

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Kanker

1. Pengertian kanker

Secara global, salah satu jenis kanker yang paling umum di kalangan wanita adalah kanker serviks. (Bhatla et al., 2021). Kanker serviks merupakan tumor ganas kedua yang paling sering terjadi pada wanita di seluruh dunia. Telah terbukti bahwa penyebab utama kanker serviks adalah infeksi terus-menerus dengan human papillomavirus (HPV) berisiko tinggi (Zhang et al., 2020). Kanker dapat diartikan suatu kondisi saat sel tubuh tumbuh secara tidak normal dan tidak terkontrol. Perkembangan kanker ini disebut sebagai tumor ganas. Sel kanker ini dapat menghancurkan jaringan sehat dan organ dalam tubuh manusia. Kanker dapat menyebar dari satu bagian tubuh ke bagian yang lain dan proses ini disebut dengan metastasis. Metastasis adalah istilah untuk proses penyebaran kanker ke bagian tubuh lainnya dan terjadi interaksi yang beragam antara sel tersebut dengan lingkungan mikro. Jaringan baru akan memungkinkan sel kanker berkembang biak dan menyebabkan kerusakan organ atau bahkan kematian (Frianto dkk., 2021).

2. Tanda dan gejala

Kanker serviks stadium awal seringkali tidak menunjukkan gejala dan dapat didiagnosis selama pemeriksaan rutin atau pemeriksaan panggul. Gejala umum termasuk pendarahan vagina yang banyak atau tidak normal, misalnya khusus setelah hubungan seksual. Beberapa wanita dapat mengalami keputihan yang mungkin encer, berlendir, atau bernanah dan berbau busuk, namun jarang terlihat jika hanya disertai gejala lain. Pada penyakit lanjut, pasien dapat mengalami edema

ekstremitas bawah, nyeri panggul, serta nyeri panggul atau punggung bawah. Selain itu, keluhan terkait kandung kemih seperti perubahan tekanan atau keluarnya urin dan feses melalui vagina menunjukkan adanya invasi kandung kemih dan rektum masing-masing. Pemeriksaan panggul dilakukan pada pasien dengan gejala apa pun kanker serviks dan melibatkan visualisasi serviks dan vagina mukosa dan biopsi jika terlihat kelainan (Burmeister et al., 2022) .

3. Faktor risiko

Diketahui bahwa 11 egativ onkogenik HPV (*Human Papilloma Virus*), khususnya sub tipe 16 dan 18, merupakan penyebab kanker serviks. Faktor risiko kanker serviks meliputi:

- a. Berhubungan seksual dengan multipartner
- b. Aktivitas seksual saat usia muda
- c. Pemakaian pil KB atau dengan HPV negative atau positif
- d. Sosial ekonomi yang rendah
- e. Merokok
- f. Memiliki banyak anak
- g. Gangguan imunitas
- h. Penyakit menular seksual (Kemenkes RI, 2023) .

4. Stadium

Menurut FIGO (*Federation of Obstetrics and Gynecology*), stadium kanker serviks ditentukan dengan pemeriksaan klinis, foto toraks dan sistoskopi antara lain:

- a. Stadium 0 : Pertumbuhan kanker (karsinoma) terjadi pada jaringan epitel leher rahim
- b. Stadium I : Pertumbuhan kanker masih terbatas pada leher rahim

- c. Stadium IA : Secara mikroskopis, kanker telah menginvasi jaringan (terjadi penetrasi). Tingkat invasi sel kanker : kedalaman < 5 mm, sedangkan lebarnya < 7 mm
- d. Stadium IA 1 : Ukuran invasi mempunyai kedalaman < 3 mm dan lebar < 7 mm
- e. Stadium IA 2 : Kedalaman invasi > 3 mm dan < 5 mm, lebar < 7 mm
- f. Stadium IB : Terjadi lesi yang ukurannya lebih besar dari lesi yang terjadi pada stadium IA
- g. Stadium IB 1: Ukuran tumor < 4 cm
- h. Stadium IB 2: Tumor > 4 cm
- i. Stadium II : Karsinoma meluas sampai keluar leher rahim tetapi belum sampai dinding pelvis. Karsinoma menyerang vagina tapi belum mencapai $1/3$ vagina bagian bawah
- j. Stadium IIA : Belum ada parameter yang jelas
- k. Stadium IIB : Parameter jelas
- l. Stadium III : Karsinoma meluas ke dinding pelvis. Pada pemeriksaan rektal, tidak terlihat adanya ruang kosong antara tumor dan dinding pelvis. Tumor menyerang $1/3$ vagina bagian bawah. Pada semua kasus juga ditemukan adanya hidronefrosis atau ginjal tidak berfungsi
- m. Stadium IIIA : Kanker tidak menjalar ke dinding pelvis, tapi menyerang $1/3$ vagina bagian bawah
- n. Stadium IIIB : Menjalar ke dinding pelvis, terjadi hidronefrosis atau kegagalan fungsi ginjal.
- o. Stadium IV : Karsinoma meuas melewati pelvis atau mukosa kandung kemih atau rektal

- p. Stadium IV A : Menyebar ke organ yang berdekatan
- q. Stadium IV B : Menyebar ke organ yang jauh (Vera Novalia, 2023)

5. Pemeriksaan penunjang

Kanker serviks dapat dideteksi dan didiagnosis dengan pemeriksaan penunjang sebagai berikut:

a. Pap smear

Pap smear adalah tes sitologi yang menggunakan spatula untuk mengeluarkan lendir dari serviks dan kemudian memeriksanya di bawah mikroskop untuk mengidentifikasi perubahan abnormal pada sel serviks.

b. IVA

Metode lain untuk skrining kanker serviks adalah tes Inspeksi Visual Asam Asetat (IVA). Tes ini dapat dilakukan karena sangat sederhana dan bermanfaat. Teknik pemeriksaannya cukup mudah yaitu asam asetat 3-5% dioleskan ke permukaan serviks untuk menyebabkan munculnya bintik-bintik putih yang tidak normal pada permukaan serviks.

c. Biopsi

Biopsi adalah prosedur mengambil sebagian kecil jaringan serviks untuk dilakukan analisis untuk mendiagnosis kanker serviks jika hasil pap smear menunjukkan adanya lesi pada serviks.

d. Pemeriksaan HPV DNA (*Deoxyribo Nucleic Acid*)

Pemeriksaan HPV DNA (*Deoxyribo Nucleic Acid*) dapat digunakan untuk mendeteksi keberadaan virus HPV terutama yang berisiko tinggi. Skrining HPV lebih objektif daripada pemeriksaan sitologi atau sebagai skrining kanker serviks,

meningkatkan nilai prediktif negatif serta memberikan hasil prediksi yang lebih baik untuk lesi pra-kanker (Vera Novalia, 2023).

6. Penatalaksanaan

Stadium dan tingkat perkembangan kanker serviks ini menentukan strategi pengobatan yang diperlukan dan dapat mencakup satu atau kombinasi pembedahan, radiasi, dan kemoterapi (Burmeister et al., 2022) .

a. Pembedahan

Pembedahan adalah teknik yang umum digunakan dan berhasil dalam memerangi berbagai kanker stadium awal karena melibatkan pengangkatan jaringan kanker secara fisik. Pembedahan juga dapat digunakan untuk menghilangkan jaringan metastasis. Jenis operasi yang dilakukan untuk mengobati kanker serviks meliputi histerektomi total, histerektomi radikal, *loop electro-surgical excision procedure* (LEEP), konisasi, trakelektomi, dan *cryosurgery*.

b. Radioterapi

Radioterapi menggunakan sinar-X berenergi tinggi dan merupakan pengobatan utama dalam pengelolaan kanker serviks. Tiga jenis terapi radiasi yang saat ini digunakan untuk mengobati kanker serviks adalah terapi radiasi sinar eksternal (EBRT), radioterapi modulasi intensitas (IMRT), dan brakiterapi (RT internal).

c. Kemoterapi

Kemoterapi merupakan bagian integral dari standar kanker serviks merupakan pengobatan dan biasanya diberikan sebagai terapi tambahan setelah operasi ketika gambaran tumor prognostik buruk meningkatkan risiko penyakit berulang, dikombinasikan dengan radioterapi dan sebagai pengobatan mandiri untuk penyakit stadium lanjut lokal (Burmeister et al., 2022) .

B. Konsep Dasar Ansietas

1. Definisi

Kecemasan merupakan suatu kondisi emosional yaitu persepsi subjektif seseorang terhadap suatu objek yang tidak jelas dan didorong oleh ekspektasi adanya bahaya, sehingga memungkinkan orang tersebut bertindak untuk mengatasi ancaman tersebut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

2. Penyebab

Menurut SDKI (2017), faktor penyebab ansietas adalah sebagai berikut:

- a. Krisis situasional
- b. Kebutuhan tidak terpenuhi
- c. Krisis maturasional
- d. Ancaman terhadap konsep diri
- e. Ancaman terhadap kematian
- f. Kekhawatiran mengalami kegagalan
- g. Disfungsi sistem keluarga
- h. Hubungan orang tua dan anak tidak memuaskan
- i. Faktor keturunan (tempramen atau mudah teragitasi sejak lahir)
- j. Penyalahgunaan zat
- k. Terpapar bahaya lingkungan (mis. toksin, polutan, dan lain- lain)
- l. Kurang terpapar informasi

3. Tanda dan gejala

Menurut SDKI (2017), terdapat tanda dan gejala dari ansietas antara lain:

- a. Tanda dan gejala mayor
 - 1) Subyektif

- a) Merasa bingung
 - b) Sulit berkonsentrasi
 - c) Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi
- 2) Obyektif
 - a) Sulit tidur
 - b) Tampak tegang
 - c) Tampak gelisah
- b. Tanda dan gejala minor
 - 1. Subyektif
 - a) Mengeluh pusing
 - b) Anoreksia
 - c) Palpitasi
 - d) Merasa tidak berdaya
 - 2. Obyektif
 - a) Frekuensi nafas meningkat
 - b) Frekuensi nadi meningkat
 - c) Tekanan darah meningkat
 - d) Diaforesis
 - e) Tremor
 - f) Muka tampak pucat
 - g) Suara bergetar
 - h) Kontak mata buruk
 - i) Sering berkemih
 - j) Berorientasi pada masa lalu

4. Kondisi klinis terkait

- a. Penyakit kronis progresif (mis. kanker, penyakit autoimun)
- b. Penyakit akut
- c. Hospitalisasi
- d. Rencana operasi
- e. Kondisi diagnosis penyakit belum jelas
- f. Penyakit neurologis
- g. Tahap tumbuh kembang

C. Asuhan Keperawatan Ansietas Pada Pasien Kanker Serviks

1. Pengkajian

Tindakan keperawatan yang vital adalah pengkajian keperawatan yang dilakukan untuk mengumpulkan data dan mengidentifikasi potensi masalah keperawatan sehingga perawat dapat memanfaatkannya sebagai dasar diagnosis keperawatan bagi pasien (Bustan dan Purnama, 2023).

a. Pengkajian Identitas

Pengkajian identitas pada pasien kanker serviks dengan masalah keperawatan ansietas meliputi pengkajian identitas pasien dan identitas penanggung jawab. Identitas pasien yang perlu dikaji diantaranya nama, umur, agama, suku/bangsa, pendidikan, pekerjaan, golongan darah, diagnose medis, status mental dan alamat. Sedangkan identitas penanggung jawab yang perlu dikaji yaitu nama, umur, suku/bangsa, pendidikan terakhir, pekerjaan, agama, hubungan dengan klien dan alamat (Hendrawati dan Fitri Amalia, 2022).

b. Riwayat Kesehatan

Pengkajian riwayat kesehatan pada pasien kanker serviks dengan ansietas meliputi 3 hal yaitu sebagai berikut.

1) Keluhan Utama

Pasien kanker serviks dengan ansietas datang ke rumah sakit biasanya memiliki keluhan utama perdarahan, keputihan dan rasa nyeri intraservikal. Pasien biasanya mengeluh keputihan seperti air yang makin lama makin banyak dan berbau busuk. Pada pasien kanker serviks post kemoterapi biasanya akan mengeluh nafsu makan berkurang, mual muntah berlebihan dan anemia. Sedangkan pasien kanker serviks dengan masalah keperawatan ansietas akan menunjukkan keluhan tambahan yaitu jantung berdebar-debar, peningkatan tekanan darah, nafas cepat, gelisah, wajah memerah, berkeringat pada bagian misalnya telapak tangan, panas dingin, wajah pucat, gelisah, ketegangan fisik, ketakutan, ketidakberdayaan (Kemenkes RI, 2023).

2) Riwayat Kesehatan Masa Kini dan Dahulu

Pasien kanker serviks stadium awal sering kali tidak memiliki keluhan yang mengganggu. Pengkajian riwayat kesehatan masa kini pada pasien kanker serviks stadium akhir yaitu stadium III dan IV akan timbul keluhan perdarahan sesudah melakukan hubungan seksual, nyeri panggul, nyeri di sekitar vagina, dan keputihan berbau busuk. Pada pasien kanker serviks yang mengalami ansietas, secara psikososial akan mengeluh cemas, sering bersifat buruk, pasien mengatakan takut dengan pikiran sendiri, mengeluh lesu, tidak dapat beristirahat tenang, sering terbangun di malam hari dan tidak tidur nyenyak, pusing, sakit kepala, terlihat cemas, gelisah, dan khawatir. Sedangkan pengkajian riwayat kesehatan dahulu, biasanya pasien memiliki riwayat penyakit HIV/AIDS atau penyakit keputihan.

Selain itu, Pasien dengan kanker serviks cenderung mempunyai riwayat abortus, infeksi pasca abortus, infeksi masa nifas, riwayat operasi kandungan, serta adanya kista, mioma, dan tumor (Kemenkes RI, 2021).

3) Kesehatan Keluarga

Keluarga yang mempunyai riwayat kanker lebih mungkin terkena kanker serviks daripada keluarga tanpa riwayat, karena evaluasi riwayat kesehatan keluarga biasanya dikaitkan dengan variabel genetik.

c. Pengkajian Fokus

Pengkajian fokus pada pasien kanker serviks dengan masalah keperawatan ansietas menggunakan pendekatan adaptasi stress oleh Stuart. Kondisi predisposisi, presipitasi, dan penilaian stresor adalah tiga komponen utama evaluasi menggunakan model adaptasi stres Stuart. Biologis, psikologis, dan sosiokultural adalah tiga kategori utama yang mencakup variabel predisposisi dan pemicu stres. Sementara stresor psikososial dikaitkan dengan kecerdasan, keterampilan verbal, moral, pengalaman pribadi, pengalaman masa lalu, konsep diri, motivasi, perlindungan psikologis, dan kontrol. Stresor biologis dapat dikaitkan dengan latar belakang genetik, status gizi, biologi, kesehatan umum, dan paparan racun. Stresor sosiokultural dikaitkan dengan usia, jenis kelamin, pendidikan, pendapatan, pekerjaan, posisi sosial, latar belakang budaya, keyakinan, politik, pengalaman sosial, dan peringkat sosial (Stuart, 2021).

Pengkajian fokus juga perlu mengkaji sumber koping pasien (pasien mengatasi ansietas dengan menggerakkan sumber koping di lingkungan) dan mekanisme koping (reaksi yang berorientasi terhadap tugas dan mekanisme pertahanan ego).

Pengkajian Tingkat Ansietas Skala Kecemasan Hars (*Hamilton Anxiety Rating Scale*) (Nuraini dan Tobing, 2022).

Pengukuran indikasi kecemasan, baik psikologis maupun fisik, Max Hamilton menciptakan Skala Penilaian Kecemasan Hamilton (HARS) pada tahun 1956. HARS adalah alat penilaian 14 item yang digunakan untuk mengukur gejala kecemasan pada orang dewasa dan anak-anak. (Situmorang dan Sudharmono, 2021). Penilaian skor kecemasan menggunakan skala HARS dengan 14 item penilaian yaitu:

- 1) Perasaan Cemas, firasat buruk, takut akan pikiran sendiri, mudah tersinggung.
- 2) Ketegangan: merasa gelisah, mudah menangis, gemetar, tegang, dan lesu, tidak bisa istirahat tenang, dan mudah terkejut.
- 3) Ketakutan: takut terhadap orang asing, takut terhadap kegelapan, takut apabila ditinggal sendiri, takut pada keramaian lalu lintas, takut pada binatang besar, dan takut pada kerumunan orang banyak.
- 4) Gangguan tidur: kesulitan untuk tidur, terbangun di malam hari, tidur gelisah, bangun dengan lesu, dan mengalami banyak mimpi buruk serta mimpi menakutkan.
- 5) Gangguan kecerdasan: daya ingat buruk, susah berkonsentrasi.
- 6) Perasaan depresi: kurangnya minat, kurangnya semangat dalam beraktivitas dan menjalankan hobi, perasaan sedih, bangun dini hari, dan perubahan suasana hati.
- 7) hilangnya minat, berkurangnya kesenangan pada hobi, sedih, bangun dini hari, perasaan berubah-ubah sepanjang hari.

- 8) Gejala somatik: sakit dan nyeri otot, kaku, kedutan otot, gigi gemerutuk, suara tidak stabil.
- 9) Gejala sensorik: pengelihatn terganggu, tinitus, wajah tampak pucat dan merah, perasaan ditusuk-tusuk, dan lemas.
- 10) Gejala kardiovaskuler: palpitasi, rasa nyeri di area dada, detak jantung cepat, pusing, dan detak jantung berhenti tiba-tiba,
- 11) Gejala pernapasan: perasaan tertekan di area dada, sensasi tercekik, sering menarik napas, sesak napas.
- 12) Gejala gastrointestinal: sulit untuk menelan, kram perut, gangguan pencernaan, rasa tidak nyaman sebelum dan sesudah makan, rasa terbakar di perut, kembung, mual, muntah, tinja encer, sembelit, dan penurunan berat badan.
- 13) Gejala urogenital: Sering buang air kecil, ereksi lemah, preeklamsia, amenore, menoragia, impotensi, dan kesulitan menahan kencing.
- 14) Gejala otonom: wajah merah, mulut terasa kering, bulu roma berdiri, mudah mengeluarkan keringat, dan pusing.
- 15) Perilaku sewaktu wawancara: gelisah, tegang, jari gemetar, mengerutkan kening, wajah memerah, tonus otot meningkat, dan sesak napas yang datang dengan cepat.

Cara penilaian kecemasan adalah dengan memberikan nilai dengan kategori 0, 1, 2, 3, atau 4 yang menunjukkan tingkat gangguan. Sedangkan penentuan derajat kecemasan pasien berdasarkan penjumlahan skor 0-14 yaitu tidak ada kecemasan, skor 15-20 yaitu kecemasan ringan, skor 21-27 yaitu kecemasan sedang, skor 28-41 yaitu kecemasan berat, sedangkan skor 45-46 termasuk dalam kategori panik (Normah dkk., 2022).

d. Pemeriksaan fisik dan ginekologi

Pada saat pemeriksaan fisik pada pasien kanker biasanya ditemukan tanda-tanda vital meningkat. Pemeriksaan fisik dilakukan secara *head to toe*, dimulai dari kepala sampai ujung kaki. Sedangkan pemeriksaan ginekologi meliputi pemeriksaan organ reproduksi wanita, termasuk pemeriksaan spekulum untuk melihat serviks dan mungkin pengambilan sampel untuk mengetahui sejak dini kanker serviks yaitu dengan pemeriksaan sitologi serviks (pap smear). Perdarahan vagina (kontak atau di luar siklus menstruasi) dan cairan yang keluar dari vagina sering kali merupakan tanda-tanda yang muncul jika telah berkembang menjadi kanker serviks. Jika sudah lanjut, gejalanya dapat berupa keluarnya cairan berbau busuk, rasa tidak nyaman di panggul, nyeri gluteal dan lumbosakral, sering buang air kecil, serta nyeri pada rektum dan kandung kemih. Gejala akan muncul berdasarkan organ yang rusak jika telah menyebar atau bermetastasis. (Kemenkes RI, 2021).

e. Evaluasi status psikososial klien dan dukungan sosial

Harapan tentang jalannya terapi, hubungan klien dengan pasangan atau keluarganya, dan penerimaan pasien terhadap kondisinya sering kali menjadi faktor dalam evaluasi status psikososial. Aspek psikososial yang perlu dikaji pada pasien yaitu genogram, gambaran diri, peran diri, hubungan sosial dan spiritual serta keyakinan. Sedangkan evaluasi dukungan sosial pasien dikaji berdasarkan peran keluarga, teman dan jaringan sosial lainnya dalam bentuk dukungan emosional dan praktis. Adapun faktor risiko Status psikososial dan dukungan sosial tersebut yaitu isolasi sosial, masalah finansial atau masalah hubungan.

2. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan ditentukan oleh perawat profesional dan berkualifikasi. Diagnosis keperawatan menggambarkan pernyataan tentang reaksi aktual atau yang diproyeksikan dari klien terhadap masalah medis. Respon aktual dan potensial klien didapatkan dari data dasar pengkajian, tinjauan literatur yang berkaitan, catatan medis klien masa lalu, dan konsultasi dengan profesi lain yang kesemuanya dikumpulkan selama pengkajian (Fahrurrozi, 2021). Diagnosis keperawatan yang dijumpai pada pasien kanker serviks yaitu :

- a. Ansietas (D.0080) berhubungan dengan krisis situasional, dibuktikan dengan merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, sulit berkonsentrasi, tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur, mengeluh pusing, anoreksia, palpitasi, merasa tidak berdaya, frekuensi napas meningkat, frekuensi nadi meningkat, tekanan darah meningkat, diaforesis, tremor, muka tampak pucat, suara bergetar, kontak mata buruk, sering berkemih, dan berorientasi pada masa lalu.
- b. Keletihan (D.0057) berhubungan dengan kondisi fisiologis (mis. penyakit kronis) dibuktikan dengan merasa energi tidak pulih walaupun telah tidur, merasa kurang tenaga, mengeluh lelah, tidak mampu mempertahankan aktivitas rutin, dan tampak lesu.
- c. Kesiapan peningkatan manajemen kesehatan (D.0112) dibuktikan dengan pemenuhan tujuan kesehatan ditandai dengan mengekspresikan keinginan untuk mengelola masalah kesehatan dan pencegahannya dan pilihan hidup sehari-hari tepat untuk memenuhi tujuan program kesehatan.

3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan adalah serangkaian prosedur yang digunakan untuk mengidentifikasi prioritas dan tindakan untuk memecahkan masalah, membuat tujuan dan rencana tindakan, dan mengevaluasi perawatan pasien menggunakan diagnosis keperawatan dan analisis data. Perencanaan ini dilakukan guna mempermudah perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien sesuai dengan diagnosa keperawatan (Bustan dan Purnama, 2023).

Tabel 1
Rencana Asuhan Keperawatan Ansietas dengan Terapi *Progressive Muscle Relaxation* (PMR) pada Pasien Kanker Serviks di Wilayah Kerja Puskesmas Kuta Utara Kecamatan Kuta Utara Kabupaten Badung Tahun 2025

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Keperawatan	Intervensi
1	2	3	4
1	Ansietas (D.0080) b.d krisis situasional d.d merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, sulit berkonsentrasi, tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur, mengeluh pusing, anoreksia, palpitasi, merasa tidak berdaya, frekuensi napas meningkat, frekuensi nadi meningkat, tekanan darah meningkat, diaforesis, tremor, muka tampak	SLKI (L.09093) Tingkat Ansietas Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tingkat ansietas dapat teratasi dengan kriteria hasil : 1. Verbalisasi kebingungan menurun (5) 2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun (5) 3. Perilaku gelisah menurun (5) 4. Perilaku tegang menurun (5) 5. Pucat menurun (5) 6. Konsentrasi membaik (5)	SIKI (I.09314) Reduksi Ansietas Observasi 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah 2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan 3. Monitor tanda-tanda ansietas Terapiutik 1. Ciptakan suasana terapiutik untuk menumbuhkan kepercayaan 2. Temani klien untuk mengurangi ansietas, jika memungkinkan 3. Pahami situasi yang membuat ansietas 4. Dengarkan dengan penuh perhatian 5. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 6. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan

pucat, suara bergetar, kontak mata buruk, sering berkemih, dan berorientasi pada masa lalu.	7. Pola tidur membaik (5) 8. Frekuensi napas membaik (5) 9. Frekuensi nadi membaik (5) 10. Tekanan darah membaik (5) 11. Kontak mata membaik (5) 12. Orientasi membaik (5)	7. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu ansietas 8. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang Edukasi 1. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami 2. Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis 3. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama klien 4. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak komprtitif, sesuai kebutuhan.
2. Keletihan (D.0057) berhubungan dengan kondisi fisiologis (mis. penyakit kronis) dibuktikan dengan merasa energi tidak pulih walaupun telah tidur, merasa kurang tenaga, mengeluh lelah, tidak mampu mempertahankan aktivitas rutin, dan tampak lesu.	SLKI (L.05046) Tingkat Keletihan Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tingkat keletihan dapat teratasi dengan kriteria hasil : 1. Verbalisasi kepulihan energi meningkat (5) 2. Kemampuan melakukan aktivitas rutin meningkat (5) 3. Motivasi meningkat (5) 4. Verbalisasi lelah menurun (5) 5. Gangguan konsentrasi menurun (5) 6. Nafsu makan membaik (5) 7. Pola napas membaik (5)	SIKI (I.05178) Manajemen Energi Observasi 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola dan jam tidur 4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Terapiutik 1. Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan) 2. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/ atau aktif 3. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 4. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan. Edukasi 1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap

	8. Pola istirahat membaik (5)	3. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang 4. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan Kolaborasi 1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.
3. Kesiapan peningkatan manajemen kesehatan (D.0112) berhubungan dengan pemenuhan tujuan kesehatan ditandai dengan mengekspresikan keinginan untuk mengelola masalah kesehatan dan pencegahannya.	SLKI (L.12104) Manajemen Kesehatan Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan manajemen kesehatan meningkat (L.12104) kriteria hasil : 1. Melakukan tindakan untuk mengurangi faktor resiko meningkat (5) 2. Menerapkan program perawatan meningkat (5) 3. Aktivitas hidup sehari-hari efektif memenuhi tujuan kesehatan meningkat (5) 4. Verbalisasi kesulitan dalam menjalani program perawatan/ pengobatan menurun (5)	SIKI (I.12383) Edukasi Kesehatan Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat Terapeutik 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi 1. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 3. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi menuju status kesehatan sesuai kriteria hasil yang ditetapkan. Syarat untuk menerapkan tindakan keperawatan yaitu mengikut sertakan klien dan keluarga mereka tentang pengertian keterampilan perawatan diri, bekerja sama dengan tim kesehatan lain, dan melibatkan klien dalam tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah kesehatan klien (Bustan dan Purnama, 2023).

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari proses keperawatan sesuai dengan tujuan keperawatan yang telah ditetapkan. Penetapan keberhasilan suatu asuhan keperawatan ditetapkan berdasarkan perubahan perilaku dari kriteria hasil yang ditentukan, terjadinya adaptasi pada individu, dan efektivitas perawatan. (Nursalam, 2020).

D. *Progressive Muscle Relaxation* (PMR)

1. Definisi

Salah satu teknik yang dapat dipelajari dan diterapkan untuk meredakan kecemasan atau ketegangan pada otot yang disebabkan oleh kemoterapi adalah *Progressive Muscle Relaxation* (PMR). Teknik ini juga membantu pasien merasa lebih tenang dan tidak terlalu bergantung pada orang atau benda lain, serta mengurangi rasa tidak nyaman. Selain menghilangkan rasa sakit, manfaat terapi ini dimulai dengan evaluasi lokasi, tingkat keparahan, durasi, dan kualitas rasa nyeri, teknik relaksasi otot progresif juga mampu menurunkan kecemasan pasien dikarenakan salah satu bentuk relaksasi otot secara progresif dengan tanpa

ketegangan otot dan mengurangi ketegangan dan parameter fisiologis akan berubah (Pazira dkk., 2024).

2. Standar operasional prosedur (SOP) *progressive muscle relaxation*.

Prosedur pelaksanaan *Progressive Muscle Relaxation* (PMR) pada pasien kanker serviks dengan masalah keperawatan ansietas yaitu sebagai berikut (Saluy dkk., 2021) :

a. Tahap pra interaksi

- 1) Membina hubungan saling percaya
- 2) Jelaskan prosedur, tujuan terapi pada pasien

b. Persiapan klien

- 1) Jelaskan tujuan, manfaat, prosedur dan pengisian lembar persetujuan terapi kepada klien
- 2) Lepaskan aksesoris digunakan seperti kacamata, jam dan sepatu
- 3) Longgarkan ikatan dasi, ikat pinggang atau hal lain yang sifatnya mengikat ketat

c. Tahap orientasi

- 1) Memberikan salam kepada klien dengan menyapa nama pasien dan perawat memperkenalkan diri
- 2) Menjelaskan prosedur dan tujuan tindakan kepada klien/pasien
- 3) Melakukan kontrak waktu dan tempat kepada klien

d. Tahap kerja

- 1) Menciptakan lingkungan yang nyaman dan tenang, posisikan pasien dengan posisi duduk atau semifowler dengan nyaman dan stabil.

2) Gerakan 1 : melatih otot-otot wajah

Kerutkan alis dan dahi sampai terjadi ketegangan pada otot-otot dahi, rasakanlah ketegangan otot selama lima detik, dan selanjutnya melepaskan ketegangan tersebut selama 10 detik.

3) Gerakan 2 : melatih otot sekitar pipi

Kembungkan pipi dan rasakanlah ketegangan di sekitar area pipi. Tahan identifikasi atau rasakan ketegangan pada otot pipi selama lima detik, dan selanjutnya melepaskan ketegangan tersebut selama 10 detik.

4) Gerakan 3 : melatih otot-otot sekitar mulut

Moncongkan bibir sekuat mungkin diikuti dengan menutup mata dengan kuat rasakan ketegangan pada area otot mata dan mulut. Tahan dan identifikasi atau rasakan ketegangan otot selama 10 detik. Lemaskan dengan cara meniup secara perlahan dan menghembuskan napas.

5) Gerakan 4 : melatih otot rahang

Katupkan rahang dan diikuti dengan menggigit gigi sehingga menimbulkan ketegangan pada otot rahang. Tahan rasakan ketegangan otot selama lima detik, dan selanjutnya lepaskan ketegangan tersebut selama 10 detik.

6) Gerakan 5 : merilekskan otot leher depan

Dorong kepala ke belakang sehingga terasa ketegangan pada otot leher bagian belakang dan punggung atas. Tahan dan identifikasi atau rasakan ketegangan otot selama lima detik, selanjutnya lepaskan ketegangan tersebut selama 10 detik.

7) Gerakan 6 : merilekskan otot leher belakang

Arahkan kepala ke muka dan tundukan dagu ke dada dan rasakan ketegangan pada otot di daerah leher bagian belakang, tahan posisi tersebut selama lima detik

sambil dan rasakan ketegangan. Selanjutnya lepaskan ketegangan tersebut selama 10 detik.

8) Gerakan 7: ditujukan untuk melatih otot tangan

Genggamlah tangan sambil membuat suatu kepalan, menahannya sambil mengidentifikasi atau merasakan ketegangan otot selama lima detik, dan selanjutnya melepaskan ketegangan tersebut selama 10 detik. Rasakan sensasi ketegangan saat kepalan tangan perlahan-lahan terbuka.

9) Gerakan 8 : melatih otot bicep

Kepalkan tangan seperti menggenggam, tahan selama lima detik sambil merasakan atau mengenali ketegangan otot, lalu lepaskan selama sepuluh detik. Saat kepalan tangan terbuka secara bertahap, rasakan ketegangannya.

10) Gerakan 9 : gerakan melatih otot tangan bagian belakang

Tekuk tangan ke depan dan luruskan lengan, jari tangan menghadap ke langit-langit. Tahan dan rasakan ketegangan pada otot bagian belakang selama 10 detik.

11) Gerakan 10 : melatih otot bahu dengan maksimal hingga hampir menyentuh

kedua telinga untuk membuat ketegangan pada otot bahu, punggung atas, dan leher, tahan dan rasakan ketegangan otot selama lima detik, selanjutnya melepaskan ketegangan tersebut selama 10 detik.

12) Gerakan 11 : melatih otot punggung

Lengkungkan punggung ke arah depan dan kemudian dada di busungkan sehingga terasa ketegangan pada otot di punggung bawah, tahan posisi tersebut dan merasakan ketegangan otot selama lima detik, dan selanjutnya lepaskan ketegangan tersebut selama 10 detik.

13) Gerakan 12 : melemaskan otot dada

Tarik napas dalam-dalam, tahan selama lima detik lalu lepaskan selama sepuluh detik. rasakan ketegangan pada otot dada dan lepaskan ketegangan sambil mengeluarkan napas secara perlahan.

14) Gerakan 13 : melatih otot perut

Menarik kuat-kuat perut ke dalam sampai perut menjadi kencang dan keras hingga terasa ketegangan pada otot-otot perut, menahannya sambil mengidentifikasi atau merasakan ketegangan otot-otot selama lima detik, dan selanjutnya melepaskan ketegangan tersebut selama 10 detik.

15) Gerakan 14 : melatih otot paha

Luruskan kedua kaki dengan telapak kaki menghadap ke bawah hingga terasa ketegangan pada otot paha, tahan dan rasakan ketegangan otot selama 5 detik, selanjutnya melepaskan ketegangan tersebut selama 10 detik.

16) Gerakan 15 : melatih otot betis

Luruskan kedua kaki dan telapak kaki kemudian raih ibu jari kaki dengan tangan hingga terasa ketegangan pada otot betis, tahan dan merasakan ketegangan otot selama lima detik dan selanjutnya melepaskan ketegangan tersebut selama 10 detik.

e. Tahap terminasi

1) Merapikan alat dan bahan

2) Evaluasi setelah pemberian terapi *progressive muscle relaxation*

3) Kontrak waktu untuk pertemuan dan tindakan selanjutnya

4) Memberikan salam

f. Tahap dokumentasi

Dokumentasikan dalam catatan perawat, respon klien terhadap teknik relaksasi, dan perubahan tingkat ansietas pada pasien