fungsional.

Nyeri kanker memiliki efek psikologis yang merugikan terhadap pasien (Dena et al, 2009). Zaza dan Baine telah melakukan tinjauan secara sistematis, di mana mereka menemukan hubungan yang kuat antara nyeri kanker dan tekanan psikologis, ini diwujudkan sebagai gangguan suasana hati, kecemasan, dan depresi. Memburuknya nyeri menyebabkan tekanan psikologis meningkat, dan efek ini telah terbukti di seluruh spektrum penyakit kanker. Sehingga faktor psikologis cenderung dipandang sebagai kepentingan sekunder.

Bukti substansial menunjukkan faktor psikologis memainkan peran penting dalam modulasi pasien nyeri kanker. Penyakit kanker dan pengobatannya dapat mempengaruhi fisik dan psikososial yang umumnya beresiko menimbulkan depresi selama pengobatan kanker dan mungkin juga terkait dengan gangguan disfungsi tidur dan kelelahan. Hal ini terbukti dengan ada hubungan yang signifikan antara faktor psikologis (depresi) dengan kecemasan pada pasien kanker. Dan ini telah dipaparkan dalam sebuah penelitian terhadap nyeri kanker yang berkaitan dengan peningkatan intensitas nyeri, kecemasan, dan depresi (Dena et al, 2009).

Secara psikologis yang dialami oleh pasien kanker akan terus, penderitaan psikologis ini mencakup penderitaan dengan gejala yang sedikit berat seperti kesedihan terhadap penyakitnya, menurunnya kesehatan, rentan terhadap penyakit lainnya dan kecemasan terhadap pengobatan kanker selanjutnya. Sedangkan gejala yang sering muncul seperti panik, putus asa, isolasi dan krisis spiritual (Strayer & Schub, 2011). Hal ini pun akan berimbas pada tekanan psikologis jikalau pasien dengan penyakit kanker mengalami kecacatan yang berlanjut.

Menurut Hong et al (2005) kecemasan pada pasien kanker dapat memiliki efek langsung terhadap rasa nyeri baik terhadap yang akan menjalani pembedahan. Serta yang telah menjalani pembedahan kanker (Sjoling et al 2003). Efek samping lainnya klien akan mengalami perubahan fisiologis tubuh berupa perubahan pada tanda-tanda vital seperti peningkatan tekanan darah, mudah berkeringat serta vasokonstriksi perifer. Efek yang lebih tampak adanya peningkatan kebutuhan anestesi berupa analgesia atau sedasi untuk menghilangkan nyeri kanker. Dan efek lainnya mempengaruhi daya tahan tubuh pasien dan akan memperpanjang penyembuhan luka (Kiecolt & Glaser et al, 1998).

Jenis luka kronik pada luka kanker ini umumnya akan berpengaruh pada kualitas hidup si pasien. Kualitas hidup di definisikan sebagai suatu pertimbangan nilai yang didasarkan pada evaluasi seseorang terhadap aspek fisik, psikologis, spritual dan aspek sosial. Dari aspek fisik, psikoogis, spritual dan aspek sosial. Dari aspek fisik dimana si pasien akan mengalami gangguan aktivitas sehari-hari, seperti tidak bisa bekerja, memenuhi kebutuhan sehari-hari seperti mandi lain yang harus dibantu oleh orang lain. Secara psikologi pasien yang mengalami luka kronik kecenderungan untuk menarik diri dari lingkungan, karena akibat lukanya yang bau. Secara sosial dan ekonomis, biaya pengobatan luka kronik lebih mahal dari pada biaya pencegahannya, selain itu lama hari rawat akan semakin panjang dan tentunya biaya perawatan akan semakin mahal (Suriyadi, 2007).

Menurut Thomas et al (1998), kanker payudara yang metastatik sangat berhubungan dengan bau yang tidak menyenangkan (malodour) beliau menjelaskan bahawa ini terjadi oleh karena proses proliferasi bakteri yang terisolasi yang mengalami anaerob, seperti *Bacteroides* dan *Clostridium* spp dan Aerobik bakteri termasuk *Proteus* spp, *Klebsiella* spp. dan *Pseudomonas* spp pada luka biasanya dikaitkan dengan busuk atau bau buah-buahan, sedangkan kehadiran *Staphylococcus* spp. Mungkin dikaitkan dengan bau yang lebih purulen. Bau ini terkait jaringan nekrotik mungkin merupakan bau

yang dihasilkan dari jaringan atau bakteri anaerob dalam jaringan yang mengalami nekrotik.

Van Toller (1992) telah menggambarkan psikologis pasien akibat konsekuensi yang timbul dari malodour yang diproduksi oleh luka dan menyimpulkan efek malodour adalah sangat terlihat dalam perilaku sosial manusia seperti menarik diri, depresi, apatis dan kengganannya dalam interaksi sosial. Hal ini dibenarkan oleh suatu pernyataan bau dapat menyebabkan rasa tertekan atau malu terhadap dirinya dan kerabatnya (Grocott, 1997; Thomas et al, 1998; Bowler et al, 1999; Bird, 2000).

Sedangkan menurut Naylor (2002) masalah psikologis dihadapi oleh pasien dengan luka ganas sebagai pada perubahan citra tubuh dengan munculnya penolakan, depresi, malu, takut akan kesalahan, kurangnya harga diri dan masalah dengan ekspresi seksual serta muak atau jijik dan malu.

Young (2005) menjelaskan efek dari malodour disebabkan oleh fungating luka yang mempengaruhi pada citra tubuh pasien dan kualitas hidup. Dia juga menjelaskan pasien dengan luka malodour sering mengalami kecemasan tentang apakah orang lain dapat mencium bau mereka, dan juga malodour dapat mencegah keintiman dengan pasangan dan pasien sering mengisolasi diri dari orang lain. Namun menurut Wiliam (2001) berkurang bau terhadap luka atau hilang akan meningkatkan kualitas hidup pasien.

Rumah Sakit Kanker Darmas merupakan rumah sakit yang sesuai untuk dilakukan penelitian karena prioritas utama pelayanan pada rumah sakit ini menitik beratkan pada pasien kanker. Rumah sakit ini merupakan rumah sakit rujukan nasional pada pasien kanker di Indonesia untuk mendapatkan pengobatan dan perawatan di seluruh Indonesia. Menurut catatan rekam medik pada tahun 2000 kanker servix merupakan kanker terbanyak di rumah sakit ini (Popy, 2004). Namun pada tahun 2007 kanker payudara menunjukkan peringkat terbanyak yaitu 437 dan kanker servix 264 dilanjutkan dengan kanker paru dan nasofaring serta kanker-kanker lainnya. Sedangkan RSUAM Bandar Lampung yang merupakan rumah sakit rujukan di Propinsi Lampung

dan juga sebagai tempat wilayah kerja peneliti, banyak sekali peneliti melihat kasus kanker khususnya kanker payudara. Berdasarkan fenomena yang ada serta pengamatan peneliti perlu dilakukan suatu penelitian yang terkait dengan penyakit kanker salah satunya keterkaitan hubungan ketidaknyamanan: nyeri dan malodour dengan tingkat stres pada pasien kanker payudara.

1.2. Rumusan Masalah

Di Rumah Sakit Darmais pada tahun 2007 tercatat 437 pasien kanker payudara yang menduduki peringkat pertama selama 4 tahun berturut turut dari tahun 2004 hingga 2007. Gejala yang umumnya sering muncul pada pasien kanker payudara berupa nyeri dan luka. Nyeri dan luka akan mempengaruhi secara fisik dan psikologis. Pada fisik efek yang ditimbulkan adanya perubahan fisiologis tubuh berupa perubahan pada tanda-tanda vital seperti peningkatan tekanan darah, mudah berkeringat serta vasokonstriksi perifer serta mempengaruhi daya tahan tubuh pasien dan akan memperpanjang penyembuhan luka. Efek psikologis yang ditimbulkan oleh nyeri kanker dan malodour sangat mempengaruhi kualitas hidup pasien dikarenakan lamanya luka berefek pada timbulnya malodour. Berbagai penelitian telah memaparkan tentang hal yang ditimbulkan dari nyeri kanker dan malodour pada penurunan kualitas hidup pasien. Umumnya secara observasi dilaporkan antara nyeri dan malodour muncul secara bersamaan dengan kualitas yang berbeda-beda, dikarenakan sifat nyeri yang multifaktorial dengan intervensi pada semua petugas kesehatan. Sehingga sangat dibutuhkan intervensi keperawatan selain intervensi medis. Oleh karena itu peneliti tertarik untuk mengetahui “Hubungan ketidaknyamanan: nyeri dan malodour dengan tingkat stres pada pasien kanker payudara”

1.3. Tujuan

1.3.1. Umum

Mengetahui hubungan ketidaknyamanan: nyeri dan malodour dengan tingkat stres pada pasien kanker payudara.

1.3.2. Khusus

1.3.2.1 Diketahui gambaran mengenai suku, stadium kanker, jenis analgetik, dan jenis balutan pada pasien kanker payudara.

1.3.2.2 Diketahui gambaran mengenai tingkat nyeri, gambaran penilaian malodour dan gambaran tingkat stres pada pasien kanker payudara.

1.3.2.3 Diketahui ada tidaknya hubungan antara nyeri dan malodour dengan tingkat stres pada pasien kanker payudara.

1.3.2.4 Diketahui variabel pengganggu dari hubungan nyeri dan malodour dengan tingkat stres pada pasien kanker payudara.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Bagi Rumah Sakit

Rumah Sakit dapat mengetahui gambaran karakteristik faktor-faktor yang berhubungan dengan tingkat nyeri, tingkat malodour dan tingkat stres serta hubungannya pada pasien kanker payudara sehingga dapat melakukan berbagai langkah dan kebijakan untuk mengatasinya .

1.4.2. Bagi Masyarakat

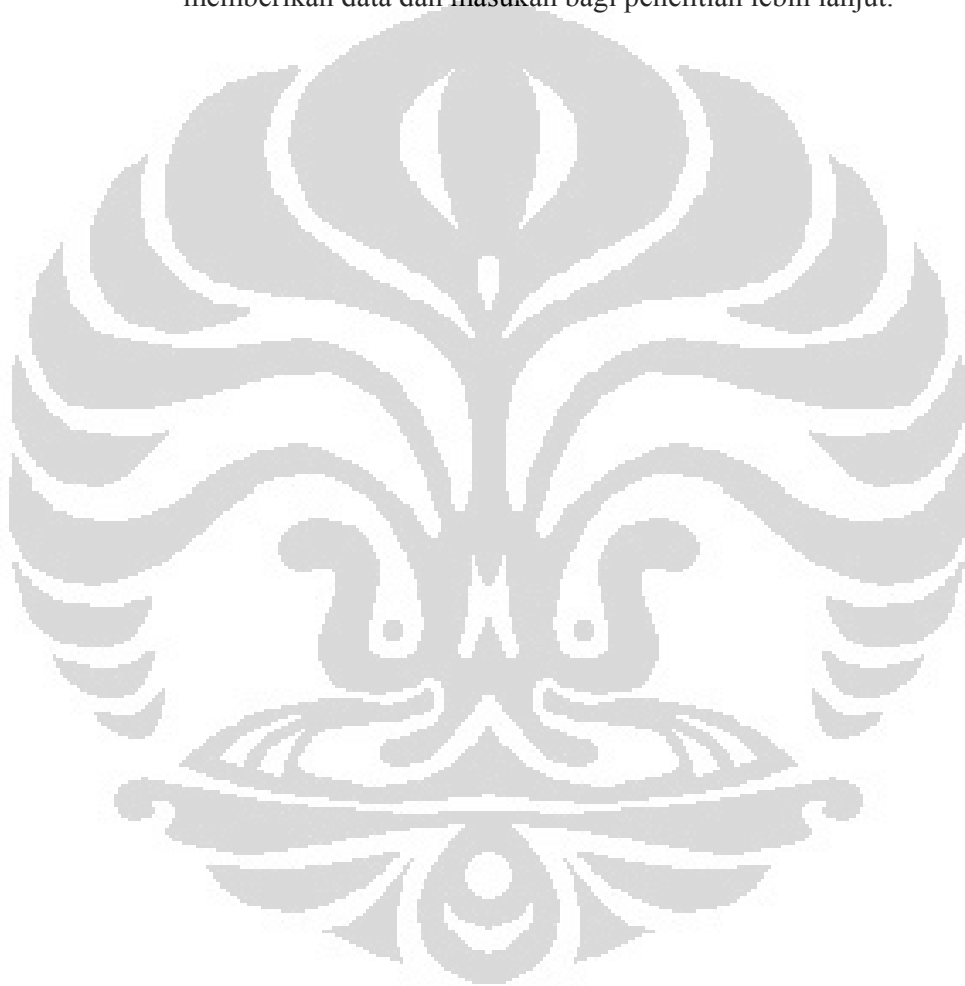
Masyarakat mengetahui dan memahami tentang ada tidaknya hubungan yang bermakna antara nyeri dan malodour dengan tingkat stres pada pasien kanker payudara sehingga masyarakat dapat mengontrol tingkat stres yang berakibat pada peningkatan nyeri dan malodour.

1.4.3. Bagi Pendidikan

Memberikan tambahan informasi kepada institusi pendidikan, sebagai bahan masukan dari suatu hasil penelitian yang akan bermanfaat pada proses belajar mengajar.

1.4.4. Bagi Perkembangan Ilmu keperawatan

Memberikan tambahan informasi pada ilmu keperawatan tentang suatu bukti hasil penelitian keperawatan mengenai ada tidaknya hubungan yang bermakna antara nyeri dan malodour dengan tingkat stres pada pasien kanker payudara sehingga membuktikan ilmu keperawatan terus berkembang khususnya keperawatan onkologi dan memberikan data dan masukan bagi penelitian lebih lanjut.



BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Penyakit Kanker

2.1.1 Pengertian Tumor

Tumor adalah jaringan baru (neoplasma) yang timbul dalam tubuh akibat pengaruh berbagai faktor penyebab tumor yang menyebabkan jaringan setempat pada tingkat gen kehilangan normal atas pertumbuhannya. Tumor adalah penyakit pada gen, basis biologisnya adalah kelainan genetika. Faktor penyebab tumor akan menimbulkan mutasi gen pada sel tubuh hingga timbul kelainan genetik, manifestasi gen menjadi kacau, timbul kelainan pada morfologi, metabolisme dan fungsi sel tumor yang berbeda dari sel normal. Penelitian menunjukkan timbulnya tumor merupakan hasil dari mutasi gen dan melalui beberapa tahapan. Mutasi gen dan intensitas yang berbeda menghasilkan jenis tumor yang berbeda pula.

Istilah neoplasma pada dasarnya memiliki makna sama dengan “tumor”, “keganasan” dan tumor ganas tidak banyak berbeda. Pertumbuhan tumor bersifat otonom, karakteristik tumor diturunkan ke generasi sel berikutnya, pertumbuhannya relative tidak dapat dikendalikan tubuh, aktif dan tidak terbatas (Desen, 2008).

2.1.2 Mekanisme Molekuler Terjadinya Kanker

Semua sel tubuh manusia berasal dari satu sel tunggal yaitu sel telur yang telah dibuahi dan membawa sinyal genetik yang sama. Telur yang telah dibuahi bermultipikasi dan berdiferensiasi membentuk embrio, akhirnya berkembang menjadi individu baru. Ketika timbul kanker, kelompok gen tertentu yang berperan dalam regulasi aktivitas sel mengalami mutasi atau aktivitas abnormal, proses regulasi normal sel mengalami kerusakan, replikasi, diferensiasi dan apoptosis sel kehilangan keseimbangan, hingga terjadi tumor. Telah diketahui dua jenis gen yang terlibat terjadinya tumor, yaitu onkogen dan supresor

onkogen. Produk ekspresi dari onkogen bersifat regulasi positif terhadap multiplikasi sel. Bila mereka mengalami mutasi atau ekspresi berlebihan dapat menyebabkan hiperplasia sel. Sebaliknya, produk ekspresi supresor onkogen bersifat inhibisi terhadap multiplikasi sel. Bila supresor onkogen mengalami perubahan struktur dan fungsinya atau supresor onkogen hilang, maka hilang pula regulasi negatif terhadap multiplikasi sel, juga dapat timbul sinyal yang menyebabkan hiperplasia sel (Desen, 2008).

2.1.3 Klasifikasi kanker

Menurut Desen (2008) tumor dapat diklasifikasikan berdasarkan letak anatomi, analisis histologi (grading) dan luas penyakit (staging). Pengklasifikasian ini berguna untuk mengidentifikasi asal jaringan, letak, anatomi dan perilaku tumor (tumor jinak atau ganas). Pada pengklasifikasian ini berdasarkan analisis histologik ada empat grade dari grade I yang sel-selnya mengalami mild dysplasia dan sel-selnya terdifirensia dengan baik. Sampai dengan grade IV yang sel-selnya belum matang namun sudah mengalami anplasia serta tidak mengalami terdifirensiasi.

Sedangkan pengklasifikasian berdasarkan luasnya penyebaran penyakit atau yang lebih dikenal dengan staging. Pengklasifikasian ini memiliki V staging yang dimulai dengan staging 0 atau dikenal dengan cancer in situ atau dengan arti lain tidak adanya invasi sel tumor ke jaringan sekitarnya. Selanjutnya staging I yang tumornya terbatas pada asal jaringan yang bersifat terlokalisir dilanjutkan pada staging II yang penyebaran tumornya lokalis dan terbatas dan stage III dan IV yang penyebarannya lebih regional dan sudah bermetastasis.

2.2 Kanker Payudara

2.2.1 Pengertian

Menurut LeMone & Burke, Smeltzer et al (2008, dalam Devianti, 2009) Kanker payudara merupakan perkembangan yang tidak normal dari sel yang terjadi pada jaringan payudara. Kanker merupakan

perubahan atau mutasi gen yang terjadi pada sel yang menyebabkan sel berkembang atau bertumbuh di luar dari kontrol normalnya.

2.2.2 Faktor resiko

Menurut Devianti (2009) beberapa faktor memiliki keterkaitan dengan insiden kanker payudara, faktor-faktor tersebut adalah :

a. Usia

Menurut *American Cancer Society* (2004) meningkatnya usia memiliki hubungan terhadap peningkatan kanker payudara. Risiko tertinggi adalah pada usia di atas 50 tahun.

b. Jenis kelamin

insiden kanker payudara lebih banyak di alami oleh wanita. Tercatat sekitar 90% insiden terjadi pada wanita (Smeltzer et al, 2008).

c. Terpapar radiasi

Pada wanita yang memiliki riwayat terpapar atau pernah kontak dengan radiasi pada usia remaja atau dewasa muda, akan berisiko mengalami kanker payudara. Pemaparan terhadap radiasi berpotensi terjadinya aberasi pada jaringan payudara yang sedang dalam masa perkembangan.

d. Faktor hormonal

Terdapat peranan hormon esterogen terhadap kejadian kanker payudara. Faktor endogen seperti usia *menarche* sebelum 12 tahun, *nullipara*, wanita yang melahirkan di atas usia 30 tahun dan usia menopause di atas 55 tahun merupakan beberapa faktor yang berperan terhadap insiden kanker payudara.

e. Riwayat kanker payudara

Seseorang yang memiliki riwayat pernah mengalami dan mendapatkan terapi terkait dengan kanker payudara, memiliki risiko terjadinya kanker pada payudara yang sama maupun pada sisi lainnya.

f. Kegemukan

Beberapa hasil penelitian menunjukkan risiko kanker payudara lebih besar terjadi pada wanita postmenopause dengan kegemukan. King,

Marks, Mandee et al (2003) melaporkan, beberapa penelitian yang telah dilakukan menunjukkan wanita yang pada masa mudanya dapat mempertahankan berat badannya yang ideal, memiliki risiko yang lebih kecil untuk mengalami kanker payudara setelah ia mengalami masa menopause (Smeltzer et al, 2008).

g. Konsumsi alkohol

Mattisson et al, (2004) menyatakan beberapa penelitian menunjukkan insiden kanker payudara meningkat pada wanita yang mengkonsumsi alkohol. Wanita yang mengkonsumsi alkohol sekali dalam satu hari akan berisiko mengalami kanker payudara, dan risiko tersebut akan meningkat dua kali lebih besar pada wanita yang mengkonsumsi alkohol 2 sampai 5 kali sehari. Wanita yang mengkonsumsi minuman anggur lebih dari satu setengah gelas sehari, berisiko dua kali lebih besar untuk mengalami kanker payudara jika dibandingkan dengan wanita yang mengkonsumsi anggur kurang dari satu setengah gelas sehari atau yang tidak mengkonsumsi alkohol.

h. Faktor genetik

Insiden kanker payudara meningkat dua kali lipat pada seseorang yang memiliki riwayat kanker payudara pada keluarga primer seperti ibu, saudara atau anak. BRCA-1 dan BRCA-2 merupakan tumor *suppressor genes* yang dalam keadaan normal berfungsi untuk mengidentifikasi DNA yang abnormal sehingga dengan demikian keduanya akan mengendalikan pertumbuhan sel yang abnormal. Adanya mutasi pada gen ini berperan pada kejadian kanker payudara sebesar 55% sampai 85%. Pada pria, mutasi BRCA-2 memegang peranan penting pada kejadian kanker payudara.

i. Merokok

Merokok merupakan salah satu faktor risiko kanker payudara. Pada beberapa studi menjelaskan wanita yang pada masa mudanya merokok, memiliki risiko terjadinya kanker payudara (Smeltzer et al, 2008).

2.2.3 Manifestasi klinik

Menurut LeMone & Burke (2008, dalam Devianti 2009) manifestasi kanker payudara diantaranya adalah teraba benjolan agak keras pada payudara yang lebih sering ditemukan kuadran atas bagian luar. Daerah tersebut merupakan daerah yang paling banyak memiliki jaringan glandular. Manifestasi lainnya adalah keadaan abnormal dari puting, ruam dan erupsi yang terdapat pada daerah disekitar puting. Selain itu dapat dijumpai tanda penarikan pada puting, perubahan posisi dari puting, nyeri pada area puting, sensasi rasa terbakar, dan tertusuk-tusuk pada payudara.

2.2.4 Penyebaran kanker payudara meliputi tiga jalur, yaitu :

a. Invasi lokal

Kanker payudara dapat timbul dari epitel duktus kelenjar, yang pada mulanya sel-sel kanker menjalar di dalam duktus kemudian menginvasi dinding duktus dan sekitarnya menjalar ke bagian anterior sehingga dapat mengenai kulit, ke arah posterior yang dapat mengenai pektoralis hingga dapat berinvasi ke dinding torak.

b. Metastasis kelenjar limfe regional

Kanker payudara paling sering bermetastasis ke kelenjar limfe aksilar. Salah satu jalur metastasis yang penting dalam penyebaran sel kanker adalah kelenjar limfe mamaria interna. Hasil observasi klinik patologi menunjukkan jika tumor berada pada sisi medial dan kelenjar limfe aksilar positif, maka kemungkinan metastasis kelenjar limfe mamaria interna adalah 59%. Jika kelenjar limfe aksilar negatif, maka metastasis adalah 15%. Selanjutnya metastasis pada kelenjar limfe aksilar dan kelenjar limfe mamaria interna penyebarannya dapat berlanjut ke kelenjar limfe supraklavikular

c. Metastasis hematogen

Sel kanker dapat masuk ke dalam pembuluh darah melalui jalur sistem limfatik. Selain itu invasi sel kanker ke pembuluh darah dapat langsung melalui vena kava atau sistem vena interkostal-

vertebral sehingga hal tersebut menyebabkan metastasis hematogen (Desen, 2008).

2.2.5 Diagnosis

Menurut LeMone & Burke (2008, dalam Reni Devianti, 2009) pemeriksaan klinik pada payudara secara dini dapat dilakukan dengan mammogram. Dimana mammografi mampu mendeteksi tumor payudara 2 tahun sebelum tumor mencapai ukuran yang dapat dirasakan melalui metode palpasi. *Association Cancer Society* pun telah merekomendasikan untuk melakukan mammogram dimulai pada usia 40 tahun dan melakukan pemeriksaan klinik payudara minimal setiap 3 tahun sekali dilakukan.

2.2.5.1 Anamnesis

Menurut Desen (2008, dalam Devianti 2009) anamnesis meliputi beberapa hal pertanyaan yaitu status menstruasi, perkawinan, riwayat partus, menyusui, riwayat kelainan payudara yang pernah dialami sebelumnya, riwayat keluarga dengan kanker, fungsi kelenjar tiroid, dan penyakit ginekologik. Sedangkan riwayat penyakit atau keluhan yang dialami saat ini yang perlu diperhatikan adalah kapan waktu timbulnya massa, kecepatan pertumbuhan massa serta apakah ada hubungan dengan menstruasi.

2.2.5.2 Pemeriksaan fisik

Metode pemeriksaan fisik dapat dilakukan dengan cara inspeksi yaitu dengan mengamati kesimetrisan kedua payudara, adanya benjolan atau perubahan patologik pada kulit seperti edema, kemerahan, cekungan, retraksi, erosi dan nodul. Metode pemeriksaan fisik selanjutnya yang dilakukan adalah dengan cara palpasi. Metode palpasi dilakukan untuk mengetahui adanya benjolan serta sifatnya pada payudara. Jika sewaktu melakukan palpasi teraba benjolan, maka harus dikaji lokasi, ukuran, konsistensi, kondisi batas, permukaan, mobilitas, apakah kondisi benjolan melakat pada dasarnya dan apakah ada nyeri tekan.

Sekret pada papilla payudara kemungkinan juga didapatkan sewaktu dilakukan pemeriksaan, jika hal tersebut terjadi maka harus dibuat apusan untuk dilakukan pemeriksaan sitologi.

2.2.5.3 Pemeriksaan penunjang

a. Mamografi

Keunggulan mamografi adalah dapat memperlihatkan nodul yang sulit untuk dipalpasi atau terpalpasi atipikal serta dapat menemukan lesi pada payudara yang tanpa nodul namun terdapat bercak mikrokalsifikasi. Ketepatan diagnosis mammogram adalah 80%.

b. USG

Pemeriksaan dengan transduser frekuensi tinggi dan pemeriksaan dopler dapat membedakan tumor kistik atau padat. Selain itu metode pemeriksaan tersebut juga dapat mengidentifikasi pasokan darah serta kondisi jaringan disekitar tumor.

c. MRI payudara

Tumor payudara mengandung densitas mikrovaskular abnormal. MRI payudara yang dilakukan dengan kontras, memiliki spesifitas yang tinggi dalam diagnosis kanker payudara stadium dini.

d. Pemeriksaan laboratorium

Hingga saat ini belum ada petanda tumor spesifik untuk kanker payudara. Nilai positif CEA bervariasi antara 20% sampai 70%, antibodi monoklonal memiliki nilai positif CA15-3.

e. Pemeriksaan sitologi aspirasi jarum halus

Metode pemeriksaan ini sederhana dan aman dengan tingkat akurasi mencapai lebih dari 90%. Selain itu pemeriksaan ini tidak mempengaruhi hasil dari terapi.

f. Pemeriksaan histologik pungsi jarum mandarin

Kegunaan dan kelebihan metode ini hampir sama dengan pada pemeriksaan aspirasi jarum halus. Melalui pemeriksaan ini

dapat dibuat diagnosis histologik biopsi eksisi serta pemeriksaan imunohistologi yang sesuai.

g. Pemeriksaan biopsi

Biopsi dapat dilakukan dengan cara eksisi atau insisi, tetapi pada umumnya biopsi dilakukan dengan cara eksisi.

2.2.5.4 Terapi

Terapi bedah, radioterapi, kemoterapi, terapi hormon dll. Merupakan terapi yang sangat penting dalam terapi kanker mamae, dan digunakan secara kombinasi (Desen, 2008).

a. Terapi Bedah

Pasien yang pada awal terapi dalam stadium 0, I, II dan sebagian stadium III disebut kanker mamae operabel. Pola operasi yang biasa dilakukan dengan 5 pola yaitu pola total mastektomy, dimana tindakan pada polan ini hampir sama dengan *radical mastectomy* dimana dilakukan pengangkatan payudara beserta puting dan areola secara keseluruhan tetapi tidak dilakukan pengangkatan nodus limfe. Total *mastectomi* dilakukan pada pasien dengan kanker payudara non invasif, dengan tidak ada penyebaran sel kanker pada nodus limfe. Pola lain pada tehnik bedah, yaitu *mastektomi radikal modifikasi* pada pola ini lingkup reseksi sama dengan teknik radikal, tapi mempertahankan *m. Pectoralis mayor dan minor*. Pola operasi ini memiliki kelebihan antar lain memacu pemulihan fungsi pasca operasi, tetapi sulit membersihkan kalenjar limfe aksila superior.

Selain pola operasi diatas ada juga pola operasi *mastektomi total* pada pola ini hanya membuang seluruh kalenjar mamae tanpa membersihkan kalenjar limfe. Jenis operasi ini terutama untuk karsinoma insitu atau pasien usia lanjut. Ada juga pola *mastektomi segmental plus diseksi kalenjar limfe aksila* dan *mastektomi gmental plus biopsi kalenjar limfe sentinel*.

b. Radioterapi

Tiga tujuan utama dari radioterapi adalah :

1) Radioterapi murni kuratif

Tindakan ini biasanya dilakukan pada pasien dengan kontraindikasi atau menolak tindakan pembedahan. Hasil terapi ini juga kurang ideal, tercatat 10% sampai 37% pasien yang mampu bertahan selama 5 tahun dengan menggunakan terapi ini.

2) Radioterapi adjuvant

Terapi ini merupakan bagian dari terapi kombinasi. Radioterapi dapat dibagi dua yaitu radioterapi pra operasi dan pasca operasi. Radioterapi pra operasi digunakan pada pasien dengan stadium lanjut lokalisasi, yang dapat membuat kanker payudara non operabel menjadi kanker payudara operabel, dan radioterapi pasca operasi.

Radioterapi pasca operasi adalah radioterapi pada seluruh payudara (bila perlu ditambah dengan radioterapi kelenjar limfe regional) jika terdapat indikasi. indikasi radioterapi pasca mastektomi ini dilakukan pada tumor dengan diameter primer ≥ 5 cm, fasia pektoralis terinvansi, jumlah kelenjar ilmfe aksila metastatik lebih dari 4 dan tepi irisan positif. Target daerah iradiasi harus mencakup dinding toraks dan region supraklavikular.

3) Radioterapi paliatif

Dilakukan pada terapi paliatif pada stadium lanjut dengan rekurensi, metastatik. Efek tindakan ini terhadap nyeri sangat baik.

4) Kemoterapi

1) Kemoterapi pra operasi.

2) Kemoterapi adjuvan pasca operasi.

3) Kemoterapi terhadap kanker mammae stadium lanjut atau rekuren dan metastatik.

2.3 Nyeri

2.3.1 Pengertian nyeri

Seperti yang telah di paparkan oleh Qittun (2008) mengenai konsep nyeri dimana nyeri merupakan suatu keadaan yang mempengaruhi seseorang dan ekstensinya diketahui bila seseorang pernah mengalaminya (Tamsuri, 2007).

Menurut *International Association for Study of Pain (IASP)*, nyeri adalah sensori yang subyektif dan emosional yang merupakan respon yang tidak menyenangkan yang didapat karena adanya kerusakan jaringan aktual maupun potensial, atau menggambarkan kondisi terjadinya kerusakan.

2.3.2 Tipe nyeri

Nyeri dikategorikan menurut durasi, lokasi dan etiologi. Tipe nyeri dikategorikan sebagai nyeri akut, nyeri kronik dan nyeri kanker.

a. Nyeri akut

Nyeri akut ini sering dihubungkan dengan adanya kerusakan jaringan atau nosiseptik, namun dapat dihubungkan dengan proses neuropati, misalnya neuralgia trigeminal. Nyeri akut ini akan berkurang atau pun hilang seiring dengan proses penyembuhan atau pun sebaliknya jika terjadi kerusakan jaringan yang permanen atau tidak terjadi penyakit Sistemik.

Berdasarkan tafsiran waktu Nyeri akut dapat didefinisikan sebagai nyeri yang terjadi dalam waktu beberapa detik hingga 6 bulan. Namun penetapan lamanya nyeri hingga 6 bulan masih perlu mendapat perhatian sebab proses penyembuhan akut injuri dapat terjadi dalam beberapa minggu hingga 6 minggu. Dalam situasi ini, jika proses penyembuhan terjadi dalam waktu 3 minggu, namun pasien masih merasakan nyeri, maka keluhan tersebut perlu mendapat perhatian dan penanganan.

b. Nyeri Kronik

Nyeri kronik merupakan nyeri yang terjadi lebih dari 6 bulan. Pada suatu kondisi tertentu, seseorang dapat dikatakan mengalami nyeri

kronik meskipun keluhan nyeri belum mencapai masa 6 bulan, tetapi nyeri kronik dapat pula ditetapkan pada suatu keadaan saat seseorang merasakan nyeri yang lebih dari waktu 6 bulan. Biasanya keluhan nyeri yang dirasakan lebih dari 6 bulan lamanya, akan disertai dengan keluhan lain yang menyertai keluhan nyeri tersebut.

c. Nyeri Kanker

Nyeri yang dihubungkan dengan penyakit kanker, dapat berarti nyeri akut maupun nyeri kronik. Keluhan nyeri kanker merupakan keluhan yang paling ditakutkan oleh penderita kanker (Sutton, Porter & Keefe, 2002 dalam Smeltzer et al, 2008, Desen 2008).

Beberapa keadaan yang dapat dihubungkan dengan nyeri pada pasien kanker yaitu:

- a. Nyeri yang langsung ditimbulkan oleh kanker misalnya infiltrasi kanker, terkenanya sistem saraf dan organ dalam
- b. Nyeri kanker juga dapat timbul akibat dari terapi dan pemeriksaan penunjang kanker misalnya pembedahan, atau radiasi.

2.3.3 Fisiologi nyeri

Reseptor nyeri merupakan suatu organ tubuh yang berfungsi dalam penerimaan rangsangan nyeri. Organ tubuh tersebut yang berperan sebagai reseptor nyeri adalah ujung syaraf bebas dalam kulit yang berespon hanya terhadap stimulus kuat yang secara potensial merusak. Reseptor nyeri disebut juga *nosireceptor*, secara anatomis reseptor nyeri (*nosireceptor*) ada yang bermielin dan ada juga yang tidak bermielin dari syaraf perifer.

Di tinjau dari letaknya, *nosireceptor* dikelompokkan dalam beberapa bagian tubuh yang terdiri kulit (*Kutaneus*), somatik dalam (*deep somatic*), dan pada daerah viseral, karena letaknya yang berbeda-beda inilah, nyeri yang timbul pun memiliki sensasi yang berbeda.

Nosireceptor kutaneus yang berasal dari kulit dan sub kutan, biasanya nyerinya mudah untuk dialokasi dan didefinisikan. Reseptor jaringan kulit (*kutaneus*) terbagi dalam dua komponen yaitu :

a. Reseptor A delta

Merupakan serabut komponen cepat (kecepatan transmisi 6-30 m/det) yang memungkinkan timbulnya nyeri tajam yang akan cepat hilang apabila penyebab nyeri dihilangkan

b. Serabut C

Merupakan serabut komponen lambat (kecepatan transmisi 0,5 m/det) yang terdapat pada daerah yang lebih dalam, nyeri biasanya bersifat tumpul dan sulit dilokalisasi. Struktur reseptor nyeri somatik dalam meliputi reseptor nyeri yang terdapat pada tulang, pembuluh darah, syaraf, otot, dan jaringan penyangga lainnya. Karena struktur reseptornya komplek, nyeri yang timbul merupakan nyeri tumpul dan sulit dilokalisasi.

Reseptor nyeri jenis ketiga adalah reseptor viseral, reseptor ini meliputi organ-organ viseral seperti jantung, hati, usus, ginjal dan sebagainya. Nyeri yang timbul pada reseptor ini biasanya tidak sensitif terhadap pemotongan organ, tetapi sangat sensitif terhadap penekanan, iskemia dan inflamasi.

Dari pernyataan di atas semua kerusakan seluler yang disebabkan oleh stimulus termal, mekanik, kimiawi, atau stimulus listrik menyebabkan pelepasan substansi yang menghasilkan nyeri. Pelepasan substansi seperti histamin, bradikinin, dan kalium, yang bergabung dengan lokasi reseptor di *nosireseptor* dan memunculkan stimulus penghasil nyeri. Stimulus nyeri ini menyebar ke serabut perifer (serabut A-delta dan Serabut C) dan melepaskan prostaglandin dan kalium ketika sel-sel lokal mengalami kerusakan. Selanjutnya transmisi stimulus nyeri berlanjut ke kornu dorsali medula spinalis. Di dalam kornu dorsali medula spinalis, neurotransmitter, substansi P di lepaskan dan dilanjutkan ke spinotalamus (persepsi nyeri) hingga di transmisikan lebih dalam ke kortek somatosensorik (lokalisasi nyeri). Impuls nyeri kemudian berjalan ke arah medula spinalis dengan melepaskan neuroregulator yang menghambat transmisi stimulus nyeri. Neuroregulator atau

substansi yang mempengaruhi transmisi stimulus saraf di temukan di lokasi nosiseptor do kornu dorsalis pada medula spinalis memegang peranan penting dalam suatu pengalaman nyeri. Neuroregulator dibagi menjadi dua kelompok, yakni neurotransmitter dan neuro modulator. Neurotransmitter seperti substansi p, prostaglandin dan serotonin berfungsi sebagai eksitator dan inhibitor sedangkan neuromodulator berfungsi untuk meningkatkan dan menurunkan efek neurotransmitter tertentu seperti endorfin dan bradikinin (Sherwood, 2001 & Potter & Perry, 2005).

2.3.4 Teori Pengontrolan nyeri (*Gate control theory*)

Terdapat berbagai teori yang berusaha menggambarkan bagaimana *nosireseptor* dapat menghasilkan rangsang nyeri. Sampai saat ini dikenal berbagai teori yang mencoba menjelaskan bagaimana nyeri dapat timbul, namun teori *gate control* dianggap paling relevan (Tamsuri, 2007).

Teori *gate control* dari Melzack dan Wall (1965) mengusulkan impuls nyeri dapat diatur atau dihambat oleh mekanisme pertahanan di sepanjang sistem saraf pusat. Teori ini mengatakan impuls nyeri dihantarkan saat sebuah pertahanan dibuka dan impuls dihambat saat sebuah pertahanan ditutup. Upaya menutup pertahanan tersebut merupakan dasar teori menghilangkan nyeri.

Suatu keseimbangan aktivitas dari neuron sensori dan serabut kontrol desenden dari otak mengatur proses pertahanan. Neuron delta-A dan C melepaskan substansi C melepaskan substansi P untuk mentransmisi *impuls* melalui mekanisme pertahanan. Selain itu, terdapat *mekanoreseptor*, neuron beta-A yang lebih tebal, yang lebih cepat yang melepaskan *neurotransmitter* penghambat. Apabila masukan yang dominan berasal dari serabut beta-A, maka akan menutup mekanisme pertahanan. Mekanisme penutupan ini dapat terlihat saat seorang perawat menggosok punggung klien dengan lembut. Pesan yang

dihasilkan akan menstimulasi *mekanoreseptor*, apabila masukan yang dominan berasal dari serabut delta A dan serabut C, maka akan membuka pertahanan tersebut dan klien mempersepsikan sensasi nyeri. Bahkan jika impuls nyeri dihantarkan ke otak, terdapat pusat kortek yang lebih tinggi di otak yang memodifikasi nyeri. Alur saraf desenden melepaskan opiat endogen, seperti *endorfin* dan *dinorfin*, suatu pembunuh nyeri alami yang berasal dari tubuh. *Neuromediator* ini menutup mekanisme pertahanan dengan menghambat pelepasan substansi P. (Potter, 2005).

2.3.5 Respon Psikologis

Menurut Qittun (2008) Respon psikologis sangat berkaitan dengan pemahaman klien terhadap nyeri yang terjadi atau arti nyeri bagi klien. Dengan kata lain arti nyeri bagi setiap individu berbeda-beda seperti hal-hal yang berbahaya atau merusak, adanya komplikasi seperti infeksi dan penyakit yang berulang serta adanya penyakit baru, penyakit yang fatal, ketidakmampuan, kehilangan mobilitas, menjadi tua, sembuh, hukuman untuk berdosa dll. Selanjutnya pemahaman dan pemberian arti nyeri diatas sangat dipengaruhi tingkat pengetahuan, persepsi, pengalaman masa lalu dan juga faktor sosial budaya

2.3.6 Respon Fisiologis Terhadap Nyeri

Pada respon fisiologis akan muncul stimulasi *Simpatik* dan *para simpatik*. Pada stimulasi simpatik lebih menunjukkan pada nyeri ringan, *moderat*, dan *superficial* sedangkan pada stimulasi *para simpatik* lebih menunjukkan nyeri berat dan dalam. Respon yang muncul pada *stimulasi simpatik* biasanya berupa dilatasi saluran bronkhial dan peningkatan respirasi rate, peningkatan heart rate, vasokonstriksi perifer, peningkatan BP, peningkatan nilai gula darah, diaphoresis, peningkatan kekuatan otot, dilatasi pupil dan penurunan motilitas GI. *Stimulus Parasimpatik* yang akan muncul yaitu muka pucat, otot mengeras, penurunan HR dan BP, nafas cepat dan irregular, mausea dan vomitus, kelelahan dan keletihan.

2.3.7 Respon tingkah laku terhadap nyeri

- a. Pernyataan verbal (mengaduh, menangis, sesak nafas, mendengkur)
- b. Ekspresi wajah (meringis, menggeletukkan gigi, menggigit bibir)
- c. Gerakan tubuh (gelisah, imobilisasi, ketegangan otot, peningkatan gerakan jari & tangan)
- d. Kontak dengan orang lain/interaksi sosial (menghindari percakapan, menghindari kontak sosial, penurunan rentang perhatian, fokus pd aktivitas menghilangkan nyeri)

Seseorang yang mengalami nyeri secara mendadak dapat bereaksi dengan sangat berbeda terhadap nyeri yang berlangsung selama beberapa menit atau menjadi kronis. Nyeri juga dapat menyebabkan kelelahan dan membuat individu terlalu letih untuk merintih atau menangis. Pasien dapat tidur, bahkan dengan nyeri hebat. Pasien dapat tampak rileks dan terlibat dalam aktivitas karena menjadi mahir dalam pengalihan terhadap nyeri.

Meinhart & McCaffery dalam Qittun 2008 mendiskripsikan 3 fase pengalaman nyeri:

- a. Fase antisipasi (terjadi sebelum nyeri diterima)

Fase yg paling penting, karena fase ini bisa mempengaruhi dua fase lain. Pada fase ini memungkinkan seseorang belajar tentang nyeri dan upaya untuk menghilangkan nyeri tersebut. Pada fase ini peran perawat sangatlah penting, terutama dalam memberikan informasi pada klien.

- b. Fase sensasi (terjadi saat nyeri terasa)

Fase ini terjadi ketika seseorang merasakan nyeri. karena nyeri itu bersifat subyektif, maka tiap orang dalam menyikapi nyeri juga berbeda-beda. Toleransi terhadap nyeri juga akan berbeda antara satu orang dengan orang lain. Orang yang mempunyai tingkat toleransi yang tinggi terhadap nyeri tidak akan mengeluh nyeri dengan stimulus kecil, sebaliknya orang yang toleransi terhadap nyerinya yang rendah akan mudah merasa nyeri dengan stimulus

nyeri kecil. Klien dengan tingkat toleransi tinggi terhadap nyeri mampu menahan nyeri tanpa bantuan, sebaliknya orang yang toleransi terhadap nyerinya rendah sudah mencari upaya mencegah nyeri, sebelum nyeri datang.

Keberadaan enkefalin dan endorfin telah membantu menjelaskan bagaimana orang yang berbeda merasakan tingkat nyeri dari stimulus yang sama. Dimana kadar endorfin berbeda tiap individu, individu dengan endorfin tinggi sedikit merasakan nyeri dan individu dengan sedikit endorfin merasakan nyeri lebih besar.

Seseorang juga bisa mengungkapkan nyerinya dengan berbagai jalan, mulai dari ekspresi wajah, vokalisasi dan gerakan tubuh. Pada pasien ekspresi yang ditunjukkan oleh pasien itulah yang digunakan perawat untuk mengenali pola perilaku yang menunjukkan nyeri. Perawat harus melakukan pengkajian secara teliti apabila pasien sedikit mengekspresikan nyerinya, karena belum tentu orang yang tidak mengekspresikan nyeri itu tidak mengalami nyeri. Kasus-kasus seperti itu tentunya membutuhkan bantuan perawat untuk membantu klien mengkomunikasikan nyeri secara efektif. Karena respon nyeri tiap-tiap orang selalu berbeda-beda.

c. Fase akibat (terjadi ketika nyeri berkurang atau berhenti)

Fase dimana saat nyeri sudah berkurang atau hilang. Pada kondisi ini klien

masih membutuhkan kontrol dari perawat, karena nyeri bersifat krisis, sehingga dimungkinkan klien mengalami gejala sisa pasca nyeri. Apabila klien mengalami episode nyeri berulang, maka respon akibat (*aftermath*) dapat menjadi masalah kesehatan yang berat. Perawat sangat berperan dalam membantu memperoleh kontrol diri untuk meminimalkan rasa takut akan kemungkinan nyeri berulang.

2.3.8 Faktor Yang Mempengaruhi Respon Nyeri

Potter dan perry (2005, dalam Qittun 2008) menyatakan nyeri itu merupakan suatu hal yang sangat kompleks, sehingga banyak faktor

yang mempengaruhi pengalaman nyeri seseorang. Faktor tersebut adalah:

1. Usia

Anak belum bisa mengungkapkan nyeri, sehingga perawat harus mengkaji respon nyeri pada anak. Pada orang dewasa kadang melaporkan nyeri jika sudah patologis dan mengalami kerusakan fungsi. Pada lansia cenderung memendam nyeri yang dialami, karena mereka menganggap nyeri adalah hal alamiah yang harus dijalani dan mereka takut kalau mengalami penyakit berat atau meninggal jika nyeri diperiksakan.

Selain itu pula Pengalaman pasien terhadap nyeri yang dialaminya pada masa lampau biasanya akan turut berperan terhadap intensitas nyeri yang dirasakan pasien itu sendiri. Namun dengan beberapa alasan, pasien dengan lanjut usia umumnya tidak mengungkapkan nyerinya meskipun mereka sedang merasakan nyeri. Alasan tersebut biasanya dikarenakan adanya persepsi para lansia nyeri merupakan sesuatu yang harus mereka terima, dan mereka juga menganggap mengungkapkan rasa nyeri merupakan hal yang berlebihan atau pun tidak wajar dan adanya kekhawatiran nyeri merupakan sesuatu yang identik dengan penyakit berat atau akan meninggal (Potter & Perry, 2006).

Suatu penelitian yang dilakukan Vigano, Bruera & Almazor (2009 dalam Usman 2009) menyatakan ada perbedaan yang signifikan terhadap MEDD (*morphine equivalent daily dose*). Responden yang berusia lebih tua, menggunakan dosis analgetik yang lebih rendah atau memiliki kebutuhan yang lebih sedikit terhadap analgetik. Selain itu hasil penelitian juga menunjukkan penurunan MEDD dosis analgetik yaitu 27 hingga 71 mg pada responden dengan usia di atas 75 tahun jika dibandingkan dengan usia dewasa muda. Hasil penelitian yang telah dilakukan Vigano, Bruera & Almazor (2009) menyimpulkan penggunaan analgetik pada lanjut usia lebih rendah dibandingkan dengan usia dewasa muda, walaupun intensitas

nyerinya sama. Hasil penelitian tersebut di atas menjelaskan seseorang dengan usia yang lebih tua, memberikan respon nyeri yang lebih ringan .

2. Jenis kelamin

Menurut smelzer et al (2008) umumnya hasil penelitian memberikan informasi tentang jenis kelamin dalam mempengaruhi nyeri berbeda-beda, namun penelitian terbaru menyatakan wanita merasakan nyeri dengan intensitas yang lebih tinggi dibandingkan dengan pria. Hal ini sesuai dengan Klee et al (1997, dalam jensen 2002) wanita lebih banyak melaporkan gangguan rasa sakit yang dirasakannya dibandingkan pria.

3. Suku

Orang belajar dari budayanya, bagaimana seharusnya mereka berespon terhadap nyeri misalnya seperti suatu daerah menganut kepercayaan nyeri adalah akibat yang harus diterima karena mereka melakukan kesalahan, jadi mereka tidak mengeluh jika ada nyeri. Hal ini sejalan dengan apa yang di sampaikan oleh Lemone & Burke (2008) budaya mempengaruhi makna nyeri, baik itu reaksi verbal dan nonverbal terhadap nyeri dan juga nilai-nilai yang terdapat dalam suatu budaya itu sendiri, budaya juga mengajarkan bagaimana seharusnya sikap seseorang dalam mentoleransi nyeri, serta cara mengekspresikan rasa nyeri tersebut, kepada siapa nyeri dapat dilaporkan dan bagaimana cara mengatasi nyeri tersebut. Hal ini dibuktikan oleh penelitian yang telah dilakukan oleh Cestel (2001, Usman 2009). Dimana pada penelitian ini beliau mengumpulkan 1.124 responden wanita yang mengalami kanker payudara yang menjalani kemoterapi. Selanjutnya dibandingkan intensitas nyeri pada wanita dari ras kulit putih dan non kulit putih. Penelitian ini dievaluasi dengan menggunakan *the Brief Pain Inventory* dengan skala 1 sampai 10. Dan hasil dari penelitian ini menunjukkan responden dari ras non kulit putih memiliki intensitas nyeri pada angka tujuh atau lebih dimana kesimpulan dari hasil penelitian

intensitas nyeri yang dirasakan berada pada tingkat sedang (Castel, 2007).

Hal ini sesuai juga dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Lathief (2005, dalam Usman 2009) suku Bugis mempersepsikan kesehatan merupakan suatu hal yang penting dalam kehidupannya. Dan ini telah menjadi kebiasaan dalam kehidupan mereka dan selalu mengevaluasi kesehatan anggota keluarganya.

4. Makna nyeri

Berhubungan dengan bagaimana pengalaman seseorang terhadap nyeri dan bagaimana mengatasinya. Sesuai dengan suatu penelitian pengalaman nyeri sebelumnya akan sangat berpengaruh terhadap respon nyeri pasien. seseorang yang memiliki pengalaman nyeri yang lebih lama termasuk nyeri kronik pada kanker, akan memiliki toleran yang lebih terhadap rasa nyeri yang timbul. Namun intensitas nyeri yang dirasakan seseorang bergantung pula pada pengalaman terhadap nyeri dimasa lalunya, apakah nyeri itu tertangani secara adekuat atau pun sebaliknya. bila seseorang memiliki pengalaman nyeri yang tidak dapat diatasi secara adekuat pada masa lalu, maka seseorang akan memiliki kecemasan dan ketakutan yang lebih besar tentang nyerinya yang akan timbul pada saat ini atau pun yang akan datang. Sehingga jika seseorang mengalami rasa nyeri, maka akan timbul ketakutan nyeri tersebut akan bertambah berat (Smeltzer et al, 2008).

5. Perhatian

Menurut Rana & Gupta et al (2011) perhatian dan komunikasi yang baik dan tepat tentang informasi nyeri baik itu pengukuran nyeri, informasi jadwal pemberian intervensi nyeri tepat waktu, dan informasi tentang obat-obatan kepada pasien akan mempengaruhi secara psikososial dan mental terhadap nyeri yang dirasakan pasien karena pengelolaan nyeri yang baik tidak hanya terbatas dari

komponen fisik tetapi juga terhadap komponen psikososial dan mental pasien.

6. Ansietas

Cemas meningkatkan persepsi terhadap nyeri dan nyeri bisa menyebabkan seseorang cemas. Kecemasan yang dirasakan pasien terhadap nyeri sulit di apresiasi karena pada kondisi ini pasien sulit untuk mengapresiasi dan pasien tidak tahu kepada siapa pasien harus berdiskusi atas nyeri serta kecemasan yang dirasakan pasien (Rana & Gupta et al, 2011). Hal ini sejalan dengan pernyataan yang disampaikan oleh Fischer (2010) perasaan khawatir dan kecemasan berkontribusi dan menyumbang terhadap hadirnya nyeri kanker pada pasien dimana dalam sampel penelitiannya mean kecemasan tingkat moderat. dan adanya hubungan yang kuat antara nyeri dengan faktor tekanan psikologis pada pasien kanker (Zaza & Bain 2002)

7. Pengalaman masa lalu

Seseorang yang pernah berhasil mengatasi nyeri dimasa lampau, dan saat ini nyeri yang sama timbul, maka ia akan lebih mudah mengatasi nyerinya. Mudah tidaknya seseorang mengatasi nyeri tergantung pengalaman di masa lalu dalam mengatasi nyeri. Hal ini sejalan dengan apa yang telah disampaikan oleh Rana & Gupta et al (2011) rasa sakit pada nyeri kanker itu merupakan perasaan subyektif dari masing-masing pasien atas pengalaman nyeri yang pernah dirasakannya atas hal tersebut umumnya pasien kanker tidak ingin mendapatkan terapi morfin oral karena mereka berfikir mereka akan menjadi pecandu dan mengakibatkan depresi pernafasan sehingga di butuhkan informasi yang tepat.

8. Pola koping

Pola koping adaptif akan mempermudah seseorang mengatasi nyeri dan sebaliknya pola koping yang maladaptive akan menyulitkan seseorang mengatasi nyeri. Menurut Rana & Gupta et al (2011) nyeri kanker akan memengaruhi komponen fisik, sosial, psikologis dan

spritual pada kehidupannya sehingga pasien harus diberitahukan tentang rasa nyeri dan pilihan pengobatan yang tersedia pada awal penyakit bukan ketika pasien menderita nyeri yang luar biasa sehingga pasien memiliki pola koping yang baik terhadap pengelolaan nyerinya.

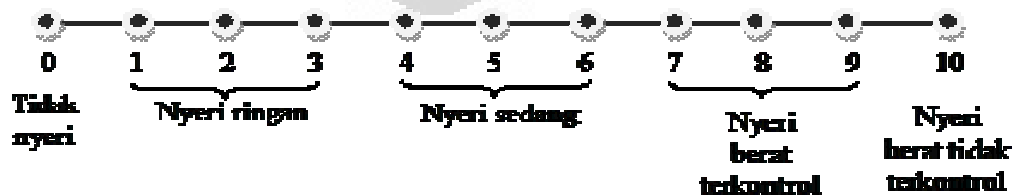
9. Support keluarga dan sosial

Individu yang mengalami nyeri seringkali bergantung kepada anggota keluarga atau teman dekat untuk memperoleh dukungan dan perlindungan. Hal ini sejalan dengan pernyataan yang disampaikan oleh Rana & Gupta et al (2011) pengelolaan nyeri yang dirasakan pasien tidak hanya terbatas pada satu dukungan tetapi di butuhkan dukungan interdisipliner seperti dengan bantuan anastesi, ahli onkologi medis atau bedah, fisioterapis, dan perawat untuk mendapatkan keberhasilan dalam pengelolaan nyeri dengan baik.

2.3.9 Intensitas Nyeri

Intensitas nyeri adalah gambaran tentang seberapa parah nyeri dirasakan oleh individu, pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual dan kemungkinan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan sangat berbeda oleh dua orang yang berbeda oleh dua orang yang berbeda. Pengukuran nyeri dengan pendekatan objektif yang paling mungkin adalah menggunakan respon fisiologik tubuh terhadap nyeri itu sendiri. Namun, pengukuran dengan tehnik ini juga tidak dapat memberikan gambaran pasti tentang nyeri itu sendiri (Tamsuri, 2007).

Menurut smeltzer, S.C bare B.G (2002) Skala Intensitas Nyeri Deskriptif adalah sebagai berikut :



Keterangan :

0 : Tidak nyeri

1-3 : Nyeri ringan : secara obyektif klien dapat berkomunikasi dengan baik.

4-6 : Nyeri sedang : Secara obyektif klien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik.

7-9 : Nyeri berat : secara obyektif klien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi nafas panjang dan distraksi

10 : Nyeri sangat berat : Pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul.

Karakteristik paling subyektif pada nyeri adalah tingkat keparahan atau intensitas nyeri tersebut. Klien seringkali diminta untuk mendeskripsikan nyeri sebagai yang ringan, sedang atau parah. Namun, makna istilah-istilah ini berbeda bagi perawat dan klien. Dari waktu ke waktu informasi jenis ini juga sulit untuk dipastikan.

Skala deskriptif merupakan alat pengukuran tingkat keparahan nyeri yang lebih obyektif. *Verbal Descriptor Scale* (VDS) merupakan sebuah garis yang terdiri dari tiga sampai lima kata pendeskripsi yang tersusun dengan jarak yang sama di sepanjang garis. Pendeskripsi ini diranking dari “tidak terasa nyeri” sampai “nyeri yang tidak tertahankan”. Perawat menunjukkan klien skala tersebut dan meminta klien untuk memilih intensitas nyeri terbaru yang ia rasakan. Perawat juga menanyakan seberapa jauh nyeri terasa paling menyakitkan dan seberapa jauh nyeri terasa paling tidak menyakitkan. Alat VDS ini memungkinkan klien memilih sebuah kategori untuk mendeskripsikan nyeri. Skala penilaian

numerik (*Numerical rating scales*, NRS) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. Dalam hal ini, klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Skala paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik. Apabila digunakan skala untuk menilai nyeri, maka direkomendasikan patokan 10 cm (AHCPR, 1992).

Skala nyeri harus dirancang sehingga skala tersebut mudah digunakan dan tidak mengkomsumsi banyak waktu saat klien melengkapinya. Apabila klien dapat membaca dan memahami skala, maka deskripsi nyeri akan lebih akurat. Skala deskriptif bermanfaat bukan saja dalam upaya mengkaji tingkat keparahan nyeri, tapi juga, mengevaluasi perubahan kondisi klien. Perawat dapat menggunakan setelah terapi atau saat gejala menjadi lebih memburuk atau menilai apakah nyeri mengalami penurunan atau peningkatan (Potter, 2005).

2.3.10 Penanganan Nyeri Kanker

Strategi WHO tentang tumor telah menekankan empat hal yaitu pencegahan, diagnosis dini, terapi radikal dan terapi paliatif. WHO juga meletakkan nyeri kanker sebagai prioritas untuk ditangani lebih dulu. Menurut statistik WHO, penderita kanker seluruh dunia yang disertai nyeri dengan derajat yang bervariasi mencapai 30 – 50 %.

Pemberian analgesik pada pasien kanker dilakukan untuk mengontrol nyeri. Hal ini sangat penting untuk mencegah terjadinya nyeri akibat penggunaan balutan yang lengket serta mampu mempertahankan lingkungan yang lembab oleh karena itu pemberian analgesik diperlukan sebelum penggantian balutan menurut Naylor (2002, dalam Tanjung et al 2007). Pemberian analgesik opioid topikal, misalnya diamorphine dan morphin merupakan alternatif tindakan yang diberikan jika analgesik konvensional tidak berespon. Diamorphine dan morphin diberikan dengan hydrogel dan diberikan langsung pada permukaan luka. Konsentrasi yang diberikan biasanya 0,1% w/w (1mg morphin dalam 1g hydrogel), dan berbagai gel dapat diberikan. Metronidazole

gel biasanya diberikan dengan opioid untuk mengontrol nyeri dan malodour (Flock et al, 2000; Grocott, 2000, dalam Tanjung et al 2007). Menurut Naylor (2002, dalam Tanjung et al 2007) kombinasi ini dapat menurunkan nyeri sampai dengan 24 jam.

Menurut Desen (2008), standar pemberian analgetik pada pasien kanker terdiri dari tiga tahap yaitu :

1. Obat analgetik untuk nyeri derajat ringan

Pada derajat nyeri ringan analgetik yang sering dipakai adalah aspirin dan parasetamol. Pada Obat golongan anti inflamasi nonsteroid (NSAID atau AINS) seperti aspirin, dapat memberikan efek rasa nyeri yang diakibatkan oleh metastasis tumor ke tulang. Dimana pada NSAID bekerja dengan cara menyekat biosintesis prostaglandin. Namun pada pasien yang mengalami nyeri tulang dan tidak bereaksi terhadap pemberian analgetik berupa aspirin, dapat diberikan ibuprofen, indometasin atau diklofenak. Sedangkan pada nyeri non tulang yang tidak bereaksi terhadap pemberian aspirin, maka pemberian parasetamol dapat diberikan. Dosis pemberian aspirin dan parasetamol diberikan setiap 4 sampai 6 jam. Dosis untuk pemberian aspirin adalah 500 mg sampai 600 mg dan parasetamol dosisnya adalah 500 mg sampai 1000 mg. Pemberian analgetik dengan dosis yang berlebih akan menambah efek samping yang lebih buruk.

2. Obat analgetik untuk nyeri sedang

Disaat obat golongan nonopioid tidak efektif dalam mengatasi nyeri, maka pilihannya obat opioid lemah atau terapi nyeri derajat sedang yang lain. pada pemberian Kodein sering diberikan untuk mengatasi nyeri sedang. Dosis pemberian 30 mg kodein peroral setara dengan aspirin 650 mg. bila kedua obat tersebut diberikan dalam terapi, maka akan memberikan efek analgetik yang setara dengan 60 mg kodein. Dimana penggunaan kodein dapat diberikan secara tunggal atau bersama dengan aspirin atau parasetamol, dengan dosis anjuran 30 mg sampai 60 mg setiap 4 sampai 6 jam. Obat lain yang dapat

digunakan untuk nyeri derajat sedang adalah propoksifen dan tramadol.

3. Obat analgetik untuk nyeri derajat berat

Penggunaan obat analgetik derajat berat ini dapat diberikan ke pasien saat obat opioid lemah atau ditambahkan dengan obat nonopioid atau obat pembantu dan tidak dapat mengatasi nyeri. Selanjutnya obat opioid kuat digunakan untuk mengatasi nyeri yang berat dimana golongan ini adalah morfin.

Pasien yang belum pernah mendapatkan terapi opiat, biasanya diberikan dosis awal tablet morfin (morfin lepas cepat) dengan dosis 5 mg- 10 mg setiap 4 sampai 6 jam sekali. Namun jika belum dapat mengatasi nyeri, maka dosis akan dinaikkan 50% dari dosis semula. Jika saat diberi dosis pertama dan pasien berespon terhadap penurunan nyeri namun terlalu mengantuk, selanjutnya untuk pemberian yang kedua, dosis akan diturunkan 50%. Biasanya pemberian morfin dengan dosis 5 mg sampai 30 mg yang diberikan setiap 4 jam, dapat mengatasi nyeri di sebagian pasien. Jika nyeri tersebut dapat dikendalikan dan dosis morfin perhari dapat ditentukan, maka pemberiannya dapat diganti dengan morfin oral kerja panjang (tablet morfin lepas terkendali). Pemberian tablet morfin lepas terkendali dosis awal yang biasa diberikan adalah 10 mg sampai 30 mg, dan dapat memberikan efek analgetik selama 8 sampai 12 jam. Perlu diperhatikan dosis total morfin dalam 24 jam harus sebanding ketika akan diganti dari tablet morfin lepas cepat ke tablet morfin lepas terkendali. Jika pasien nyerinya kurang berespon dengan baik terhadap morfin, dapat diganti dengan dengan opioid kuat seperti temple fentanil perkutan, metadon, dihidromorfon.

Petidin merupakan golongan analgesik opioid sintesis, efek analgetik pada obat ini sangat lemah dibandingkan morfin. Kekuatan analgetik pada golongan ini terletak di antara kodein dan morfin dengan durasi efek yang lebih singkat sekitar 3 jam. Sedangkan *Norpetidin* yang merupakan metabolit dari petidin, memiliki paruh waktu kerja obat

yang lebih panjang. Namun efek samping pada pemakaian jangka panjang dapat menyebabkan akumulasi metabolit yang akan memberikan efek toksik terhadap sistem saraf pusat. Petidin tidak sesuai bila diberikan pada terapi nyeri yang kanker menahun.

2.4 Luka Kanker

2.4.1 Pengertian

Menurut Mansjoer (2002) mendefinisikan luka sebagai keadaan hilang/terputusnya kontinuitas jaringan. Sehingga Dari definisi-definisi tersebut dapat disimpulkan luka adalah rusak/terputusnya kontinuitas jaringan.

Menurut Carville (2007) & Tanjung et al (2007) luka kanker atau yang lebih dikenal dengan Fungating wound merupakan kerusakan integritas kulit yang disebabkan oleh infiltrasi sel maligna. Ini merupakan salah satu luka kronik pada stadium lanjut. Luka kanker yang tumbuh dibawah kulit akan merusak lapisan kulit sehingga akan terbentuk luka. Seperti halnya pertumbuhan pada kanker, luka kanker juga bisa menyebabkan proses transportasi oksigen ke jaringan dan merusak pembuluh darah tipis. Sehingga kulit dan jaringan menjadi mati (nekrosis). Selain jaringan menjadi nekrosis, bakteri atau kuman juga akan mudah menginfeksi luka sehingga luka akan berbau. Luka kanker ini akan tampak seperti jamur atau cauliflower, sehingga sering disebut fungating wound. Daerah sekitar luka kanker juga kemungkinan terjadi ulcerasi akibat cairan luka yang begitu banyak. Luka kanker dapat berkembang pada daerah tempat kanker itu muncul pertama kali (primer), atau ketika kanker telah metastase ke bagian tubuh yang lain (sekunder).

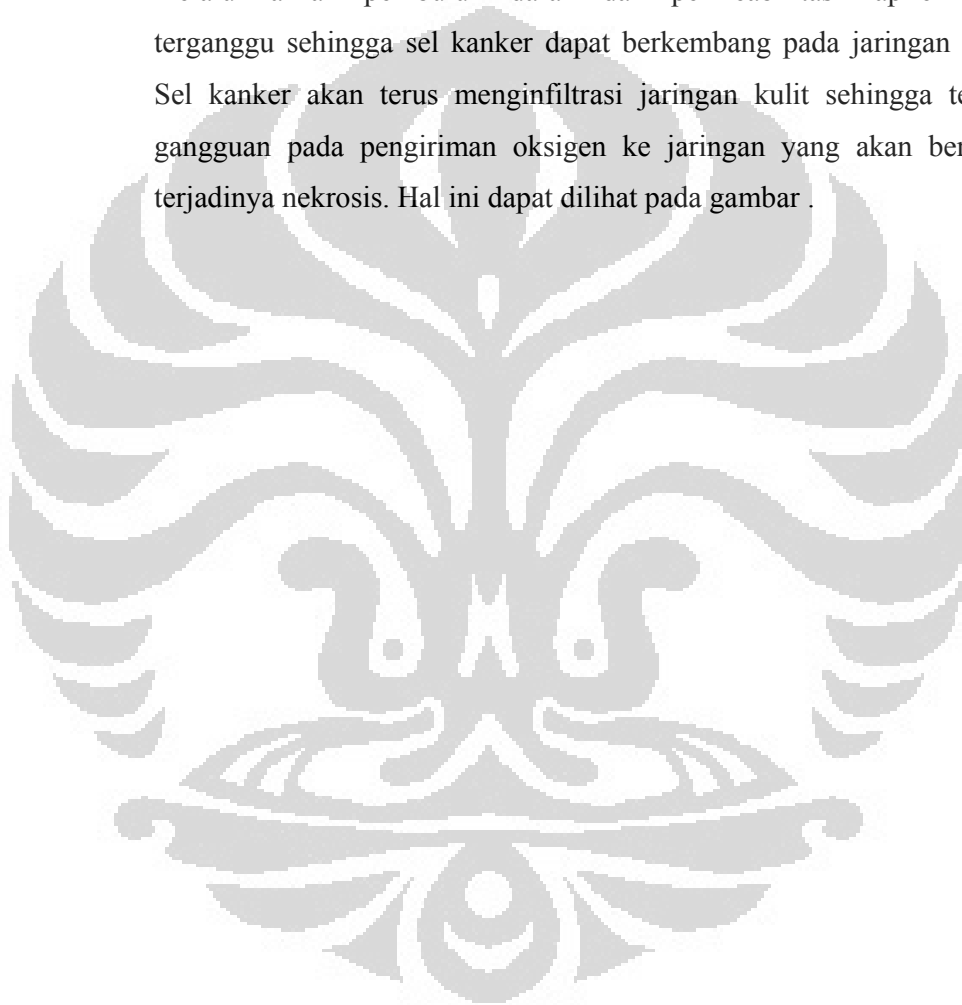
2.4.2 Tanda Dan Gejala

Seperti yang telah di kutip oleh CliniMed. Fungating wounds & Macmilan Cancer Support (2010, dalam Wijaya 2010) Gejala umum

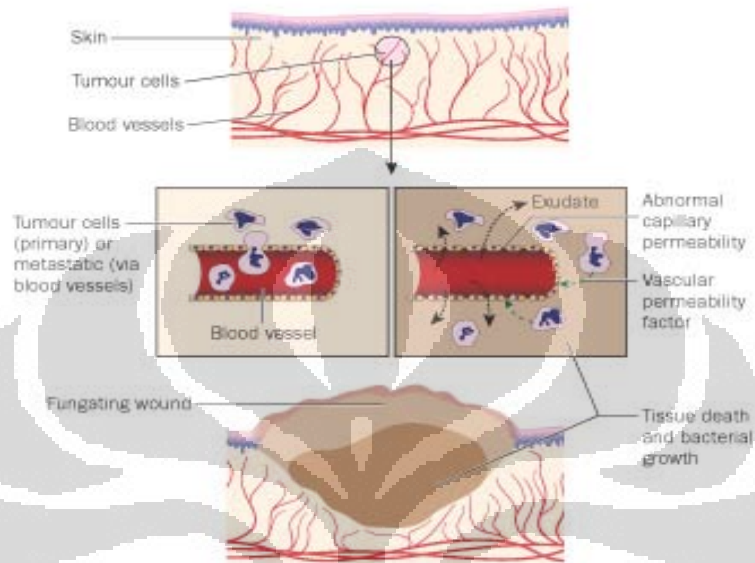
yang biasanya sering muncul pada luka kanker berupa eksudat yang banyak, bau yang tidak sedap, nyeri, mudah berdarah, gatal-gatal, ekskoriasi kulit sekitar luka dan infeksi lokal.

2.4.3 Patofisiologi Luka Kanker

Menurut Wijaya (2010) sel kanker akan tumbuh secara terus menerus dan sangat sulit untuk dikendalikan. Sel kanker ini dapat menyebar melalui aliran pembuluh darah dan permeabilitas kapiler akan terganggu sehingga sel kanker dapat berkembang pada jaringan kulit. Sel kanker akan terus menginfiltrasi jaringan kulit sehingga terjadi gangguan pada pengiriman oksigen ke jaringan yang akan berakibat terjadinya nekrosis. Hal ini dapat dilihat pada gambar .



Gambar 2.1
Patofisiologi luka kanker



Selanjutnya Jaringan nekrosis merupakan media yang terbaik dalam pertumbuhan bakteri, baik bakteri aerob maupun anaerob. Bakteri tersebut akan menginfeksi dasar luka kanker sehingga menimbulkan bau yang tidak sedap atau lebih di kenal dengan malodour. Selanjutnya sel kanker dan proses infeksi tadi akan merusak permeabilitas kapiler kemudian menimbulkan cairan luka (eksudat) yang banyak. Akibat dari eksudat yang banyak dapat menimbulkan iritasi sekitar luka dan juga gatal-gatal. Pada jaringan yang rusak dan terjadi infeksi akan merangsang pengeluaran reseptor nyeri sebagai respon tubuh secara fisiologis akibatnya timbul gejala nyeri yang hebat. Sel kanker itu sendiri juga merupakan sel imatur yang bersifat rapuh dan merusak pembuluh darah kapiler yang menyebabkan mudah perdarahan.

Adanya bau yang tidak sedap dan cairan yang banyak keluar pada luka kanker akan menyebabkan masalah psikologis pada pasien.

Sehingga pasien cenderung merasa rendah diri, mudah marah/tersinggung, menarik diri dan membatasi kegiatannya.

2.4.4 Proses Penyembuhan Luka

Penyembuhan luka merupakan suatu proses penggantian jaringan yang mati/rusak dengan jaringan baru dan sehat oleh tubuh dengan jalan regenerasi. Luka dikatakan sembuh apabila permukaannya dapat bersatu kembali dan mencapai normal. Namun menurut Bryant and Nick (2007, dalam Wulandari 2010) kemampuan memperbaiki jaringan yang rusak merupakan kemampuan alami mahluk hidup saat mengalami cedera. Dua konsep mekanisme saat terjadi injury, yaitu regenerasi sel dan replacement (penggantian). Regenerasi merupakan perbaikan untuk mencapai fungsi normal. Sedangkan replacement merupakan proses dimana terjadinya penggantian sel atau jaringan yang rusak dengan sel atau jaringan baru.

Penyembuhan luka meliputi 2 kategori yaitu, pemulihan jaringan ialah regenerasi jaringan pulih seperti semula baik struktur maupun fungsinya dan repair ialah pemulihan atau penggantian oleh jaringan ikat.

Penyembuhan luka dapat terjadi secara:

- a. Per Primam yaitu penyembuhan yang terjadi setelah segera bertautnya tepi luka biasanya dengan jahitan.
- b. Per Sekundem yaitu luka yang tidak mengalami penyembuhan per primam. Proses ini lebih kompleks dan lebih lama dalam penyembuhannya. Luka jenis ini luka terbuka. Biasanya dijumpai pada luka-luka dengan kehilangan jaringan, terkontaminasi/terinfeksi. Dimana penyembuhan akan dimulai dari lapisan dalam dengan pembentukan jaringan granulasi.
- c. Per Tertiam atau Per Primam tertunda adalah luka yang dibiarkan terbuka sampai dengan beberapa hari setelah tindakan debridemen dan luka dipertautkan (4-7 hari).

2.4.5 Proses penyembuhan luka yang terjadi adalah sebagai berikut:

- a. Fase Inflamasi; Berlangsung sampai hari ke-5. Akibat luka terjadi pendarahan, tubuh akan berusaha menghentikannya dengan vasokonstriksi, pengerutan ujung pembuluh yang terputus (retraksi) dan reaksi hemostasis. Hemostasis terjadi karena keluarnya trombosit, trombosit mengeluarkan prostaglandin, tromboksan, bahan kimia tertentu dan asam amino tertentu yang mempengaruhi pembekuan darah, mengatur tonus dinding pembuluh darah dan kemotaksis terhadap leukosit. Sel radang keluar dari pembuluh darah secara diapedesis dan menuju daerah luka secara kemotaksis. Sel Mast mengeluarkan serotonin dan histamin yang meningkatkan permeabilitas kapiler, terjadi eksudasi cairan oedema. Dengan demikian akan timbul tanda-tanda radang. Leukosit, limfosit dan monosit menghancurkan dan memakan kotoran dan kuman. Pertautan pada fase ini hanya oleh fibrin, belum ada kekuatan pertautan luka sehingga disebut fase tertinggal (lag phase). Berat ringannya reaksi radang ini dipengaruhi juga oleh adanya benda-benda asing dari luar tubuh, misalnya: benang jahit, infeksi kuman dll. Tidak adanya serum maupun pus/nanah menunjukkan reaksi radang yang terjadi bukan karena infeksi kuman tetapi karena proses penyembuhan luka.
- b. Fase Proliferasi atau Fibroplasi: Berlangsung dari akhir masa inflamasi sampai kira-kira minggu ke-3. Pada fase ini terjadi proliferasi dari fibroblast yang menghasilkan mukopolisakarida, asamaminoglisin dan prolin yang akan mempertautkan tepi luka. Pada fase ini terbentuk jaringan granulasi. Pembentukan jaringan granulasi berhenti setelah seluruh permukaan luka tertutup epitel dan mulailah proses pendewasaan penyembuhan luka, pengaturan kembali dan penyerapan yang berlebih.
- c. Fase Remodelling/Fase Resorpsi/Fase penyudahan: Pada fase ini terjadi proses pematangan yang terdiri dari penyerapan kembali jaringan yang berlebih, pengerutan sesuai dengan gaya gravitasi

dan akhirnya perupaan kembali jaringan yang baru terbentuk. Fase ini berakhir bila tanda radang sudah hilang.

Dari teori diatas dapat disimpulkan luka dapat sembuh secara alami tanpa pertolongan dari luar, tetapi cari alami ini memakan waktu cukup lama dan meninggalkan luka parut yang kurang baik, terutama kalau lukanya menganga lebar.

2.4.6 Faktor-faktor yang mempengaruhi penyembuhan luka

- a. Koagulasi; Adanya kelainan pembekuan darah (koagulasi) akan menghambat penyembuhan luka sebab hemostasis merupakan tolak dan dasar fase inflamasi.
- b. Gangguan sistem Imun (infeksi,virus); Gangguan sistem imun akan menghambat dan mengubah reaksi tubuh terhadap luka, kematian jaringan dan kontaminasi. Bila sistem daya tahan tubuh, baik seluler maupun humoral terganggu, maka pembersihan kontaminasi dan jaringan mati serta penahanan infeksi tidak berjalan baik.
- c. Gizi (kelaparan, malabsorpsi), Gizi kurang juga: mempengaruhi sistem imun.
- d. Penyakit Kronis; Penyakit kronis seperti TBC, Diabetes, juga mempengaruhi sistem imun.
- e. Keganasan; Keganasan tahap lanjut dapat menyebabkan gangguan sistem imun yang akan mengganggu penyembuhan luka.
- f. Obat-obatan; Pemberian sitostatika, obat penekan reaksi imun, kortikosteroid dan sitotoksik mempengaruhi penyembuhan luka dengan menekan pembelahan fibroblast dan sintesis kolagen.
- g. Teknik Penjahitan; Tehnik penjahitan luka yang tidak dilakukan lapisan demi lapisan akan mengganggu penyembuhan luka.
- h. Kebersihan diri/Personal Hygiene; Kebersihan diri seseorang akan mempengaruhi proses penyembuhan luka, karena kuman setiap saat dapat masuk melalui luka bila kebersihan diri kurang.

- i. Vaskularisasi baik proses penyembuhan berlangsung; cepat, sementara daerah yang memiliki vaskularisasi kurang baik proses penyembuhan membutuhkan waktu lama.
- j. Pergerakan, daerah yang relatif sering bergerak; penyembuhan terjadi lebih lama. Ketegangan tepi luka, pada daerah yang tight (tegang) penyembuhan lebih lama dibandingkan dengan daerah yang loose.

2.4.7 Hubungan luka kanker dengan stres dan kecemasan

Menurut Strayer & Schub (2011) dalam penelitiannya menyatakan 20-40% pasien dengan atau pun di sertai luka kanker memiliki tingkat tekanan psikologis, oleh karena kesulitan dalam penyesuaian diri agar lebih bisa diterima di masyarakat dan juga menyebabkan rasa malu di depan umum. Umumnya pasien kanker mengalami penderitaan yang terus menerus yang mempengaruhi kondisi pasien (misalnya, kesedihan atas kehilangan kesehatan, kerentanan atau kemarahan atas kehilangan kendali, atau kecemasan tentang pengobatan dan kondisi masa depan) untuk gejala intens yang mengganggu aktivitas sehari-hari (misalnya, panik, putus asa, isolasi, atau krisis spiritual yang signifikan).

Pernyataan diatas sejalan gangguan psikologis seperti stres dan kecemasan dapat dirasakan langsung efeknya pada pasien, misalnya meningkatkan penerimaan rasa nyeri dan menurunnya efek anestesi sebelum dilakukan intervensi tindakan menurut Hong et al (2003 & 2005, dalam Pritchard MJ 2011) dan juga menurunkan efek anti nyeri atau analgesia pasca-operasi menurut Sjöling et al (2003, dalam Pritchard MJ 2011). Pasien dengan gangguan psikologis seperti diatas dapat tampil sebagai perilaku yang agresif atau menuntut, sehingga hal ini membutuhkan perhatian yang terus menerus dari staf perawat, sehingga pasien dikhawatirkan tidak mampu memahami atau mengikuti instruksi sederhana dari intervensi keperawatan yang diberikan (Pritchard, 2009).

Menurut Pritchard (2009) adanya hubungan antara gangguan psikologis terhadap pasien yang mengalami penyakit kanker, dimana digambarkan sebagai hal yang tidak menyenangkan dalam keadaan kegelisahan atau ketegangan yang akan berhubungan dengan hemodinamik yang abnormal seperti adanya hipertensi dan takikardi sebagai konsekuensi dari simpatik, parasimpatis dan endokrin stimulasi. Hal ini juga akan mempengaruhi kegiatan sehari-hari dan gaya hidup pasien, peran pasien dirasakan terganggu dalam keluarga, termasuk kehilangan status atau identitas gender. Dan mempengaruhi kekebalan pasien sehingga memperpanjang waktu penyembuhan luka menurut Kiecolt-Glaser et al (1998, dalam Pritchard 2009).

Secara fisiologis stres memiliki hubungan dengan penyembuhan luka kanker, dimana Stres atau gairah emosional akan mengarah pada peningkatan noradrenalin atau peningkatan kortisol yang menyebabkan gangguan kinerja memori dan mempengaruhi kekebalan pasien yang akhirnya, waktu penyembuhan luka menjadi lama (Pritchard 2009, Stegeren 2009). Walaupun antara stres dan kesehatan telah dihipotesiskan. Namun jalur asosiasinya masih tidak jelas dan mekanisme stres yang dapat mempengaruhi seseorang fisik dan kesejahteraan psikologis pun belum dipahami dengan baik. Hal ini umumnya dikarenakan hipotalamus hipofisis adrenal (HPA) axis adalah sistem neuroendokrin yang memiliki prinsip dalam mendasari sistem stres dan merupakan komponen penting dalam jalur yang menghubungkan stres dan illness (Rosal et al, 2004).

2.5 Malodour

2.5.1 Pengertian

Anonim (2011) menyatakan malodour adalah hasil metabolisme bakteri dan produksi agen berbahaya seperti pendek dan menengah-rantai asam lemak mudah menguap *Volatile Fatty Acids* (VFAs). Sedangkan menurut G. Lee et al (2009) & Grocott (2000) malodour merupakan adanya luka yang telah mengalami nekrotik akibat hilangnya vaskularisasi atau telah terjadinya kolonisasi atau infeksi berat oleh

mikroorganisme seperti bakteri *Bacteroides* dan *Spesies Clostridium* sehingga mengakibatkan luka menjadi malodour. Selain itu pula malodour ini diyakini merupakan kumpulan *volatile agen*, yang mengandung molekul yang mudah menguap dan mencapai reseptor di hidung. Volatile agen ini termasuk mikroorganisme bakteri, asam (*n-butyric*, *n-valeric* dan *n-caproic*) dan *cadaverine* dan *putresin*, yang dilepas oleh bakteri anaerob.

2.5.2 Penyebab Malodour

Pada dasarnya penyebab malodour belum diketahui dengan jelas, namun sumber referensi menyatakan hal-hal yang berpengaruh terhadap malodour yaitu infeksi, kolonisasi bakteri anaerob atau jenis bakteri, degradasi atau nekrosis jaringan (Bale et al, 2004). Selanjutnya, faktor predisposisi atau yang mendukung pasien kanker untuk terjadinya infeksi yaitu kerusakan integritas kulit dan membran mukosa, kemoterapi, terapi radiasi, malnutrisi, medikasi, kateter urine, kateter intravena, prosedur *invasive* lain (pembedahan, parasentesis, torakosentesis, selang drainase, endoskopi, ventilasi mekanik, alat-alat penampung, usia, penyakit kronis, hospitalisasi yang lama (Smeltzer & Bare, 2008).

Menurut Morison (2004, dalam Tanjung et al 2007) stadium penyakit yang sangat lanjut pada tumor dapat menyebar ke dalam kulit yang berada di atasnya dan dapat pula berkembang menjadi suatu massa yang akan berbentuk jamur dan akan menjadi rapuh. Sehingga jaringan akan mudah berdarah, sangat malodour, dan jumlah eksudat yang banyak.

Pada stadium penyakit yang sangat lanjut, tumor lokal dapat menyebar ke dalam kulit yang berada di atasnya dan dapat pula berkembang menjadi suatu massa berbentuk jamur dari jaringan yang sangat rapuh menurut Morison (2004, dalam Tanjung et al 2007). Selanjutnya pula jaringan akan mudah berdarah, sering sangat malodour, dan menghasilkan eksudat yang banyak, dan golongan bakteri yang menyebabkan malodour pada luka merupakan bakteri aerob maupun

anaerob. Dimana *Pseudomonas* dan *Klebsiella* salah satu bakteri aerob yang menghasilkan malodour pada luka yang terjadi baik secara persisten dan konstan sedangkan bakteri anaerob yang berhubungan dengan malodour yaitu *Bacteroides spp*, *Prevotella spp*, *Fusobacterium nucleatum*, *Clostridium perfringens*, dan *Anaerobic cocci* menurut Moody, 1998; Thomas et al, 1998 dan Bowler et al 1999, dalam Tanjung et al (2007) dan juga menyebutkan proporsi bakteri anaerob umumnya relatif meningkat pada luka malodour. (Bale et al, 2004).

Dalam pengelolaan malodour, *Jenis dressing Activated charcoal dressings* telah lama dikenal sebagai agen yang efisien. Jenis dressing ini digunakan sebagai filter pada balutan/dressing. Jenis *dressing Activated charcoal dressings* dihasilkan dengan pemanasan karbon sehingga pori-pori kecil terbentuk pada permukaannya. Dan permukaan mampu meningkatkan kemampuan dalam mengontrol malodour. *charcoal dressings* diintegrasikan ke dalam bantalan kain kasa atau mirip material dan lapisan kain hidrofobik dalam bentuk dressing dan juga agen antibakteri juga dapat ditambahkan. Kombinasi *charcoal dressings* dan produk luka canggih lainnya telah meningkatkan penyerapan bau dan selain itu pula *charcoal dressings* adalah penyerap odor yang sangat kuat yang mampu menyerap spora dan bakteri. Berbagai dressing dengan *charcoal dressings* sekarang tersedia seperti *CliniSorb (CliniMed)*, *Sorbsan Plus Carbon (Aspen Medical)*. Produk lainnya seperti pada *CarboFlex (ConvaTec) Multilayered dressing (alginate/Hydrofiber)*/kombinasi dressing mampu mengontrol adanya malodour menurut Anonim (2011). Menurut Hampton (2008) Selain dressing yang mengandung *charcoal*, madu komponen yang rendah air dan memiliki kemampuan osmolaritas yang tinggi yang berarti air sedikit yang tersedia untuk mendukung pertumbuhan bakteri dan spora sehingga mengurangi pembentukan malodour.

2.5.3 Efek yang di timbulkan dari maldour

Menurut Breslow (1991 dalam Adderley, 2010) kelebihan eksudat pada luka kanker dapat menyebabkan malodour, kebocoran, kotornya

pakaian dan selimut. Sehingga dapat menyebabkan kecemasan pada pasien, selain itu pula pasien akan mengalami gangguan tidur dan isolasi sosial. Hal ini dapat juga mempengaruhi status gizi pasien dimana malodour mungkin akan merusak nafsu makan, hilangnya sejumlah besar eksudat pada luka dan juga dapat menyebabkan defisiensi protein yang signifikan, oleh karena eksudat banyak mengandung protein.

Ditinjau dari segi biaya, eksudat yang menimbulkan malodour jika tidak dikelola dengan baik juga dapat menguras sumber daya yang ada di negara tersebut. Hal ini dapat dilihat di negara Inggris mengeluarkan biaya sebesar £2.3–3.1 billion yang ini dihabiskan untuk perawatan luka kronis, terutama pada area keperawatan komunitas, ini menurut Posnett & Frank (2008, dalam Adderley, 2010).

Kandungan eksudat yang terdiri dari air mengandung nutrisi, elektrolit, sel darah putih, mediator inflamasi, *protein digesting enzymes* dan *growth faktor*. Namun volume eksudat akan berkurang jika luka mengalami proses penyembuhan dan sebaliknya eksudat akan bertambah ketika penyembuhan tertunda, infeksi atau hipertensi vena.

Eksudat pada luka kronis seperti pada luka kanker sangat kaya akan *growth faktor* dan *immune faktor* yang sangat berfungsi pada faktor-faktor yang akan mempromosikan dan mendukung proses penyembuhan dengan merangsang proliferasi sel dan menyediakan nutrisi untuk metabolisme sel, menurut Romanelli et al (2010, dalam Adderley 2010). Namun menurut *World Union of Wound Healing Societies* (WUWHS, 2007) Selain itu pula eksudat banyak mengandung sel darah putih yang mampu mematikan bakteri, dan menghentikan tingginya mediator pada tingkat inflamasi dan enzim yang mencerna protein yang dapat mengganggu proses penyembuhan luka yang normal.

Pernyataan dan sumber diatas sangat di dukung oleh Gardner et al (2001, dalam Adderley, 2010), malodour tidak selalu menunjukkan infeksi tetapi dapat menjadi tanda infeksi atau menurut WUWHS,

(2007, dalam Adderley 2010) mungkin menunjukkan adanya jaringan nekrotik atau sinus, fistula enterik atau pada saluran kemih.

Menurut Adderley (2010) bau adalah bersifat subyektif pada masing-masing tiap- tiap orang dan dipengaruhi oleh beberapa kali dimana seseorang mengenal akan bau itu sendiri..

Browne dkk (2004, dalam Moris 2008) melihat pada TELER (*Treatment Evaluation by A Le Roux's Method*) merupakan suatu metode yang mampu merekam bau dan untuk mengukur dampak dari bau. Selain itu sistem ini akan berguna untuk mengevaluasi dressing luka pada produk dengan memberikan bukti-bukti yang berarti dalam luka perkembangan luka keganasan menurut Grocott (1998, dalam Moris 2008)

Tabel. 2.1

Penilaian malodour pada luka

PENILAIAN BAU PADA LUKA	
Penilaian	Pengkajian
Menyengat	Bau jelas saat memasuki ruang (6-10 kaki atau 2-3 meter dari pasien) dengan dressing yang utuh .
Bau	Bau jelas saat memasuki ruang (6-10 kaki atau 2-3 meter dari pasien) dengan dressing yang telah diganti/diangkat.
Agak bau	Bau jelas di dekat pasien ketika dressing yang telah diangkat.
Tidak bau	Tidak bau, bahkan di samping tempat tidur pasien saat dressing diganti/diangkat.

2.6 Psikologis Pada Pasien Kanker

Menurut Desen (2008) WHO telah mencantumkan penyakit kanker sebagai salah satu penyakit yang disebabkan pola hidup (*the disesase of life styles*). Pola hidup yang dimaksud adalah pola hidup yang tidak baik, seperti kurangnya berolah raga, stres, merokok dan mengkonsumsi minuman keras, serta kebiasaan makan yang tidak baik dapat membuat seseorang mudah terkena kanker.

Desen (2008) juga mengatakan saat ini belum ada bukti ilmiah menunjukkan psikososial secara langsung menimbulkan kanker. Namun kenyataannya, insiden kanker cenderung lebih tinggi menunjukkan pada kalangan yang memiliki perilaku atau ciri emosional tertentu. Selain itu pula timbulnya kanker berkaitan dengan kejadian hidup yang buruk tertentu reaksi emosional akut dan pola respon yang tidak tepat sehingga dapat mempengaruhi mekanisme imun dan sistem hormonal pasien kanker, sehingga hal itu akan mempengaruhi progresi dan pemulihan kanker; metode intervensi psikologis dan membantu memperpanjang masa survival rata-rata pasien.

Menurut Lazarus & Folkman (1984, dalam Potter & Perry 2005) stres dipengaruhi oleh fungsi fisiologis tubuh (Tekanan darah, pernafasan permenit, nadi permenit, dan suhu tubuh), keperibadian, dan karakteristik perilaku, dan juga sifat dari stresor tersebut. Beberapa hal sifat stresor yang mempengaruhi stres yaitu: intensitas atau besarnya stresor, cakupan stresor, durasi stresor, dan jumlah dan sifat dari stresor. Pada kondisi lain dimana pasien yang memiliki luka, salah satu respon psikologis yang dapat mempengaruhi kondisi stres pasien adalah adanya perubahan citra tubuh pada diri pasien, dan beberapa faktor lainnya seperti adanya kemungkinan munculnya jaringan parut pada luka, drain (jikalau dilakukan prosedur tertentu), bau yang berasal dari luka dan drain, serta penggunaan alat prostetik yang bersifat sementara atau permanen (Potter & Perry, 2005).

2.6.1 Reaksi Psikologis Yang Umum Pada Pasien Kanker

Ketakutan akan kanker menjadi hal umum. Terkena kanker ibarat memasuki jalur kematian perlahan-lahan yang penuh duka dan derita. Menurut Desen (2008) pada umumnya semua pasien kanker dapat mengalami reaksi psikologis berat. Derajat dan manifestasi yang ditimbulkan pada reaksi psikologis tersebut berkaitan langsung dan dipengaruhi oleh dengan jenis kelamin, usia, tingkat budaya, pengalaman hidup, pemahaman dan pengetahuan medis, serta ciri pribadi.

Stresor psikososial adalah setiap keadaan atau suatu peristiwa yang menyebabkan perubahan dalam kehidupan seseorang; sehingga orang itu terpaksa mengadakan adaptasi atau penyesuaian diri untuk menanggulangnya

namun, tidak semua orang mampu melakukan adaptasi dan mengatasi stressor tersebut, sehingga timbullah keluhan-keluhan antara lain berupa stres, cemas dan depresi.

Menurut Videback (2008) gangguan ansietas atau kecemasan adalah sekelompok kondisi yang memberi gambaran penting tentang ansietas yang berlebihan, disertai respons perilaku, emosional dan fisiologis. Pasien yang mengalami gangguan kecemasan dapat terlihat dari perilaku yang tidak lazim seperti panik tanpa alasan, takut yang tidak beralasan terhadap objek atau kondisi kehidupan, dan biasanya melakukan suatu tindakan berulang-ulang tanpa dapat dikendalikan sehingga muncul perilaku yang tidak lazim tersebut sebagai respons normal terhadap ansietas. Hal ini dibenarkan oleh pernyataan yang disampaikan oleh Corner (1992, dalam Videback 2008) kecemasan merupakan alat peringatan internal yang memberikan tanda bahaya kepada individu. Dimana kondisi kecemasan dapat dilihat dalam rentang ringan, sedang, berat sampai panik dan tiap tingkatan tersebut akan menimbulkan perubahan fisiologis dan emosional pada individu (Videback, 2008).

Maunsell et al & Munkres et al (1992, Northouse 1990, dalam Terry A. Badger 2001) menyatakan masalah psikologis tidak hanya muncul pada pasien kanker saat mengetahui diagnosisnya namun pada pasien yang mendapatkan terapi kanker pun sering mengalami gangguan psikologis seperti depresi. 57% pasien dengan kanker melaporkan adanya depresi seperti mood depresi, kesulitan berkonsentrasi, dan kesulitan tidur sebagai efek dari kanker dan pengobatannya. Hal ini sejalan apa yang dikatakan Stegeren van (2009) tingkat stres yang tinggi atau gairah emosional dapat mengarah pada peningkatan noradrenalin atau peningkatan tingkat kortisol yang menyebabkan gangguan kinerja memori di otak.

Menurut Siegel (1997, dalam Williams & Ann M. Schreier 2004) menyatakan kecemasan dapat memicu depresi, dan beberapa peneliti telah menemukan bukti perempuan yang mengalami depresi mungkin kurang mampu melakukan perawatan diri. Sehingga diagnosis kanker menyajikan tantangan psikologis yang signifikan. Pada umumnya pasien mengalami sejumlah reaksi

negatif, seperti kecemasan, depresi dan ketidakmampuan untuk konsentrasi menurut Voogt et al (2005, dalam Pinquart 2007).

Setiap wanita yang sedang menjalani pengobatan kanker harus dinilai untuk kondisi depresinya. Karena intervensi yang efektif dan perawatan yang nyaman dapat mengurangi efek samping dan mempromosikan kualitas hidup pada wanita dengan kanker payudara menurut Badger (2001).

Menurut Kubler-Ross (1969, dalam Potter & Perry 2005) depresi merupakan suatu kondisi adanya kehilangan baik yang disadari dan akan timbul dampak yang nyata dari kehilangan tersebut. Pada kondisi ini seseorang akan sangat merasa sangat kesepian dan berusaha untuk menarik diri. Pada kondisi ini pula biasanya akan memberikan kesempatan kepada pasien untuk melewatinya dengan memecahkan masalahnya. Perilaku yang muncul pada kondisi ini biasanya muncul kebingungan, kurang motivasi, tidak menunjukkan minat, tidak mampu membuat keputusan, menangis, menarik diri, mulai mengenang akan masa lalu, pasien mulai kehilangan minat dalam berpenampilan, dan berusaha untuk melakukan bunuh diri.

2.6.2 Stres

Stres menurut Selye (1956, dalam Videback 2008) adalah kelelahan dan kecemasan pada tubuh yang disebabkan oleh hidup. Contohnya bagaimana suatu respon tubuh seseorang manakala yang bersangkutan mengalami pekerjaan yang berlebihan. Jika ia sanggup mengatasinya artinya tidak ada gangguan pada fungsi organ tubuh, maka dikatakan yang bersangkutan tidak mengalami stres. Tetapi jika sebaliknya bila ternyata ia mengalami gangguan pada satu atau lebih organ tubuh sehingga yang bersangkutan tidak lagi dapat menjalankan fungsi pekerjaan dengan baik, maka ia disebut mengalami distress. Dalam perkembangannya dampak stres ini tidak hanya mengenai gangguan fungsional hingga kelainan organ tubuh, tetapi juga berdampak pada bidang kejiwaan (*psikologik/psikiatrik*) misalnya kecemasan dan depresi (Hawari, 2006). Menurut Selye (1956, dalam Videback 2008) ada tiga tahap reaksi terhadap stress :

a. Tahap reaksi alarm

Pada tahap ini stres menstimulasi pesan fisiologis tubuh dari hipotalamus ke kelenjar (misalnya, kelenjar adrenal untuk mengirim adrenalin dan norepineprin sebagai pembangkit emosi) dan organ-organ (misalnya, hati untuk mengubah kembali simpanan glikogen menjadi glukosa sebagai makanan) untuk mempersiapkan kebutuhan pertahanan potensial.

b. Tahap resistensi

Saat pada tahap ini stres terus berlanjut, sistem pencernaan mengurangi kerjanya dengan mengalirkan darah ke area yang dibutuhkan untuk pertahanan, paru-paru memasukan lebih banyak udara, dan jantung berdenyut lebih cepat dan keras sehingga dapat mengalirkan darah yang kaya oksigen dan nutrisi ke otot untuk mempertahankan tubuh melalui perilaku fight, flight, atau freeze. Pada tahap ini apabila individu beradaptasi terhadap stres, tubuh berespon dengan rileks dan kelenjar, organ, serta respon sistemek pun akan menurun.

c. Tahap kelelahan

Pada tahap akhir ini individu akan berespon negatif terhadap ansietas dan stres: cadangan tubuh berkurang atau komponen emosional berubah sehingga timbul respon fisiologis yang kontinu dan kapasitas cadangan menjadi sedikit.

Menurut (Hawari, 2006) tidak semua orang yang mengalami stresor psikososial yang sama akan mengalami stres. Orang yang mempunyai tipe kepribadian "A" kemungkinan akan lebih lebih rentan terkena stres. Sedangkan orang dengan tipe kepribadian "B" kemungkinan akan lebih kebal terhadap stres.

Menurut Hawari (2006) tipe kepribadian yang beresiko tinggi terkena stress atau tipe "A" memiliki ciri khas, yaitu :

- a. Ambisius, agresif dan kompetitif (sua akan persaingan), banyak jabatan rangkap.
- b. Kurang sabar, mudah tegang, mudah tersinggung dan marah (emosional)
- c. Kewaspadaan berlebihan, kontrol diri kuat, percaya diri berlebihan.

- d. Cara bicara cepat, bertindak serba cepat, hiperkatif, tidak dapat diam.
- e. Bekerja tidak mengenal waktu (*workholic*).
- f. Pandai berorganisasi dan memimpin dan memerintah (*otoriter*).
- g. Lebih suka bekerja sendirian bila ada tantangan.
- h. Kaku terhadap waktu, tidak dapat tenang (*tidak relaks*), serba tergesa-gesa.
- i. Mudah bergaul (*ramah*), pandai menimbulkan perasaan empati dan bila tidak tercapai maksudnya mudah bersikap bermusuhan.
- j. Tidak mudah dipengaruhi, kaku (*tidak fleksibel*).
- k. Bila berhibur pikirannya ke pekerjaannya kepekerjaan, tidak dapat santai. Berusaha keras untuk dapat segala seauatunya terkendali.

2.6.3 Respon Fisiologis Stres & Respon Psiko-Neuro-Imunologi (Psiko-Neuro-Endokrinologi)

Psiko-Neuro-Imunologi adalah ilmu yang mempelajari hubungan antara faktor psiko-sosial, sistem saraf antara faktor psiko-sosial, sistem saraf dan kekebalan. Seseorang yang sedang mengalami stresor psikososial yang kemudian ditangkap panca inderanya, melalui sistem saraf panca indera diteruskan ke susunan saraf pusat otak, yaitu bagian saraf otak yang disebut *lymbic system*, melalui transmisi saraf (*neurotransmitter/sinyal penghantar saraf*) . selanjutnya stimulus ini tadi melalui susunan saraf autonom (*simpatis/parasimpatis*) akan diteruskan ke kalenjar-kalenjar hormonal (*endokrin*) yang merupakan sistem imunitas tubuh dan organ-organ tubuh yang dipersarafinya (Hawari, 2006).

Keller et all (1999, dalam Hawari 2006) dalam beberapa penelitiannya telah menemukan keterkaitan antara strespsikososial, depresi, imunitas dan kesehatan fisik. Hal ini diperkuat oleh penelitian sebelumnya seperti selye (1976), Glaser et all (1987), Solomon (1993) yang antara lain menyatakan stres psikososial akan mengakbitkan stres psikobiologik yang berdampak terhadap imunitas tubuh. Bila imunitas tubuh menurun maka seseorang yang bersangkutan rentan jatuh sakit baik fisik maupun mental.

Menurut Smeltzer (2008) respon fisiologis terhadap stressor merupakan mekanisme protektif dan adaptif untuk memelihara keseimbangan

homeostasis dalam tubuh. Hal ini sesuai dengan apa yang telah disampaikan Mc Ewen dan Mendelson (1993, dalam Smeltzer 2008) respon stres merupakan bagian dari rangkaian peristiwa neural dan hormonal yang mengakibatkan konsekuensi jangka pendek dan panjang bagi otak dan tubuh....stresor juga suatu peristiwa yang menantang homeostasis, dengan terjadinya penyakit bila terjadi kegagalan dalam proses normal adaptasi terhadap stres.

Aksi neural dan hormonal untuk mempertahankan keseimbangan homeostasis diintegrasikan oleh hipotalamus. Hipotalamus mengintegrasikan suatu mekanisme sistem saraf otonom yang memelihara kestabilan kimia lingkungan internal tubuh. Hipotalamus dan sistem limbik juga mengatur emosi dan beberapa kegiatan viseral yang diperlukan untuk bertahan hidup (misalnya, makan, minum, pengaturan suhu, reproduksi, pertahanan dan agresi). Dalam respon stres, impuls aferen akan diterima oleh organ penginderaan tubuh dan penginderaan internal (baroreseptor, kemoreseptor) ke pusat saraf otak yang dilanjutkan ke hipotalamus (Smeltzer 2008).

Selanjutnya jalur neural dan neuroendokrin atas kontrol hipotalamus terhadap respon stres akan terjadi sekresi *Sistem Saraf Simpatik-Adrenal-Meduler* dan jika stres masih tetap ada sistem hipotalamus-pituitari akan diaktifkan. Pada kondisi tersebut *Norepineprin* diaktifkan yang akan mengakibatkan peningkatan fungsi organ vital dan keadaan perangsangan tubuh secara umum seperti peningkatan frekuensi jantung, *vasokonstriksi perifer*, sehingga penurunan perfusi jaringan pada organ-organ vital. Selanjutnya glukosa darah meningkat, pupil akan berdilatasi, dan aktivitas mental akan meningkat; rasa kesiagaan lebih sensitive (Smeltzer 2008).

Pada respon selanjutnya *Sistem Saraf Simpatik-Adrenal-Meduler*. Pada respon ini menurut Smeltzer (2008) sistem saraf ini menstimulasi medula kelenjar adrenal untuk mengeluarkan hormon *epinefrin* dan *norepinefrin* ke aliran darah. Pada kondisi tersebut akan menimbulkan efek metabolik yang akan meningkatkan kadar glukosa darah dan meningkatkan kadar

glukosa darah dan meningkatkan laju metabolisme, efek tersebut di sebut "*fight or flight*".

Pada respon lainnya respon *Hipotalamus-Pituitari*. *Hipotalamus* akan mensekresi *corticotropin-releasing factor*, yang akan menstimulasi pituitari anterior untuk memproduksi *adrenocorticotropic hormone (ACTH)* untuk memproduksi *glukokortikoid*, terutama *kortisol*. Dimana *kortisol* akan menstimulasi katabolisme protein, melepaskan asam amino oleh hepar dan konversinya menjadi glukosa (*glukoneogenesis*) dan menghambat ambilan glukosa (*aksi anti insulin*) oleh berbagai sel tubuh selain otak dan jantung. Efek metabolisme yang diinduksi *kortisol* akan menyediakan sumber energi yang siap pakai selama keadaan stres.

Selanjutnya hubungan stres terhadap sistem imun akan terjadi dimana *glukokortikoid* akan mendepresi sistem imun tubuh. Bila konsentrasi *glukokortikoid* ini tinggi, maka akan terjadi penurunan respon inflamasi terhadap injury atau pun infeksi. Dimana pada kondisi ini inflamasi akan terhambat, limfosit akan dihancurkan dalam jaringan limfoid dan produksi antibodi akan menurun, sehingga kemampuan tubuh untuk pencegahan infeksi menjadi berkurang. Hubungan stres terhadap sistem imun di sebut juga *behavioral immunology*, *psikoimmunology* dan *neuroimmunomodulasi* (Smeltzer 2008). Hal ini dibenarkan oleh Kiecolt-Glaser & Glaser (1992, dalam Smeltzer 2008) stres psikologis yang ekstrim dapat mengakibatkan dampak yang berat pada imunologis tubuh.

Untuk menilai respon stres yang tepat, perawat dapat menilai rentang stres dengan menggunakan *depression anxiety and stress scale (DASS)*. Dimana *DASS* adalah suatu kuisioner yang berisi 42 item untuk mengukur keadaan emosional secara negatif dari depresi, kecemasan dan stres. Masing-masing 3 skala ini berisi 14 item, yang masing-masing item berisi sekitar 2-5 pertanyaan. Namun dikarenakan penelitian ini lebih menekankan pada tingkat stres maka penelitian ini hanya menggunakan skala stres saja. Penggunaan skala ini hanya menjumlahkan nilai kuisioner stres yang ada. Selanjutnya hasilnya akan diklasifikasikan pada 2 tingkat yaitu ringan, dan berat (www.acpmh.unimelb.edu.au, 1995). Skala ini dapat dilihat pada lampiran 6.

Tabel. 2.2
Penilaian Stres

PENILAIAN STRES PADA KANKER PAYUDARA	
Tingkat Stres	Total nilai
normaln	0-14
Ringan	15-18
Sedang	19-25
Berat	26-33
Sangat berat	34+

Sumber: www.acpmh.unimelb.edu.au, 1995

2.6.4 Depresi

Menurut Hawari (2006) gangguan alam perasaan (mood) yang ditandai dengan kemurungan dan kesedihan yang mendalam dan berkelanjutan sehingga hilangnya kegairahan hidup, tidak mengalami gangguan dalam menilai realitas (*Reality Testing Ability/RTA*, masih baik) kepribadian tetap utuh (tidak mengalami keretakan kepribadian/splitting of personality) perilaku dapat terganggu tetapi dalam batas-batas normal.

Menurut Dimatteo (2000, dalam Hawari 2006) dalam penelitiannya menemukan data depresi terjadi 25% pasien yang menjalani pengobatan medis dan 50% pasien (di AS) tidak taat terhadap rekomendasi pengobatan yang telah diberikan dokter; hal ini membuktikan terdapatnya kumulatif dari adanya hubungan antara ketaatan berobat dan depresi yang cukup bermakna (*signifiance*).

Ciri kepribadian orang yang lebih beresiko biasanya mempunyai crack kepribadian depresif, yang ciri-cirinya antara lain sebagai berikut:

1. Pemurung, sukar untuk bisa senang, sukar untuk merasa bahagia
2. Pesimis menghadapi masa depan.
3. Harga diri rendah.
4. Mudah merasa bersalah dan berdosa.
5. Mudah mengalah.
6. Enggan bicara.

7. Mudah merasa haru, sedih dan menangis.
8. Gerakan lamban, lemah, lesu, kurang energik;
9. Seringkali mengeluh sakit ini dan itu (keluhan psikosomatik)
10. Mudah tegang, agitatif, gelisah
11. Serba cemas, khawatir, takut
12. Mudah tersinggung
13. Tidak ada kepercayaan diri
14. Merasa tidak mampu, merasa tidak berguna
15. Merasa selalu gagal dalam usaha, pekerjaan ataupun studi
16. Menarik diri, pemalu dan pendiam
17. Lebih suka menyisihkan diri, tidak suka bergaul, pergaulan soaial amat terbatas.
18. Lebih suka menjaga jarak, menghindari keterlibtan dengan orang;
19. Suka mencela, mengkritik, konvensional.
20. Suit mengambil keputusan.
21. Tidak agresif, sikap oposisinya dalam bentuk pasif-agresif;
22. Pengendalian diri terlampau kuat, menekan dorongan/impuls diri;
23. Menghindari hal-hal yang tidak menyenangkan
24. Lebih senang berdamai untuk menghindari konflik ataupun konfrontasi.

Menurut Hawari (2006) seseorang baru dikatakan mengalami gangguan depresi jika seseorang itu mengalami gangguan psikis sedemikian rupa sehingga mengganggu fungsi dalam kehidupannya sehari-hari. Bentuk gejala klinis dari depresi biasanya kelesuan, kemurungan, ketiadaan gairah hidup, perasaan tidak berguna, putus asa, berat badan menurun, nafsu makan menurun, konsentrasi dan daya ingat menurun (Hawari, 2006).

2.6.5 Kecemasan

Menurut Hawari (2006) kecemasan adalah gangguan alam perasaan (*affective*) yang ditandai dengan perasaan ketakutan atau kekhawatiran yang mendalam dan berkelanjutan, tidak mengalami gangguan dalam menilai realitas (Realiti Testing Ability/RTA, masih baik), kepribadian masih utuh (tidak mengalami keretakan kepribadian/splitting of personality), perilaku

dapat terganggu tetapi masih dalam batas-batas normal. Kecemasan merupakan bagian utama pada semua hampir gangguan kejiwaan. Secara klinis gejala kecemasan dibagi dalam beberapa kelompok, yaitu: gangguan cemas (*anxiety disorder*), gangguan cemas menyeluruh (*generalized anxiety disorder/GAD*), gangguan panik (*panic disorder*) gangguan fobik (*phobic disorder*) dan gangguan obsesif-kompulsif (*obsessive-compulsive disorder*).

Tipe kepriadian pencemas, yaitu: cemas, khawatir, tidak tenang, ragu dan bimbang, memandang masa depan dengan rasa was-was, kurang percaya diri, gugup apabila tampil di muka umum, sering merasa tidak bersalah, menyalahkan orang lain, tidak mudah mengalah, tidak tenang bila duduk, gelisah, sering mengeluh fisik (keluhan somatik), mudah tersinggung, mengambil keputusan sering diliputi rasa bimbang dan ragu, bila mengemukakan sesuatu atau bertanya sering berulang-ulang, dan kalau sedang emosi seringkali bertindak histeris. Dan orang dengan tipe pencemasan tidak selamanya kepribadian ini ada dan selalu ciri khas ini tumpang tindih dengan ciri-ciri depresif atau dengan arti lain batasannya masih tidak jelas (Hawari, 2006).

Sedangkan gejala klinis pada tipe kecemasan yaitu: cemas, firasat buruk, takut akan pikirannya sendiri, mudah tersinggung; merasa tersinggung, tidak tenang, gelisah, mudah terkejut, takut sendirian, takut pada keramaian dan banyak orang; gangguan pola tidur, mimpi-mimpi yang menegangkan; gangguan konsentrasi dan daya ingat; keluhan somatik misalnya; rasa sakit pada otot dan tulang, pendengaran berdenging (*tinnitus*), berdebar, sesak nafas, gangguan pencernaan, gangguan perkemihan, sakit kepala dan lain sebagainya.

2.7 Aplikasi Konsep Teori Kenyamanan Katharine Kolcaba

Teori kenyamanan merupakan teori keperawatan yang mana teori ini pertama kalinya dikembangkan oleh Katharine Kolcaba pada tahun 1990-an. Teori Kenyamanan ini merupakan bagian dari *middle range theory* pada praktik kesehatan, pendidikan, dan penelitian Kolcaba (2011). Selain itu pula teori Kolcaba memiliki potensi dalam penempatan kenyamanan sebagai teori

penting diberbagai bidang atau garis depan kesehatan. (Maret A & McCormack, 2009).

Kolcaba (2010) mencoba menjelaskan kenyamanan memiliki 3 bentuk: bantuan, kemudahan, dan transendensi. Dan beliau pun menjelaskan ada 4 konteks di mana kenyamanan seorang pasien dapat terjadi pada : *fisik*, *psychospiritual*, lingkungan, dan sosial budaya. Jika kebutuhan secara spesifik kenyamanan pasien itu terpenuhi, contohnya menghilangkan nyeri pada pasien kanker payudara dengan pemberian analgesia sesuai indikasi yang telah ditentukan, pengalaman kenyamanan pasien tersebut dalam kondisi arti *relief sense/lega*. Selanjutnya jika pasien dalam keadaan nyaman dan mengalami kepuasan, pasien tersebut dalam kondisi arti kemudahan contohnya seorang pasien yang mengalami nyeri kanker dan masalah yang menyebabkan nyeri telah ditangani. Bentuk terakhir mengenai *transendensi* yang menggambarkan keadaan nyaman di mana pasien dapat naik di atas tantangan mereka.

Kolcaba mencoba menjelaskan tentang kebutuhan dari suatu pelayanan kesehatan yang kebutuhan ini bagian dari pemenuhan rasa nyaman. Hal ini meliputi aspek fisik, psikologis, sosial dan semua ini dapat kita ketahui dari respon verbal maupun dari respon non verbal pasien. Hal diatas di hubungkan pada pencarian suatu informasi yang berhubungan dengan kondisi patofisiologi, yang didapatkan dari dukungan, pendidikan dan finansial dan intervensi terhadap kondisi penyakitnya. Variabel yang dapat mempengaruhi persepsi seseorang terhadap suatu kenyamanan diantaranya adalah pengalaman, usia, sikap, kondisi emosional, dukungan dan finansial.

2.8 Peran Perawat Spesialis Medikal Bedah

Perawat dalam memberikan asuhan keperawatan selalu menekankan pada aspek biopsikososiospritual. Hal in terkait akan pemberian asuhan keperawatan secara holistik yang tidak dapat dipisah-pisahkan antara satu dengan yang lainnya. Dan akan sangat berpengaruh bila mana salah satunya terpisahkan.

Aspek diatas merupakan aspek yang sangat penting dalam pemenuhan

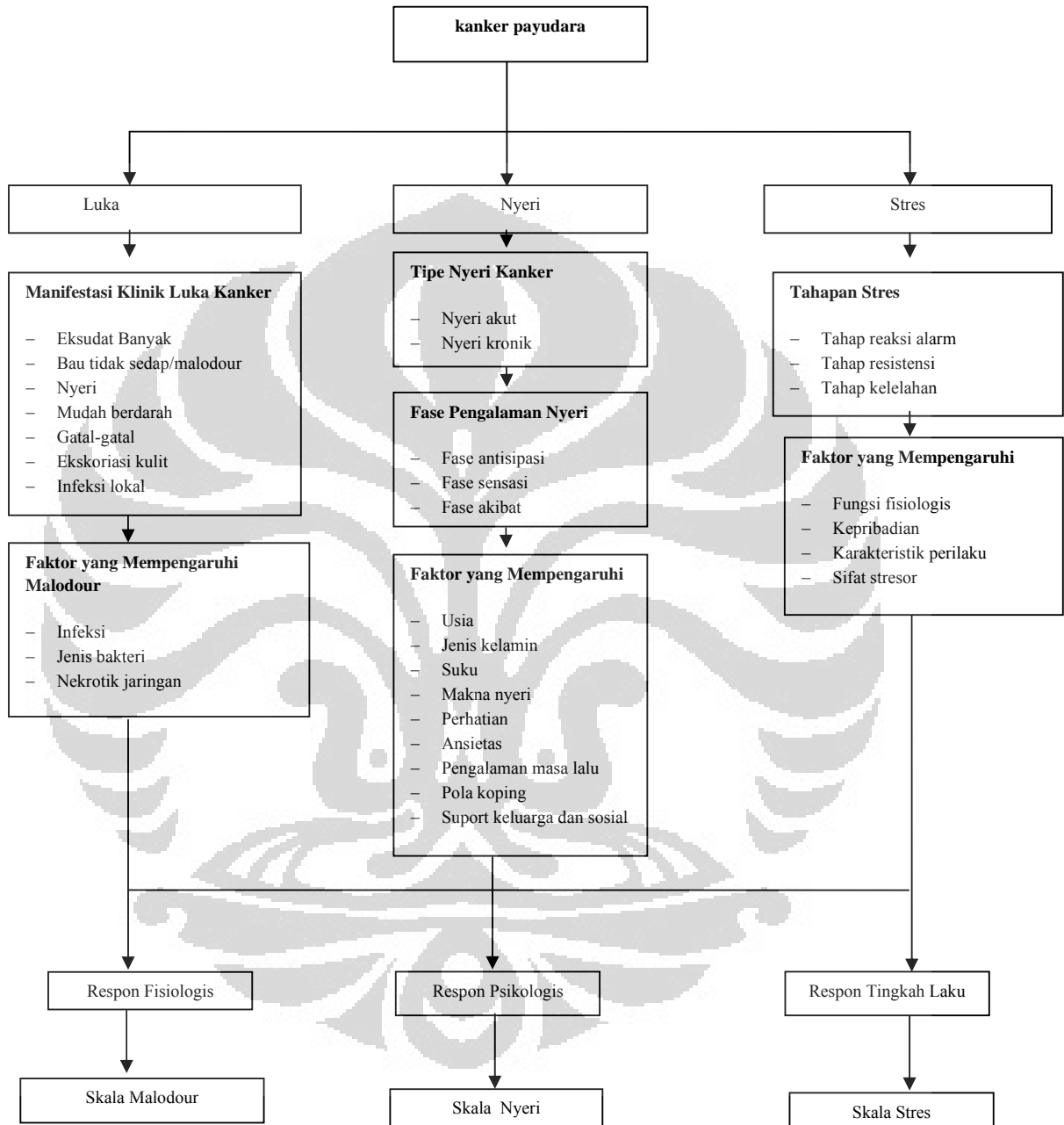
kebutuhan asuhan keperawatan seperti pada pasien kanker. Dimana pada pasien kanker menurut Jee Yun (2008) nyeri adalah gejala yang paling umum dan tersering pada pasien kanker stadium lanjut. Sehingga pada pasien kanker sangat membutuhkan perawatan tersendiri dalam penanganan nyeri kanker.

Nyeri kanker itu sendiri merupakan nyeri yang sangat multifaktorial dan kompleks. Jika tidak dirawat secara memadai dampak dari nyeri kanker akan merusak yang disertai dengan peningkatan morbiditas dan kualitas hidup yang buruk. Manajemen nyeri kanker yang dilakukan perawat merupakan tugas yang menantang yang ditinjau baik karena proses penyakit serta konsekuensinya. Hal ini terkait pengobatan efek samping pada nyeri kanker tersebut serta optimalisasi analgesia dengan opioid oral, analgesik adjuvan, dan teknik manajemen nyeri baik merupakan kunci sukses untuk nyeri kanker untuk meningkatkan kualitas hidup pasien menurut Rana & Gupta et al (2011).

Keterkaitan dengan hal-hal yang telah disampaikan di atasnya pengobatan nyeri kanker nyeri yang efektif memerlukan pendekatan yang holistik dengan penilaian nyeri yang tepat waktu, pengukuran nyeri, patofisiologi terhadap nyeri yang menyebabkan rasa sakit jenis tertentu, dan pemahaman tentang obat-obatan untuk menghilangkan rasa sakit dengan masuknya intervensi tepat waktu. Sehingga perlu evaluasi secara seksama akan komponen psikososial dan mental dengan komunikasi yang baik itu sangat diperlukan. Tantangan dan hambatan untuk pada intervensi manajemen nyeri kanker harus diatasi bersama dengan pendekatan interdisipliner yang bertujuan untuk memberikan analgesia pada nyeri kanker yang memadai dengan efek samping yang minimal.

Skema 2.1

Kerangka Teori



Sumber: Lemonen dan Burke (2008), Smeltzer et al (2008), Qittun (2008), Potter dan Perry (2005), CliniMed. Functioning wounds & Macmillan Cancer Support (2010), Breslow (1991), Clare Morris (2008), Desen (2008), Terry A. Badger (2001), Vildeback (2008). Bale et al (2004).

BAB III

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

Bab ini menjelaskan tentang kerangka konsep penelitian, hipotesis penelitian dan definisi operasional. Kerangka konsep penelitian sangat diperlukan sebagai landasan dalam berpikir dalam melaksanakan suatu penelitian yang akan dikembangkan dari tinjauan teori yang telah dibahas pada bab sebelumnya sehingga mudah dipahami dan dapat dijadikan acuan oleh peneliti. Mengenai gambaran variabel-variabel dapat diperoleh mengenai kerangka konsep. Hipotesis suatu penelitian adalah merupakan pernyataan sementara yang akan diuji kebenarannya yang akan dinyatakan dalam hipotesis alternatif, sebagai petunjuk dalam mengidentifikasi dan menginterpretasikan hasil. Definisi operasional merupakan definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari variabel yang diteliti untuk memperjelas maksud dari suatu penelitian yang dilakukan.

3.1 Kerangka Konsep

3.1.1 Variabel bebas (*independent variabel*)

Variabel bebas pada penelitian ini adalah nyeri dan malodour. Nyeri pada penelitian ini diukur dengan menggunakan Skala Intensitas Nyeri Deskriptif. Sedangkan malodour pada penelitian ini diukur dengan menggunakan model penilaian TELER (*Treatment Evaluation by A Le Roux's Method*).

3.1.2 Variabel terikat (*dependent variabel*)

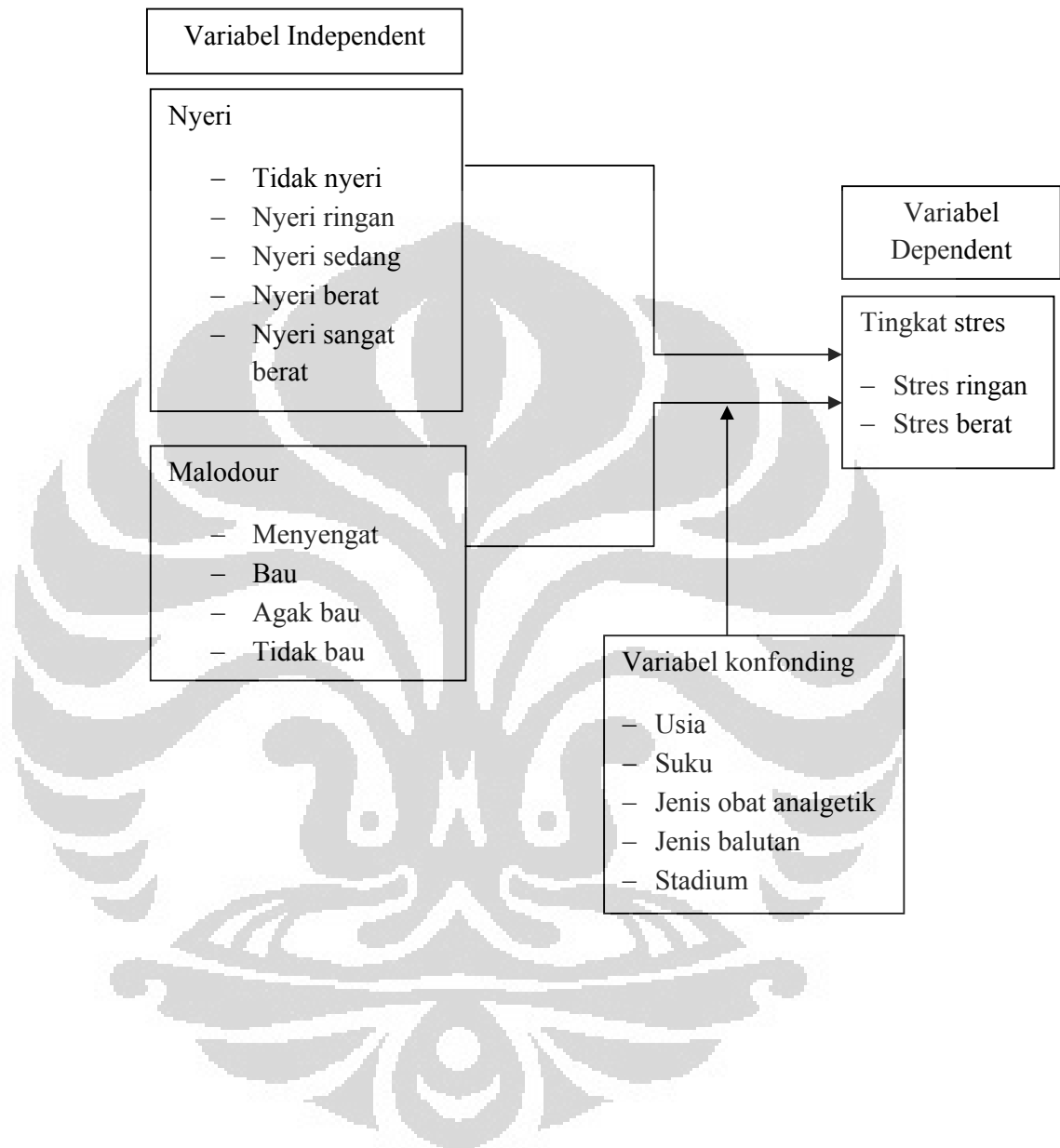
Variabel dalam penelitian ini adalah tingkat stres pada pasien kanker payudara dengan menggunakan penilaian *depression anxiety and stress scale* (DASS).

3.1.3 Variabel perancu (*confounding*)

Variabel perancu dalam penelitian ini adalah: usia, suku, jenis obat analgetik, jenis balutan.

Adapun skema konsep penelitian ini adalah sebagai berikut:

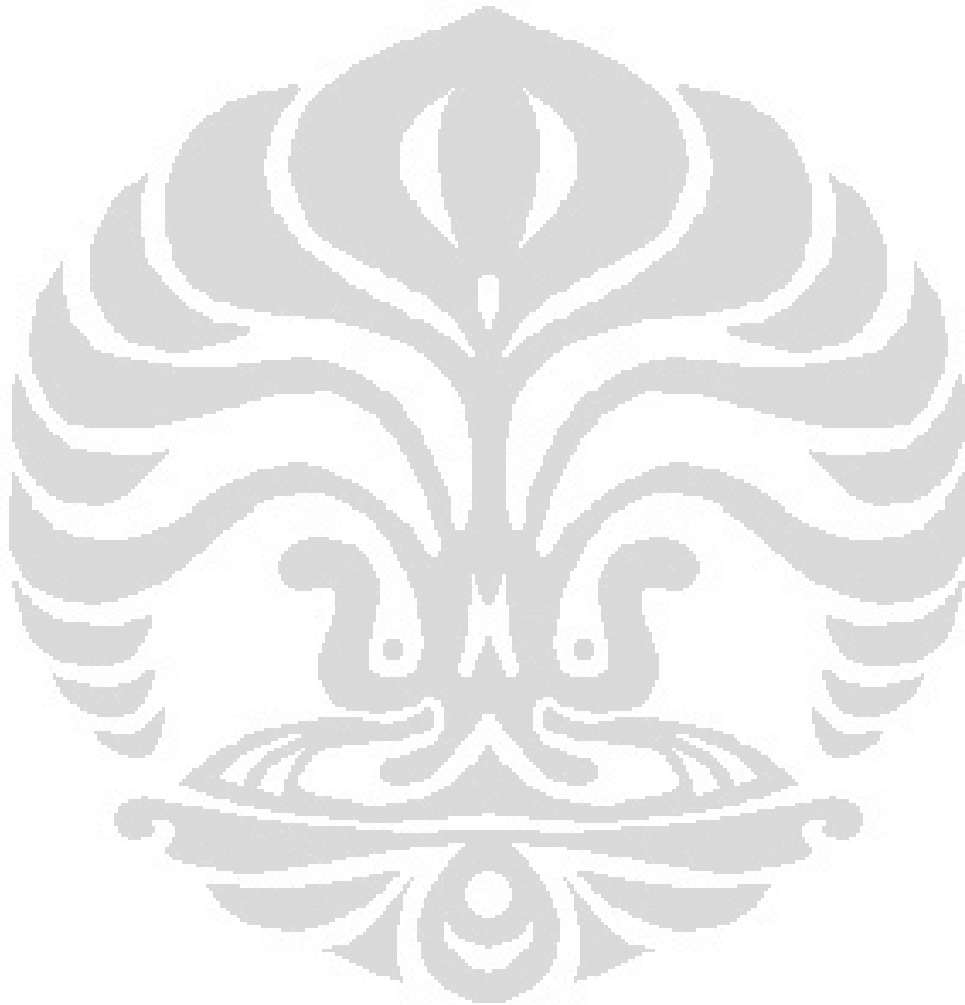
Skema.3.1
Kerangka Konsep Penelitian



3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis nol (H_0): Tidak ada hubungan bentuk ketidaknyamanan: nyeri dan malodour dengan tingkat stres pada pasien kanker payudara.

Hipotesis alternatif (H_a): Ada hubungan bentuk ketidaknyamanan: nyeri dan malodour dengan tingkat stres pada pasien kanker payudara.



3.4 Definisi Operasional

Tabel.3.1

Definisi Operasional Variabel Penelitian

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
Nyeri	<p>Rasa sakit yang dirasakan pada pasien kanker payudara baik terus menerus maupun hilang timbul selama pasien dirawat inap.</p> <p>Pengukuran nyeri dilakukan saat di ganti balutan dan setelah penggantian balutan dan penilaiannya dilakukan oleh pasien, yang pertanyaannya tentang nyeri pada malam hari, sebelum minum analgetik, nyeri saat ganti balutan dan nyeri setelah ganti balutan.</p>	<p>Instrumen Pengukuran <i>Skala Intensitas Nyeri Deskriptif</i>, yang berisi 1 item yang dinyatakan dalam skala 0 -10 yang pengukurannya terdiri dari: 0 : Tidak nyeri 1-3 : Nyeri ringan 4-6 : Nyeri sedang 7-9 : Nyeri berat terkontrol 10 : nyeri berat tidak terkontrol</p>	<p>1: nyeri ringan (0-3) 2: Nyeri tinggi (4-10):</p>	Ordinal
Malodour	<p>Bau yang ditimbulkan dari luka kanker payudara.</p> <p>pengukurannya yang dilakukan oleh dilakukan pasien sebelum penggantian balutan sedangkan pengukuran yang dilakukan oleh keluarga dilakukan sebelum penggantian balutan namun terpisah oleh pasien.</p>	<p>Instrumen Pengkajian TELeR (<i>Treatment Evaluation by A Le Roux's Method</i>) yang berisi 1 item yang dinyatakan dalam skala 0 -3 yang pengukuran terdiri dari: 0: Tidak bau 1: Agak bau 2: Bau 3: Menyengat</p>	<p>1: agak bau (0-1) 2: Bau (2-3) Bau</p>	Ordinal
Stres	<p>Adanya masalah psikologis yang timbul dan dirasakan pasien kanker payudara.</p> <p>Pengukuran skala</p>	<p>Instrumen Pengkajian DASS (<i>Depression Anxiety And Stress Scale</i>) yang berisi 14 pertanyaan yang</p>	<p>0: Tingkat stres ringan (point 0 - 21) 1: Tingkat stres berat (point 22- 42)</p>	Ordinal

	stres dilakukan oleh pasien.	dinyatakan dalam skala 0-42 yang terdiri 0 -21: Tingkat stres ringan 22- 42: Tingkat stres berat		
Usia	Umur pasien dihitung dari tanggal lahir sampai dengan bulan april. Umur dinyatakan dalam tahun dan bulan	Peneliti mengisi format data demografi sesuai hasil wawancara dg pasien.	Nilai dalam Tahun	Interval
Suku	Penggolongan pasien berdasarkan suku	Peneliti mengisi format data demografi sesuai hasil wawancara dg pasien.	Penggolongan suku berdasarkan wawancara dengan pasien 1: sumatera 2: luar sumatera	Nominal
Jenis obat analgetik	Obat yang diresepkan oleh dokter yang digunakan untuk mengurangi nyeri	Peneliti mengisi format data demografi melalui studi dokumentasi.	Penggolongan Obat berdasarkan wawancara dengan pasien 1: mendapatkan analgetik 2: tidak mendapatkan analgetik	Ordinal
Jenis balutan	jenis balutan yang digunakan dalam perawatan luka kanker payudara selama pasien dirawat inap	Peneliti mengisi format data demografi melalui studi dokumentasi.	1. Balutan yang mampu mengontrol malodour 2. Balutan yang tidak mampu mengontrol malodour	Nominal
Stadium kanker	Tingkat stadium kanker yang dialami oleh pasien sesuai dengan yang terdapat pada catatan medik	Peneliti mengisi format data demografi melalui studi dokumentasi.	Penggolongan stadium berdasarkan studi dokumentasi	Nominal

BAB IV

METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan menggunakan desain studi *cross-sectional*. Yang dimaksud dengan *cross-sectional* merupakan penelitian observasi yang pengukurannya dilakukan hanya satu saat tertentu, dimana tiap subyek hanya diobservasi dan diamati satu kali dan pengukuran variabel subyek dilakukan pada saat pemeriksaan tersebut (Sastroasmoro & Ismail, 2010). Hal ini sesuai apa yang disampaikan oleh Dharma (2011) tujuan dari penelitian *cross-sectional* adalah meneliti variabel independen dan dependen secara bersamaan tanpa melihat hubungan variabel berdasarkan perjalanan waktu.

4.2 Populasi Dan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan obyek yang menjadi pusat perhatian penelitian. Obyek yang menjadi pusat perhatian penelitian dan tempat untuk menggeneralisasika temuan penelitian (Sandjaja & Albertus, 2011). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh responden kanker payudara yang di rawat inap di Rumah Sakit Kanker Dharmais Jakarta dan RSUAM Bandar Lampung.

4.2.2 Sampel

Sampel diperoleh dari populasi berdasarkan pasien kanker payudara yang dirawat inap di RSUP di Jakarta dan RSUAM Bandar Lampung, karena sampel didefinisikan sebagai himpunan bagian atau sebagian dari populasi (Gempur, 2007). Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan *non probability sampling* dengan jenis *Purposive sampling* yaitu suatu metode pemilihan sampel yang dilakukan berdasarkan maksud atau tujuan tertentu yang ditentukan oleh peneliti. Artinya seseorang dapat dijadikan sebagai sampel karena peneliti menganggap orang tersebut memiliki informasi yang diperlukan untuk

penelitiannya. Sehingga peneliti perlu membuat kriteria sampel. Kriteria dapat meliputi kriteria inklusi dan kriteria eksklusi. Kriteria inklusi adalah kriteria yang harus dimiliki oleh individu dalam populasi untuk dapat dijadikan sampel dalam penelitian. Sedangkan kriteria eksklusi adalah kriteria yang tidak boleh ada atau tidak boleh dimiliki oleh sampel yang akan digunakan untuk penelitian (Dharma, 2011).

Kriteria *inklusi* pada penelitian ini adalah:

- a. Pasien yang berusia 15-60 tahun.
- b. Terdapat luka kanker.
- c. Bukan luka post op mastektomi.
- d. Saat penilaian nyeri pasien tidak sedang mendapatkan terapi analgesik.
- e. Berorientasi baik pada tempat, waktu dan orang.
- f. Pasien dapat membaca dan menulis.

Sedangkan kriteria *eksklusi* pada penelitian adalah:

- a. Tidak bersedia mengikuti penelitian.
- b. Responden dengan penurunan kesadaran.

Menurut Dharma (2011) perhitungan besar sampel untuk penelitian yang bertujuan mengetahui proporsi suatu kejadian (event) menggunakan rumus besar sampel, pada penelitian ini peneliti telah mendapatkan responden sebesar 92 orang

4.3 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di RSUP Kanker Dharmas Jakarta dan RSUAM Bandar Lampung baik di rawat inap maupun di poliklinik. Pemilihan lokasi penelitian berdasarkan pertimbangan RSUP Kanker Dharmas Jakarta merupakan rumah sakit pusat rujukan nasional yang merupakan rumah sakit rujukan pada penyakit kanker sehingga diharapkan mempunyai pasien yang mencukupi untuk dilakukan penelitian.

4.4 Waktu Penelitian

Pengumpulan data penelitian dilakukan pada tanggal 16 Mei sampai dengan 25 Juni 2012

4.5 Etika Penelitian

Dalam melaksanakan seluruh kegiatan pada penelitian, peneliti menerapkan keteguhan dalam bersikap secara ilmiah dengan menggunakan prinsip etika penelitian keperawatan. Walaupun bentuk intervensi dalam penelitian ini tidak memiliki resiko yang merugikan atau membahayakan responden, namun peneliti tetap mencoba untuk meminimalkan bahaya pada subjek penelitian (Potter & Perry, 2005). Hak dasar manusia juga harus diobservasi dan prinsip ini telah ditetapkan oleh *Canadian Nurse Association*. Prinsip ini telah ditetapkan oleh Canadian Nurse Association (CNA 1983, 1991 & ANA 1985, dalam Potter & Perry, 2005).

a. Informed Consent

Hal ini subjek telah diberikan informasi yang penuh dan lengkap mengenai tujuan studi, prosedur pengumpulan data, potensial bahaya dan keuntungan serta metode alternatif pengobatan. Penjelasan tentang penelitian dapat dilihat pada lampiran 1. Jika responden setuju maka diminta menandatangani lembar persetujuan yang dapat dilihat pada lampiran 2. Apabila responden merasa tidak nyaman untuk berpartisipasi lebih lanjut, responden diperkenankan untuk mengundurkan diri dari proses penelitian kapanpun ia inginkan.

b. Kerahasiaan

Kerahasiaan menjamin informasi apapun yang diberikan oleh subjek tidak dilaporkan dengan cara apapun untuk mengidentifikasi subjek dan tidak mungkin diakses oleh orang selain tim peneliti, dimana peneliti menggunakan pengkodean pada identitas responden.

c. Keanoniman

Pada penelitian ini responden mengisi lembar pengukuran baik pada pengukuran nyeri, malodoru dan tingka stres dengan menggunakan inisial responden.

4.6 Alat Pengumpulan Data

Pengumpulan data ini telah dilakukan dengan menggunakan lembar instrument pengkajian tingkat nyeri pada 4 pertanyaan yaitu nyeri pada malam hari, nyeri sebelum minum obat, nyeri saat diganti balutan dan nyeri setelah diganti balutan, penilaian tingkat malodour oleh responden dan keluarga, dan tingkat stres yang sudah baku. Lembar instrumen tingkat nyeri, tingkat malodour, dan tingkat stres dapat dilihat pada lampiran 4, lampiran 5, dan lampiran 6. Masing-masing lembar instrumen tersebut meliputi data tentang karakteristik responden, tingkat nyeri, tingkat malodour, dan tingkat stress.

4.7 Prosedur Pengumpulan Data

Pengkajian tingkat nyeri, tingkat malodour, dan tingkat stres dilakukan oleh peneliti di ruangan tersebut, baik di rawat jalan maupun di rawat inap.

Pengumpulan data dari responden telah dilakukan dengan melalui beberapa tahap antara lain:

a. Prosedur administrasi

Tahap persiapan diawali dengan telah mengurus administrasi kampus dengan mengurus surat ijin penelitian di kampus Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia untuk dilanjutkan ke bagian Pendidikan dan Penelitian RSUP Kanker Dharmais Jakarta dan RSUAM Bandar Lampung dalam rangka memperoleh ijin penelitian, kemudian penelitian telah menyampaikan ijin penelitian kepada Kepala Divisi Ruang Rawat Inap dan Rawat jalan RSUP Kanker Dharmais Jakarta dan RSUAM Bandar Lampung.

Peneliti telah bekerjasama dengan Kepala Ruang Rawat Inap dan Rawat Jalan RSUP Kanker Dharmais Jakarta dan RSUAM Bandar Lampung dalam izin pengambilan data.

b. Pelaksanaan

Peneliti telah menentukan responden dengan cara melihat daftar hadir di ruang rawat dan kemudian memasukan nama-nama tersebut ke dalam target responden dalam penelitian. Selanjutnya responden telah memperkenalkan diri dan menanyakan kesedian responden untuk ikut

dalam penelitian ini. Pengukuran instrumen nyeri telah dimulai pada saat pasien diganti balutan dan setelah diganti balutan. Pengukuran stres dan pengukuran bau dilakukan pada saat sebelum pasien diganti balutan dan pengukuran bau oleh keluarga sebelum penggantian balutan namun pengukurannya terpisah oleh responden karena pengukuran bau bersifat subyektif untuk menghindari rasa ketidaknyamanan pasien terhadap bau yang ditimbulkan terhadap keluarganya.

4.8 Validitas Dan Relibilitas

Menurut Sandjaja & Albertus (2011) para peneliti berusaha menjadikan suatu penelitiannya yang valid (sahih) sehingga perlu dilakukan validitas setinggi mungkin. Dimana validitas merupakan suatu alat ukur kesahihan dalam suatu penelitian. Validitas dicapai dengan menggunakan alat ukur yang sesuai dengan apa yang di ukur. hal ini sesuai dengan bentuk instrumen yang telah tersedia dalam penelitian ini. pada uji validitas peneliti menggunakan *uji content validity* (validias isi) dimana peneliti melakukan dengan cara meminta pendapat dari orang lain untuk memeriksa isi instrument. Menurut Dhara (2011) bahwa *content validity* dilakukan dengan cara meminta pendapat dari pakar atau yang memahami isi bahasa instrument dan menentukan apakah seluruh item telah mencakupi isi content dari suatu konsep penelitian.

Reliabilitas adalah tingkat konsistensi dari suatu pengukuran Validitas dan realibilitas suatu instrumen salah satunya dapat dinilai melalui uji statistik. Pada instrument penelitian pengukuran stres ini peneliti menggunakan instrument *depression anxiety and stress scale* (DASS) yang skor uji reabilitasnya pada stres 0.90. hal ini menurut nilai Kappa nilai ini dalam rentang sangat baik. Menurut peneliti hal ini dimaksudkan bahwa instrumen penelitian tersebut dapat digunakan pada penelitian ini.

4.9 Pengolahan Data

Analisa data dapat dikatakan sebagai tahapan akhir dari mata rantai penelitian. Langkah pertama dalam melakukan analisa data adalah memproses data yang dimulai dengan memilah-milah data dalam kategori

tertentu dan diakhiri dengan menganalisisnya baik secara umum maupun secara statistik (Sandjaja & Albertus 2011). Tahapan pengolahan data, yaitu:

a. Editing

Editing merupakan kegiatan melakukan pengecekan kuesioner atau formulir sudah dengan lengkap, jelas, relevan, dan konsisten (Hastono, 2007). Editing dilakukan untuk melakukan pengecekan formulir instrumen pengkajian tingkat nyeri, tingkat malodour, dan tingkat stres.

b. Coding

Coding adalah merupakan kegiatan dalam merubah data berbentuk huruf menjadi berbentuk angka atau pun bilangan. Dimana kegunaan coding adalah sebagai mempermudah saat pelaksanaan analisis dan mempercepat saat entry data (Hastono, 2007). Data yang telah terkumpul dilakukan pengodean dengan memberikan nilai pada masing-masing variabel sesuai dengan definisi operasional dan jenis datanya.

c. Processing

Proses data dengan melakukan *entry*. Berbagai macam program dapat digunakan untuk memproses data dengan masing-masing kelebihan dan kekurangannya. *Entry* data dari instrumen pengkajian tingkat nyeri, tingkat malodour, dan tingkat stres dilakukan secara manual. Kemudian data dimasukkan ke program statistik komputer.

d. Cleaning

Cleaning adalah suatu kegiatan pengecekan data yang sudah dimasukkan ada kesalahan atau pun tidak (Hastono, 2007). *Cleaning* dilakukan dengan tujuan melihat adanya kesalahan yang sangat mungkin terjadi pada saat *entry* data, karena *entry* data dilakukan secara manual. Cara untuk membersihkan data adalah dengan mengetahui *missing* data (tidak ada nilai yang hilang), mengetahui variasi data, dan mengetahui konsistensi data tentang instrumen pengkajian tingkat nyeri, tingkat malodour, dan tingkat stres.

4.10 Analisa Data

Langkah setelah pengolahan data adalah analisis data. Pemilihan uji statistik dilakukan setelah tujuan penelitian dirumuskan secara tepat, sederhana, dan jelas (Gempur, 2005).

Analisis data yang dilakukan dalam penelitian ini meliputi:

a. Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk menggambarkan karakteristik responden berdasarkan umur, suku, stadium kanker, jenis obat analgetik, jenis balutan. Penyajian data numerik seperti: umur menggunakan nilai mean, median dan standar deviasi. Penyajian data kategorik seperti: suku, stadium kanker, jenis obat analgetik, dan jenis balutan menggunakan presentase dan proporsi.

b. Bivariat

Analisis bivariat digunakan pada penelitian ini menggunakan *Uji Chi Square*. *Uji Chi Square* digunakan untuk membandingkan dua kelompok data independen data poin (misal: dua kelompok sampel) (Gempur, 2005). Sedangkan menurut Dharma (2011) pada uji hipotesis tepatnya pada uji korelasi nonparametrik yang menggunakan data nominal atau ordinal pada univariat menggunakan *Uji Chi Square*. Uji Chi Square pada penelitian ini untuk menjelaskan ada tidaknya hubungan antara tingkat nyeri dengan tingkat stres dan tingkat malodour dengan tingkat stres.

Tabel 4.3.
Analisis Bivariat

Variabel Independen	Variabel Dependen	Uji Statistik
Nyeri	Stres	<i>Uji Chi Square</i>
Malodour	Stres	<i>Uji Chi Square</i>

Variabel Konfonding	Variabel Dependen	Uji Statistik
Usia	Stres	<i>Uji t dependen</i>
Jenis kelamin	Stres	<i>Uji Chi Square</i>
Suku	Stres	<i>Uji Chi Square</i>
Jenis obat analgetik	Stres	<i>Uji Chi Square</i>
Jenis balutan	Stres	<i>Uji Chi Square</i>
Stadium	Stres	<i>Uji Chi Square</i>

c. Multivariat

Analisis multivariat yang digunakan pada penelitian ini adalah menggunakan *analisis regresi logistik ganda*. *Analisis regresi logistik ganda* digunakan pada uji hipotesis tepatnya uji korelasi non parametrik (Dharma, 2011). Hal ini dibenarkan oleh pernyataan sannya salah satu pendekatan matematis yang digunakan untuk menganalisis hubungan satu atau beberapa variabel independen dengan sebuah variabel dependen kategori yang bersifat dikotom/binary, uji yang paling tepat menggunakan uji analisis regresi logistik ganda. Pada *analisis regresi logistik ganda* pada data independennya boleh campuran antara variabel katagorik dan numerik. Namun sebaiknya variabel independennya berupa kategorik karena dalam menginterpretasikan hasil analisi akan menjadi lebih mudah (Sutanto 2007). Uji *analisis regresi logistik ganda* pada penelitian ini untuk memprediksi besarnya variabel dependen (tingkat stres) berdasarkan variasi (perubahan) pada variabel independen dan mengetahui variabel independen (tingkat nyeri dan tingkat malodour)

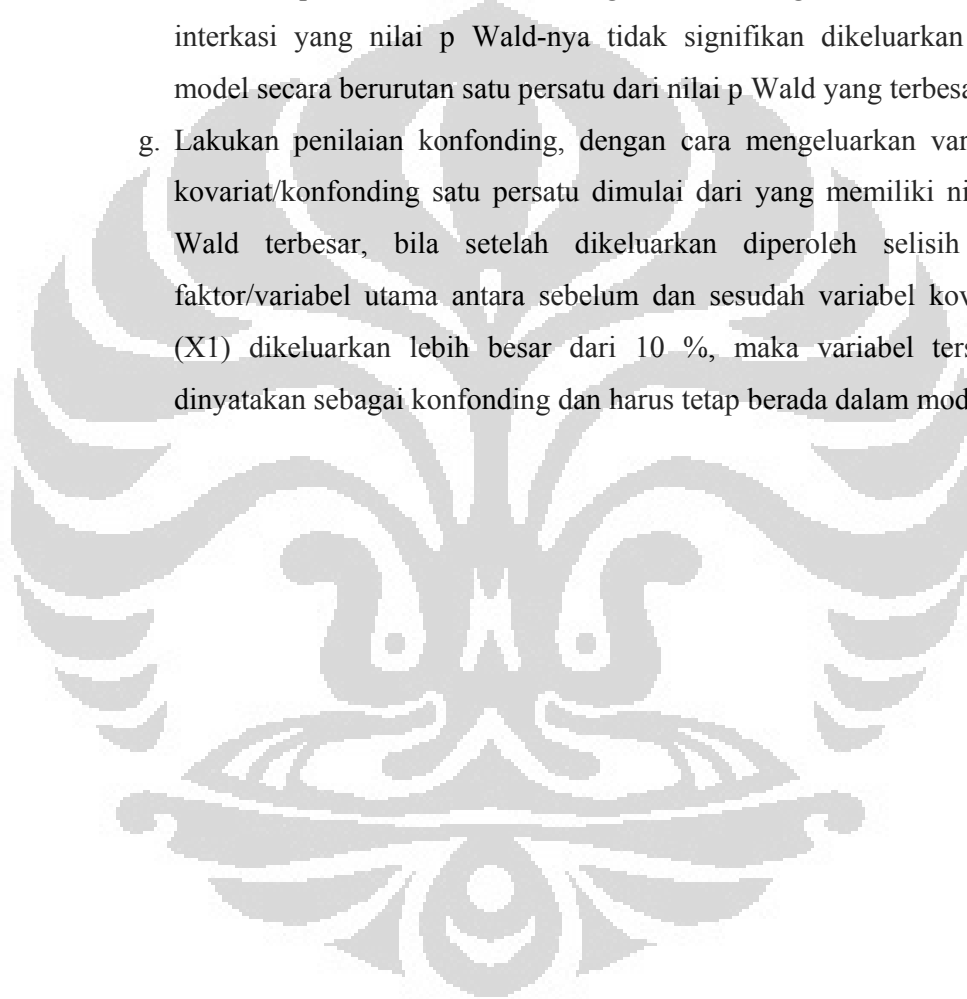
yang berkontribusi paling besar mempengaruhi variabel dependen (tingkat stres).

Agar didapatkan model regresi yang hemat dan mampu menjelaskan hubungan variabel independen dan independen dalam populasi dan juga mengestimasi secara valid hubungan satu variabel utama dengan variabel dependen dengan mengontrol beberapa variabel konfounding. Tahapan pemodelan ini merupakan tahapan kombinasi artinya tahapan pemodelan dari gabungan model prediksi dan model faktor resiko (Hastono, 2007). tahapan pemodelan sebagai berikut:

- a. Melakukan analisis bivariat antara masing-masing variabel independen dengan variabel dependennya. Bila hasil uji bivariat mempunyai nilai $p < 0.25$, maka variabel tersebut dapat masuk model multivariat. Namun bisa saja p value 0.25 tetap diikuti ke multivariat bila variabel tersebut secara substansi penting.
- b. Memilih variabel yang dianggap penting yang masuk dalam model, dengan cara mempertahankan variabel yang mempunyai p value < 0.05 dan mengeluarkan variabel yang p valuenya > 0.05 . pengeluaran variabel tidak serentak semua yang p valuenya > 0.05 , namun dilakukan secara bertahap dimulai variabel yang mempunyai p value terbesar.
- c. Identifikasi linearitas variabel numerik dengan tujuan untuk menentukan apakah variabel numerik dijadikan variabel kategorik atau tetap variabel numerik. Caranya dengan mengelompokkan variabel numerik kedalam 4 kelompok berdasarkan nilai kuartilnya. Kemudian lakukan analisis logistik dan dihitung nilai OR-nya. Bila nilai OR menunjukkan nilai garis lurus, maka variabel numeriknya dapat dipertahankan. Namun bila hasilnya menunjukkan adanya patahan, maka dapat dipertimbangkan dirubah dalam bentuk kategorik.
- d. Setelah memperoleh model variabel-variabel penting, maka langkah terakhir adalah memeriksa kemungkinan interaksi variabel kedalam model. Penentuan variabel interaksi sebaiknya melalui pertimbangan

logika substansif. Pengujian interaksi dilihat dari kemaknaan uji statistik. Bila variabel mempunyai nilai bermakna, maka variabel interaksi penting dimasukkan dalam model.

- e. Selanjutnya lakukan pemodelan lengkap, mencakup variabel utama, semua kandidat konfounding dan kandidat interaksi (interaksi dibuat antara variabel utama dengan semua variabel konfounding).
- f. Lakukan penilaian interaksi, dengan cara mengeluarkan variabel interaksi yang nilai p Wald-nya tidak signifikan dikeluarkan dari model secara berurutan satu persatu dari nilai p Wald yang terbesar.
- g. Lakukan penilaian konfounding, dengan cara mengeluarkan variabel kovariat/konfounding satu persatu dimulai dari yang memiliki nilai p Wald terbesar, bila setelah dikeluarkan diperoleh selisih OR faktor/variabel utama antara sebelum dan sesudah variabel kovariat (X1) dikeluarkan lebih besar dari 10 %, maka variabel tersebut dinyatakan sebagai konfounding dan harus tetap berada dalam model.



BAB V

HASIL PENELITIAN

Pada bab ini menguraikan hasil penelitian yang meliputi hasil analisis univariat, bivariat dan multivariat. Analisis univariat menjelaskan tentang distribusi karakteristik responden berdasarkan usia, suku, jenis obat analgetik, jenis balutan dan stadium kanker. Hasil analisis bivariat menjelaskan tentang ada tidaknya hubungan antara tingkat nyeri dengan tingkat stres dan tingkat malodour dengan tingkat stress di Rumah Sakit Kanker Dharmais Jakarta dan RSUAM Bandar Lampung.

5.1 Hasil Analisis Univariat

5.1.1 Gambaran Karakteristik Responden

Tabel 5.1

Distribusi Pasien Kanker Payudara Berdasarkan Usia Di Rumah Sakit Kanker Dharmais Jakarta dan RSUAM Bandar Lampung Mei- Juni 2012.

Variabel	mean	median	standar deviasi	min-max	95%CI
Usia	43.77	43.41	10.81	18-77	41.53- 46.01

Tabel 5.1 menunjukkan bahwa usia rata-rata responden adalah 43.77 tahun, 43.41 median tahun dengan usia termuda 18 tahun dan yang tertua 77 tahun (standar deviasi 10.81). Estimasi interval usia rata-rata responden adalah 41.53 sampai dengan 46.01 (95% CI).

Tabel 5.2

Proporsi Pasien Kanker Payudara Berdasarkan Suku di Rumah Sakit Kanker Dharmais Jakarta dan RSUAM Bandar Lampung Mei- Juni 2012

No Variabel	F	%
1. Lampung	24	26.1
2. Jawa	48	52.2
3. Betawi	1	1.1
4. Batak	1	1.1
5. Flores	1	1.1
6. Tionghoa	2	2.2
7. Betawi Sulawesi	4	4
8. Riau	1	1.1
9. Sunda	3	3.3
10. Palembang	4	4.3
11. Bengkulu	1	1.1
12. Banten	1	1.1
13. Padang	1	1.1

Berdasarkan Tabel 5.2 bahwa mayoritas responden kanker payudara pada penelitian ini berlatar belakang suku jawa 52.2%. selanjutnya variabel-variabel ini akan di kategorikan menjadi suku sumatera dan di luar sumatera.

Tabel 5.3

Proporsi Pasien Kanker Payudara Berdasarkan Karakteristik Responden di Rumah Sakit Kanker Dharmas Jakarta dan RSUAM Bandar Lampung Mei- Juni 2012

No Variabel	F	%
1. a. Sumatera	32	34.8
Luar sumatera	60	65.2
2. a. Bekerja	54	58.7
Tidak bekerja	38	41.3
3. a. Stadium 2	14	15.2
c. Stadium 3	73	79.3
d. Stadium 4	5	5.4
4. a. Mendapatkan analgetik	25	27.2
b. Tidak mendapatkan analgetik	67	72.8
5. a. Balutan yang tidak mengontrol bau	60	65.2
b. Balutan yang mengontrol bau	32	34.8

Berdasarkan tabel 5.3 bahwa sebagian besar responden pada penelitian ini berlatar belakang suku dari luar sumatera (65,2%) sedangkan yang dari suku sumatera (34,8%). Responden umumnya bekerja sebanyak (58,7%) dan yang tidak bekerja sebanyak 41,3%. Stadium 3 merupakan stadium terbanyak (79.3%). Dan yang mendapatkan analgetik (27,2%) sedangkan yang tidak mendapatkan analgetik (72,8%). Pada luka yang menggunakan balutan yang tidak mengontrol bau sebanyak 65,2%, sedangkan responden 34.8% menggunakan balutan yang mengontrol bau.

Tabel 5.4

Nilai Rerata Nyeri Pasien Kanker Payudara Berdasarkan tingkat Nyeri di Rumah Sakit Kanker Dharmais Jakarta dan RSUAM Bandar Lampung Mei- Juni 2012.

No Variabel	Mean	Median	Standar Deviasi	Min-Max	95%CI
1. Nyeri sebelum minum obat	3.79	4.0	1.93	0.00-10	3.39-4.19
2. Nyeri saat diganti balutan	3.47	3.0	1.92	0.00-10	3.07-3.87
3. Nyeri setelah ganti balutan	3.01	3.0	1.88	0.00-10	2.61-3.40
4. Nyeri malam hari	2.79	3.0	2.04	0.00-8	2.37-3.21

Tabel 5.4 menunjukkan bahwa nyeri sebelum minum obat adalah rata-rata skala 3.79 dengan nyeri yang terendah adalah skala 0 dan tertinggi adalah skala 10. Estimasi interval nyeri sebelum minum obat rata-rata adalah skala 3.39 sampai dengan 4.19 (95% CI). Responden yang mengalami nyeri saat diganti balutan adalah rata-rata skala 3.47 dengan nyeri yang teringan adalah skala 0 dan tertinggi adalah skala 10. Estimasi interval nyeri saat diganti balutan rata-rata adalah skala 3.07 sampai dengan 3.87 (95% CI). Pada nyeri setelah diganti balutan adalah rata-rata skala 3.01 dengan nyeri yang teringan adalah skala 0 dan tertinggi skala 10. Estimasi interval nyeri setelah diganti balutan rata rata adalah skala 2.61 sampai dengan 3.40 (95%CI). Pada responden yang mengalami nyeri malam hari rata rata skala 2.79 dengan nyeri yang teringan adalah skala 0 dan yang tertinggi skala 8. Estimasi interval nyeri malam hari rata-rata adalah skala 2.37 sampai dengan 3.21 (95% CI). Variabel ini akan selanjutnya akan dikategorikan menjadi nyeri ringan dan nyeri berat.

Tabel 5.5

Proporsi Pasien Kanker Payudara Berdasarkan Nyeri di Rumah Sakit Kanker Dharmais Jakarta dan RSUAM Bandar Lampung Mei- Juni 2012

No Variabel	F	%
1. Nyeri ringan	13	14.1
2. Nyeri berat	79	85.9

Berdasarkan tabel 5.5 bahwa sebagian besar responden yang mengalami nyeri ringan sebesar 85.9% sedangkan responden kanker payudara yang mengalami nyeri berat sebesar 14.1%.

Tabel 5.6

Proporsi Pasien Kanker Payudara Berdasarkan Malodour dan Stres di Rumah Sakit Kanker Dharmais Jakarta dan RSUAM Bandar Lampung Mei- Juni 2012.

No Variabel	Mean	Median	Standar Deviasi	Min-Max	95%CI
1. Malodour oleh klien	1.28	1.0	0.453	1-2	1.19-1.38
2. Malodour oleh keluarga	1.23	1.0	0.422	1-2	1.14-1.32

Tabel 5.6 menunjukkan bahwa malodour yang dirasakan oleh klien adalah rata-rata skala 1.28 dengan skala yang terendah adalah skala 1 dan tertinggi adalah skala 2. Estimasi interval malodour yang dirasakan oleh klien rata-rata adalah skala 1.19 sampai dengan 1.38 (95% CI). Malodour oleh keluarga adalah rata-rata skala 1.23 dengan skala terendah adalah 1 dan tertinggi adalah skala 2. Estimasi interval malodour oleh keluarga rata-rata adalah skala 1.14 sampai dengan 1.32 (95% CI).

Tabel 5.7

Proporsi Pasien Kanker Payudara Berdasarkan Tingkat Stress Responden di Rumah Sakit Kanker Dharmais Jakarta dan RSUAM Bandar Lampung Mei- Juni 2012

Stress	F	%
Ringan	69	75,0
Berat	23	25,0
Total	92	100,0

Berdasarkan tabel 5.7 bahwa sebagian besar responden pada penelitian ini umumnya mengalami stres ringan (75%), sedangkan 25% mengalami stres berat.

5.2 Analisis Bivariat

Analisis ini dilakukan untuk menguji hubungan antara karakteristik responden dan variabel dependen, yaitu tingkat nyeri dan malodour dengan tingkat stress pasien kanker payudara.

5.2.1 Analisis Hubungan Karakteristik Responden dengan stres

Tabel 5.8
Analisis Hubungan Karakteristik Responden dengan stres di Rumah Sakit
Kanker Dharmais Jakarta dan RSUAM Bandar Lampung Mei- Juni 2012.

No	Variabel	Stress ringan		Stres berat		Total		X ²	OR (95%CI)	P Value
		N	%	N	%	N	%			
1	a. Suku Sumatera	21	65,6	11	34,4	32	100	1,597	1 0,477 0,182-1,253	0,129
	b. Luar sumatera	48	80	12	20,0	60	100			
2	a. Bekerja	38	70,4	16	29,6	54	100	0,956	1 0,536 0,196-1,468	0,328
	b. Tidak bekerja	31	81,6	7	18,4	38	100			
3	Stadium							2,568		0,244
	a. 2	8	57,1	6	42,9	14	100			
	b. 3	57	78,1	16	21,9	73	100			
4	c. 4	4	80	1	20	5	100			
	Jenis obat analgetik							5,291	1 0,278 0,101-0,760	0,021*
a. Mendapatkan analgetik	14	56	11	44	25	100				
5	b. Tidak mendapatkan analgetik	55	82,1	12	17,9	67	100			
	Jenis balutan							7,371	1 8,077 1,755-37,170	0,005*
a. mengontrol bau	30	93,8	2	6,3	31	100				
	b. tidak Mengontrol bau	39	65	21	35	60	100			

*Bermakna pada α 0.05

Pada tabel 5.8 analisis hubungan suku dengan stres menunjukkan pada suku sumatera hanya 34.4% yang mengalami stres berat namun kebalikannya pada suku luar sumatera hanya 20% yang mengalami stres berat. Analisis lanjut tidak ada hubungan yang bermakna antara suku dengan stress (p : 0.129, α : 0.05). dari hasil analisis diperoleh OR=0.477, artinya responden yang berlatar belakang suku luar sumatera mempunyai peluang 0.477 kali mengalami stres berat dibandingkan yang berlatar belakang suku suamtera.

Pada analisis hubungan bekerja dengan stres menunjukkan bawa pada orang yang bekerja 29.6% yang mengalami stres berat namun kebalikannya pada orang yang tidak bekerja yang mengalami stres berat adalah 18.4%. analisis lanjut tidak ada hubungan yang bermakna antara bekerja dengan stress (p : 0.328, α : 0.05). dari hasil analisis diperoleh OR=0.536 artinya responden yang tidak bekerja mempunyai peluang 0.536 kali mengalami stres berat dibandingkan yang bekerja.

Pada analisis hubungan stadium dengan stres menunjukkan bahwa pada orang yang menderita kanker dengan stadium 2 hanya 42.9% mengalami stres berat namun sebaliknya pada orang yang stadium 4 mengalami stres berat 20%. Analisis lanjut tidak ada hubungan yang bermakna antara stadium dengan stress ($p : 0.244, \alpha: 0.05$).

Pada analisis hubungan jenis analgetik dengan stres menunjukkan secara statistik pada responden yang mendapatkan analgetik hanya 44% merasakan stres berat namun sebaliknya pada orang yang tidak mendapatkan analgetik merasakan stres berat 17.9%. Analisis lanjut ada hubungan yang bermakna antara jenis obat analgetik dengan stress ($p : 0.021, \alpha: 0.05$). dari hasil analisis diperoleh $OR=0.278$, artinya responden yang tidak mendapatkan analgetik mempunyai peluang 0.278 kali mengalami stres berat dibandingkan yang mendapatkan analgetik.

Pada analisis jenis balutan dengan stres menunjukkan secara statistik pada balutan yang tidak mengontrol bau hanya 35% mengalami stres berat namun sebaliknya pada balutan yang tidak mengontrol bau 6.3% yang mengalami stres berat. Analisis lanjut ada hubungan yang bermakna antara jenis balutan dengan stress ($p : 0.005, \alpha: 0.05$). dari hasil analisis diperoleh $OR=8.077$, artinya responden yang tidak mendapatkan balutan yang tidak mengontrol mempunyai peluang 8.007 kali mengalami stres berat dibandingkan yang mendapatkan balutan yang mengontrol.

5.2.2 Analisis Hubungan Usia dengan stres

Tabel 5.9

Analisis Hubungan Usia dengan stres di Rumah Sakit Kanker Dharmais Jakarta dan RSUAM Bandar Lampung Mei- Juni 2012.

Variabel	Mean	SD	N	T	P value	Mean diff (95%CI)
Usia						
Stres ringan	43.88	10.399	69	0.381	0.864	0.449
Stres berat	43.43	12.217	23			-4.751-5.649

Dari analisis hubungan antara usia dengan stres pada tabel 5.9 dapat diperoleh rata-rata usia responden yang mengalami stres ringan adalah 43.88 tahun dengan

standar deviasi 10.399 tahun. Sedangkan untuk responden yang memiliki stres berat rata-rata usia responden adalah 56.04 tahun dengan standar deviasi 12.217 tahun. Tidak ada hubungan yang signifikan rata-rata usia antara responden yang mengalami stres ringan dan responden yang mengalami stres berat (p : 0.864, α : 0.05).

5.2.3 Analisis Hubungan Nyeri dengan Tingkat Stress.

Tabel 5.10
Analisis Hubungan Nyeri dengan Stres di Rumah Sakit Kanker Dharmais
Jakarta dan RSUAM Bandar Lampung Mei- Juni 2012.

No	Variabel	Stress Ringan		Stress Berat		Total	χ^2	OR (95 % CI)	p value
		n	%	n	%				
1.	Nyeri Sebelum Minum obat							1	
	Nyeri ringan	30	83.3	6	16.7	36	100	2.179	
	Nyeri tinggi	39	69.6	17	30.4	56	100	1.521	0.766-6.199
2.	Nyeri Saat diganti Balutan							1	
	Nyeri ringan	36	76.6	11	23.4	47	100	1.190	
	Nyeri tinggi	33	73.3	12	26.7	45	100	0.000	0.463-3.061
3.	Nyeri setelah Diganti balutan							1	
	Nyeri ringan	43	75.4	14	24.6	57	100	1.063	
	Nyeri tinggi	26	74.3	9	25.7	35	100	0.015	0.404-2.801
4.	Nyeri malam Hari							1	
	Nyeri ringan	49	84.5	9	15.5	58	100	3.811	
	Nyeri tinggi	20	58.8	14	41.2	34	100	6.220	1.422-10.213

Pada tabel 5.10 menunjukkan bahwa secara statistik pada orang yang mengalami nyeri sebelum minum obat anti nyeri hanya 16.7% mengalami stres berat namun kebalikannya pada orang yang mengalami nyeri tinggi sebelum minum obat mengalami stres berat (30.4%). Analisis lanjut tidak ada hubungan yang bermakna antara sebelum minum obat anti nyeri dengan stress (p :0. 217, α : 0.05). dari hasil analisis diperoleh OR=2.179, artinya responden yang mengalamin nyeri sebelum minum obat dengan nyeri tinggi mempunyai peluang

2.179 kali mengalami stres berat dibandingkan yang mengalami nyeri sebelum minum obat dengan nyeri rendah.

Pada orang yang mengalami nyeri saat diganti balutan hanya 23.47% stres berat namun sebaliknya pada orang yang mengalami nyeri tinggi saat diganti balutan mengalami stres berat (26.7%). Analisis lanjut tidak ada hubungan yang bermakna antara nyeri saat diganti balutan dengan stres ($p > 0.05$, $\alpha: 0.05$). dari hasil analisis diperoleh $OR=1.190$, artinya responden yang mengalami nyeri saat diganti balutan dengan nyeri tinggi mempunyai peluang 1.190 kali mengalami stres berat dibandingkan yang mengalami nyeri saat diganti balutan dengan nyeri ringan.

Pada orang yang mengalami nyeri setelah diganti balutan hanya 24.6% merasakan stres berat namun sebaliknya pada orang yang mengalami nyeri tinggi setelah diganti balutan mengalami stres berat (25.7%). Analisis lanjut tidak ada hubungan yang bermakna antara setelah diganti balutan dengan stres ($p > 0.05$, $\alpha: 0.05$). dari hasil analisis diperoleh $OR=1.063$, artinya responden yang mengalami nyeri setelah diganti balutan dengan nyeri tinggi mempunyai peluang 1.063 kali mengalami stres berat dibandingkan yang mengalami nyeri setelah diganti balutan dengan nyeri rendah.

Pada orang yang mengalami nyeri ringan pada malam hari hanya 15.5% stres berat namun sebaliknya pada orang yang mengalami nyeri tinggi pada malam hari mengalami stres berat (41.2%). Analisis lanjut ada hubungan yang bermakna antara nyeri malam hari dengan stress ($p < 0.05$, $\alpha: 0.05$). dari hasil analisis diperoleh $OR=3.811$, artinya responden yang mengalami nyeri malam hari dengan nyeri tinggi mempunyai peluang 3.811 kali mengalami stres berat dibandingkan yang mengalami nyeri malam hari dengan nyeri rendah.

5.2.4 Analisis Hubungan Malodour Dengan Tingkat Stress.

Tabel 5.11
Analisis Hubungan Malodour dengan Stres di Rumah Sakit Kanker Dharmais
Jakarta dan RSUAM Bandar Lampung Mei- Juni 2012.

No Variabel	Stress Ringan		Stress Berat		Total	χ^2	OR (95 % CI)	p value
	n	%	n	%				
1. Malodour Oleh klien								
Agak bau	54	81.8	12	18.2	66	100	$\frac{1}{3.300}$	
Bau	15	57.7	11	42.3	26	100	4.577	1.216-8.955
2. Malodour Oleh Keluarga								
Agak bau	59	83.1	12	16.9	71	100	$\frac{1}{10.880}$	
Bau	10	47.6	11	52.4	21	100	9.070	1.878-15.574

Pada tabel 5.11 menunjukkan bahwa secara statistik pada responden yang merasakan agak bau hanya 18.2 % mengalami stres berat namun kebalikannya pada responden yang merasakan bau 42.3% mengalami stres berat. analisis lanjut ada hubungan yang bermakna antara malodour oleh responden dengan stress ($p : 0.032, \alpha: 0.05$). dari hasil analisis diperoleh $OR=3.300$, artinya responden yang merasakan malodour dengan katategori bau mempunyai peluang 3.300 kali mengalami stres berat dibandingkan responden yang merasakan malodour dengan katategori agak bau. Selanjutnya bahwa pada keluarga yang merasakan agak bau hanya 16.9 % mengalami stres berat namun kebalikannya pada keluarga yang merasakan bau 52.4% mengalami stres berat. analisis lanjut ada hubungan yang bermakna antara malodour oleh keluarga dengan stress ($p : 0.003, \alpha: 0.05$). dari hasil analisis diperoleh $OR=10.880$, artinya keluarga responden yang merasakan malodour dengan katategori bau mempunyai peluang 10.880 kali mengalami stres berat dibandingkan responden yang merasakan malodour dengan katategori agak bau.

5.3 Analisis Multivariat

5.3.1 Seleksi bivariat

Analisis ini dilakukan untuk menguji hubungan yang paling bermakna dari hubungan karakteristik responden, nyeri, dan malodour dengan tingkat stres pada pasien kanker payudara.

Tabel 5.12
Hasil seleksi bivariat variabel karakteristik responden, nyeri dan malodour pasien kanker payudara di Rumah Sakit Kanker Dharmais Jakarta dan RSUAM Bandar Lampung Mei- Juni 2012

Variabel	p value
Nyeri malam hari	0.013*
Malodour Oleh Klien	0.032*
Malodour oleh keluarga	0.003*
Jenis analgetik	0.021*
Jenis balutan	0.005*
Nyeri sebelum minum obat	0.217*
Suku	0.206*
Stadium cancer	0,277
Pekerjaan	0,328
Nyeri saat diganti balutan	1,000
Nyeri setelah diganti balutan	1,000
Usia	0,864

*p value < 0,250 ikut pemodelan

Tabel 5.12 menunjukkan hasil seleksi bivariat untuk setiap variabel independen. Variabel independen yang memiliki p value kurang dari 0,250 diikutsertakan dalam pemodelan multivariat. Variabel yang diikutsertakan dalam pemodelan antara lain nyeri malam hari, malodour oleh klien, malodour oleh keluarga, jenis analgetik, jenis balutan, nyeri sebelum minum obat dan suku.

5.3.2 Pemodelan Multivariat

Dalam tahap ini dilakukan pemilihan variabel yang masuk pada pemodelan multivariate dimana variabel yang memiliki p value > 0.05 dikeluarkan secara berurutan dari yang terbesar sehingga didapatkan variabel:

Tabel 5.13 Hasil Pemodelan multivariat

No	Variabel	B	SE	Wald	P value	OR (95%CI)
1	Malodour oleh keluarga					
	a. Agak Bau					1
	b. Bau	1.160	0.570	4.135	0.042	3.190 (1.043;9,758)
2	Jenis balutan					
	a. Pengontrol bau					1
	b. Tidak pengontrol	1.643	0.817	4.044	0.044	5.172 (1.043;25,662)

5.3.3 Uji Confounding

Dari tabel Pemodelan 5.13 terdapat 1 variabel potensial pengganggu yaitu jenis balutan, untuk itu dilakukan uji confounding dengan melihat perubahan OR apabila $OR > 10\%$. Dari hasil uji confounding didapatkan hasil:

Tabel 5.14
Perubahan nilai OR setelah variabel jenis balutan dikeluarkan dari pemodelan

Variabel	OR variabel nilai ada	OR variabel nilai dikeluarkan	Δ OR
Malodour oleh keluarga	3.19	5.4	69.2 %

Dari tabel 5.14 diketahui bahwa jenis balutan tidak dikeluarkan dari pemodelan didapatkan perubahan pada OR covariat $> 10\%$ maka variabel jenis balutan merupakan confounding pada penelitian ini.

5.3.4 Model Terakhir

Tabel 5.15

Pemodelan Terakhir Analisa Multivariat Hubungan Nyeri dan Malodour dengan Tingkat Stres di Rumah Sakit Kanker Dharmais Jakarta dan RSUAM Bandar Lampung Mei- Juni 2012.

No	Variabel	B	SE	Wald	P value	OR (95%CI)
1	Malodour oleh keluarga					1
	a. Agak Bau b. Bau	1.160	0.570	4.135	0.042	3.190 (1.043;9,758)
2	Jenis balutan					1
	a. Pengontrol bau b. Tidak pengontrol	1.643	0.817	4.044	0.044	5.172 (1.043;25,662)

Dari model diatas maka dapat dijelaskan bahwa keluarga yang merasakan bau akan beresiko menyebabkan stres berat pada individu yang mengalami luka kanker sebesar 3.2 kali dari pada yang merasakan kurang bau (95% CI OR 1.04, 9.8) setelah dikontrol oleh jenis balutan.

Individu yang mendapatkan jenis balutan tidak mengontrol bau akan beresiko menyebabkan stres berat pada individu yang mengalami luka kanker sebesar 5.1 kali dari pada yang mendapatkan balutan mengontrol bau (95% CI OR 1.04, 25,6) setelah dikontrol oleh malodour.

BAB VI

PEMBAHASAN

Pada bab ini peneliti mencoba menjelaskan hasil dari penelitian yang terkait teori dan tujuan penelitian. Bab ini terdiri dari interpretasi dan diskusi hasil, keterbatasan penelitian, dan implikasi hasil penelitian.

6.1 Interpretasi dan Diskusi Hasil

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi gambaran karakteristik responden, dan ada tidaknya hubungan yang bermakna antara nyeri dan malodour dengan tingkat stres pada pasien kanker payudara. Pembahasan hasil penelitian akan dijelaskan sebagai berikut:

6.1.1 Karakteristik Responden

1. Usia

Pada penelitian ini telah dianalisis 92 responden pasien kanker rerata berumur 43 tahun. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian responden pada penelitian ini berada pada usia di atas usia 30 tahun. Menurut *Parkway Cancer Center* (2011) bahwa Insiden yang tertinggi pada pasien kanker ada pada kelompok usia 55-59 tahun dan risiko kanker payudara semakin tinggi seiring akan bertambahnya usia. Walaupun faktor pemicu kanker jenis ini masih belum diketahui. Penyebabnya bisa berasal dari sejarah kanker payudara dalam keluarga, menstruasi dini atau kemungkinan faktor risiko lainnya.

Hal ini di kuatkan oleh beberapa adanya teori yang menyebutkan insiden pada kanker akan meningkat sejalan dengan pertambahan usia. Seperti yang dikemukakan oleh *American Cancer Society*, 76% insiden kanker terjadi pada usia di atas 55 tahun. Hal itu juga menekankan bahwa usia sebagai salah satu faktor risiko dari kanker (LeMone & Burke, 2008). Pendapat lain yang memperkuat teori tersebut yaitu insiden kanker lebih sering terjadi pada usia 65 tahun ke atas (Smeltzer et al, 2008).

Selain dari teori diatas peneliti berasumsi bahwa hal ini terjadi karena perubahan menopause pada usia diatas 55 tahun dan kanker terjadi yang pada usia tersebut lebih cenderung lama terpapar oleh agen fisik yang dihubungkan dengan karsinogen. Agen fisik tersebut bisa sinar matahari, konsumsi alkohol dan rokok merupakan agen fisik yang berkontribusi terhadap kejadian kanker. Selain faktor genetik memiliki peran besar terhadap kejadian kanker. Jika beberapa faktor yang ada tadi dialami oleh seseorang, maka kemungkinan untuk mengalami kanker akan menjadi lebih besar. Namun pada penelitian ini, peneliti tidak melihat lebih lanjut terhadap faktor tersebut.

Menurut Le Mone & Burke (2008) peranan usia terhadap kanker dapat digambarkan oleh teori yang menerangkan bahwa kanker dapat terjadi akibat dari mutasi gen, dan sistem imun memiliki peranan pada kondisi ini. Selain itu juga dengan adanya perubahan faktor hormonal dapat terjadi seiring dengan proses penuaan dimana hal tersebut memiliki kontribusi terhadap penyakit kanker.

2. Suku

Pada penelitian ini suku di luar sumatera 65,2 % yang mengalami kanker Payudara dan 34, 4% mengalami stres berat hal ini jauh lebih besar bila dibandingkan responden yang berlatar belakang Sumatera. Besarnya jumlah responden yang berasal dari daerah luar Sumatera di sebabkan tempat penelitian selain dilakukan di RSKD jakarta juga dilakukan di RSAM Bandar Lampung.

Berbeda dengan data yang didapatkan *Parkway Cancer Center* (2011) umumnya Wanita etnis suku Cina mempunyai risiko yang lebih tinggi jika dibandingkan dengan wanita etnis Melayu atau India, sebesar 10-20%. Dimana suku melayu memungkinkan memiliki resiko lebih rendah dari suku lainnya.

Berdasarkan pernyataan diatas, analisis peneliti bahwa tiap-tiap latar belakang suku memiliki perbedaan karakteristik stress yang berbeda-beda, hal ini sesuai dengan pernyataan yang disampaikan oleh Rauscher (2010, dalam Lamine 2012) bahwa tingkat stress pada pasien kanker

payudara yang memiliki ras kulit hitam lebih tinggi daripada mereka yang berkulit putih. Sedangkan tingginya angka kejadian kanker payudara (65,2%) berdasarkan hasil penelitian menurut analisis peneliti bahwa suku luar sumatera umumnya memiliki adat istiadat atau pun kebiasaan makanan dalam bentuk pengawetan seperti ikan yang diasinkan, terasi yang mana makanan yang mengandung seperti ikan yang diasinkan lebih cenderung terpapar oleh agen fisik yang dihubungkan dengan karsinogen. Jika beberapa faktor tersebut dialami oleh seseorang, maka kemungkinan untuk terjadinya kanker akan menjadi lebih besar. Namun pada penelitian yang dilakukan ini, peneliti tidak melihat lebih lanjut terhadap faktor tersebut.

3. Bekerja

Pada penelitian ini sebagian besar individu yang mengalami kanker payudara pada yang bekerja sebanyak 58.7%. Hasil penelitian ini ada kesamaan dengan penelitian yang dilakukan oleh *Danish National Board of Industrial Injuries (2008)*, dimana pada 75 wanita Denmark yang terkena kanker payudara bekerjanya dalam sistem shift. Hal ini disebabkan oleh karena pada sistem tubuh akan mengacaukan produksi hormon endokrin pada kaum wanita. Jika sistem tersebut mengalami kekacauan, maka akan memicu perkembangan hormon yang bisa menimbulkan sel kanker (Anonim, 2011).

Penelitian lain yang memperkuat pernyataan diatas bahwa gangguan tidur dapat menghambat produksi hormon melatonin dalam tubuh yang berfungsi sebagai salah satu pencegah kanker. Tak hanya pekerja shift atau yang sering lembur saja yang bisa bermasalah pada kesehatan payudaranya. Pekerja kantoran pun memiliki risiko sangat tinggi terkena kanker payudara (Anonim, 2011).

Pada penelitian ini juga bahwa responden yang bekerja terdapat 29,6% yang mengalami stress berat. Hasil diatas sesuai dengan pernyataan yang disampaikan oleh Rini (2006) bahwa adanya perampangan perusahaan, PHK, merger dan bangkrutnya perusahaan akan berdampak kondisi stres

pada tenaga kerja walaupun mereka bersedia untuk dipindahkan pada tempat kerja yang berbeda.

Bedasarkan pernyataan diatas analisis peneliti bahwa pengaturan sistem metabolisme di dalam tubuh memiliki keteraturan. Ketidakteraturan sistem metabolisme di dalam tubuh ini akan mengacaukan sistem endokrin di dalam tubuh. Jika beberapa faktor yang ada tadi dialami oleh seseorang maka kemungkinan seseorang untuk mengalami kanker akan menjadi lebih besar. Namun, pada penelitian ini tidak melihat lebih lanjut terhadap faktor-faktor tersebut diatas.

4. Jenis analgetik

Pada penelitian ini sebagian besar responden tidak mendapatkan analgetik (72.8%) dan yang tidak mendapatkan analgetik 17.9%. Suatu pendapat tentang pemberian analgetik bahwa analgetik merupakan obat yang biasa digunakan pada pasien kanker untuk intensitas nyeri sedang dan nyeri kronik (anonim, 2012). Anjuran pemberian terapi analgetik pada pasien kanker sejalan dengan pendapat yang disampaikan oleh Rana et al (2011) bahwa manajemen nyeri kanker merupakan tugas yang menantang baik karena proses penyakitnya serta konsekuensi efek samping yang muncul dari pengobatan kanker. Optimasi analgesik dengan opioid oral, analgesik adjuvan, dan teknik manajemen nyeri lainnya merupakan kunci sukses untuk nyeri kanker.

Pendapat lain mengenai analgetik menurut Naylor (2002, dalam Tanjung et al 2007) pemberian analgesik pada pasien kanker dilakukan untuk mengontrol nyeri. Hal ini sangat penting untuk mencegah terjadinya nyeri akibat penggunaan balutan yang lengket serta mampu mempertahankan lingkungan yang lembab oleh karena itu pemberian analgesik diperlukan sebelum penggantian balutan.

5. Stadium

Pada penelitian ini responden umumnya sebagian besar mengalami kanker pada stadium 3 (79.3%) dengan tingkat stress berat (21.9%). Penelitian ini sejalan hasil penelitian yang dilakukan oleh Reni (2009) yang menginformasikan bahwa umumnya responden pada stadium III

yaitu sebesar 74.2 % sedangkan yang berada pada stadium IV sebanyak 25.8%.serta hal ini juga dibenarkan oleh pendapat Linda Amalia Gumelar Menteri Negara Pemberdayaan Perempuan Dan Perlindungan Anak dalam acara mengkampanyekan masalah kanker payudara bahwa dikawasan timur Indonesia banyak perempuan ditemukan yang berobat sudah dalam stadium lanjut.

Dalam hal ini analisis peneliti terhadap tingginya stadium 3 dengan tingkat stres berat pada pasien kanker payudara bahwa pasien dengan kanker payudara saat ini sulit untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang tepat. Hal ini dikarenakan sarana dan pra sarana akan kesehatan yang kurang memadai serta tingginya biaya untuk mendapatkan pelayanan kesehatan tersebut. Selain itu pula tingginya stress pada pasien kanker payudara dikarenakan umumnya pasien saat didiagnosis sudah pada stadium lanjut sehingga akan muncul suatu penolakan terhadap dirinya saat didiagnosis pada stadium lanjut

6. Jenis balutan

Sebagian besar responden menggunakan balutan yang mampu mengontrol malodour sebesar 65.2% dengan stres berat sebanyak 35%. hal ini sejalan dengan pernyataan yang disampaikan oleh Williams (2011) Kanker payudara dengan stadium lanjut yang metastatik sangat berhubungan dengan bau yang tidak menyenangkan selain itu pula menurut Breslow (1991, dalam Adderey, 2010) bahwa kelebihan eksudat dapat menyebabkan malodour yang akan membuat pasien cemas, gangguan tidur serta isolasi sosial. Proliferasi bakteri organism yang sering terisolasi seperti anaerob, seperti *Bacteroides* dan *Clostridium* spp, dan Aerobik bakteri, termasuk *Protetis* spp., *Klebsiella* spp. dan *Pseiidomotias* spp. (Thomas et al, 1998). *Pseudomonas* spp. pada luka biasanya dikaitkan dengan busuk atau bau buah-buahan, sedangkan kehadiran *Staphylococats* spp. Mungkin dikaitkan dengan bau yang lebih purulen. Bau terkait jaringan nekrotik mungkin merupakan hasil jaringan atau bakteri anaerob dalam jaringan yang mengalami nekrotik.

Menurut Hampton (2008) Selain dressing yang mengandung *charcoal*, madu merupakan komponen yang rendah air dan memiliki kemampuan osmolaritas yang tinggi yang berarti air sedikit yang tersedia untuk mendukung pertumbuhan bakteri dan spora sehingga mengurangi pembentukan malodour.

Sehingga peneliti berasumsi bahwa beberapa balutan seperti kassa yang dicampurkan dengan madu merupakan balutan yang dapat mengontrol malodour yang ditimbulkan dari luka kanker sehingga kualitas hidup pasien meningkat.

6.1.2 Hubungan Karakteristik Responden, Tingkat Nyeri Dan Malodour Dengan Tingkat Stres.

Pada penelitian ini secara statistik pada suku sumatera 34.8% mengalami stress berat namun kebalikannya pada suku yang berasal dari luar sumatera 20% mengalami stres berat. Analisis lanjut tidak ada hubungan yang bermakna antara suku dengan stress ($p : 0.129, \alpha: 0.05$). Hasil penelitian ini bila di bandingkan dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Reni (2009) ada perbedaan dimana Suku Bugis memiliki jumlah yang lebih besar dibandingkan dengan suku lainnya. Sebanyak 41,9% responden berasal dari suku Bugis, 29% berasal dari suku Makassar dan sebanyak 29% lainnya berasal dari suku di luar provinsi Sulawesi Selatan.

Menurut Lemone & Burke (2008) bahwa nyeri kanker yang mempengaruhi fisik dan psikologis pasien akan menurunkan kualitas hidup pada dasarnya budaya mempengaruhinya baik dari segi makna nyeri serta nilai-nilai yang terdapat dalam suatu budaya, yang mengajarkan bagaimana seharusnya sikap seseorang dalam mentoleransi nyeri, cara mengekspresikan rasa nyeri, kepada siapa nyeri dapat dilaporkan dan bagaimana cara mengatasi nyeri tersebut.

Penelitian ini menunjukkan pada orang yang bekerja hanya 29.6 % mengalami stres berat namun kebalikannya pada orang yang tidak bekerja 18.4% mengalami stres berat. Analisis lanjut tidak ada hubungan yang bermakna antara bekerja dengan stress ($p : 0.328, \alpha: 0.05$).

Hasil penelitian ini berbeda dengan pernyataan yang disampaikan oleh Lunney (2006) pada kondisi apapun harus disadari stress merupakan pengalaman yang berbeda-beda secara subyektif masing-masing orang, baik pada individu itu sendiri maupun secara berkelompok terhadap beban kerjanya.

Hasil penelitian yang didapatkan secara statistik memperlihatkan yaitu pada orang yang stadium 2 hanya 42.9% mengalami stres berat namun kebalikannya pada orang yang stadium 4 yang mengalami stres berat hanya 20 %. Analisis lanjut tidak ada hubungan yang bermakna antara stadium dengan stress ($p : 0.244, \alpha: 0.05$).

Hasil ini sangat berbeda dengan pernyataan yang mana pengelompokan stadium yang dimulai dari stadium I hingga stadium IV didasarkan pada ukuran sel tumor dan kemampuan sel tumor melakukan metastase. sehingga perbedaan variasi stadium kanker akan mempengaruhi kompleksitas penyakit yang dialami oleh pasien (Smeltzer et al, 2008). Serta Kanker payudara dengan stadium lanjut metastatik sangat berhubungan dengan bau yang tidak menyenangkan (Williams clare, 2001).

Peneliti berasumsi bahwa umumnya pasien kanker payudara datang pada pelayanan kesehatan telah didiagnosa kanker payudara pada stadium lanjut. Pada kondisi seperti ini peneliti berpendapat adanya suatu penolakan diri pasien terhadap suatu vonis bahwa ia sudah pada stadium lanjut. Hal ini akan mempengaruhi psikologis pasien yang berdampak pada penurunan pada kualitas hidup pasien.

Berdasarkan analisis statistik pada jenis obat analgetik ada hubungan yang bermakna antara jenis obat analgetik dengan stress ($p : 0.021, \alpha: 0.05$). hasil penelitian ini sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa terdapat perbedaan tentang keluhan nyeri kanker merupakan keluhan yang paling ditakutkan oleh penderita kanker (Sutton, Porter & Keefe, 2002 dalam Smeltzer et al, 2008, Desen 2008). Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Reni (2009) yang menjelaskan bahwa terdapat perbedaan intensitas nyeri sebelum dan setelah diberikan terapi analgetik pada kelompok kontrol ($p=0,000 ; \alpha=0,05$).

Analisis statistik bivariat lainnya ada hubungan yang bermakna antara jenis balutan dengan stress ($p : 0.005$, $\alpha: 0.05$). menurut peneliti hasil analisis hal ini berbeda dengan pernyataan Pinquart (2007) yang mengatakan umumnya orang akan optimis dalam mengikuti pengobatan untuk mengatasi kankernya. Dalam hal ini pemilihan balutan yang mampu mengontrol malodour dan juga pasien akan sangat pesimis dalam ketidakmampuan beradaptasi secara psikologis dalam keberhasilan pengobatan. Sehingga peneliti berasumsi pasien memiliki optimis diri dalam pengobatan seperti pemilihan balutan yang mampu mengontrol malodour.

Pada penelitian ini analisis statistik bivariat pada nyeri sebelum minum obat anti nyeri dengan stress yaitu tidak ada hubungan yang bermakna antara sebelum minum obat anti nyeri dengan stress ($p : 0.217$, $\alpha: 0.05$). Pada analisis lainnya tidak ada hubungan yang bermakna antara saat diganti balutan dengan stress dengan ($p \text{ value} : 1.000$ dan $\alpha: 0.05$). Serta tidak ada hubungan yang bermakna antara nyeri setelah diganti balutan dengan stress ($p : 1.000$ $\alpha 0.05$). pada penelitian ini juga menganalisa bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara nyeri malam hari dengan stress ($p : 0.013$, $\alpha: 0.05$).

Hal ini di benarkan oleh Rana et al (2011) Dalam 20-30% pasien kanker, nyeri hadir dalam tahap awal penyakit, dan angka tersebut melampaui 70-80% dalam stadium lanjut kanker. Meskipun sebagian besar pasien mendapat nyeri yang memadai dengan opioid, sebagian kecil pasien yang diobati dengan morfin oral (10-30%) tidak memiliki hasil yang sukses karena efek samping yang berlebihan, analgesia yang tidak memadai, atau kombinasi keduanya. Hal ini dikarenakan nyeri kanker mempengaruhi komponen fisik, psikososial, dan spiritual hidup jika tidak diobati atau undertreated.

Namun berbeda dengan pernyataan yang disampaikan oleh Naylor (2002, dalam Tanjung et al 2007) pada dasarnya tujuan pemberian analgesik pada pasien kanker dilakukan untuk mengontrol nyeri. Hal ini sangat penting untuk mencegah terjadinya nyeri akibat penggunaan balutan yang lengket

serta mampu mempertahankan lingkungan yang lembab oleh karena itu pemberian analgesik diperlukan sebelum penggantian balutan. Pada stadium penyakit yang sangat lanjut, tumor lokal dapat menyebar ke dalam kulit yang berada di atasnya dan dapat pula berkembang menjadi suatu massa berbentuk jamur dari jaringan yang sangat rapuh menurut Morison (2004, dalam Tanjung et al 2007).

Pernyataan lainnya dikuatkan oleh fakta bahwa hampir 25% dari responden dilaporkan memiliki obat resep yang digunakan untuk mengatasi stres tampaknya menunjukkan terlalu bergantung pada obat-obatan menurut Goodrick, ken., Kneuper, suzane., Jeffrey & Steinbauer. (2005). Sehingga perlu adanya dukungan dan informasi yang akurat sangat penting untuk mengurangi kecemasan Pritchard, M. (2011).

Selain itu pula menurut dena (2009) intensitas nyeri yang tinggi pada pasien yang mengalami kanker paru umumnya dapat menyebabkan gejala depresi. Hal ini dapat pula berkontribusi pada faktor psikologis yang dapat mempengaruhi pengalaman nyeri pasien. Untuk itu perlu disesuaikan perawatan yang memenuhi kebutuhan pasien kanker khususnya psikososial sehingga menghasilkan manajemen nyeri yang lebih baik dan lebih fungsional.

Bukti substansial menunjukkan faktor psikologis memainkan peran penting dalam modulasi pasien nyeri kanker. Penyakit kanker dan pengobatannya dapat mempengaruhi fisik dan psikososial yang umumnya beresiko menimbulkan depresi selama pengobatan kanker dan mungkin juga terkait dengan gangguan disfungsi tidur dan kelelahan. Hal ini terbukti dengan ada hubungan yang signifikan antara faktor psikologis (depresi) dengan kecemasan pada pasien kanker. Dan ini telah dipaparkan dalam sebuah penelitian terhadap nyeri kanker yang berkaitan dengan peningkatan intensitas nyeri, kecemasan, dan depresi (Dena et all, 2009).

Dari pernyataan diatas peneliti berasumsi pengobatan nyeri kanker membutuhkan pendekatan holistik dimana hal ini dibutuhkan evaluasi

psikososial dengan pendekatan semua interdisipliner yang diharapkan dapat meningkatkan kualitas hidup pasien.

Pada hasil analisis statistik hubungan antara malodour oleh responden dan keluarga dengan stres yaitu ada hubungan yang bermakna antara malodour oleh responden dengan stress ($p : 0.032$, $\alpha: 0.05$). Sedangkan pada malodour oleh keluarga ada hubungan yang bermakna antara malodour oleh responden dengan stress ($p : 0.003$, $\alpha: 0.05$).

Hal ini dibenarkan oleh Morison (2004, dalam Tanjung et al 2007) stadium kanker yang lanjut pada kanker dapat menyebar ke dalam kulit yang berada di atasnya dan dapat pula berkembang menjadi suatu massa yang akan berbentuk jamur dan akan menjadi rapuh. Sehingga jaringan akan mudah berdarah, sangat malodour, dan jumlah eksudat yang banyak. Pernyataan ini sejalan dengan Breslow (1991 dalam Adderley, 2010) kelebihan eksudat pada luka kanker dapat menyebabkan malodour, kebocoran, kotornya pakaian dan selimut. Sehingga dapat menyebabkan kecemasan pada pasien, selain itu pula pasien akan mengalami gangguan tidur dan isolasi sosial.

Van Toler (1992) menjelaskan konsekuensi psikologis yang timbul dari malodour adalah tertanam dalam perilaku manusia. Konsekuensi sosial dari malodour dapat terlihat dari perilaku menarik diri, apatis depresi, dan keengganan untuk terlibat dalam interaksi sosial. Hal ini akan menurunkan kualitas hidup. Sehingga Penilaian malodour pada setiap orang sangat subjektif dan dapat sulit untuk mengukur dan karena itu perlu di dokumentasikan menurut Houghton dan Young (1995). Diharapkan untuk evaluasi pada intervensi lebih lanjut.

Dari hasil analisis multivariat pada penelitian ini didapatkan bahwa keluarga yang merasakan bau akan beresiko menyebabkan stres berat pada individu yang mengalami luka kanker sebesar 3.2 kali dari pada yang merasakan kurang bau (95% CI OR 1.04, 9.8) setelah dikontrol oleh jenis balutan.

Serta individu yang mendapatkan jenis balutan tidak mengontrol bau akan beresiko menyebabkan stres berat pada individu yang mengalami luka

kanker sebesar 5.1 kali dari pada yang mendapatkan balutan mengontrol bau (95% CI OR 1.04, 25,6) setelah dikontrol oleh malodour.

Hal ini sejalan dengan pernyataan yang sama di sebutkan oleh Young (2005) menjelaskan efek dari malodour disebabkan oleh fungating luka yang mempengaruhi pada citra tubuh pasien dan kualitas hidup. Dia juga menjelaskan pasien dengan luka malodour sering mengalami kecemasan tentang apakah orang lain dapat mencium bau mereka, dan juga malodour dapat mencegah keintiman dengan pasangan dan pasien sering mengisolasi diri dari orang lain. Namun menurut Wiliam (2001) berkurang bau terhadap luka atau hilang akan meningkatkan kualitas hidup pasien.

Pengelolaan luka berbau busuk dimulai dengan pencegahan atau pemberantasan infeksi. Ini dapat dicapai dalam beberapa cara: antibiotic sistemik; agen antimikroba, dan hidrogel dan metronidazol. Sedangkan metode konvensional untuk mengobati luka berbau busuk meliputi: madu; gula; dan hidup yoghurt Thomas et al (1998 dalam wiliam 2001).

6.2 Keterbatasan Penelitian

Adapun keterbatasan yang peneliti temukan selama melakukan penelitian ini adalah sebagai berikut :

Informasi jenis obat analgetik sebagai studi dokumentasi dalam penelitian ini sulit didapatkan di karenakan bentuk pendokumentasian terapi pada medikal record belum tercatat dengan rapih.

Informasi jenis balutan yang sulit di indentifikasi terhadap penggolongan Jenis balutan balutan yang mampu mengontrol malodour balutan dan yang tidak mampu mengontrol malodour. Menimbulkan kesulitan peneliti untuk menggolongkan jenis balutan tersebut.

Sulitnya teridentifikasi dengan tepat informasi skala nyeri pada malam hari yang dirasakan oleh responden dikarenakan peneliti hanya mendapatkan informasi skala nyeri pada malam hari hanya satu kali pertemuan.

6.4 Implikasi Hasil Penelitian

Bagi Pelayanan Keperawatan

Penelitian ini menunjukkan adanya suatu bukti bahwa dengan intensitas nyeri pada pasien yang bersifat multifaktorial dan dengan adanya malodour yang ditimbulkan pada kanker payudara akan mempengaruhi gangguan psikologis pasien dan mempengaruhi juga kualitas hidup pasien seperti kemampuan kerja mereka dan berinteraksi di dalam masyarakat.

Penelitian ini memberikan adanya peluang terhadap peningkatan kualitas pemberian asuhan keperawatan. Khususnya terhadap pengkajian psikologis pasien kanker. Hal ini selanjutnya dapat diaplikasikan dengan dibuatnya suatu pengkajian psikologis tersendiri sehingga berimplikasi terhadap peningkatan kualitas hidup pasien kanker payudara.

Bagi Pengembangan Ilmu Keperawatan

Implikasi penelitian ini bagi ilmu keperawatan adalah penelitian ini membuktikan bahwa perlu adanya pengkajian psikologis tersendiri yang masuk kedalam kurikulum pendidikan keperawatan. Selanjutnya dalam pengkajian diharapkan timbulnya masalah keperawatan yang berhubungan dengan gangguan psikologis pasien kanker.

BAB VII

SIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini berisi tentang simpulan dan saran terkait penelitian.

7.1 Simpulan

7.1.1 Karakteristik usia individu rerata 43 tahun. Sebagian besar responden berlatar belakang suku luar Jawa dan bekerja. Mayoritas responden tidak mendapatkan analgetik dan jenis balutan yang digunakan umumnya yang tidak mengontrol malodour serta umumnya responden pada tahapan stadium 3.

7.1.2 Mayoritas individu kanker payudara sebelum minum obat merasakan nyeri tinggi dan responden saat diganti balutan umumnya merasakan nyeri ringan. Selanjutnya umumnya responden setelah diganti balutan nyeri tinggi dan umumnya responden pada malam hari merasakan nyeri ringan.

7.1.3 Keluarga yang merasakan bau akan beresiko menyebabkan stres berat pada individu yang mengalami luka kanker sebesar 3.2 kali dari pada yang merasakan kurang bau setelah dikontrol oleh jenis balutan.

7.1.4 Individu yang mendapatkan jenis balutan tidak mengontrol bau akan beresiko menyebabkan stres berat pada individu yang mengalami luka kanker sebesar 5.1 kali dari pada yang mendapatkan balutan mengontrol bau setelah dikontrol oleh malodour.

7.2 Saran

7.2.1 Bagi Pelayanan Keperawatan

1. Perlu adanya format pengkajian psikologis yang dapat terintegrasi dengan format pengkajian keperawatan khususnya pada pasien kanker payudara yang diharapkan dapat meningkatkan kualitas hidup pasien melalui asuhan keperawatan yang tepat

2. Perlunya kebijakan dari rumah sakit untuk mengaplikasikan pengkajian psikologis dan pengkajian malodour dalam bentuk format pengkajian.
3. Pada pemberian asuhan keperawatan pada pasien kanker dengan luka dianjurkan untuk dapat menggunakan balutan yang mampu mengontrol bau yang diharapkan dengan terkontrolnya bau akan meningkatkan kualitas hidup pasien.
4. Perlu adanya pendidikan dan pengajaran serta pelatihan manajemen stres dan manajemen nyeri yang dapat dilakuakn secara rutin di rawat inap sejak awal terdeteksi kanker payudara dapat di berikan kepada pasien dan keluarga .

7.2.2 Bagi Pendidikan

1. Menambah pengetahuan dan wawasan tentang nyeri, malodour dan tingkat stress yang dialami pasien kanker payudara.
2. landasan mewujudkan evidence based practice terutama dalam hal pemberian asuhan keperawatan pada pasien kanker payudara.

7.2.3 Bagi Penelitian Selanjutnya

1. Penelitian ini dapat pula menambah jumlah penelitian tentang nyeri dan malodour terhadap stress pada pasien kanker payudara.
2. dapat menjadi landasan awal pada penelitian selanjutnya dengan pendekatan yang berbeda.
3. Perlu adanya penelitian lebih lanjut yang membahas tentang perbedaan nyeri pada pasien kanker yang dirawat di rawat inap dan rawat jalan.
4. Perlu adanya penelitian lebih lanjut yang membahas tentang persepsi nyeri kanker pada suku sumatera dan di luar sumatera.
5. Perlu adanya penelitian lebih lanjut yang membahas tentang persepsi pasien dengan malodour terhadap pasien kanker payudara.

DAFTAR PUSTAKA

- Anonim (2009). Proses Penyembuhan Luka. Diperoleh 5 maret 2012, from <http://perawatpskiatri.blogspot.com/2009/03/proses-penyembuhan-luka.html>
- Anonim (2011). Odour control. Retrieved 16 feburari 2012. From Wound Care Handbook: 174-7
- Anonim (2011). Lembur Bisa Picu Kanker Payudara, Lho?!. Diperoleh 10 juli 2012, from <http://rahasiapayudara.net/blog/lembur-bisa-picu-kanker-payudara-lho/>
- Anonim (2012). Tramadol. Retrieved 27 juni 2012. From [www. Drugs.com](http://www.drugs.com)
- APA. (2001). Publication Manual of The American Psycological Association. Fifth Edition. American Psychological Associaion. Wasington
- Australian Centre For Postrumatic Mental Health (1995). Depression Anxiety and Stress Scale (DASS). Diakses 28 maret 2012, from <http://www.acpmh.unimelb.edu.au>
- Badger, T., Braden, C., & Mishel, M. (2001). Depression burden, self-help interventions, and side effect experience in women receiving treatment for breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 28(3), 567-574.
- Craven, R. F., & Hirnle, C. J. (2007) *Fundamental of Nursing: Human Health and Function*, Ed6, NewYork:Lippincott Williams & Wilkins.
- DepkesRI. (2006). *Enam Persen Penduduk RI Menderita Kanker*. Diakses dari <http://www.depkes.go.id/index.php?option=news&task=viewarticle&sid=1736&Itemid=2> tanggal 23 Desember 2008
- Desen, W. (2008). *Buku Ajar Onkologi Medik*. Edisi 2. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.

- Dudut tanjung (2007). Perawatan Luka Kankerl. Jurnal Keperawatan Rufaidah Sumatera Utara, Volume 2 Nomor 2. Diakses pada tanggal 12 maret 2012
- Fischer D J., Villines D., Kim Y K., Epstein J B & Diana J. Wilkie (2009). Anxiety, depression, and pain: differences by primary cancer. Springer-Verlagl
- Lee, G., Anand, S., & Rajendran, S. (2009). Are bioploymers [sic] potential deodourising agents in wound management?. *Journal Of Wound Care*, 18(7), 290
- Harich, J., (2002), *The comparative pain scale*. <http://www.tipna.org/info/documents/ComparativePainScale.htm>.
- Hastono, S.P. (2007) analisis data kesehatan. Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Hawari, Dadang. (2006). Manajemen Stres, Cemas, dan Depresi. Jakarta. Gaya Baru.
<http://www.clinicalinfometrics.northwestern.edu/archive/Jensen%20MP%202003.pdf>.
- Hampton, S. (2008). Malodorous fungating wounds: how dressings alleviate symptoms. *British Journal Of Community Nursing*, 13(6), S31.
- Jansen, P.M (2003), *The validity and reliability of pain measures in adults with cancer*.
- Jee YuunS (2008). Progress of Cancer Pain Management in Korea.
www.karger.com/ocl
- Kelana K.D. (2011) Metodologi Penelitian Keperawatan. Jakarta CV.Trans Info Media.
- Kementerian Kesehatan RI (2012). Electronic references. Retrieved (februari 29), (2012), from [http:// www.depkes.go.id/ index.php/berita/press-release](http://www.depkes.go.id/index.php/berita/press-release)

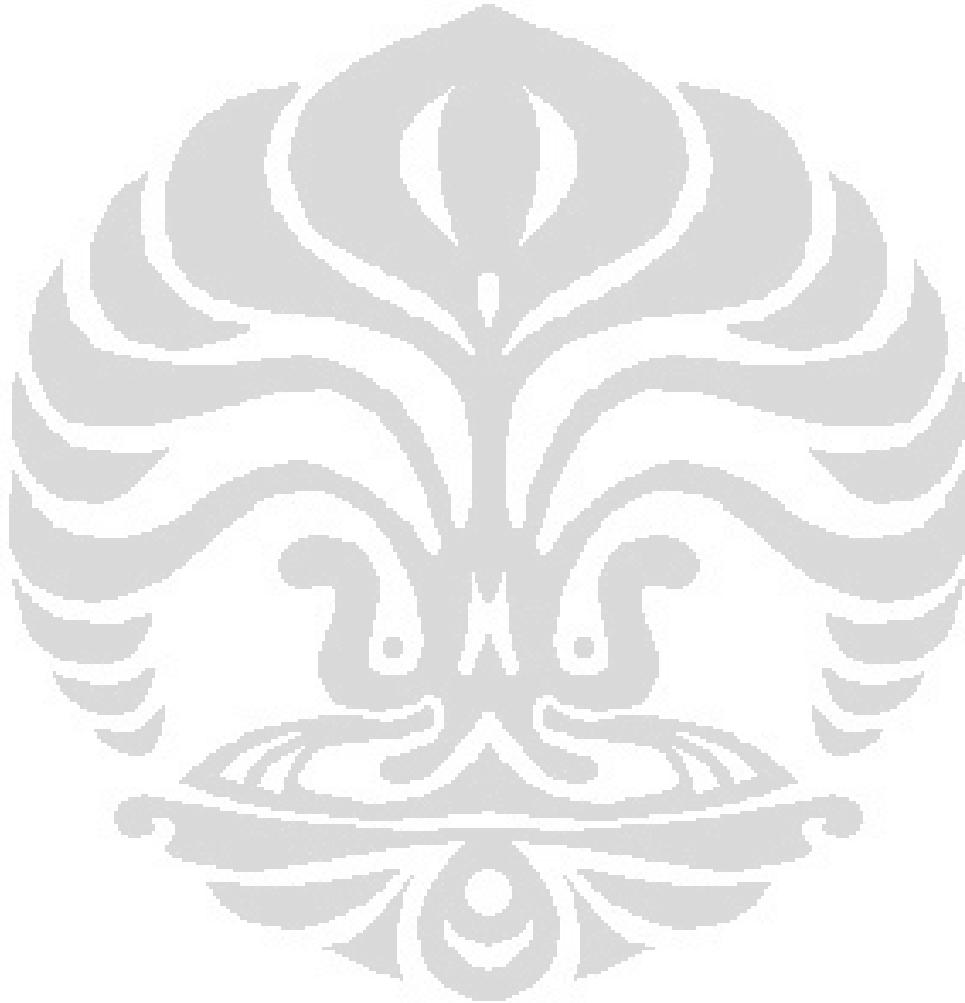
- Kolcaba, K. (2011). Comfort Theory. Diterima 13 April 2012, from http://currentnursing.com/nursing_theory/comfort_theory_Kathy_Kolcaba.html
- Lamine (2012). Laminine: Bukti Stres Tingkatkan Risiko Kanker Payudara. Retrieved 5 Maret 2012. From <http://obatherbal.sweetspears.com/2012/05/10/laminine-bukti-stres-tingkatkan-risiko-kanker-payudara>
- Lemone, P., & Burke, K. (2008). *Medical Surgical Nursing: Critical Thinking in Client Care*. 4th edition. USA: Pearson prentice hall
- Lunney, M. (2006). Stress overload: A new diagnosis. *International Journal of Nursing Knowledge*, 17(4), 165-75. <http://search.proquest.com/docview/194431564?accountid=17242>
- Moorhead sue (2008). Nursing Outcomes Classification (edisi 4). United States of America: Mosby Inc.
- Morris, C. (2008). Wound odour: principles of management and the use of CliniSorb. *British Journal Of Nursing (BJN)*, 17(6), S38.
- Parkway Cancer Center (2011). Kanker Payudara. Retrieved 3 juli 2012. from <http://www.parkwaycancercentre.com/bahasa-indonesia/about-cancer/types-of-cancer>
- Peterson. S & Bredow. T, (2004). Middle Range Theories : Application To Nursing Research. Philadelphia. Lipincott Williams & Wilkins
- Ponto J N & Barton D. (2008). Husbands' perspective of living with wives' ovarian cancer. Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com). DOI. 10.1002/pon.1351
- Popy Elvira (2004). Pengaruh Stadium Terhadap Ketahanan Hidup 5 Tahun Penderita Kanker Servik Yang Didiagnosis Di Rumah Sakit Kanker Dharmais Jakarta 1996-1998. Unpublished master's thesis , Jakarta, M.Kep.

- Potter & Perry (2005). Buku ajar fundamental keperawatan: konsep, proses, dan praktik (ed 4.). Jakartan: EGC.
- Pinquart, M., Fröhlich, C., & Silbereisen, R. (2007). Optimism, pessimism, and change of psychological well-being in cancer patients. *Psychology, Health & Medicine*, 12(4), 421-432.
- Pritchard, M. (2011). Using the Hospital Anxiety and Depression Scale in surgical patients. *Nursing Standard*, 25(34), 35-41.
- Qittun. (2008). konsep dasar nyeri. <http://qittun.blogspot.com/>. Diakses tanggal 26 februari 2012
- Ramali. A. (2000). *Kamus Kedokteran : Arti dan Keterangan Istilah*. Jakarta : Djambatan.
- Rini , JF (2006). Stres kerja diterima 8 juli 2012. From <http://dennyhendrata.wordpress.com/2006/12/04/stress-kerja/>
- Rosal, M., King, J., Ma, Y., & Reed, G. (2004). Stress, social support, and cortisol: inverse associations?. *Behavioral Medicine*, 30(1), 11-21.
- R Sjahmuhidayat & wim de jong. (1997). Buku Ajar Ilmu Bedah (edisi revisi.). Jakarta: EGC.
- Sandjaja & Heriyanto Albertus. (2011). Panduan Penelitian (edisi revisi). Jakarta:PT Prestasi Pustakaraya.
- Santoso gempur. (2007). Metodologi Penelitian Kuantitatif Dan Kualitatif (edisi 2.). Jakarta : Prestasi Pustaka.
- Sastroasmoro & Ismail, (2010). Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis. Jakarta. Sagung Seto. (Ed 3.)
- Sherwood, lauralee, (2001). Fisiologi Manusia: Dari Sel Ke Sistem. Jakarta. EGC. (Ed 2).

- Smeltzer, S.C., Bare, B.G., Hinkle, J.L., & Cheever, K, H. (2008). *Textbook of Medical-Surgical Nursing. Eleventh edition. Brunner, & Suddarth 's. Philadelphia Lippincott Williams & Wilkins, a Wolter Kluwer bussiness.*
- S, Gupta, R., Chaudhary, P., Khurana, D., Mishra, S., & Bhatnagar, S. (2011). Cancer Pain Management: Basic Information for the Young Pain Physicians. *Indian Journal Of Palliative Care, 17(2), 127-130.* doi:10.4103/0973-1075.84533
- Strayer & Schub. (2011). *Melanoma: Assessment for Psychological Adjustment. Cinahl Information Systems, 1509 Wilson Terrace, Glendale, CA 91206*
- Suriadi (2007), *Manajemen Luka*, Pontianak: STIKEP Muhammadiyah Pontianak
- Syarif Hilman (2009). Pengaruh terapi akupresur terhadap mual muntah akut akibat kemoterapi pada pasien kanker ; *a randomized clinical trial, tidak dipublikasikan, Jakarta.M.Kep*
- Santoso gempur. (2007). *Metodologi Penelitian Kuantitatif Dan Kualitatif (edisi 2.)*. Jakarta : Prestasi Pustaka.
- Usman R D (2009). Pengaruh Terapi Masase Terhadap Intensitas Nyeri Pasien Kanker Payudara Di Makassar. Unpublished master's thesis. Jakarta, M.Kep
- van Stegeren, A. (2009). Imaging stress effects on memory: a review of neuroimaging studies. *Canadian Journal Of Psychiatry, 54(1), 16-27.*
- Wijaya, IMS. (2010). Perawatan Luka Kanker. Retrieved 5 Maret 2012, from <http://dharmamuliacare.wordpress.com/2010/12/15/perawatan-luka-kanker/html>
- Williams, clare (2001). *British journal of nursing. 54(1), 16-27.*

Wulandari Indah (2010). Pengaruh Elevasi Ekstermitas Bawah Terhadap Proses Penyembuhan Ulkus Diabetik Di Wilayah Banten. Unpublished master's thesis , Jakarta, Magister Keperawatan

Yusuf H N (2010). Rahe Holmes: Skala Stres. Diakses bulan 20 Maret 2012, from <http://psipop.blogspot.com/2010/04/rahe-holmes-skala-penyesuaian-sosial.htm>



SURAT PENGANTAR UNTUK RESPONDEN

Kepada Yth. Calon Responden di RS Kanker Dharmais Jakarta dan RSAM Bandar Lampung

Dengan Hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : M. Irhas Said, S. Kep., Ns.

NPM : 1006748665

Alamat : Jl. Onta Gg. Harimau 1 No 29 Kedaton Bandar Lampung

Nomor Telp : 081272293448

Saya adalah mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan, kekhususan Keperawatan Medikal Bedah, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Saya sedang melaksanakan penelitian dengan judul “Hubungan Bentuk Ketidaknyaman: Nyeri Dan Malodour Dengan Tingkat Stress Pada Pasien Kanker Payudara di Rumah Sakit Kanker Dharmais Jakarta” .

Bersama dengan surat ini, saya sebagai peneliti mohon kesediaan Ibu/Bapak untuk menjadi responden pada penelitian ini. Peneliti menjamin tidak akan menimbulkan kerugian bagi Ibu/Bapak sebagai responden. Sebaliknya hasil penelitian diharapkan dapat meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan yang diberikan kepada pasien.

Kerahasiaan selama penelitian, akan peneliti jamin dan setelah selesai penelitian, data yang telah dikumpulkan akan dimusnahkan. Apabila saudara menyetujui, maka saya mohon kesediaan menandatangani lembar persetujuan yang telah disiapkan. Atas kerjasamanya saya ucapkan terima kasih.

Depok, Maret 2012

Hormat Saya,

M. Irhas Said, S. Kep., Ns

LEMBAR PERSETUJUAN

Judul penelitian. Hubungan Ketidaknyaman: Nyeri Dan Malodor Dengan Tingkat Stres Pada Pasien Kanker Payudara Di RSKD Jakarta dan RSAM Bandar Lampung.

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama (inisial) :

Alamat :

Menyatakan telah memahami penjelasan tentang tujuan, manfaat, dan prosedur penelitian ini.

Jakarta, April 2012

Yang membuat pernyataan

JADWAL KEGIATAN PENELITIAN

No.	Kegiatan	Bulan					
		Februari	Maret	April	Mei	Juni	Juli
1	Pembuatan proposal	V	V				
2	Seminar proposal			V			
3	Perijinan			V			
4	Pengambilan data			V			
5	Analisis data				V		
6	Ujian hasil					V	
7	Ujian sidang					V	V
8	Perbaikan tesis						V
9	Pengumpulan tesis						V

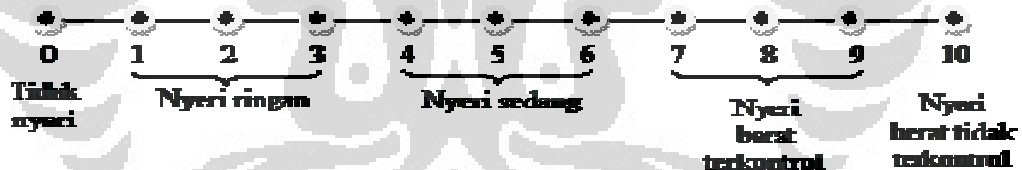
INSTRUMEN PENELITIAN

A. Penilaian nyeri dengan metode Skala Intensitas Nyeri Deskriptif .

Kode responde :
 Nama :
 Umur :
 Pekerjaan :
 Jenis kelamin :
 Suku :
 Stadium kanker : II III IV
 Jenis obat analgetik :
 Jenis balutan :
 Perawatan luka yang ke : kali

Petunjuk :

1. Beri lingkaran pada angka yang tertera pada skala pada metode Skala Intensitas Nyeri Deskriptif dibawah ini.
2. Penilaian pada skala ini dilakukan responden.



Hasil pengukuran:

Waktu Pengukuran	Hasil pengukuran
Sebelum minum obat anti nyeri	
Saat diganti balutan	
Setelah di ganti balutan	
Malam hari	

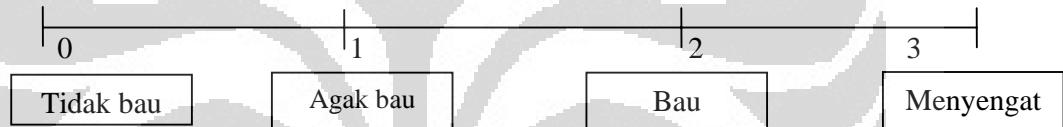
INSTRUMEN PENELITIAN

B. Penilaian bau pada luka dengan metode TELER (*Treatment Evaluation by A Le Roux's Method*).

Kode responde :

Petunjuk :

1. Siapkan lembar metode TELER (*Treatment Evaluation by A Le Roux's Method*).
2. Beri lingkaran pada angka yang tertera pada skala pada metode TELER (*Treatment Evaluation by A Le Roux's Method*) dibawah ini.
3. Penilaian dilakukan oleh responden (pasien) dan keluarga responden.



INSTRUMEN PENELITIAN

C. Penilaian tingkat stres *Depression anxiety and stress scale (DASS)*.

Kode responde :

Petunjuk pengisian :

Silakan baca setiap pernyataan dan lingkari sebuah angka 0, 1, 2 atau 3 pada masing-masing item. pernyataan yang diterapkan ini untuk Anda selama seminggu terakhir.

Skala Penilaian sebagai berikut:

- 0 : Tidak terjadi pada diri saya.
- 1 : Pernah terjadi pada saya beberapa waktu yang lalu.
- 2 : Pernah terjadi di sebagian kehidupan saya.
- 3 : Sering terjadi pada kehidupan saya.

No	Pertanyaan	Nilai
1	Saya merasa kecewa akan hal yang spele	0 1 2 3
2	Saya cenderung bereaksi berlebihan terhadap situasi	0 1 2 3
3	Saya merasa sulit untuk bersantai	0 1 2 3
4	Saya merasa diri saya mudah kesal	0 1 2 3
5	Saya merasa apa yang saya sering merasa takut	0 1 2 3
6	Saya merasa tidak sabar ketika saya tertunda dalam suatu acara (seperti dilift, lampu lalu lintas, dan terlalu lama menunggu).	0 1 2 3
7	Saya merasa bahwa saya agak sensitif	0 1 2 3
8	Saya merasa sulit untuk tenang.	0 1 2 3
9	Saya merasa bahwa saya sangat mudah tersinggung.	0 1 2 3
10	Saya merasa sulit untuk tenang setelah saya marah.	0 1 2 3
11	Saya merasa sulit untuk mentoleransi gangguan/interupsi/peringatan atas apa yang telah saya lakukan.	0 1 2 3
12	Saya merasakan situasi yang tegang.	0 1 2 3
13	Saya tidak terima/toleran terhadap apa pun yang membuat saya tidak bisa mendapatkan hasil atas apa yang saya lakukan	0 1 2 3
14	saya merasa diri saya semakin gelisah	0 1 2 3



UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik@ui.ac.id Web Site : www.fik.ui.ac.id

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

Komite Etik Penelitian Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan, telah mengkaji dengan teliti proposal berjudul :

Hubungan Ketidaknyamanan : Nyeri dan Malodour dengan Tingkat Stres pada Pasien Kanker Payudara di RSKD Jakarta dan RSAM Bandar Lampung.

Nama peneliti utama : **M Irhas Said**

Nama institusi : **Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Jakarta, 14 Mei 2012

Dekan,

Dewi Irawaty, MA, PhD

NIP. 19520601 197411 2 001

Ketua,

Yeni Rustina, PhD

NIP. 19550207 198003 2 001



PEMERINTAH PROVINSI LAMPUNG
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH . Dr. H. ABDUL MOELOEK
JL. Dr. RIVAI No. 6 ☎ 0721 – 703312 , 702455, Fax. 703952
BANDAR LAMPUNG 35112.

Bandar Lampung, 16 Mei 2012

Nomor : 420/2012/16.2/VI/2012
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Izin Penelitian

Kepada
Yth. Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia
di-
DEPOK

Menjawab surat Saudara nomor : 2232/H2.F12.D/PDP.04.00/2012 tanggal 8 Mei 2012, perihal tersebut pada pokok surat, atas nama :

Nama : M. Irhas Said
Prodi : Magister Keperawatan
NPM : 1006748665
Judul : Hubungan Ketidaknyamanan: Nyeri Dan Malodour Dengan Tingkat Stres Pada Pasien Kanker Payudara Di RSKD Jakarta dan RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung

Dengan ini kami informasikan bahwa untuk kepentingan penelitiannya yang bersangkutan dapat disetujui untuk mengambil data pada Instalasi Rawat Inap (IRNA IV), Instalasi Rawat Jalan dan ruang Mawar RSUD. Dr. H. Abdul Moeloek (RSUD.AM) Provinsi Lampung dan dilakukan di jam kerja RSUD.AM. Waktu pengambilan data mulai tanggal : 19 Mei s.d 19 Juni 2012. Untuk informasi lebih lanjut yang bersangkutan dapat berhubungan dengan Bagian Diklat RSUD.AM.

Selanjutnya diinformasikan bahwa selama melakukan pengambilan data yang bersangkutan perlu memperhatikan hal – hal sebagai berikut :

1. Melapor pada Bagian Diklat RSUD. Dr. H. Abdul Moeloek Propinsi Lampung.
2. Data dari hasil penelitian tidak boleh disebarluaskan/digunakan diluar kepentingan ilmiah.
3. Memberikan laporan hasil penelitian pada Bagian Diklat RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Propinsi Lampung.
4. Bagian Diklat RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Propinsi Lampung berhak atas hasil penelitian untuk pengembangan kegiatan pelayanan kepada masyarakat.

Hal ini sesuai dengan Peraturan Pemerintah No. 41 Tahun 2010 Tentang Jenis

Ditandatangani oleh HENDY WIDYANINGRAT
Jember 12/5/2012



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
DIREKTORAT JENDERAL BINA PELAYANAN MEDIK
RUMAH SAKIT KANKER "DHARMAIS"

Jl. Let. Jend. S. Parman Kav. 84-86, Slipi, Jakarta Barat 11420
Telepon : (021) - 5681570 Faksimile : (021) - 5681579



Nomor : 111/Diklat/RSKD/V/2012
Tempiran : -
Perihal : **Ijin Penelitian**

Jakarta, 31 Mei 2012

Kepada Yth,
1. Kepala Instalasi Rawat Inap
2. Kepala Instalasi Rawat Jalan
RS Kanker "Dharmais"
di-
Jakarta.-

Sehubungan dengan surat Direktur SDM dan Pendidikan Nomor : DL.02.03/4/4/5612/2012 tanggal 3 Mei 2012 Perihal Ijin Penelitian, maka dengan ini kami hadapkan 1 (satu) orang Mahasiswa :

Nama : **M. Irhas Said**

NIM : 1006748665

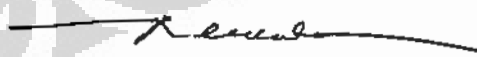
Judul : Hubungan Ketidaknyamanan : Nyeri dan Malodour dengan Tingkat Stres pada Pasien Kanker Payudara di RS. Kanker Dharmais dan di RSAM Bandar Lampung.

Adalah Mahasiswa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang akan melakukan Penelitian di Rumah Sakit Kanker "Dharmais" dalam rangka memenuhi tugas yang diwajibkan oleh Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dengan pembimbing dari RS Kanker "Dharmais" adalah Ns. Kemala Rita Wadi, SKp, MARS, ETN

Berkaitan dengan hal tersebut di atas, maka dengan ini kami sampaikan bahwa selain melakukan Penelitian di Bagian Diklat, yang bersangkutan juga akan melakukan Penelitian di Satuan Kerja terkait RS Kanker "Dharmais", oleh karena itu kami mohon bantuannya untuk dapat memberikan data kepada yang bersangkutan sesuai dengan yang dibutuhkan

Atas perhatian serta kerjasama yang baik kami ucapkan terimakasih.

Kepala Bagian
Pendidikan dan Pelatihan,


Ns. Kemala Rita Wahidi, SKp, MARS, ETN
NIP. 195810041982032001

Tembusan

1. Kepala Ruangan Teratai (Jamkesmas) RSKD
2. Kepala Ruangan Rawat Inap Kls II RSKD
3. Kepala Ruangan Rawat Inap Kls III RSKD
4. Kepala Ruangan Poli Luka RSKD



ISO 9001:2000 Certified



ISO 14001:2004 Certified



BS OHSAS 18001:2007 Certified



Certificate Number 30030

Certificate Number 35007

Certificate Number 38002

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : M. Irhas Said

Tempat, tanggal lahir : Bandar Lampung, 17 November 1977

Jenis kelamin : laki-laki

Pekerjaan : PNS (Pegawai Negeri Sipil)

Alamat Rumah : Jl.Onta Gg. Harimau 1 No 29 Kedaton Bandar Lampung 35146

Alamat Institusi : RSUAM Bandar Lampung Jl. Dr. Rivai no. 2 Bandar Lampung

Riwayat Pendidikan :

- MIN 1 Tanjungkarang, lulus tahun 1990
- SMPM 3 Bandar Lampung. Lulus tahun 1993
- SPK Tanjungkarang, lulus tahun 1997
- Poltekkes Tanjungkarang jurusan Keperawatan, lulus 2003
- Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, lulus 2006
- Program Profesi Ners Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, lulus 2007

Riwayat Pekerjaan :

1. RSUAM Bandar Lampung 1996 –sekarang
2. Stikes umitra Bandar lampung 2007- sekarang
3. Universitas Malahayati 2007 -sekarang