

SKRIPSI

PENGARUH MEDITASI TERHADAP PENURUNAN INTENSITAS NYERI PADA KLIEN KANKER PAYUDARA STADIUM AKHIR DI POLI ONKOLOGI RSU Dr. SOETOMO SURABAYA

PENELITIAN *QUASY-EXPERIMENTAL*

**Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
Pada Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga**



Oleh :

IKA LARASATI S

NIM : 010210400 B

**PROGRAM STUDI SI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

2006

SURAT PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri dan belum pernah dikumpulkan / dibuat oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari perguruan tinggi manapun.

Surabaya, Agustus 2006
Yang menyatakan,



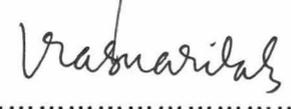
Ika Larasati S.
NIM. 010210400B

Telah diuji

Pada tanggal 15 Agustus 2006

PANITIA PENGUJI

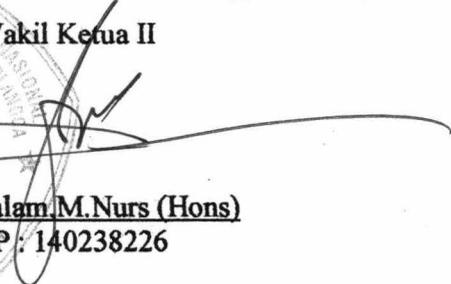
Tanda tangan

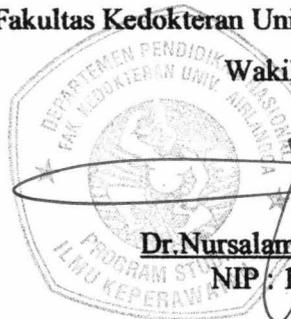
Ketua	: Joni Haryanto, S.Kp, M. Si	(..... )
Anggota	: Kusnanto, S.Kp, M.Kes	(..... )
	Purwaningsih, S.Kp, MARS	(..... )
	Ira Suarilah, S.Kp	(..... )

Mengetahui

An. Ketua Program Studi S1 Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya

Wakil Ketua II


Dr. Nursalam M. Nurs (Hons)
NIP : 140238226

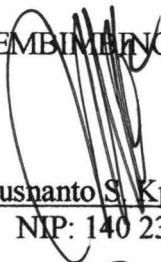


LEMBAR PERSETUJUAN

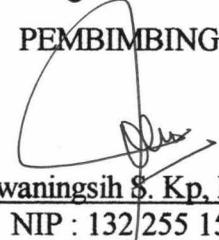
SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI
TANGGAL : AGUSTUS 2006

OLEH :

PEMBIMBING KETUA


Kusnanto S. Kp. M. Kes
NIP: 140 233 650

PEMBIMBING I

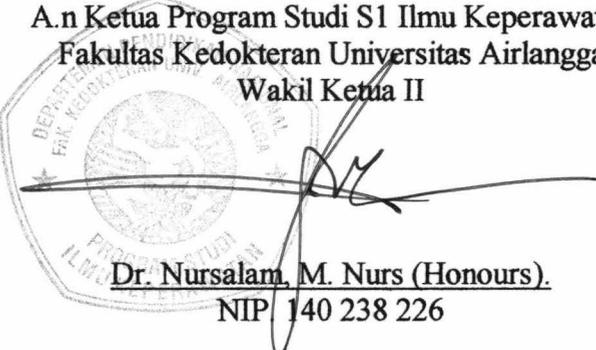

Purwaningsih S. Kp. MARS
NIP : 132/255 157

PEMBIMBING II


Ira Suarilah, S. Kp.
NIK : 130 904 0673

Mengetahui :

A.n Ketua Program Studi S1 Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga
Wakil Ketua II


Dr. Nursalam, M. Nurs (Honours).
NIP 140 238 226

UCAPAN TERIMA KASIH

Segala puji dan syukur penulis panjatkan atas kehadiran Allah SWT, atas segala rahmat dan berkahNya, sehingga penulis bisa menyelesaikan skripsi yang berjudul **"PENGARUH MEDITASI TERHADAP PENURUNAN INTENSITAS NYERI KLLIEN KANKER PAYUDARA STADIUM AKHIR DI POLI ONKOLOGI RSU Dr. SOETOMO SURABAYA"**. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan pada Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa skripsi ini masih banyak kekurangan, maka dari itu penulis mengharap masukan untuk perbaikan skripsi ini. Penulis juga menyadari bahwa skripsi ini tidak akan terselesaikan seperti sekarang tanpa bantuan dari pihak-pihak terkait. Maka penulis inig mengucapkan terima kasih yang benar-benar tulus, kepada :

1. Prof. Dr. H.M.S Wiyadi, dr., Sp. THT (K), selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya, yang telah memberikan kesempatan untuk belajar dan menyelesaikan pendidikan di Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga.
2. Prof. H. Eddy Soewandojo, dr., Sp.PD KTI, selaku Ketua Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, yang telah memberikan kesempatan untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya.
3. Dr. Nursalam, M. Nurs (Hons), selaku Ketua 1 Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya, yang telah

memberikan saran pada saat ujian proposal untuk perbaikan, sehingga terbentuk skripsi ini.

4. Bpk. Kusnanto, S.Kp, M.Kes, selaku Pembimbing Ketua yang telah dengan sabar memberikan waktu dan ilmu untuk penyusunan dari mulai pembuatan proposal hingga terbentuk skripsi ini.
5. Ibu Purwaningsih, S.Kp, MARS, selaku Pembimbing I, yang telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan. Mohon maaf bila saya sering merepotkan Ibu.
6. Ibu Ira Suarilah, S.Kp, selaku Pembimbing II, yang selama ini selalu tak henti-henti memberikan masukan, dorongan semangat, dan teguran, hingga saya bisa menyelesaikan skripsi ini tepat waktu. Entah apa jadinya bila tidak ada bimbingan dari Ibu.
7. Prof. Sunarjadi, dan seluruh staf Poli Paliatif RSUD Dr. Soetomo Surabaya, yang telah memberikan saya kesempatan untuk mencari data di tempat tersebut.
8. dr. Heru Purwanto, Sp. B(K) Onk, M.Sc, juga Bu Musrini, Amd. Kep, Bu Suparti dan Bu Suryati, yang telah membantu dalam pengumpulan data, dan tidak pernah bosan memberi bimbingan dan dorongan untuk terus melangkah.
9. Ayah, Ibu, Afi, Ayu, yang tidak henti-hentinya berdo'a untuk kelancaran penyusunan skripsi dan penyelesaian studi penulis, mendorong semangat penulis, untuk terus maju.
10. Bripda Mujahid Dienoessyifaa' yang selalu menemani penulis menyusun skripsi, membantu do'a dan semangat untuk menyelesaikan skripsi tepat waktu.

11. Dwi Candra Buana, atas bantuan dalam menyelesaikan penelitian dan skripsi ini .
12. Ika Sulistyani, yang memberi inspirasi bagi penulis, dan memberi dorongan semangat untuk teru melangkah.
13. Teman-temanku (Anita, Christina, Ferrin, Farida, dan Febrina) yang selalu ada untuk memberi dorongan semangat.

Akhirnya dengan semua bantuan dan dukungan yang telah diberikan kepada saya, saya ucapkan banyak terima kasih, dan semoga mendapat balasan yang terbaik dari Allah SWT. Semoga skripsi ini dapat berguna bagi perkembangan keperawatan

Surabaya, Agustus 2006

Penulis

MOTTO



**JIKA KAU RASA PENAT DENGAN APA YANG TELAH TERJADI
JIKA HATI TERASA KALUT DENGAN APA YANG KAU ALAMI
JIKA TAK ADA LAGI HAL YANG BISA MEMBERIMU KEKUATAN.....
UNTUK SELALU BERTAHAN UNTUK HIDUP DAN SELALU BERJUANG,**

MAKA YAKINLAH.....

TAK ADA YANG TAK MUNGKIN, DENGAN ALLAH DI SISIMU.

**UNTUK ORANG TUAKU TERCINTA,
SEMBAH SUJUD DAN PELUK SAYANG, DARI IKA LARASATI S.**

**UNTUK BELAHAN JIWAKU,
JANGAN LELAH MEMBIMBINGKU,
TAK ADA SATU RENCANA PUN BAGIKU, UNTUK MENJADI TUA
TANPAMU.**

ABSTRACT

**MEDITATION INFLUENCE ON REDUCING PAIN INTENCITY OF
LAST STAGE BREAST CANCER CLIENTS IN ONCOLOGY
POLYCLINIC
DR. SOETOMO HOSPITAL SURABAYA**

**Quassy Experimental Design
(Non Randomize Control Group Pretest – Posttest Design)**

By Ika Larasati S

Meditation is a relaxation technique to reduce pain claims which happen to many people. It is usually used to reduce many, that may result pain on last stage breast cancer clients. Stress could release pain and carried the psicological aspects worse.

This research was aimed to identify the influent of meditation on pain intencity of last stage breast cancer clients.

This research used Quassy Experiment Design. The population picked was breast cancer clients who came to the Dr. Soetomo Hospital, within a month, since June 5 2006 to July 5 2006. Respondents were selected using probability sampling with consecutive technique sampling according to the inclusion criteria. The sum of the respondent is 16, dispaired into two groups, which are 8 women as an experiment group and the last number is control. The data were collected by using questionnaire and observation. Pain intencity was analyzed by using Wilcoxon Signed Rank Test and Mann Whitney U Test on the level of $p \leq 0,05$.

This experiment obtained that control group have significant result of Wilcoxon Signed Rank Test with $p= 0,083$ and the experiment group have signifinacy level $p=0,011$. The result of Mann Whitney U Test showed the $p=0,013$, which means that there is an influence of meditation on reducing pain intencity of last stage breast cancer clients in Oncology Polyclinic of Dr. Soetomo Hospital Surabaya.

The conclusion of this research is meditation can reduce pain intencity of last stage breast cancer, than the other one. It can be suggessted that the paramedics are expected to do meditation reduce pain of last stage breast cancer clients. Dr. Soetomo Hospital is expected to give facilities in order to make the meditation toward in Oncology Polyclinic of Dr. Soetomo Hospital Surabaya.

Keyword : meditation, pain, breast cancer.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDULi

SURAT PERNYATAANii

LEMBAR PENGESAHANiii

LEMBAR PERSETUJUANiv

UCAPAN TERIMA KASIH.....v

MOOTOviii

DAFTAR ISI.....ix

DAFTAR GAMBAR.....xiii

DAFTAR TABEL.....xiv

DAFTAR LAMPIRANxv

BAB 1 PENDAHULUAN1

1.1 Latar Belakang1

1.2 Rumusan Masalah4

1.3 Tujuan Penelitian4

 1.3.1 Tujuan Umum4

 1.3.2 Tujuan Khusus4

1.4 Manfaat Penelitian5

 1.4.1 Teoritis5

 1.4.2 Praktis.....5

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....6

2.1 Meditasi.....6

 2.1.1 Pengertian Meditasi.....6

 2.1.2 Jenis-jenis Meditasi.....6

 2.1.2.1 Meditasi Eksklusif.....7

 2.1.2.2 Meditasi Inklusif8

 2.1.3 Faktor-faktor yang Mendukung Meditasi.....9

2.1.4	Pelaksanaan Meditasi	10
2.2	Nyeri.....	17
2.2.1	Pengertian Nyeri.....	17
2.2.2	Faktor-faktor yang Mempengaruhi Nyeri.....	17
2.2.3	Fisiologi Nyeri.....	20
2.2.4	Teori-teori Transmisi Nyeri.....	21
2.2.5	Klasifikasi Nyeri	22
2.2.6	Skala Nyeri.....	25
2.2.7	Manajemen Nyeri	28
2.2.7.1	Tindakan Farmakologis.....	28
2.2.7.2	Tindakan Non Farmakologis.....	30
2.2.8	Pengaruh meditasi terhadap nyeri pada klien kanker payudara.....	33
2.3	Kanker Payudara	36
2.3.1	Definisi Kanker Payudara	36
2.3.2	Faktor Resiko	36
2.3.3	Tanda dan Gejala.....	37
2.3.4	Klasifikasi Kanker Payudara.....	37
2.3.5	Stadium Kanker Payudara.....	40
2.3.6	Tindakan medis bagi kanker payudara.....	42
2.3.6.1	Pengobatan lokal payudara.....	42
2.3.6.1.1	Mastektomi.....	42
2.3.6.1.2	Terapi radiasi.....	43
2.3.6.1.3	Rekonstruksi.....	43
2.3.6.2	Pengobatan sistemik kanker payudara	44
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS		45
3.1	Kerangka Konseptual	45
3.2	Hipotesis	46

BAB 4 METODE PENELITIAN	47
4.1 Desain Penelitian.....	47
4.2 Kerangka Kerja/ Frame Work	48
4.3 Desain Sampling	49
4.3.1 Populasi.....	49
4.3.2 Sampel.....	50
4.3.3 Sampling	51
4.4 Identifikasi Variabel.....	51
4.4.1 Variabel Independen.....	52
4.4.2 Variabel Dependen.....	52
4.5 Definisi Operasional.....	52
4.6 Pengumpulan Data	55
4.6.1 Teknik Pengumpulan Data, Instrumen, Kriteria, dan Skor Penilaian	55
4.6.1.1 Teknik Pengumpulan data.....	55
4.6.1.2 Instrumen Pengumpulan Data	55
4.6.1.3 Kriteria Penilaian	56
4.7 Lokasi Penelitian.....	57
4.7.1 Lokasi.....	57
4.7.2 Waktu.....	57
4.8 Prosedur Pengambilan dan Pengumpulan Data	57
4.9 Analisis Data	58
4.10 Etik Penelitian	58
4.11 Keterbatasan	60
BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN	61
5.1 Hasil Penelitian	61
5.1.1 Gambaran Umum Lokasi	61
5.1.2 Karakteristik Demografi Responden.....	62
5.1.3 Data Khusus Responden	64
5.2 Pembahasan.....	68

BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN	74
6.1 Kesimpulan	74
6.2 Saran	74
DAFTAR PUSTAKA	76

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Sikap tubuh yang nyaman untuk memulai meditasi11

Gambar 2.2 Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri19

Gambar 2.3 Faces Scale Pain27

Gambar 2.4 Pengaruh meditasi terhadap penurunan nyeri.....35

Gambar 3.1 Kerangka konseptual pengaruh meditasi terhadap penurunan intensitas nyeri pada klien kanker payudara.....45

Gambar 4.1 Kerangka Kerja Penelitian pengaruh Meditasi terhadap penurunan intensitas nyeri pada klien kanker payudara stadium akhir49

Gambar 5.1 Distribusi Responden menurut usia di Poli Onkologi RSUD Dr. Soetomo Surabaya62

Gambar 5.2 Distribusi Responden berdasarkan tingkat pendidikan terakhir di Poli Onkologi RSUD Dr. Soetomo Surabaya.....63

Gambar 5.3 Distribusi Responden menurut status perkawinan di Poli Onkologi RSUD Dr. Soetomo Surabaya.....64

Gambar 5.4 Intensitas nyeri klien kanker payudara kelompok perlakuan.....65

Gambar 5.5 Intensitas nyeri klien kanker payudara kelompok kontrol.....66

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Perbandingan nyeri akut dan nyeri kronik.....	25
Tabel 2.2 Pentahapan kanker payudara.....	41
Tabel 4.1 Desain penelitian Pengaruh meditasi terhadap penurunan intensitas nyeri pada klien kanker payudara stadium akhir	48
Tabel 4.2 Tabel Variabel, Definisi operasional, Parameter, Alat Ukur, dan Skoring	53
Tabel 5.1 Intensitas nyeri klien kanker payudara kelompok perlakuan sebelum dan sesudah meditasi.....	64
Tabel 5.2 Intensitas nyeri klien kanker payudara kelompok kontrol sebelum dan sesudah meditasi.....	66
Tabel 5.3 Intensitas nyeri klien kanker payudara sebelum dan sesudah meditasi.....	67

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat permohonan data awal.....	78
Lampiran 2 Lembar Permintaan menjadi responden.....	79
Lampiran 3 Informed consent	80
Lampiran 4 Satuan acara kegiatan.....	81
Lampiran 5 Petunjuk pelaksanaan.....	85
Lampiran 6 Lembar kuesioner	87
Lampiran 7 Lembar observasi	89
Lampiran 8 Skrip fasilitator meditasi.....	91
Lampiran 9 Hasil Uji Statistik.....	92

BAB I

PENDAHULUAN

1.2 Rumusan Masalah

Pertanyaan masalah pada penelitian ini adalah :

1. Bagaimana intensitas nyeri pada klien kanker payudara stadium akhir di RSUD Dr. Soetomo ?
2. Bagaimana pengaruh meditasi pada penurunan intensitas nyeri klien kanker payudara stadium akhir di RSUD Dr. Soetomo?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Menjelaskan pengaruh meditasi terhadap penurunan intensitas nyeri pada klien kanker payudara stadium akhir.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi intensitas nyeri klien kanker payudara stadium akhir sebelum meditasi.
2. Mengidentifikasi intensitas nyeri klien kanker payudara stadium akhir setelah meditasi.
3. Mengidentifikasi perbedaan intensitas nyeri klien kanker payudara stadium akhir sebelum dan sesudah pelaksanaan teknik meditasi.

1.4 Manfaat

1.4.1 Teoritis

1. Diketuainya pengaruh meditasi terhadap penurunan intensitas nyeri pada klien kanker payudara stadium akhir diharapkan bermanfaat untuk menambah khasanah ilmu pengetahuan dalam bidang keperawatan.
2. Penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan peneliti selanjutnya untuk meneruskan penelitian mengenai terapi antinyeri pada klien kanker payudara.

1.4.2 Praktis

1. Hasil yang disajikan penelitian ini dapat digunakan sebagai wacana bagi para perawat untuk melakukan perawatan pada klien kanker payudara yang mengalami nyeri.
2. Bagi tenaga kesehatan lain dapat menjadi motivasi untuk melakukan terapi nonfarmakologis antinyeri pada klien kanker payudara.
3. Mensosialisasikan pelaksanaan teknik meditasi pada kasus nyeri pada klien kanker payudara stadium akhir.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Meditasi

2.1.1 Pengertian meditasi

Meditasi seperti disebutkan Davis *et al*, (1995), adalah latihan sebagai upaya untuk memusatkan perhatian pada suatu hal. Meditator (orang yang melakukan meditasi) mengulang, dengan keras atau diam, suatu kata, kelompok kata, atau suku kata. Hal ini biasa disebut dengan mantra meditasi. Meditasi merupakan suatu alat untuk mengurangi pikiran yang mengganggu dan membawa ketenangan jiwa, (National Safety Council, 2004).

Meditasi melibatkan penggunaan satu titik fokus pikiran, yang mana dapat menggunakan suara (disebut mantra), suatu frase yang diulang-ulang, suara dari pernafasan masuk dan keluar tubuh, atau suatu imajinasi visual. Imajinasi visual dapat berupa gambar atau suatu obyek yang dipandang oleh klien, ataupun suatu gambar yang hanya ada pada imajinasi klien, (Dewit, 1998).

Meditasi berfokus pada pengalihan perhatian klien yang mengalami nyeri, agar nyeri tersebut berkurang. Meditasi memberi energi dan ketenangan pada meditator. Pengalaman positif yang diperoleh melalui meditasi dapat dirasakan oleh semua orang, termasuk orang yang mengalami nyeri, (Black&Jacobs, 1997).

2.1.2 Jenis-jenis Meditasi

Berdasarkan falsafah Timur yang ditulis dalam buku National Safety Council, (2004), meditasi mempunyai 2 cabang, yaitu meditasi *inklusif* (meditasi terbuka) dan meditasi *eksklusif* (meditasi tertutup)

2.1.2.1 Meditasi eksklusif

Meditasi yang disebut juga meditasi konsentrasi. Meditasi ini mengharuskan klien untuk membatasi perhatian hanya pada satu pikiran saja. Pikiran tunggal ini akan menjadi alat untuk mengusir semua pikiran lain dari benak klien. Pikiran tunggal ini dapat berupa pikiran mengenai angin sepoi-sepoi, yang menghembuskan awan berlalu, menjadikan langit biru jernih. Kekuatan pikiran tunggal ini adalah pengulangannya, yang memecah perhatian secara terus menerus, seperti layaknya ombak dilaut, sampai semua pikiran lain keluar. Proses meditasi terbatas mengharuskan klien untuk menutup pikiran dari semua sensasi dan stimulus lain yang datang dari luar dan kemudian memfokuskan pikiran hanya pada pikiran batin. Meditasi jenis ini dipraktikkan dengan mata terpejam untuk mencegah teralihnya pikiran akibat penglihatan.

Ada lima metode yang dapat membantu memusatkan pikiran dan perhatian klien pada satu pikiran, antara lain :

1. Pengulangan mental

Pengulangan mental merupakan pikiran yang diulang berkali-kali, pengulangan mental ini umumnya dilakukan dengan mengucapkan suatu kata, yang disebut mantra, terutama kata yang memiliki satu suku kata (misal. "OM", "dan", "peace", atau "love") yang diulang dengan tenang bersamaan dengan penghembusan setiap nafas.

2. Konsentrasi penglihatan

Teknik yang ini melibatkan penatapan terhadap suatu obyek yang berupa benda atau bayangan. "*Mantra penglihatan*" yang umum digunakan adalah

cahaya lilin, sebuah bunga, kerang, gambar pemandangan yang indah, atau mandala (semacam alat bergambar yang membantu konsentrasi).

3. Bunyi berulang

Contoh bunyi berulang antara lain bunyi pukulan drum, lonceng, suara bel masyarakat Tibet, lagu Gregorian, suatu aliran air terjun, suara lembut ombak, guntur yang bergemuruh, dan beberapa jenis musik instrumental.

4. Gerakan fisik berulang

Gerakan ini meliputi bernafas dan beberapa bentuk olahraga aerobik ritmik (misal. berlari, berenang, atau berjalan) dianggap dapat menciptakan keadaan meditasi (*the runner's high*)

5. Gerakan taktil (sentuhan) berulang

Memegang atau memanipulasi obyek kecil seperti batu berguling, kerang, atau kuncup mawar juga dapat memusatkan pikiran klien pada satu pikiran.

2.1.2.2 Meditasi Inklusif

Jenis meditasi kedua adalah meditasi inklusif. Teknik ini juga disebut sebagai “*meditasi akses*”, “*meditasi batin*”, dan “*meditasi kesadaran*”. Meditasi inklusif tampaknya sangat mirip dengan *asosiasi bebas*, yaitu pikiran yang menerawang tanpa tujuan. Pada praktik meditasi inklusif, benak klien bebas menerima semua pikiran baik disadari ataupun tidak. Akan tetapi, ada satu persyaratan yang harus dipenuhi. Semua pikiran yang masuk dengan kita sadari harus dipilih secara obyektif dan tanpa ada penilaian atau keterikatan emosional. Proses ini disebut sebagai *observasi lepas*. Tidak ada ikatan emosi yang dapat dihubungkan dengan pikiran klien. Akibatnya, benak klien akan tampak seperti layar film yang lebar dengan pikiran klien sebagai gambarnya, dan klien

mengobservasi tanpa melakukan penilaian atau analisis. Intinya, dengan melepaskan diri dari emosi, membiarkan ego diri runtuh untuk sementara, sehingga klien dapat lebih terbuka terhadap ide-ide yang mungkin dapat membantu menyelesaikan masalah dalam kehidupan. Dalam meditasi jenis ini, mata biasanya terbuka, tapi dapat juga dengan mata tertutup, tergantung selera meditator.

2.1.3 Faktor-faktor yang mendukung meditasi

Benson oleh Davis *et al*, (1995), menyebutkan bahwa meditasi dapat berfungsi untuk menstabilkan tubuh dengan baik apabila terpenuhi 4 faktor pendukung, meliputi :

Perangkat mental yang memberikan stimulus konstan Lingkungan yang relatif tenang. Lingkungan yang tenang adalah lingkungan dimana klien dapat merasa tenang dan relaks tanpa terganggu. Klien dapat menyeimbangkan lingkungan dengan latar belakang yang bersuara lembut, misalnya musik. Faktor ini membantu meditator untuk memusatkan pikiran saat bermeditasi. Pemusatan pikiran ini berguna untuk kelangsungan dan keberhasilan meditasi yang dilakukan.

Metode ini digunakan untuk mengganti semua pikiran lain. Ini merupakan titik utama untuk mengarahkan semua perhatian. Peralatan mental antara lain pembacaan mantra berulang-ulang, pernafasan diafragma, atau suatu *Zen Koan* (pertanyaan tidak terjawab, misalnya “seperti apa bunyi tepuk tangan”). Klien dapat menggabungkan pengulangan mantra dengan pernafasan diafragma sebagai peralatan mental. Hal ini mendukung pikiran untuk terus berkonsentrasi

menghadirkan pengulangan-pengulangan yang sangat dibutuhkan sebagai mantra dalam meditasi.

Posisi yang nyaman. Dalam melakukan suatu meditasi tubuh harus relaks, tanpa ada ketegangan otot. Jika takut tertidur, klien dapat melakukan meditasi dengan duduk tidak berbaring.

Sikap yang pasif. Sikap yang pasif merupakan sikap yang reseptif, suatu kerangka berpikir bahwa klien siap dan bersedia untuk relaks. Sikap pasif juga dianggap sebagai keadaan fisik yang tenang. Jika tubuh sangat tegang selama proses berlangsung, sesi meditasi tidak akan efektif.

2.1.4 Pelaksanaan meditasi

Meditasi harus diawali dengan beberapa sikap, yang akan sangat menunjang kelangsungan dan keberhasilan meditasi yang akan dilakukan. Dari tiga macam posisi duduk yang nyaman bagi meditator, dapat dipilih satu. Duduk nyaman ini merupakan awal dari penetapan sikap tubuh sebelum melakukan meditasi. Adapun ketiga posisi tersebut adalah :

1. Klien memilih posisi yang menurut klien paling nyaman untuk melakukan meditasi, kedua lutut renggang dan kedua tangan diletakkan diatas pangkuan.
2. Bersila (*Tailor-fashion*) di lantai. Posisi ini sangat nyaman dan stabil bila diletakkan bantal di bawah pantat sehingga kedua lutut menyentuh lantai.
3. Berlutut (*Japanese-fashion*) dengan kedua ibu jari bersentuhan dan kedua tumit mengarah ke atas sehingga pantat tertumpu pada kedua telapak kaki. Kembali, jika meditator meletakkan bantal diantara kaki, maka pantat meditator dapat tertumpang nyaman, dan meditator akan dapat mempertahankan posisi ini lebih lama.

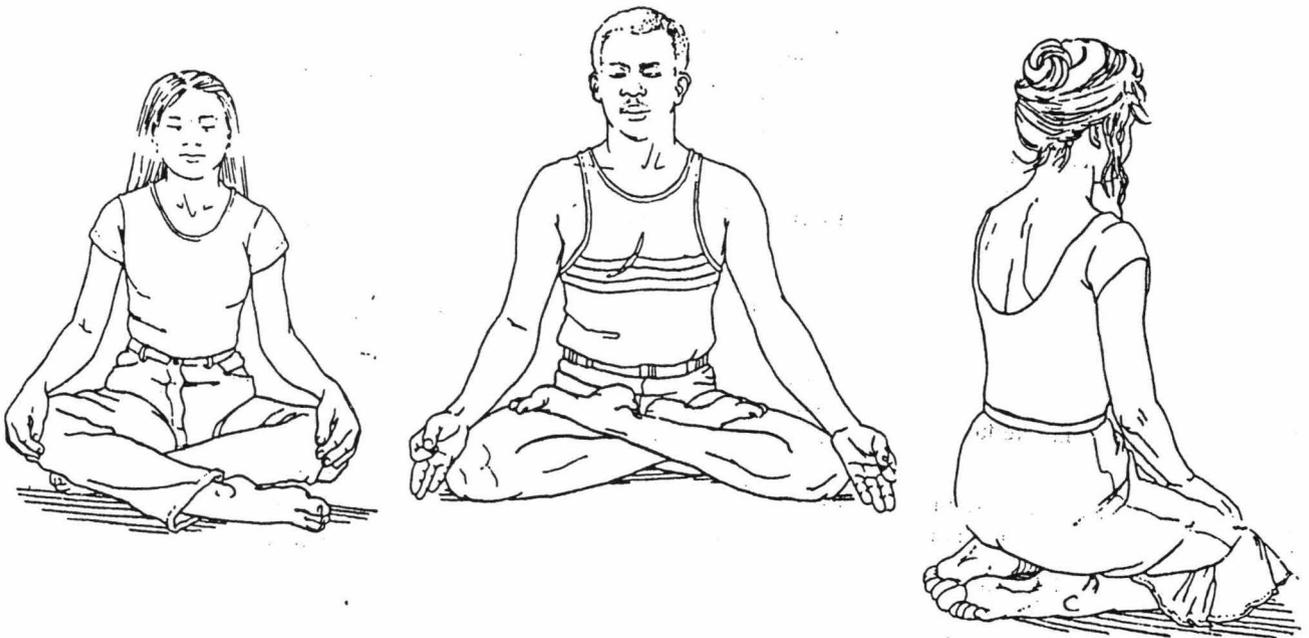
4. Posisi yoga sempurna (*lotus position*). Posisi ini membutuhkan kondisi fisik tertentu, maka tidak dianjurkan untuk pemula.

Setelah memilih posisi duduk yang paling nyaman menurut meditator, maka meditator melakukan hal-hal dibawah ini :

Meditator duduk dengan tegak (tetapi tidak kaku seperti patung) dan berat kepala bertumpu diatas tulang punggung. Kondisi ini dapat dicapai dengan menarik dagu sedikit ke dalam. Bagian pinggang dibiarkan melengkung.

Mediator mengayunkan tubuh. Goyang sebentar dari kiri ke kanan kemudian dari depan ke belakang, dan meditator tentukan posisi dimana bagian atas batang tubuh merasa seimbang di atas pinggul.

Tutup mulut dan bernafas melalui hidung. Lidah ditekankan pada langit-langit.



Gambar 2.1 Sikap tubuh yang nyaman untuk memulai meditasi, (Davis *et al*, 1995)

Langkah kedua setelah menentukan posisi ternyaman bagi meditator adalah memusatkan diri. Langkah ini memiliki 2 tahap yaitu :

1. Memejamkan mata dan memusatkan perhatian pada bagian tubuh yang menyentuh bantal atau kursi. Bagaimana perasaan yang dirasakan meditor pada saat itu? Selanjutnya perhatikan bagian tubuh yang bersentuhan. Apakah kedua tangan menyilang? Kaki meditor? Perhatikan sensasi di tempat kontak. Akhirnya pusatkan perhatian pada cara tubuh mengambil tempat. Apakah tubuh memerlukan banyak ruang? Sedikit? Dapatkah merasakan batas antara tubuh dengan ruang? Perhatikan perasaan meditor pada tempat itu.

2. Pernafasan.

Mata tertutup, tarik nafas dalam beberapa kali dan perhatikan kualitas pernafasan tersebut. Apakah cepat atau lambat? Dalam atau dangkal? Perhatikan bagian tubuh yang berperan dalam pernafasan. Apakah bagian dada atas? Apakah pada perut tengah? Apakah perut bawah? Coba pindahkan pernafasan pada bagian lain. Bernafas dari dada atas, ke tengah perut ke perut yang bawah. Rasakan perut membesar dan mengecil saat bernafas. Pernafasan akan menurun sesuai yang diinginkan jika meditor lebih sering melakukan meditasi.

Persiapan berikutnya, adalah sikap. Mempertahankan sikap pasif selama meditasi merupakan elemen yang paling penting untuk melakukan relaksasi. Bagi meditor pemula, akan sulit memusatkan pikiran beberapa saat sebelum memulai berkonsentrasi penuh.

Meditasi dapat dilakukan dengan 5 cara yang berbeda, yang masing-masing merupakan tingkatan pada proses meditasi itu sendiri. Ketiga cara itu adalah Tiga meditasi dasar, pengenduran ketegangan otot, meringankan, yang hadir saat ini, dan membebaskan pikiran.

Tiga meditasi dasar meliputi 3 macam meditasi, yaitu :

1. Meditasi mantra

Meditasi ini merupakan bentuk meditasi yang paling umum di seluruh dunia. Sebelum meditator memulai, pilih kata atau suku kata yang disukai. Kata yang mungkin mempunyai arti bagi meditator. Atau dua suku kata yang tidak mempunyai arti, tetapi meditator menyukai bunyinya. Benson menganjurkan penggunaan kata “one”. Banyak meditator menyukai kata yang universal, “OM”.

Cara melakukan :

- a) Atur sikap tubuh dan pusatkan diri. Lakukan beberapa kali nafas dalam.
- b) Nyanyikan mantra pada diri sendiri dalam hati. Ucapkan kata atau suku kata berkali-kali dalam hati. Jika pikiran menyimpang, perhatikan, kemudian kembalikan perhatian pada mantra. Jika meditator mengetahui ada sensasi pada tubuh, perhatikan rasanya, kemudian ulangi lagi kata khusus tadi. Meditator tidak perlu memaksakan. Biarkan mantra menemukan iramanya sendiri pada saat meditator mengulang menyebutkan kata tersebut berkali-kali.
- c) Jika meditator mempunyai kesempatan, mungkin ingin mencoba menyanyikan mantra dengan keras. Biarkan bunyi suara meditator sendiri membuat relaks dan dapat mereduksi nyeri yang dirasakan saat itu. Perhatikan apakah sensasi bunyi pada tubuh berbeda dengan yang dirasakan pada saat menyanyi dengan diam. Apakah saat itu lebih relaks, dan nyeri berkurang lebih banyak.

- d) Meditasi harus dilatih dengan sadar. Mungkin menemukan bahwa peluang mantra, khususnya ketika diulang dengan diam, lebih mudah menjadi otomatis. Jika hal ini terjadi, mungkin meditator mempunyai suara hati yang mengulang mantra pada saat meditator hilang ingatan atau jatuh tertidur. Coba untuk tetap sadar ketika mengulang tiap suku kata.

2. Meditasi menghitung Pernafasan

Meditasi ini mungkin bentuk meditasi paling relaks. Dengan mengambil dan menghembuskan nafas yang lembut mengurangi nyeri yang dirasakan sedikit demi sedikit.

Cara melakukannya :

- a) Atur sikap tubuh dan pusatkan diri. Lakukan beberapa kali pernafasan dalam. Tutup mata atau tunjukkan pandangan pada satu titik di lantai, kira-kira empat kaki di depan meditator. Mata dapat atau tidak perlu dipusatkan.
- b) Lakukan pernafasan perut yang dalam, tetapi tidak dipaksa. Sambil melakukannya, pusatkan perhatian pada tiap tahap pernafasan : tarik nafas, peralihan (pada saat berhenti menarik nafas dan mulai mengeluarkan nafas), hembuskan nafas, istirahat, peralihan (mulai menarik nafas), dan seterusnya.
- c) Pada saat menghembuskan nafas, ucapkan, "satu". Teruskan menghitung tiap hembusan nafas dengan mengucapkan "tiga", "dua", "satu". Kemudian ulangi lagi dengan menghitung mundur "sepuluh" lanjutkan terus menerus.

- d) Jika meditator tahu bahwa pikiran berpindah pada hal lain, perhatikan, lalu dengan lembut kembalilah pada menghitung pernafasan kembali.
- e) Apabila sensasi khusus pada tubuh meditator menarik perhatian, pusatkan perhatian pada sensasi sampai hilang. Kemudian kembalikan perhatian pada tarikan dan hembusan nafas.
- f) Jika ingin mencoba satu variasi lain, maka variasi berikut adalah alternatif pilihan. Mulai menghitung pernafasan beberapa menit, kemudian hentikan hitungan dan pusatkan perhatian pada sensasi saat bernafas. Pusatkan perhatian pada perut, saat membesar dan mengecil. Dapatkah dirasakan besarnya ruangan kosong yang bertambah dan berkurang pada perut saat udara masuk dan keluar? Pertama, mungkin banyak pikiran bercabang saat melatih bicara ini, daripada cara menghitung pernafasan. Berhitung menjaga konsentrasi pada sederetan angka yang akan disebutkan.

3. Menatap

Bentuk meditasi ini meliputi tatapan yang ditujukan pada obyek tertentu tanpa memikirkannya dalam kata lain. Pilih benda atau obyek yang disukai. Batu, lilin, sepotong kayu, atau obyek lain yang dianggap sesuai. Meditasi pengenduran ketegangan otot dilakukan dengan metode yang sama dengan metode meditasi dasar, hanya dengan perubahan obyek yang dipikirkan. Pada meditasi pemindahan pita, meditator berpikir tentang sebuah pita yang melingkari kepala, kemudian memperhatikan sensasi yang dihasilkan dari pita tersebut. Setelah itu pita diturunkan lagi sedikit, dan perhatikan lagi sensasinya, begitu seterusnya.

Meditasi yang meringankan digunakan untuk meringankan perasaan yang menyerang meditator. Bentuk meditasi ini dapat digunakan untuk meringankan rasa nyeri yang dialami tubuh. Cara yang digunakan adalah tidak bergerak. Meditator duduk dengan relaks, namun tidak boleh bergerak sedikitpun untuk merasakan ketidak nyamanan yang dirasakan saat ini. Kemudian memusatkan pikiran pada pernafasan dan bagian tubuh yang sedang bergerak saat bernafas.

Langkah kedua adalah mengangkat tangan kanan setinggi kepala. Jika mulai terasa letih, rasakan otot mana yang letih bagaimana sensasinya. Kemudian, turunkan perlahan, dan rasakan lagi otot mana yang mulai menedur keletihannya.

Pemanasan dan penenangan melibatkan suhu tubuh yang sedikit dipanaskan dan sedikit didinginkan daripada suhu tubuh nyaman. Saat ada sensasi yang tidak nyaman muncul, maka sensasi itulah yang dijadikan pusat meditasi.

Meditasi dapat pula dilakukan sambil mengerjakan sesuatu, misalnya saat makan, berjalan, ataupun saat menatap. Cara yang digunakan adalah memperhatikan bagaimana tubuh mengulang gerakan yang sama pada saat berkativitas, sambil mendalami sensasi yang dirasakan.

Meditasi untuk membebaskan pikiran ini sangat terstruktur dan dapat ditemukan pada berbagai budaya dalam satu atau lain bentuk. Pada latihan ini, meditator secara pasif mengobservasi aliran pikiran, perasaan atau persepsi, satu persatu, tanpa memikirkan arti atau hubungannya satu sama lain. Kondisi ini akan memperlihatkan secara harfiah apa yang terjadi pada pikiran dan kemudian membebaskannya.

2.2 Nyeri

2.2.1 Pengertian nyeri

Sukardja, (2000) menyebutkan bahwa nyeri merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang tidak menyenangkan karena adanya kerusakan atau yang berhubungan dengan kerusakan jaringan. Nyeri merupakan masalah subyektif yang sangat mengganggu klien. Rasa nyeri itu sangat menurunkan kualitas hidup klien. Nyeri merupakan respon neurologi terhadap stimulus yang tidak nyaman, (Dewit, 1997).

Clancy & McVicar oleh Perry & Potter, (1997) menyebutkan bahwa nyeri merupakan gangguan dari suatu sistem tubuh, yang harus menjadi perhatian utama perawat dalam melakukan asuhan keperawatan. Definisi keperawatan nyeri adalah, apapun yang menyakitkan tubuh yang dikatakan individu yang mengalaminya, yang ada kapanpun individu mengatakannya, (Brunner & Suddarth, 1996).

2.2.2 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Nyeri

Perry & Potter, (1997) menyebutkan bahwa nyeri dipengaruhi oleh beberapa hal, meliputi :

1. Usia :

Persepsi nyeri yang dimiliki manusia berbeda-beda terutama pada anak-anak dan lansia. Faktor usia dapat mempengaruhi persepsi seseorang terhadap nyeri, (Black&Jacobs, 1997).

2. Jenis kelamin

Tidak ada perbedaan signifikan antara pria dan wanita memiliki pada persepsi nyeri yang dimiliki, (Gil, 1990). Hanya saja dipengaruhi budaya setempat.

3. Kebudayaan

Klien belajar tentang apa yang diharapkan dan apa yang didapat dari kebudayaan, termasuk bagaimana harus menyikapi nyeri, (Cavillo dan Flaskerud, 1991).

4. Pengertian nyeri

Nyeri sangat dipengaruhi oleh bagaimana cara klien mempersepsikan nyeri yang menyerang pada dirinya.

5. Perhatian

Derajat perhatian dapat berpengaruh juga terhadap nyeri. Tingginya perhatian terhadap nyeri akan memperparah nyeri itu sendiri, distraksi sangat membantu dalam pengurangan nyeri ini.

6. Kecemasan

Menurut Gil, (1990), pola saraf otonomik antara nyeri dan cemas memiliki kesamaan, sangat sulit membedakan dua sensasi ini.

7. Pengalaman masa lalu

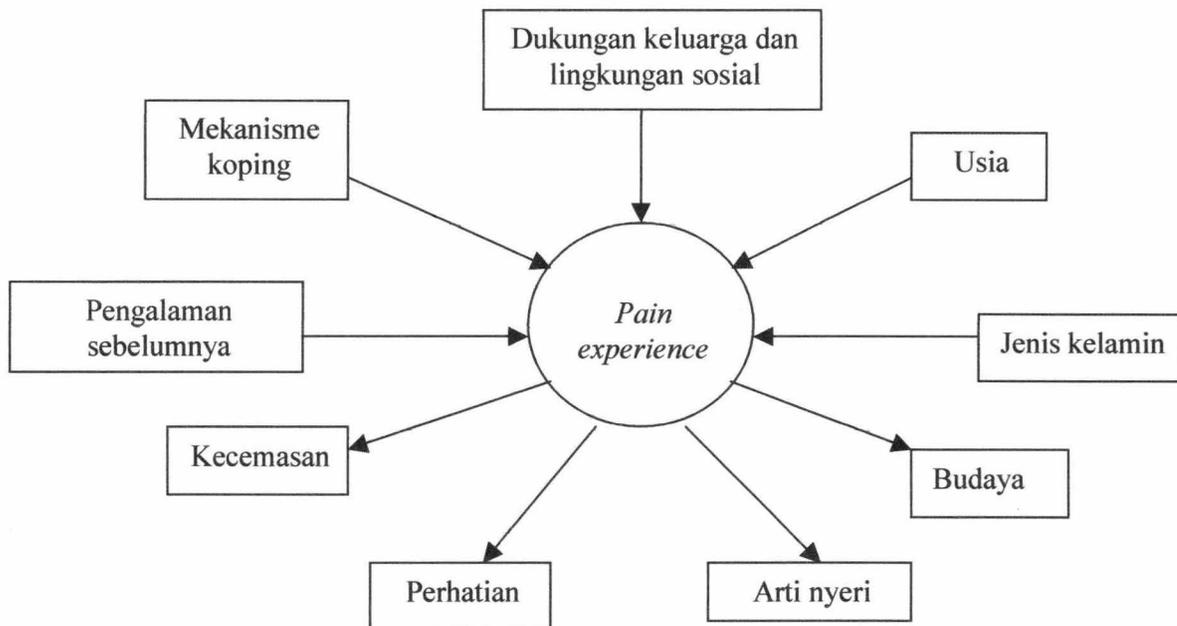
Klien dengan pengalaman masa lalu nyeri akan lebih mudah mengatasi nyeri dibanding yang belum pernah mengalami nyeri sebelumnya.

8. Mekanisme koping

Koping sangat membantu dalam persepsi nyeri klien. Koping yang positif akan mengurangi stres, yang berakibat menurunkan nyeri, dan berlaku sebaliknya.

9. Dukungan keluarga dan sosial

Klien dengan nyeri umumnya membutuhkan dukungan dari keluarga atau teman terdekat. Meskipun rasa nyeri tersebut masih ada, tapi kehadiran mereka sangat membantu klien untuk membangun koping positif terhadap nyeri.



Gambar 2.2 Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri (Perry & Potter, 1997)

Beberapa faktor sosiokultural, seperti pendidikan mempengaruhi persepsi individu tentang nyeri, (Black&Jacobs, 1997).

2.2.3 Fisiologi Nyeri

Nyeri berawal dari *reseptor* nyeri yang tersebar di seluruh tubuh. reseptor nyeri ini menyampaikan pesan sebagai *impuls* listrik di sepanjang saraf yang menuju ke *medula spinalis* dan kemudian diteruskan ke otak.

Kadang ketika sampai di medula spinalis, sinyal ini menyebabkan terjadinya respon *refleks*; jika hal ini terjadi, maka sinyal segera dikirim kembali di sepanjang saraf *motorik* ke sumber nyeri dan menyebabkan terjadinya *kontraksi* otot. Contoh dari respon refleksi adalah reaksi segera menarik tangan ketika menyentuh sesuatu yang sangat panas. Sinyal nyeri juga sampai ke otak. Seseorang akan merasakan nyeri hanya jika otak mengolah sinyal ini dan mengartikannya sebagai nyeri.

Reseptor nyeri dan jalur sarafnya berbeda pada setiap bagian tubuh. karena itu, sensasi nyeri bervariasi berdasarkan jenis dan lokasi dari cedera yang terjadi. Reseptor nyeri di kulit sangat banyak dan mampu meneruskan informasi secara akurat. Sedangkan sinyal nyeri dari usus sangat terbatas dan tidak akurat. otak tidak dapat menentukan sumber yang tepat dari nyeri di usus, lokasi nyeri sulit ditentukan dan cenderung dirasakan di daerah yang lebih luas.

Nyeri yang dirasakan di beberapa daerah tubuh tidak secara pasti mewakili lokasi kelainannya, karena nyeri bisa berpindah ke daerah lain (*referred pain*). *Referred pain* terjadi karena sinyal dari beberapa daerah di tubuh seringkali masuk ke dalam jalur saraf yang sama ke medula spinalis dan otak. Misalnya nyeri karena serangan jantung bisa dirasakan di leher, rahang, lengan atau perut dan nyeri karena serangan kandung kemih bisa dirasakan di bahu.

2.2.4 Teori-teori Transmisi Nyeri

Berdasarkan fisiologi nyeri diatas, ada 4 teori tentang transmisi nyeri, (Long, 1996) :

1. Teori pemisahan (*specificity*)

Reseptor-reseptor nyeri tertentu menyalurkan impuls-impuls ke seluruh jalur nyeri ke otak. Tidak memperhitungkan aspek-aspek fisiologis dari persepsi dan reseptor nyeri.

2. Teori pola (*Pattern*)

Nyeri yang terjadi karena efek-efek kombinasi intensitas stimulus dan jumlah impuls-impuls pada dorsal ujung dari sumsum belakang. Tidak termasuk aspek-aspek fisiologis.

3. Teori pengendalian gerbang (*Gate Control Theory*)

Impuls-impuls nyeri dapat dikendalikan oleh mekanisme gerbang pada ujung dorsal dari sumsum tulang belakang untuk memungkinkan atau menahan transmisi. Faktor-faktor gerbang terdiri dari efek impuls-impuls yang ditransmisi ke serabut-serabut saraf konduksi cepat atau lambat dan efek-efek impuls yang turun dari batang otak dan korteks.

4. Teori transmisi dan inhibisi

Stimulus kepada nociceptor-nociceptor memulai transmisi impuls-impuls saraf. Transmisi impuls-impuls nyeri menjadi efektif oleh neurotransmitter yang spesifik. Inhibisi impuls-impuls nyeri menjadi efektif oleh : (1) impuls-impuls kepada serabut-serabut besar yang memblokir impuls-impuls pada serabut-serabut lambat dan (2) endogen opiat sistem supresif.

2.2.5 Klasifikasi Nyeri

Andrew, (2006) menuliskan klasifikasi nyeri sebagai berikut:

1. Nyeri akut adalah nyeri yang dimulai secara tiba-tiba dan biasanya tidak berlangsung lama. Jika nyerinya hebat, bisa menyebabkan denyut jantung yang cepat, laju pernafasan meningkat, tekanan darah meninggi, berkeringat dan *pupil* melebar
2. Nyeri kronis adalah nyeri yang berlangsung selama beberapa minggu atau bulan; istilah ini biasanya digunakan jika: nyeri menetap selama lebih dari 1 bulan :
 - a. Nyeri sering kambuhan dan sampai berbulan-bulan bahkan bertahun-tahun
 - b. Nyeri berhubungan dengan penyakit menahun (misalnya kanker). Nyeri kronis biasanya tidak mempengaruhi denyut jantung, laju pernafasan, tekanan darah maupun *pupil*; tetapi bisa menyebabkan gangguan tidur, mengurangi nafsu makan dan menyebabkan sembelit, penurunan berat badan, berkurangnya gairah seksual dan depresi (Sukardja, 2000).

Klasifikasi nyeri berdasarkan lokasinya, menurut Perry & Potter, (1997) meliputi :

1. *Superfisial atau kutaneus*

Nyeri yang berasal dari stimulasi di kulit

Karakteristik :

Nyeri sesaat dan lokal (satu tempat saja). Biasanya terasa tajam.

Contoh penyebab : Tertusuk jarum, goresan atau terpotog dalam skala kecil.

2. *Viseral* yang lebih dalam

Nyeri yang berasal dari stimulasi organ dalam.

Karakteristik :

Nyeri yang beraneka dan berat. Durasinya berbeda tapi biasanya bertahan lebih lama daripada nyeri *superficial*. Nyeri ini bisa terasa tajam, atau unik pada organ yang terserang.

Contoh penyebab :

Sensasi kerusakan (*contohnya angina pectoris*), terbakar (*gastritis*)

3. *Reffered*

Fenomena yang terjadi pada nyeri yang tidak disebabkan oleh kerusakan organ yang terasa nyeri itu sendiri. Persepsi nyeri masuk ke *spinal cord* organ yang sama dengan organ penyebab nyeri. Persepsi nyeri pada area yang tidak sebenarnya.

Karakteristik :

Nyeri terasa pada bagian tubuh yang berbeda dan terpisah dari sumber nyeri dan menimbulkan karakter dan sensasi berbeda pula.

Contoh penyebab :

IMA, yang menyebabkan *reffered pain* pada dagu, lengan kiri, dan bahu kiri.

4. *Radiating*

Sensasi nyeri yang menyebar dari bagian yang cedera dialihkan pada bagian lain..

Karakteristik :

Nyeri terasa merambat turun atau keseluruh tubuh, yang bisa konstan maupun berdenyut.

Contoh penyebab :

Nyeri tulang belakang yang disebabkan ruptur intraverbal yang disertai nyeri yang menyebar turun ke kaki.

Brunner & Suddarth, (2001) menuliskan bahwa klasifikasi nyeri adalah sebagai berikut :

1. Nyeri akut

Nyeri akut didefinisikan sebagai nyeri yang berlangsung dari beberapa detik hingga 6 bulan.

Nyeri akut biasanya datang dengan tiba-tiba dan umumnya berkaitan dengan cedera spesifik. Nyeri akut mengindikasikan adanya kerusakan jaringan atau cedera telah terjadi. Jika kerusakan tidak lama terjadi dan tidak ada penyakit sistematik, nyeri akut biasanya menurun sejalan dengan terjadinya penyembuhan.

Cedera atau penyakit yang menyebabkan nyeri akut dapat sembuh tanpa pengobatan. Contohnya, jari tertusuk. Pada kasus dengan kondisi berat, seperti *fraktur ekstremitas*, pengobatan dibutuhkan sejalan penyembuhan tulang.

2. Nyeri kronik

Nyeri kronik adalah nyeri yang konstan atau *intermiten* yang menetap sepanjang suatu periode waktu. Nyeri ini berlangsung diluar penyembuhan dan sering dikaitkan dengan penyebab atau cedera spesifik. Nyeri kronis dapat tidak mempunyai permulaan yang ditetapkan dengan tepat dan sering sulit diobati karena biasanya nyeri ini tidak memberikan respon terhadap pengobatan pada sumber nyerinya.

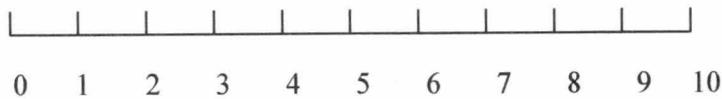
Table 2.1 Perbandingan nyeri akut dan nyeri kronik (Brunner&Suddarth, 2001)

Karakteristik	Nyeri Akut	Nyeri Kronik
Tujuan dan Keuntungan	Memperingatkan adanya cedera atau masalah	Tidak ada
Awitan	Mendadak	Terus menerus atau intermiten
Intensitas	Ringan sampai berat	Ringan sampai berat
Durasi	Durasi singkat, dari beberapa detik sampai 6 bulan	Durasi lama (6 bulan atau lebih)
Respon Otonom	Konsisten dengan respon stress simpatis Frekuensi jantung meningkat Volume sekuncup meningkat Tekanan darah meningkat Dilatasi pupil meningkat Tegangan otot meningkat Mobilitas gastrointestinal menurun Aliran saliva menurun (mulut kering)	Tidak terdapat respon otonom
Komponen Psikologis	Ansietas	Depresi Mudah marah Menarik diri dari minat, dan dunia luar
Respon Jenis Lain		Tidur terganggu Libido menurun Napsu makan menurun
Contoh	Nyeri bedah, trauma	Nyeri kanker, arthritis, neuralgia trigeminal

2.2.6 Skala Nyeri

Skala nyeri yang didapatkan dalam Perry & Potter, (1997) adalah sebagai berikut :

1. Skala Numerik



Tidak nyeri

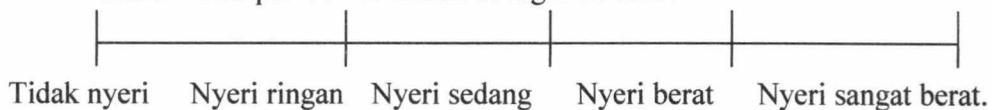
Nyeri berat

Skala Numerik ini digunakan untuk menilai tingkat deskripsi nyeri. Dalam hal ini, nyeri klien di urutkan menurut tingkatannya dari 0 hingga 10. skala ini amat baik digunakan dalam pengkajian intensitas nyeri dan sebelum terapi. Untuk menilai tingkat nyeri, garis sepanjang 10 centimeter ini sangat dianjurkan, (AHCPR, 1992).

2. Skala Deskriptif Verbal (VDS)

Skala deskriptif lebih obyektif menilai suatu nyeri yang menyerang seorang klien. Deskripsi ini diwakili oleh garis yang terdiri dari tiga hingga lima garis yang menggambarkan tingkat nyeri, dari mulai tidak ada nyeri hingga nyeri yang sangat. Klien diminta memilih satu dari sekian opsi yang menggambarkan nyeri yang sedang dialami. Skala ini memungkinkan klien untuk memilih kategori nyeri untuk mendeskripsikan nyeri yang dialami.

Skala Deskripsi Verbal adalah sebagai berikut :



3. Visual Analog Scale (VAS)

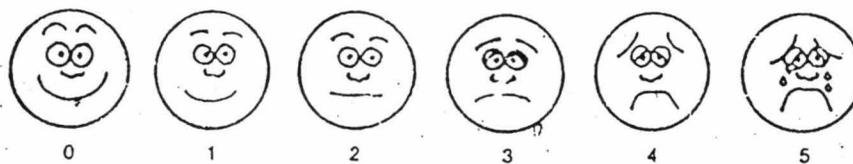


Skala Visual Analog tidak memiliki label subdivisi. Skala ini hanya berupa garis lurus, yang menggambarkan kelanjutan intensitas nyeri, dan memiliki deskripsi verbal pada setiap akhirnya. Skala ini memberikan

Skala Visual Analog tidak memiliki label subdivisi. Skala ini hanya berupa garis lurus, yang menggambarkan kelanjutan intensitas nyeri, dan memiliki deskripsi verbal pada setiap akhirnya. Skala ini memberikan kebebasan yang luas kepada klien untuk menentukan tingkat nyeri yang mereka alami. Skala ini dapat memberikan tingkat sensitivitas tinggi, karena klien bebas menentukan nyeri yang dialaminya ada di area garis yang mana, yang paling sesuai untuk menggambarkan nyeri yang dialami, daripada harus memilih angka dan juga kata-kata, (Mcguire, 1984).

Ada beberapa skala lain yang biasa digunakan untuk mengukur intensitas nyeri, yaitu *Oucher Pain Scale* dan *Faces Scale*, (Beyer *et al* dalam Perry & Potter, 1996).

Faces Scale menunjukkan perubahan garis wajah yang akan tampak pada klien yang mengalami nyeri.



Gambar 2.3 *Faces Scale of Pain*. (Perry&Potter, 1997)

Oucher Pain Scale terdiri dari 0 hingga 100 skala yang digambarkan melalui ekspresi wajah yang ditunjukkan oleh klien saat mengalami nyeri. Skala yang ada di sebelah kiri menggambarkan skala untuk anak yang lebih tua dan yang kanan untuk anak yang masih sangat muda. Ada beberapa foto anak yang

mengidentifikasi nyeri yang dialami dan tingkat keparahannya. Anak diberikan poin-poin deskripsi nyeri yang sangat sederhana untuk mendeskripsikan nyeri.

Skala Nyeri Bourbonais (2002) menyebutkan skala nyeri dari 0 hingga 10, yang masing-masing deskripsi tentang nyeri yang dirasakan terklasifikasi dalam tingkatan nyeri yang berbeda. Skala yang digunakan meliputi 0 : tidak nyeri, 1-3 : Nyeri ringan : secara obyektif klien dapat berkomunikasi dengan baik, tindakan manual dirasakan sangat membantu, 4-6 : Nyeri sedang : secara obyektif klien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikan nyeri itu, dapat mengikuti perintah dengan baik dan responsif terhadap tindakan manual. 7-9 : Nyeri berat : secara obyektif klien kadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih responsive terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi, nafas panjang dan distraksi. 10 : Nyeri sangat berat : klien sudah tidak dapat berkomunikasi lagi, mengikuti perintah, mengejan tanpa dapat dikendalikan, menarik-narik, memukul benda disekitarnya, tidak responsif terhadap tindakan, tidak dapat menunjukkan lokasi nyeri yang dirasakan.

2.2.7 Manajemen Nyeri

2.2.7.1 Tindakan Farmakologis

Umumnya nyeri direduksi dengan cara pemberian terapi farmakologi. Nyeri ditanggulangi dengan cara memblokode transmisi stimulan nyeri agar terjadi perubahan persepsi dan dengan mengurangi respon kortikal terhadap nyeri.

Adapun obat yang digunakan untuk terapi nyeri adalah :

1. Analgesik narkotik

Opiat merupakan obat yang paling umum digunakan untuk mengatasi nyeri pada klien, untuk nyeri sedang hingga nyeri yang sangat berat. Pengaruhnya sangat bervariasi tergantung dari fisiologi klien itu sendiri. Klien yang sangat muda dan sangat tua adalah yang sensitif terhadap pemberian analgesik ini dan hanya memerlukan dosis yang sangat rendah untuk meringankan nyeri, (Long, 1996).

Narkotik dapat menurunkan tekanan darah dan menimbulkan depresi pada fungsi-fungsi vital lain, termasuk depresi respiratori, bradikardi, dan mengantuk. Sebagian dari reaksi ini menguntungkan, contoh, hemoragi, sedikit penurunan tekanan darah sangat dibutuhkan. Namun pada klien hipotensi, akan menimbulkan syok akibat dosis yang berlebihan.

2. Analgesik lokal

Analgesik bekerja dengan memblokir konduksi saraf saat diberikan langsung ke serabut saraf.

3. Analgesik yang dikontrol klien

Sistem analgesik yang dikontrol klien terdiri dari infus yang diisi narkotik menurut resep, dipasang dengan pengatur pada lubang injeksi intravena. Pengendalian analgesik oleh klien adalah menekan sejumlah tombol agar masuk sejumlah narkotik. Cara ini memerlukan alat khusus untuk mencegah masuknya obat pada waktu yang belum ditentukan. Analgesik yang dikontrol klien ini penggunaannya lebih sedikit dibandingkan dengan cara yang standar,

yaitu secara intramuskuler. Penggunaan narkotik yang dikendalikan klien dipakai pada klien dengan nyeri pasca bedah, nyeri kanker, krisis sel *sickle*.

4. Obat-obat nonsteroid

Obat-obat nonsteroid antiinflamatori bekerja terutama terhadap penghambatan sintesa prostaglandin. Pada dosis rendah obat-obat ini bersifat analgesik. Pada dosis tinggi, obat-obatan ini bersifat antiinflamatori sebagai tambahan dari khasiat analgesik.

Prinsip kerja obat ini adalah untuk mengendalikan nyeri sedang dari dismenorea, arthritis, dan gangguan muskuloskeletal yang lain, nyeri *postoperative* dan migrain. NSAIDs digunakan untuk menyembuhkan nyeri ringan sampai sedang.

2.2.7.2 Tindakan Non Farmakologis

Selain daripada tindakan farmakologis untuk menanggulangi nyeri, adapula tindakan nonfarmakologis untuk mengatasi nyeri, yaitu :

1. Akupunktur

Akupunktur merupakan pengobatan yang sudah sejak lama digunakan untuk mengobati nyeri. Jarum-jarum kecil yang dimasukkan pada kulit, bertujuan menyentuh titik-titik tubuh tertentu, tergantung pada lokasi nyeri, yang dapat memblok transmisi nyeri ke otak.

2. Hipnotis

Hipnotis dapat membantu mengurangi nyeri dengan cara mempengaruhi persepsi dan sugesti positif dari klien. Hipnotis dilakukan dengan memberi sugesti pada klien tentang hal-hal yang indah dan dapat melupakan nyeri yang dialami.

3. Biofeedback

Biofeedback adalah terapi perilaku yang berupa memberi informasi pada individu tentang respon psikologi, (misalnya, tentang tekanan darah), dan cara untuk beraktivitas untuk mengontrol respon-respon tersebut. Terapi ini digunakan untuk membuat klien relaksasi secara total dan dalam, dan hal ini efektif sekali untuk klien dengan ketegangan otot dan migrain. Mesin *polygraph* yang digunakan akan menggambarkan tingkatan ketegangan yang dapat dilihat oleh klien. Klien mempelajari cara untuk relaksasi total melalui umpan balik dari mesin tersebut. Terapi ini memakan beberapa minggu untuk dipelajari. Biofeedback tidak dapat menghentikan sakit kepala dan resiko kambuhnya sakit kepala pada masa yang akan datang.

4. Massase

Pemijatan lembut hingga kuat pada bagian tubuh yang terasa nyeri.

5. Relaksasi

Relaksasi merupakan metode yang efektif terutama pada klien yang mengalami nyeri kronis. Ada tiga hal yang diperlukan dalam relaksasi yaitu posisi yang tepat, pikiran beristirahat, lingkungan yang tenang. Posisi klien diatur nyaman mungkin dengan semua bagian tubuh disokong (misal bantal menyokong leher), persendian fleksi, dan otot-otot tidak tertarik (misal tangan dan kaki tidak disilangkan). Untuk menenangkan pikiran klien dianjurkan pelan-pelan memandang sekeliling ruangan misalnya melintasi atap turun ke dinding, sepanjang jendela, dan lain-lain.

6. Stimulasi kulit

Stimulasi kulit dapat dilakukan dengan cara pemberian kompres dingin atau kompres hangat, balsem analgetika dan stimulasi kontralateral. Kompres dingin dapat memperlambat impuls-impuls motorik menuju otot-otot pada area yang nyeri. Balsem analgetika yang berisi mentol dapat membebaskan nyeri. Balsem ini dapat menyebabkan rasa hangat pada kulit yang berlangsung selama beberapa jam. Stimulasi kontralateral dilakukan untuk menstimulasi kulit pada area yang berlawanan. Misalnya apabila kaki kiri nyeri, maka kaki kanan yang distimulasi analgetika.

7. Distraksi

Metode ini dilakukan untuk mengurangi nyeri dengan cara mengalihkan perhatian klien pada hal lain selain nyeri, sehingga klien lupa akan nyeri yang dialami, (Priharjo,1993). Metode ini menggunakan teori *Gate Control* dalam mekanismenya. Pada *spinal cord*, sel-sel reseptor yang menerima stimuli nyeri perifer di hambat oleh stimuli dari serabut-serabut saraf lain. Karena pesan-pesan nyeri itu menjadi lebih lambat daripada pesan diversional, maka pintu *spinal cord* yang mengontrol jumlah input ke otak menutup dan klien merasa nyerinya berkurang. Beberapa teknik distraksi antara lain bernapas pelan-pelan, massase sambil bernapas pelan-pelan, mendengar lagu sambil menepuk-nepukkan jari-jari atau kaki, atau membayangkan hal-hal yang indah sambil menutup mata.

8. Olah raga

Olah raga ini dapat berupa lari, senam aerobik, dan jenis olah raga lain. Aktivitas yang dilakukan tubuh akan membuat tubuh melupakan sensasi nyeri yang sedang berlangsung.

9. Meditasi

Meditasi melibatkan penggunaan satu titik fokus pikiran, yang mana dapat menggunakan suara (disebut mantra), suatu frase yang diulang-ulang, suara dari pernafasan masuk dan keluar tubuh, atau suatu imajinasi visual, (Dewit, 1998).

2.2.8 Pengaruh meditasi dalam mengurangi nyeri pada klien kanker payudara

Meditasi merupakan kunci dari semua teknik yang akan dilakukan untuk menatalaksana nyeri yang dirasakan, (Bousfield, 2005). Meditasi dapat membuat klien bertahan pada kondisi yang nyaman, ataupun juga pada kondisi yang tidak nyaman. Meditasi merupakan teknik yang digunakan untuk mempengaruhi tubuh berespon positif terhadap apa yang sedang terjadi. Pada saat tubuh klien melaksanakan meditasi, klien akan mengalami perjalanan psikoneuroimunologi, yang berakibat respon tubuh positif.

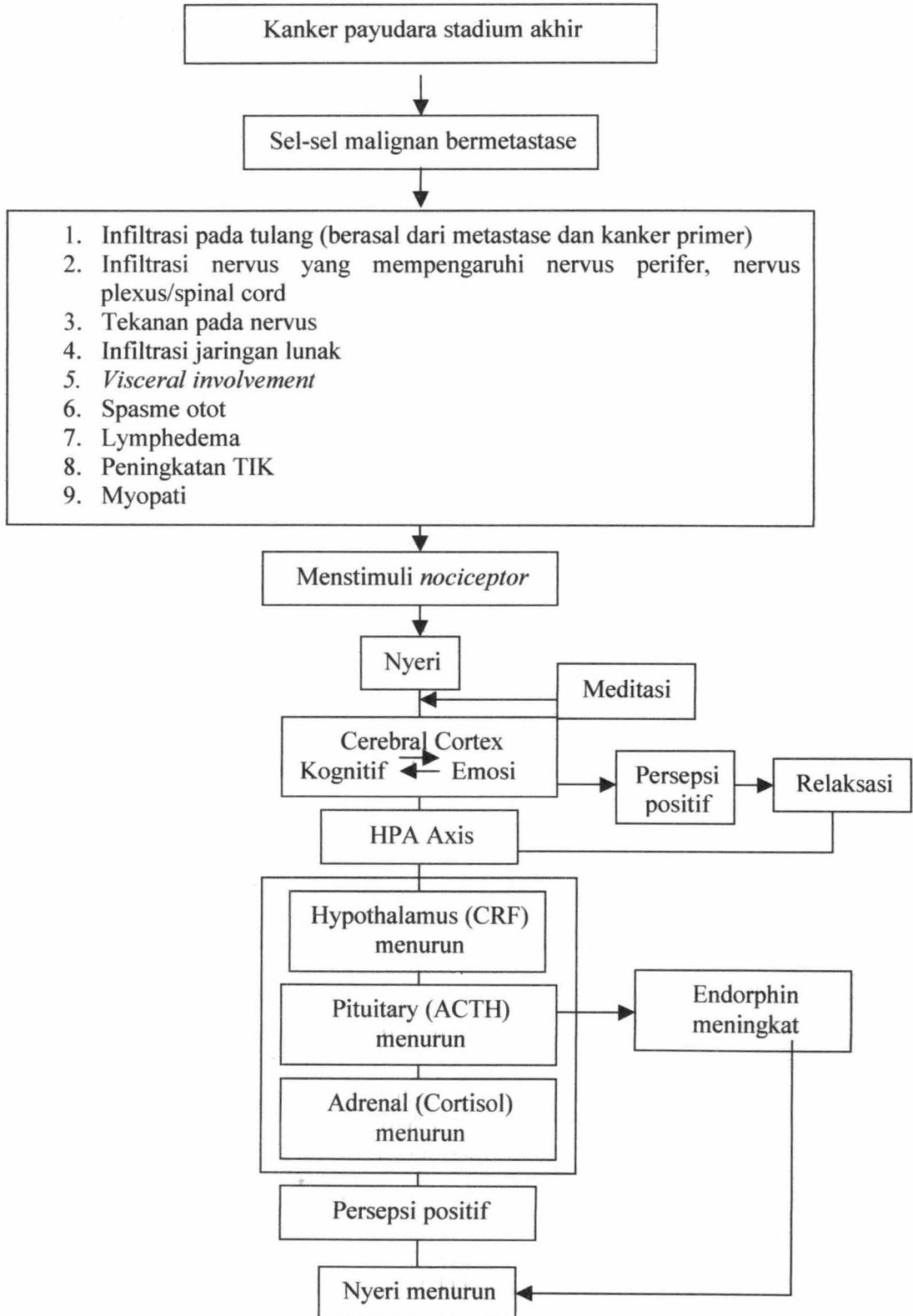
Nyeri dianggap suatu stressor bagi tubuh, (Rasmun, 2004). Maka nyeri akan membentuk suatu pola yang berakibat penurunan kontraksi otot dan menimbulkan penurunan intensitas nyeri itu sendiri.

Menurut Ignatavicius (1995), nyeri yang terjadi pada klien kanker payudara adalah berasal dari beberapa hal, antara lain :

1. Infiltrasi pada tulang (berasal dari metastase dan kanker primer)
2. Infiltrasi nervus yang mempengaruhi nervus perifer, nervus plexus/spinal cord
3. Tekanan pada nervus
4. Infiltrasi jaringan lunak
5. *Visceral involvement*
6. Spasme otot
7. Lymphedema
8. Peningkatan TIK
9. Myopati

Klien kanker payudara yang mengalami nyeri karena hal-hal tersebut diatas, mengalami penekanan dan stimuli pada *nociceptor* sehingga akan menimbulkan rasa nyeri pada bagian yang terserang kanker tersebut. Pada klien tersebut, kemudian diberi meditasi.

Pada saat meditasi, *cerebral cortex* akan terangsang pada aspek kognitif dan emosi klien, sehingga menghasilkan persepsi positif, yang mana hal ini akan menurunkan ketegangan otot-otot yang berkontraksi dalam tubuh karena proses nyeri tersebut. Sehingga mempengaruhi HPA Axis, yaitu Hypothalamus dengan menurunkan kadar CRF hormonnya, Pituitary menurunkan ACTH, dan Adrenal menurunkan kortisol. Hal ini akan meningkatkan produksi endorpin, yang akan menjadi persepsi positif pada klien, dan kemudian dapat menurunkan tingkat nyeri klien kanker payudara.



Gambar 2.4 Pengaruh meditasi terhadap penurunan nyeri, (Rasmun, 2004 & Andrew, 2005).

2.3 Kanker Payudara

2.3.1 Definisi Kanker Payudara

Kanker payudara adalah tumor ganas yang tumbuh di dalam jaringan payudara, (Bima, 2005). Kanker bisa tumbuh di dalam kelenjar susu, saluran susu, jaringan lemak maupun jaringan ikat pada payudara. Andrew, (2005), menyebutkan bahwa kanker payudara merupakan buah dari perubahan sel yang mengalami pertumbuhan tidak normal dan tidak terkontrol. Peningkatan jumlah sel tak normal ini umumnya membentuk benjolan yang disebut tumor atau kanker.

2.3.2 Faktor Resiko

Kanker payudara tidak terjadi pada semua wanita. Ada beberapa faktor yang dapat menyebabkan orang menjadi beresiko terhadap kanker payudara. Faktor resiko pada kanker payudara menurut Gale & Charette, (1999), adalah :

1. Usia lebih dari 40 tahun
2. Ada riwayat kanker payudara pada individu atau keluarga
3. Menstruasi pada usia yang muda atau dini
4. Menopause pada usia lanjut
5. Tidak mempunyai anak atau mempunyai anak pertama pada usia lanjut
6. Pendidikan lebih tinggi dan atau status sosial ekonomi yang lebih tinggi
7. Penggunaan jangka panjang esterogen, eksogen dan progestin terpajan pada radiasi pengionisasi berlebihan
8. Riwayat pasien fibrokistik
9. Kanker endometrial, ovarium atau kanker kolon.

2.3.3 Tanda dan Gejala

Umumnya tanda dan gejala yang menyertai kanker payudara adalah benjolan atau penebalan pada payudara. Mayoritas benjolan bukan merupakan kanker payudara, hanya 25% yang ditemukan adalah kanker ganas.

Tanda dan gejala lanjut pada kanker payudara adalah :

1. Kulit cekung (lesung)
2. Restraksi atau deviasi puting susu dan nyeri, nyeri tekan atau rabas khususnya berdarah, dari puting
3. Kulit *Peau d'orange*, kulit tebal dengan pori-pori menonjol sama dengan kulit jeruk, dan atau ulserasi pada payudara.
4. Nodul, mungkin jadi keras, pembesaran nodus limfa aksilaris membesar dan atau nodus supraklavikula teraba pada daerah leher.

2.3.4 Klasifikasi Kanker Payudara

Brunner & Suddarth, (1996), menyebutkan klasifikasi kanker payudara adalah sebagai berikut :

Karsinoma Duktal menginfiltrasi adalah tipe histologi yang paling umum, merupakan 75% dari semua jenis kanker payudara. Kanker ini sangat jelas karena keras saat dipalpasi. Kanker jenis ini biasanya bermetastasis ke nodus aksila. Prognosisnya lebih buruk dibandingkan tipe kanker lainnya

Karsinoma lobular menginfiltrasi jarang terjadi, merupakan 5% sampai 10% kanker payudara. Tumor ini biasanya terjadi pada suatu area penebalan yang tidak baik pada payudara dibandingkan dengan tipe duktal menginfiltrasi. Tipe ini lebih umum multisentris, dapat terjadi penebalan beberapa area pada salah satu atau kedua payudara.

Karsinoma duktal menginfiltrasi dan *lobular* menginfiltrasi mempunyai keterlibatan nodus yang serupa, meskipun tempat metastasenya berbeda. Karsinoma duktal biasanya menyebar ke tulang, paru, hepar atau otak, sementara karsinoma lobular biasanya bermetastase ke permukaan yang tidak lazim lainnya.

Karsinoma medular menempati sekitar 6% dari kanker payudara dan tumbuh dalam kapsul di dalam duktus. Tipe tumor ini dapat menjadi besar tapi meluas dengan lambat, sehingga prognosinya seringkali lebih baik.

Kanker *musinus* menempati sekitar 3% dari kanker payudara. Penghasil lendir, juga tumbuh dengan lambat, sehingga kanker ini mempunyai prognosis yang lebih baik dari yang lainnya.

Kanker *duktal-tubular* jarang terjadi menempati hanya sekitar 2% dari kanker. Karena metastase aksilaris secara histologi tidak lazim, maka prognosinya sangat baik.

Karsinoma inflamatori adalah tipe kanker payudara yang jarang terjadi (1% sampai 2%) dan menimbulkan gejala-gejala yang berbeda dari kanker payudara yang lain. Tumor setempat ini nyeri tekan dan sangat nyeri; payudara secara abnormal keras dan membesar. Kulit diatas tumor ini merah dan agak hitam. Sering terjadi edema dan retraksi puting susu. Gejala-gejala ini dengan cepat berkembang memburuk dan biasanya mendorong klien untuk mencari bantuan medis lebih cepat dibanding klien lain dengan massa kecil pada payudara. Penyakit ini dapat menyebar dengan cepat pada bagian tubuh lainnya; preparat kemoterapi berperan penting dalam pengendalian kemajuan penyakit ini. Radiasi dan pembedahan bisanyan juga digunakan untuk mengontrol penyebaran.

Penyakit *paget* payudara adalah tipe kanker payudara yang jarang terjadi. Gejala yang sering timbul adalah rasa terbakar dan gatal pada payudara. Tumor tersebut dapat duktal atau infasif. Massa tumor sering tidak dapat diraba dibawah puting tempat dimana penyakit ini timbul. Mammografi merupakan satu-satunya pemeriksaan diagnostik yang dapat mendeteksi tumor.

Karsinoma payudara in situ payudara lebih sering dideteksi dengan meluasnya penggunaan skrining mammografi. Penyakit ini ditandai oleh proliferasi sel-sel malignan di dalam duktus dan lobulus, tanpa invasi ke dalam jaringan sekitarnya. Terdapat dua tipe karsinoma insitu yaitu :

1. *Karsinoma duktal in situ (DCIS)*

Secara histologis dibagi menjadi dua subtype mayor: komedo dan nonkomedo. Belum dapat dijelaskan apakah DCIS dapat berkembang menjadi kanker invasive. Pengobatan yang paling umum adalah mastektomi dengan angka kesembuhan 98% atau 99%. Namun, terapi konservatif payudara (membatasi pembedahan dan terapi radiasi) adalah pilihan yang masuk akal yang mungkin dipertimbangkan untuk lesi setempat.

2. *Karsinoma lobular in situ (LCIS)*

Ditandai dengan proliferasi sel-sel di dalam lobulus payudara. LCIS biasanya merupakan temuan insidental, yang umumnya terletak di dalam area multisenter penyakit, dan jarang berhubungan dengan kanker invasif. Penyakit ini lebih sering terjadi pada wanita yang berusia lebih muda dan mungkin dianggap pertanda malignan (daripada malignan sendiri) untuk terjadinya kanker.

2.3.5 Stadium kanker Payudara

Pentahapan mencakup mengklasifikasikan kanker payudara berdasarkan pada keluasan penyakit, (Brunner & Suddarth, 1996). Pentahapan ini penting untuk membantu tim medis merekomendasikan pengobatan apa yang paling sesuai untuk klien. Klasifikasi ini berdasarkan sistem klasifikasi TNM diadaptasi oleh Brunner & Suddarth dari *The American Joint Committee on Cancer Staging and End Result Reporting*.

Tahap-tahap pada kanker payudara adalah sebagai berikut :

1. Tahap 1 terdiri atas tumor yang kurang dari 2 cm. Tidak mengenai nodus limfe, dan tidak terdeteksi adanya metastasis.
2. Tahap 2 terdiri atas tumor yang lebih besar dari 2 cm tetapi kurang dari 5 cm, dengan nodus limfe tidak terfiksasi negatif atau positif dan tidak terdeteksi adanya metastasis.
3. Tahap 3 terdiri atas tumor yang lebih besar dari 5 cm, atau tumor dengan sembarang ukuran yang menginvasi kulit atau dinding, dengan nodus limfe terfiksasi area klavikular, dan tanpa bukti adanya metastasis.
4. Tahap 4 terdiri atas tumor dengan segala ukuran, dengan nodus limfe normal atau kankerosa, dan adanya metastase jauh.

Tabel 2.2 Pentahapan kanker payudara, (Brunner&Suddarth, 2001)

Tahap 0	T is	N 0	M 0
Tahap I	T1	N0	M 0
Tahap IIA	T 0	N1	M 0
	T 1	N1	M 0
	T 2	N0	M 0
Tahap IIB	T 2	N1	M 0
	T 3	N1	M 0
Tahap IIIA	T 0	N2	M 0
	T 1	N2	M 0
	T 2	N2	M 0
	T 3	N1	M 0
	T 3	N2	M 0
Tahap IIIB	T 4	Sembarang N	M 0
	Sembarang T	N3	M 0
Tahap IV	Sembarang T	Sembarang N	M 1

Tumor Primer (T)

T0 Tidak ada bukti tumor primer

Tis Karsinome in situ : karsinoma intraduktal, karsinoma lobular in situ, atau penyakit paget's putting susu dengan atau tanpa tumor

T1 Tumor ≤ 2 cm dalam dimensi terbesarnya

T2 Tumor > 2 cm tetapi tidak >5 cm dalam dimensi terbesarnya

T3 Tumor >5 cm dalam dimensi terbesarnya

T4 Tumor sembarang ukuran dengan arah perluasan ke dinding dada atau kulit

Nodus Limfe Regional (N)

N0 Tidak ada metastase nodus limfe regional

N1 Metastase ke nodus limfe aksilaris ipsilateral (s) yang dapat digerakkan

N2 Metastase ke nodus limfe aksilaris ipsilateral (s) terfiksasi pada satu sama lain atau pada struktur lainnya

N3 Metastase ke nodus limfe mamalia internal ipsilateral

Metastase Jauh (M)

M0 Tidak ada metastase jauh

M1 Metastase jauh (termasuk metastase ke nodus limfe supraklavikular ipsilateral)

2.3.6 Tindakan medis bagi kanker payudara

2.3.6.1 Pengobatan lokal payudara

Tujuan terapi lokal adalah menyingkirkan adanya kanker lokal. Menurut Brunner&Suddarth, (1996), prosedur yang paling sering digunakan adalah mastektomi dengan atau tanpa rekonstruksi dan bedah penyelamatan payudara yang dikombinasi dengan terapi radiasi.

1. *Mastektomi radikal yang dimodifikasi* : pengangkatan keseluruhan jaringan payudara, dan nodus limfe aksilaris. Otot pektoralis mayor dan minus tetap utuh.
2. *Bedah dengan menyelamatkan payudara*: lumpektomi; mastektomi segmental; atau kuadranektomi, reseksi kuadran payudara yang sakit, dan pengangkatan nodus aksilaris (diseksi nodus aksilaris), untuk mengangkat tumor, diikuti terapi radiasi untuk mengangkat penyakit mikroskopik , residual.

2.3.6.1.1 Mastektomi

Sasaran pengobatan ini adalah untuk mempertahankan atau memulihkan fungsi normal tangan, lengan, soket bahu pada tempat yang sakit pasca pembedahan.

Pasca operasi pembedahan klien dapat mengalami efek fisik maupun psikologis. Infeksi atau pengumpulan cairan serosanguinosa (seroma) dan darah (hematoma) dapat terjadi di tempat insisi. Selain itu, trauma saraf dengan akibat sensasi *phantom* payudara dapat terjadi selama masa pemulihan dan selama beberapa tahun setelah masa mastektomi. Kerusakan mobilitas lengan dan bahu, serta kekakuan pada dinding dada dapat terjadi akibat terganggunya drainase limfatik dan venosa. Secara psikologis, kehilangan payudara dapat menyebabkan

klien perubahan citra tubuh dan konsep diri. Kekhawatiran psikososial utama termasuk ketidakpastian tentang masa depan, ketakutan atau kekambuhan, dan dampak dari kanker payudara dan pengobatannya pada keluarga dan aktivitas pekerjaan.

2.3.6.1.2 Terapi radiasi

Terapi radiasi dilakukan dengan cara menginsisi massa tumor untuk mengurangi kecenderungan kambuh dan untuk menyingkirkan kanker residual. Radiasi ini dilakukan dengan penyinaran eksternal dengan foton yang diberikan melalui akselerator linier, diberikan setiap hari selama lebih dari 45 minggu pada seluruh regio payudara. Selain itu, dosis pekat atau *boost* diberikan pada tempat tumor primer melalui elektron.

Reaksi pasca radiasi hanya bersifat sementara. Dapat berupa reaksi kulit dari ringan sampai sedang dan keletihan. Keletihan terjadi akibat radiasi biasanya dimulai sekitar 2 minggu setelah radiasi dan berlangsung beberapa minggu setelah pengobatan selesai. Komplikasi terapi radiasi pada kanker payudara yang jarang terjadi mencakup pneumonitis, fraktur iga, dan fibrosis payudara.

2.3.6.1.3 Rekonstruksi

Setelah mastektomi, beberapa klien kanker payudara mungkin akan melakukan terapi bedah rekonstruktif. Efek samping yang terjadi pada terapi bedah rekonstruktif ini sama seperti terapi bedah lainnya, yaitu infeksi, potensial terjadi reaksi anastesia, potensial terjadi hasil yang tidak memuaskan secara kosmetik.

Terapi bedah rekonstruktif kontraindikasi terhadap klien kanker payudara yang inflamatori dengan metastase yang sudah menyebar ke organ-organ yang lebih jauh.

2.3.6.2 Pengobatan sistemik kanker payudara

Kemoterapi dilakukan untuk mengurangi penyebaran mikrometastik, (Brunner&Suddarth, 1996). Kemoterapi diberikan pada klien kanker payudara dengan menggabungkan beberapa preparat untuk meningkatkan penghancuran sel tumor dan untuk meminimalkan resistensi medikasi. Preparat kemoterapi yang paling sering digunakan dalam kombinasi adalah cytoxan (C), methotrexate (M), fluorouracil (F), dan adriamycin (A). Penggunaan yang umum adalah CMFVP (cytoxan, methotrexate, fluorouracil, vincristine, dan prednisone) atau AC (adriamycin dan cytoxan).

Reaksi terhadap kemoterapi dapat berupa mual, muntah, perubahan rasa kecap, alopesia (rambut rontok), mukositis, dermatitis, keletihan, penambahan berat badan, dan depresi sumsum tulang belakang.

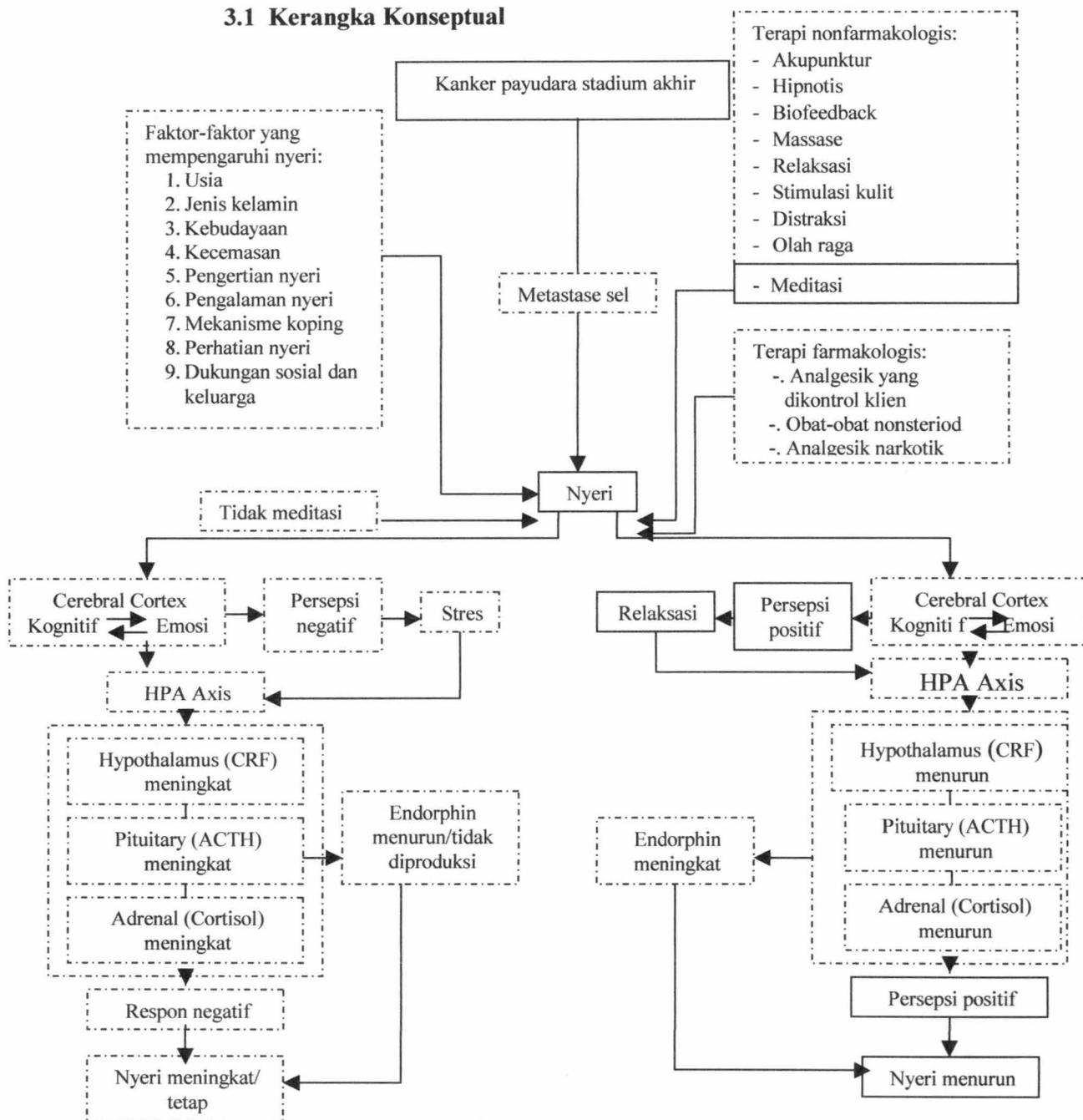
BAB III

**KERANGKA KONSEPTUAL DAN
HIPOTESIS**

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

3.1 Kerangka Konseptual



Gambar 3.1 Kerangka konseptual efektifitas meditasi terhadap penurunan intensitas nyeri (adaptasi dari Rasmun, (2004) dan Andrew, (2005))

Keterangan :

□ : Diteliti

□ (dashed) : Tidak diteliti

Klien kanker payudara yang mengalami nyeri adalah klien dengan kanker payudara yang sudah bermetastase. Nyeri pada klien kanker payudara berawal dari adanya stimulus nyeri pada bagian yang terkena kanker. Meditasi yang dilakukan pada klien kanker payudara stadium akhir akan mempengaruhi kerja cerebral cortex dalam aspek kognitif maupun emosi. Sehingga menghasilkan persepsi positif dan relaksasi otot yang mengalami kontraksi. Di lain pihak, stimulus positif dari meditasi mengurangi produksi HPA Axis akan hormon CRF, ACTH hasil dari Pituitary juga menurun & Medulla adrenalis mengurangi produksi Cortisol. ACTH hasil dari Pituitary mempengaruhi produksi Endorphin yang kemudian menurunnya jumlah Cortisol dan hormon-hormon stress lainnya akan mengurangi intensitas nyeri pada klien kanker payudara.

Klien kanker payudara yang tidak melakukan meditasi akan mengalami stres dari nyeri yang dirasakan, sehingga akan mempengaruhi HPA Axis. Dimana Hipotalamus akan memproduksi CRF secara meningkat, Pituitary menghasilkan lebih banyak ACTH, dan Adrenal akan menghasilkan cortisol lebih. Hal ini menyebabkan persepsi tentang nyeri berlangsung negatif dan endorpin berhenti menurun atau tidak diproduksi, sehingga nyeri dapat tetap ataupun meningkat.

Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri antara lain, usia, jenis kelamin, kebudayaan, kecemasan, pengertian nyeri, pengalaman nyeri, mekanisme coping, perhatian nyeri, dukungan sosial dan keluarga

3.2 Hipotesis

H1 : Pemberian teknik meditasi dapat menurunkan intensitas nyeri pada klien kanker payudara stadium akhir.

BAB IV
METODE PENELITIAN

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian merupakan bentuk rancangan yang digunakan dalam melakukan prosedur penelitian, (Aziz, 2003). Desain penelitian sangat diperlukan dalam melaksanakan suatu penelitian, agar dapat memperoleh hasil penelitian yang diharapkan dan tingkat akurasi data yang tinggi. Desain sangat erat hubungannya dengan kerangka konsep penelitian sebagai petunjuk perencanaan pelaksanaan penelitian, (Nursalam, 2003). Desain penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah Penelitian *Quasy Eksperimental* dengan rancangan *pra-post test control group design*. Peneliti mengobservasi intensitas nyeri klien kanker payudara stadium akhir sebelum meditasi dan setelah meditasi, untuk diketahui perbedaannya.

Peneliti melibatkan satu kelompok kontrol untuk mengetahui secara pasti efektifitas meditasi bagi penurunan intensitas nyeri klien kanker payudara stadium akhir. Penelitian dilakukan pada kelompok perlakuan dan kontrol yang tidak mengkonsumsi terapi farmakologis antinyeri apapun pada hari dilakukannya perlakuan, kemudian kelompok perlakuan dilakukan meditasi. Kelompok kontrol dilakukan pre dan post tes, namun tidak diberikan perlakuan, sedangkan kelompok perlakuan diberikan pre-tes sebelum diberikan terapi meditasi, kemudian dilakukan post-tes. Pada kedua kelompok sebelumnya dilakukan pre-tes, dan setelah perlakuan keduanya dilakukan post-tes. Rancangan ini berupaya

untuk mengungkapkan hubungan sebab-akibat dengan melibatkan kelompok disamping kelompok eksperimental, (Nursalam, 2003).

Tabel 4.1 Desain penelitian Pengaruh meditasi terhadap penurunan intensitas nyeri pada klien kanker payudara stadium akhir.

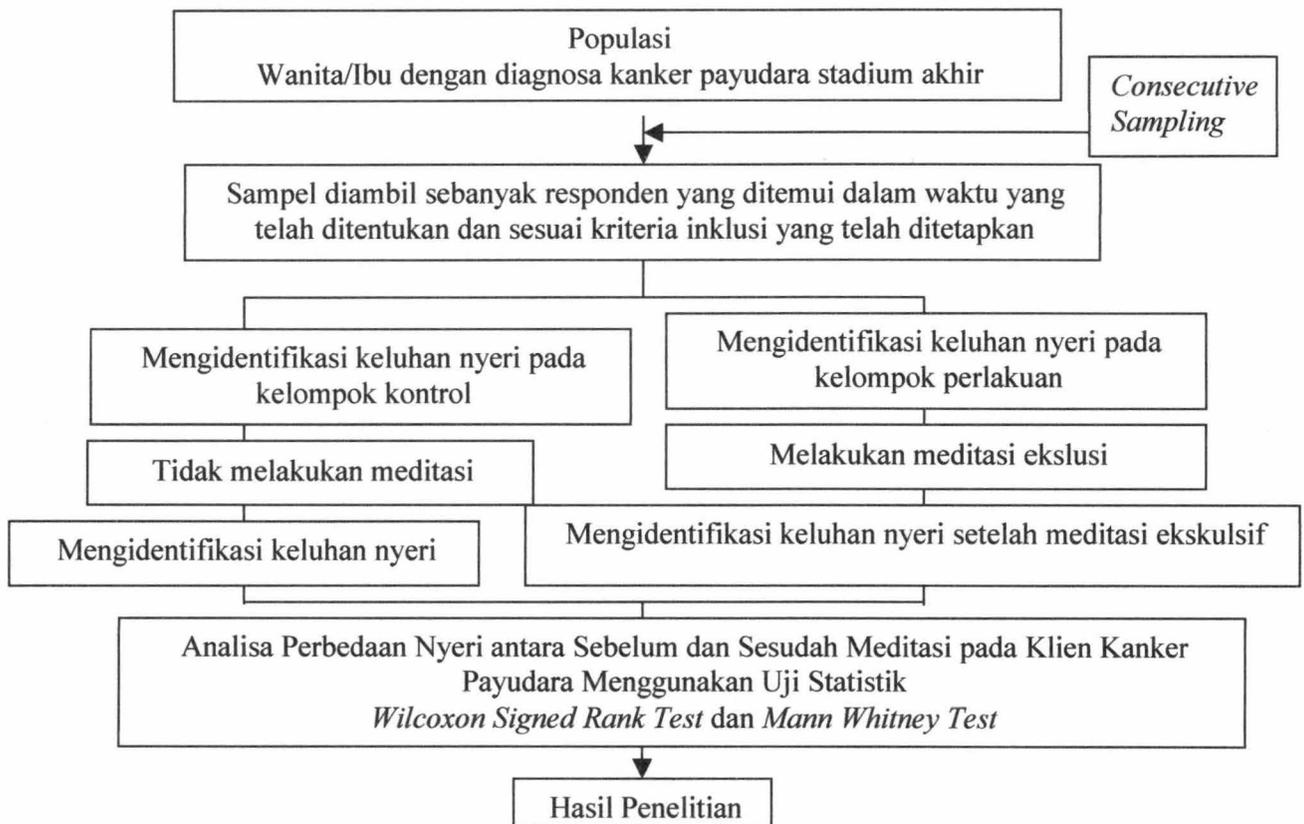
Subyek	Pra	Perlakuan	Pasca-tes
K-A	O	I	O1-A
K-B	O Time 1	- Time 2	O1-B Time 3

Keterangan :

- K-A :Subyek (klien kanker payudara stadium akhir) perlakuan meditasi
 K-B :Subyek (klien kanker payudara stadium akhir) tanpa perlakuan/kontrol
 O :Observasi intensitas nyeri sebelum meditasi
 I :Intervensi (meditasi)
 O1(A+B) :Observasi intensitas nyeri setelah meditasi

4.2 Kerangka Kerja / Frame Work

Kerangka kerja merupakan penjelasan konsep teori dan bagian-bagian tertentu dari teori itu sendiri, yang akan diteliti, (Burns&Grove, 1999). Kerangka kerja adalah bagan kerja rancangan kegiatan penelitian yang akan dilakukan, (Aziz, 2003). Kerangka kerja dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:



Gambar 4.1. Kerangka Kerja Penelitian pengaruh Meditasi terhadap penurunan intensitas nyeri pada klien kanker payudara stadium akhir.

4.3 Desain Sampling

4.3.1 Populasi

Populasi adalah suatu objek yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2003). Populasi merupakan seluruh obyek atau obyek dengan karakteristik tertentu yang akan diteliti, (Aziz, 2003). Populasi target pada penelitian ini adalah penderita kanker payudara di Surabaya. Sedang populasi terjangkau adalah penderita kanker payudara pada RSUD Dr. Soetomo.

Populasi penderita kanker payudara di RSUD Dr. Soetomo Surabaya dalam kurun waktu 2005-2006 adalah 231 orang pertahun.

4.3.2 Sampel

Sampel merupakan bagian dari populasi yang akan diteliti atau sebagian jumlah dari karakteristik yang dimiliki oleh populasi, (Alimul, 2003). Sampel terdiri dari bagian populasi yang dapat dipergunakan sebagai subjek penelitian melalui sampling, (Nursalam, 2003). Sampel dalam penelitian ini adalah klien kanker payudara stadium akhir di Poli Paliatif dan Bebas Nyeri dan Poli Onkologi RSU Dr. Soetomo Surabaya. Untuk menentukan layak atau tidaknya sampel yang mewakili populasi untuk diteliti, ditentukan berdasarkan :

1. Kriteria inklusi

- a. Wanita dengan diagnosa kanker payudara stadium IIIa-IV
- b. Tidak mengkonsumsi terapi antinyeri apapun pada hari ini
- c. Bersedia diteliti.
- d. Usia 30-65 tahun
- e. Mengalami nyeri dengan tingkat nyeri ringan sampai sedang menurut Visual Analog Scale (VAS)

2. Kriteria eksklusi

- a. Kanker payudara stadium I- II
- b. Mengkonsumsi terapi antinyeri apapun pada hari ini
- c. Usia <30 tahun dan atau >65 tahun.
- d. Mengalami nyeri tingkat berat hingga sangat berat menurut Visual Analog Scale (VAS)
- e. Klien yang mengalami gangguan pernapasan
- f. Klien kanker payudara yang mengalami gangguan kesadaran.

Penetapan besar sampel berasal dari jumlah klien kanker payudara yang datang ke Poli Onkologi RSUD Dr. Soetomo Surabaya selama kurun waktu kurang lebih satu bulan, yang dimulai pada bulan Juni 2006. Agar jumlah kelompok kontrol dan kelompok perlakuan seimbang dan mengalami perbedaan jumlah yang minimal, maka penelitian ini mengambil responden sebagai kelompok kontrol ataupun kelompok perlakuan secara bergantian.

4.3.3 Sampling

Sampling adalah proses menyeleksi porsi dan populasi untuk mewakili populasi (Nursalam, 2003). Sampling merupakan suatu proses dalam menyeleksi sampel yang digunakan dalam penelitian dari populasi yang ada, (Alimul, 2003). Pada penelitian ini, teknik sampling yang digunakan adalah *Non Probability Sampling* tipe *Consecutive Sampling*, yaitu pemilihan sampel dengan menetapkan subyek yang memenuhi kriteria penelitian dimasukkan dalam penelitian dimasukkan sampai kurun waktu tertentu, sehingga jumlah pasien yang diperlukan terpenuhi. Teknik penerapan sampel dengan cara menetapkan responden yang memenuhi kriteria penelitian dimasukkan dalam penelitian sampai kurun waktu kurang lebih satu bulan yang dimulai sejak bulan Juni 2006, sehingga jumlah klien kanker payudara yang diperlukan terpenuhi.

4.4 Identifikasi Variabel

Disebutkan oleh Putra yang dikutip oleh Nursalam, (2002) bahwa variabel adalah perilaku atau karakteristik yang memberikan nilai berbeda terhadap sesuatu. Ciri yang dimiliki oleh anggota suatu kelompok (orang, benda atau situasi) berbeda dengan yang dimiliki oleh kelompok tersebut, (Nursalam, 2003).

Identifikasi variabel merupakan bagian penelitian dengan cara menentukan variabel-variabel yang ada dalam penelitian, (Aziz, 2003).

4.4.1 Variabel Independen

Variabel independen adalah suatu kegiatan stimulus yang dimanipulasi oleh peneliti menciptakan suatu dampak pada variabel dependen (Nursalam, 2003). Atau faktor yang diduga sebagai faktor yang mempengaruhi variabel dependen (Nursalam dan Siti Pariani, 2000). Variabel independen dapat juga diartikan sebagai sebab perubahan atau timbulnya variabel dependen (terikat). Dalam penelitian ini yang menjadi variabel independen adalah meditasi.

4.4.2 Variabel Dependen

Variabel dependen adalah respon atau output, sebagai variabel respon, yang berarti akan muncul sebagai akibat dari manipulasi suatu variabel independen (Nursalam dan Siti Pariani, 2000). Variabel dependen merupakan variabel yang dipengaruhi atau menjadi akibat karena variabel bebas, (Aziz, 2003). Dalam penelitian ini variabel dependennya adalah intensitas nyeri pada klien kanker payudara stadium akhir.

4.5 Definisi Operasional

Definisi operasional definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari sesuatu yang didefinisikan tersebut. Karakteristik yang dapat diamati itulah yang merupakan kunci dari definisi operasional, (Nursalam, 2003). Definisi operasional memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu obyek atau fenomena, (Alimul, 2003).

Tabel 4.2 Tabel Variabel, Definisi operasional, Parameter, Alat Ukur, dan Skoring

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat ukur	Skala	Skor
Independen Meditasi	Metode yang digunakan untuk mengurangi nyeri dengan memejamkan mata, dan memfokuskan pikiran pada satu hal tertentu dan diiringi alunan musik yang lembut, sesuai standar Davis, (1995)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memilih posisi yang nyaman, kedua lutut renggang dan kedua tangan diletakkan diatas pangkuan dan kedua tangan diletakkan di samping tubuh (bila berbaring) 2. Tutup mulut dan bernafas melalui hidung. Lidah ditekan pada langit-langit. 3. Memejamkan mata dan memusatkan perhatian pada bagian tubuh yang menyentuh bantal atau kursi. Bagaimana perasaan yang dirasakan meditator pada saat itu? 4. Pernafasan. 5. Mempertahankan sikap pasif selama meditasi 6. Melakukan Meditasi eksklusif dengan iringan musik pada CD. 7. Mengikuti kata-kata yang disampaikan fasilitator, agar diperoleh tuntunan untuk mempercepat efek meditasi. 10. Mengambil dan menghembuskan nafas yang lembut mengurangi nyeri yang dirasakan sedikit demi sedikit. 11. Atur sikap tubuh dan pusatkan diri. Lakukan beberapa kali pernafasan dalam. Tutup mata atau tunjukkan pandangan pada satu titik di lantai, kira-kira empat kaki di depan meditator. Mata dapat atau tidak perlu dipusatkan. 12. Melakukan pernafasan perut yang dalam, tetapi tidak dipaksa. Sambil melakukannya, pusatkan perhatian pada tiap tahap pernafasan : tarik nafas, peralihan (pada saat berhenti menarik nafas dan mulai mengeluarkan nafas), hembuskan nafas, 	SAK		

		istirahat, peralihan (mulai menarik nafas), dan seterusnya. 13. Pada saat menghembuskan nafas, ucapkan, "satu". Teruskan menghitung tiap hembusan nafas dengan mengucapkan "dua", "tiga", "empat" secara mundur. Kemudian ulangi lagi, lakukan terus menerus.			
Dependen Nyeri	Keluhan rasa tidak nyaman yang dirasakan pasien tentang bagian tubuh tertentu dan disampaikan lewat kata-kata dan ekspresi wajah, baik ringan, sedang, maupun berat.	Skala Nyeri Bourbonis, (2002) 0 sampai 10: 0=Tidak nyeri 1-3=Nyeri ringan 4-6=Nyeri sedang 7-9=Nyeri Berat 10=Nyeri sangat berat	Quesioner dan observasi	Ordinal	Skoring adalah sbb : 0=Tidak nyeri 1-3=Nyeri ringan 4-6=Nyeri sedang 7-9=Nyeri Berat 10=Nyeri sangat berat

4.6 Pengumpulan Data

4.6.1 Teknik Pengumpulan Data, Instrumen, Kriteria dan Skor Penilaian

4.6.1.1 Teknik Pengumpulan Data

Klien kanker payudara yang akan dilakukan meditasi sebelumnya dikumpulkan dulu data demogafinya. Data dikumpulkan melalui instrumen kuesioner yang diisi responden dan observasi oleh peneliti, termasuk didalamnya variabel independen maupun variabel dependen dari klien dengan diagnosis kanker payudara stadium lanjut. Setelah klien diidentifikasi dengan kriteria inklusi, responden diberikan *informed consent* sebagai tanda persetujuan untuk dijadikan sampel penelitian.

Sebelum mengisi kuesioner, responden diberi penjelasan mengenai maksud dan tujuan penelitian supaya hasilnya tepat. Responden tinggal memilih jawaban yang sudah dituliskan dalam Lembar Kuesioner. Setelah selesai mengisi Lembar Kuesioner yang pertama, responden diberikan terapi meditasi untuk menurunkan intensitas nyeri. Setelah meditasi selama 10 sampai dengan 15 menit, klien mengisi kembali Lembar Kuesioner untuk mengetahui respon nyeri setelah perlakuan. Kemudian respon nyeri responden dimasukkan dalam skala nyeri Bourbonis yang diisi oleh peneliti berdasar keterangan dari responden, dengan skala 1 sampai 10. Skor-skor ini diklasifikasikan dengan angka (0) jika pasien tidak nyeri, (skor 1-3) untuk nyeri ringan, (skor 4-6) nyeri sedang, (skor 7-9) nyeri berat, dan (skor 10) nyeri sangat berat.

4.6.1.2 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen yang digunakan berbentuk *check list* dan kuesioner tertutup. Data demografi menggunakan *check list* terdiri dari usia, pendidikan, dan status

perkawinan. Respon nyeri dicatat dalam Lembar Observasi, meliputi skala nyeri Bourbonis dari 0-10. skala yang digunakan meliputi 0 : tidak nyeri, 1-3 : Nyeri ringan : secara obyektif klien dapat berkomunikasi dengan baik, tindakan manual dirasakan sangat membantu, 4-6 : Nyeri sedang : secara obyektif klien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik dan responsif terhadap tindakan manual. 7-9 : Nyeri berat : secara obyektif klien kadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih responsive terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi, nafas panjang dan distraksi. 10 : Nyeri sangat berat : klien sudah tidak dapat berkomunikasi lagi, mengikuti perintah, mengejan tanpa dapat dikendalikan, menarik-narik, memukul benda disekitarnya, tidak responsif terhadap tindakan, tidak dapat menunjukkan lokasi nyeri yang dirasakan.

4.6.1.3 Kriteria Penilaian

Penilaian untuk intensitas nyeri adalah sebagai berikut :

0=Tidak nyeri

1-3=Nyeri ringan

4-6=Nyeri sedang

7-9=Nyeri berat

10=Nyeri sangat berat

4.7 Lokasi dan waktu penelitian

4.7.1 Lokasi

Penelitian dilaksanakan di ruangan Poli Paliatif dan Bebas Nyeri dan Poli Onkologi RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Rumah sakit ini digunakan sebagai tempat penelitian karena merupakan rumah sakit pusat rujukan dan pendidikan, dan juga merupakan rumah sakit tipe A. Standar perawatan klien yang ditetapkan dan digunakan disana merupakan standar yang mendekati ideal. Sehingga penelitian dapat dilakukan dengan baik.

4.7.2 Waktu

Waktu penelitian ini dimulai sejak bulan Juni 2006. Dalam kurun waktu tersebut peneliti akan melakukan penelitian untuk mendapatkan responden yang sebanyak mungkin sehingga jumlah yang dibutuhkan dapat terpenuhi.

4.8 Prosedur pengambilan dan pengumpulan data

Responden yang akan dilakukan teknik meditasi, sebelumnya dikumpulkan data demografi dari responden dengan menggunakan kuesioner. Setelah diteliti lagi tentang kriteria inklusi, responden yang termasuk dalam kriteria inklusi akan diberi *Informed Consent* sebagai tanda persetujuan responden untuk menjadi sampel penelitian. Responden memberikan tanda tangan persetujuan untuk dilakukan intervensi. Sebelum dilakukan perlakuan, responden diberi kuesioner untuk mengetahui tingkat nyeri yang sedang dirasakan saat itu dan di observasi tanda-tanda vitalnya. Setelah mengisi kuesioner yang pertama untuk mengkaji respon nyeri, responden diberikan intervensi berupa panduan pelaksanaan meditasi. Setelah mengikuti meditasi, responden diminta untuk

mengisi lembar observasi dan diukur tanda-tanda vitalnya lagi untuk mengetahui seberapa besar pengaruh meditasi untuk mengurangi intensitas nyeri responden.

4.9 Analisis data

Data mengenai intensitas nyeri klien kanker payudara stadium akhir pada kelompok kontrol maupun pada kelompok perlakuan yang terkumpul dari responden selanjutnya diberi kode dan tabulasi untuk mengetahui perbedaan antara intensitas nyeri klien kanker payudara stadium akhir antara sebelum dan sesudah perlakuan. Kode yang digunakan adalah 0 untuk tidak nyeri, 1-3 untuk nyeri ringan, 4-6 untuk nyeri sedang, 7-9 untuk nyeri berat dan 10 untuk nyeri sangat berat. Dalam hal ini, yang diambil sebagai responden penelitian adalah klien kanker payudara yang memiliki intensitas nyeri skala nyeri ringan hingga sedang saja. Selanjutnya untuk data intensitas nyeri dilakukan uji *Wilcoxon* untuk membandingkan intensitas nyeri responden yang diberi perlakuan antara sebelum dan sesudah meditasi. Uji statistik selanjutnya untuk mengetahui perbedaan respon kelompok kontrol dan kelompok perlakuan dilakukan dengan Uji Statistik *Mann Withney Test*. Penelitian ini menggunakan angka probabilitas $p \leq 0,05$.

4.10 Etik penelitian

Dalam melakukan penelitian ini peneliti mendapat rekomendasi PSIK FK UNAIR dan ijin Kepala Rumah Sakit Umum Dr. Soetomo Surabaya. Setelah mendapat persetujuan barulah melakukan penelitian dengan menekankan masalah etik yang meliputi :

1. Surat pernyataan (*Informed Consent*)

Kepada klien yang memenuhi kriteria inklusi diberikan lembar pernyataan bersedia menjadi responden penelitian. Apabila subjek menolak untuk mengikuti penelitian, peneliti tidak memaksa dan menghormati haknya.

2. Tanpa nama (*Anonymity*)

Untuk menjaga kerahasiaan identitas responden, peneliti tidak akan mencantumkan nama responden pada lembar pengumpulan data atau kuesioner yang diisi oleh responden. Lembar ini hanya akan diberi kode tertentu oleh peneliti.

3. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Setiap informasi identitas yang dicantumkan klien akan dijaga kerahasiaannya oleh peneliti, dan hanya disajikan pada kelompok tertentu yang berhubungan dengan penelitian.

4. Hak pasien

Klien kanker payudara stadium akhir yang dilibatkan menjadi responden pada penelitian ini adalah klien kanker payudara stadium akhir yang mengalami nyeri dengan tingkat nyeri ringan hingga sedang. Klien kanker payudara stadium akhir dengan tingkat nyeri berat hingga sangat berat tidak dilibatkan menjadi responden, karena akan melanggar kode etik penelitian, yaitu melanggar hak klien untuk mendapatkan pengobatan karena untuk melakukan penelitian, klien harus menghentikan pengobatan untuk sementara. Dalam hal ini, klien sangat membutuhkan pengobatan karena tingkat nyeri yang luar biasa dan tidak dapat ditahan.

4.11 Keterbatasan

Dalam penelitian ini, keterbatasan yang dihadapi peneliti adalah homogenisasi responden penelitian. Teknik sampling yang digunakan peneliti adalah *Consecutive Sampling*, peneliti membagi kelompok perlakuan dan kontrol hanya berdasarkan urutan kedatangan responden. Sehingga data karakteristik responden yang didapatkan tidak homogen antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Data yang dihasilkan pada data demografi responden tidak dapat homogen karena teknik sampling di atas.

BAB V

**HASIL PENELITIAN
DAN PEMBAHASAN**

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

Bab ini akan menguraikan hasil penelitian dan pembahasan tentang pengaruh meditasi terhadap penurunan intensitas nyeri pada klien kanker payudara di Poli Onkologi RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Data akan disajikan dalam bentuk tabel, grafik, dan narasi yang meliputi data umum yang berisi tentang karakteristik responden menurut usia, tingkat pendidikan terakhir, dan status perkawinan. Data khusus yang berisi intensitas nyeri yang dialami sebelum dan sesudah meditasi pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan.

5.1 Hasil penelitian

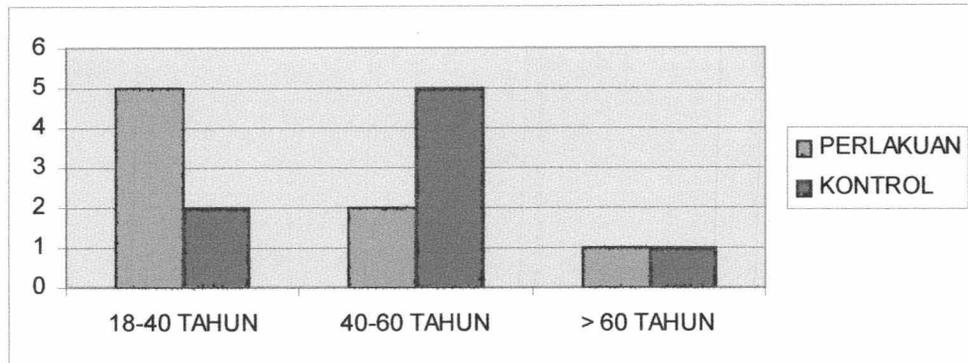
5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian

Lokasi penelitian tentang pengaruh meditasi terhadap penurunan intensitas nyeri pada klien kanker payudara ini dilakukan di Poli Onkologi RSUD Dr. Soetomo Surabaya, yang merupakan rumah sakit tipe A di Indonesia.. Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 5 Juni 2006 hingga 5 Juli 2006. poli Onkologi mempunyai 7 orang perawat, 2 orang bidan, 2 orang juru rawat, 2 orang pembantu rumah tangga, dan 15 orang dokter. Poliklinik ini memiliki beberapa ruangan yang masing-masing mempunyai 2-3 orang perawat dan 2 orang dokter. Tingkat mobilitas pada Poli Onkologi RSUD Dr. Soetomo ini sangat tinggi. Tenaga medis yang ada di Poli Onkologi baik itu perawat maupun dokter, tidak pernah menerapkan pemberian

teknik meditasi terhadap klien kanker payudara stadium akhir yang mengalami nyeri. Perawat di sana hanya menganjurkan untuk melakukan teknik relaksasi.

5.1.2 Karakteristik demografi responden

1. Usia responden

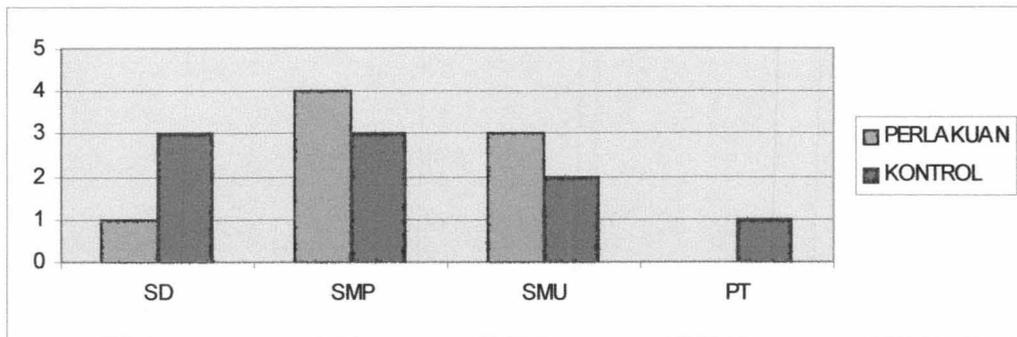


Gambar 5.1 Distribusi responden menurut usia di Poli Onkologi RSUD Dr. Soetomo pada tanggal 5 Juni 2006 hingga 5 Juli 2006.

Berdasarkan Gambar 5.1 di atas didapatkan data dari 16 orang responden pada kelompok perlakuan yang berusia 18-40 tahun sebanyak 5 orang, 40-60 tahun sebanyak 2 orang, dan yang berusia > 60 tahun sebanyak 1 orang. Pada kelompok kontrol yang berusia 18-40 tahun sebanyak 2 orang, yang berusia 40-60 tahun sebanyak 5 orang, dan yang berusia > 60 tahun sebanyak 1 orang.

Pada kelompok perlakuan, sebagian besar berusia 18-40 tahun. Sedang pada kelompok kontrol, mayoritas usia 40-60 tahun. Faktor usia dapat mempengaruhi persepsi seseorang terhadap nyeri, (Black&Jacobs, 1997).

2. Tingkat pendidikan terakhir responden

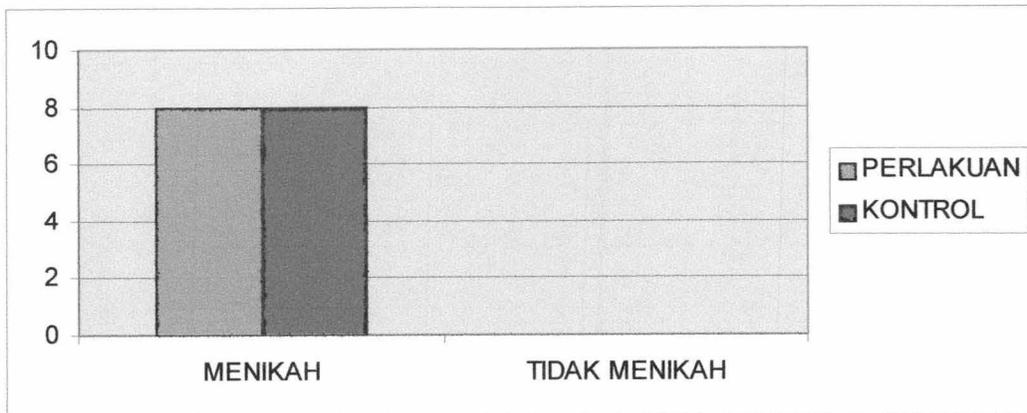


Gambar 5.2 Distribusi responden yang berdasarkan tingkat pendidikan terakhir di Poli Onkologi RSUD Dr. Soetomo Surabaya pada 5 Juni 2006 hingga 5 Juli 2006.

Pada gambar 5.2 di atas, dapat dilihat bahwa pada kelompok perlakuan mayoritas berpendidikan SMP yaitu sebanyak 4 orang (25%), yang berpendidikan SD sebanyak 1 orang (6,25%), SMU sebanyak 3 orang (18,75%), tidak ada responden pada kelompok perlakuan yang berpendidikan perguruan tinggi maupun tidak sekolah sama sekali. Kelompok kontrol mayoritas berpendidikan SD, tidak ada yang tidak bersekolah sama sekali, 2 orang (12,5%) berpendidikan SMP, 2 orang (12,5%) SMU, dan sisanya sebanyak 1 orang (6,25%) adalah berpendidikan terakhir perguruan tinggi.

Tingkat pendidikan klien kanker payudara stadium akhir yang menjadi responden mempengaruhi persepsi individu terhadap nyeri yang dialami. Sehingga dapat berpengaruh terhadap penurunan intensitas nyeri setelah meditasi dilaksanakan. Beberapa faktor sosiokultural, seperti pendidikan mempengaruhi persepsi individu tentang nyeri, (Black&Jacobs, 1997).

3. Status perkawinan responden



Gambar 5.3 Distribusi responden menurut status perkawinan pada Poli Onkologi RSUD Dr. Soetomo pada 5 Juni 2006 hingga 5 Juli 2006.

Berdasarkan gambar 5.3 di atas, diperoleh data bahwa seluruh responden, baik yang merupakan kelompok perlakuan dan kelompok kontrol semua berstatus menikah. Hal ini mempengaruhi persepsi nyeri pada klien, karena klien kanker payudara stadium akhir yang berstatus menikah memiliki dukungan keluarga, sehingga dapat membantu keberhasilan dari pelaksanaan meditasi.

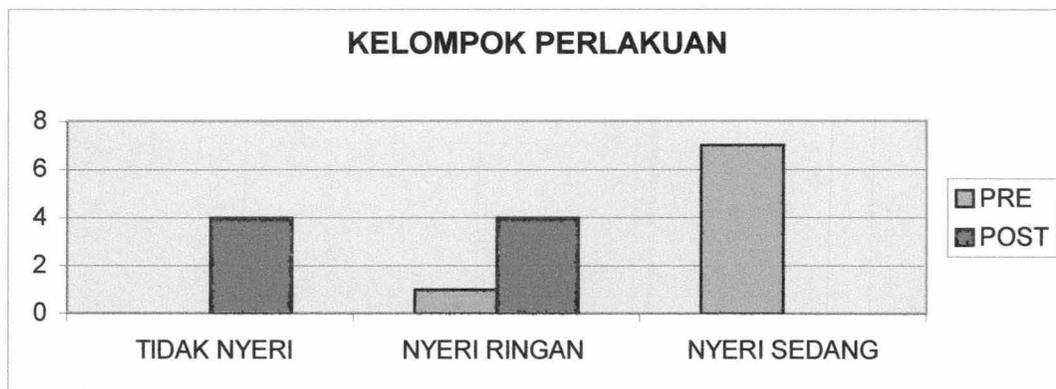
5.1.2 Data khusus responden

1. Intensitas nyeri kelompok perlakuan sebelum dan sesudah mendapat meditasi.

Tabel. 5.1 Intensitas nyeri klien kanker payudara kelompok perlakuan sebelum dan sesudah mendapat meditasi.

No	Perlakuan (dengan Meditasi)	
	Pre	Post
1	5	2
2	4	2
3	5	0
4	2	0
5	6	2
6	4	0
7	4	0
8	4	1

Data tabel di atas digambarkan dalam grafik 5.3 di bawah ini.



Gambar 5.3 Distribusi responden menurut status perkawinan pada Poli Onkologi RSUD Dr. Soetomo pada 5 Juni 2006 hingga 5 Juli 2006.

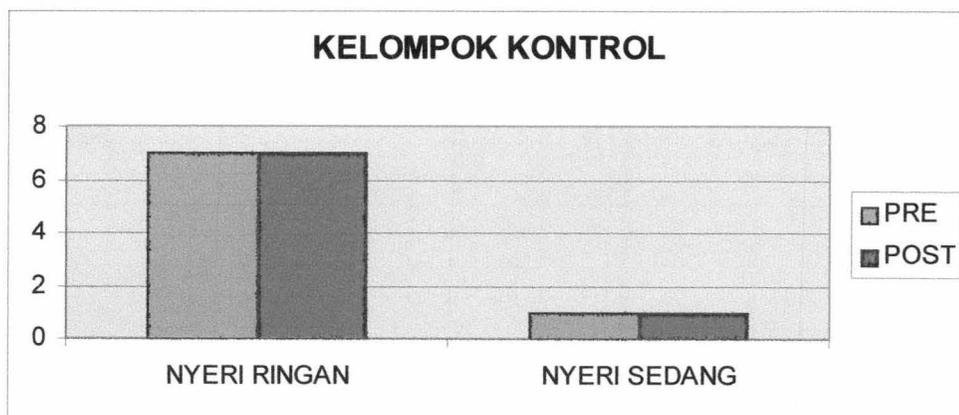
Berdasarkan gambar 5.4 di atas diperoleh data bahwa klien kanker payudara yang menjadi kelompok perlakuan sebelum meditasi berada pada tingkat nyeri ringan sebanyak 1 orang (6,25%), sisanya pada tingkat sedang 7 orang (43,75%). Sedangkan setelah meditasi tingkat nyeri klien kanker payudara yang berada pada keadaan tidak nyeri sebanyak 4 orang (25%) dan 4 orang sisanya (25%) berada pada tingkat nyeri sedang. Kelompok perlakuan yang mengalami penurunan nyeri hingga tidak terasa adalah separuh dari jumlah klien kanker payudara yang mengalami penurunan hingga tingkat nyeri ringan. Sedangkan klien kanker payudara yang tidak mendapat perlakuan, mengalami intensitas yang tidak berubah. Hal ini membuktikan bahwa meditasi dapat menurunkan intensitas nyeri klien kanker payudara.

2. Intensitas nyeri kelompok kontrol sebelum dan sesudah mendapat meditasi

Tabel 5.2 Perbedaan intensitas nyeri klien kanker payudara stadium akhir kelompok kontrol

No	Kontrol (tanpa meditasi)	
	Pre	Post
1	3	3
2	3	3
3	3	2
4	2	2
5	3	2
6	3	2
7	1	1
8	5	5

Klien kanker payudara stadium akhir kelompok kontrol relatif tidak mengalami perubahan intensitas nyeri. Klien yang mengalami penurunan intensitas nyeri adalah sebanyak 3 orang sedangkan yang tidak mengalami perubahan nyeri adalah 5 orang.



Gambar 5.5 Intensitas nyeri klien kanker payudara kelompok kontrol di Poli Onkologi RSUD Dr. Soetomo Surabaya antara 5 Juni 2006- 5 Juli 2006.

Pada gambar 5.5 tersebut di atas, dapat dilihat bahwa klien kanker payudara yang bertindak sebagai kontrol yang mengalami nyeri sebelum perlakuan berada pada keadaan nyeri ringan sebanyak 7 orang (43,75%) dan 1 orang lainnya (6,25%) berada pada tingkat nyeri sedang. Keadaan intensitas nyeri responden

pada kelompok kontrol ini relatif tidak mengalami perubahan, sehingga jumlah prosentasenya tetap antara sebelum dan sesudah. Intensitas nyeri klien kanker payudara dalam kelompok kontrol ini tetap dari awal hingga akhir penelitian.

- Intensitas nyeri klien kanker payudara sebelum dan sesudah meditasi berdasarkan data kuesioner

Tabel 5.1 Intensitas nyeri klien kanker payudara sebelum dan sesudah meditasi di Poli Onkologi RSUD Dr. Soetomo Surabaya

No	Wilcoxon Signed Rank Test				Mann Whitney Test	
	Perlakuan (dengan Meditasi)		Kontrol (tanpa meditasi)		Perlakuan (dengan meditasi)	Kontrol (tanpa meditasi)
	Pre	Post	Pre	Post	Post	Post
1	5	2	3	3	2	3
2	4	2	3	3	2	3
3	5	0	3	2	0	2
4	2	0	2	2	0	2
5	6	2	3	2	2	2
6	4	0	3	2	0	2
7	4	0	1	1	0	1
8	4	1	5	5	1	5
Hasil	P=0,011		P=0,083		P=0,013	

Sumber : Data Primer, 2006

Pada tabel 5.1 tampak perbedaaan intensitas nyeri klien kanker payudara stadium akhir yang melakukan meditasi dan tidak melakukan meditasi. Berdasarkan uji statistik *Wilcoxon Signed Rank Test* ditemukan adanya perbedaan intensitas nyeri pada kelompok perlakuan sebelum dan sesudah meditasi dengan nilai $p=0,011$. Pada kelompok kontrol tidak ditemukan adanya perbedaan intensitas nyeri sebelum dan sesudah meditasi dengan nilai $p = 0, 083$. Hasil uji statistik *Mann Whitney U Test* diperoleh dengan nilai $p= 0,013$, dengan kesimpulan bahwa Hipotesis diterima yang

berarti ada pengaruh meditasi terhadap penurunan intensitas nyeri klien kanker payudara stadium akhir.

5.2 Pembahasan

Meditasi dapat membuat klien bertahan pada kondisi yang nyaman, ataupun juga pada kondisi yang tidak nyaman. Meditasi merupakan teknik yang digunakan untuk mempengaruhi tubuh agar berespon positif terhadap apa yang sedang terjadi. Pada saat tubuh klien melaksanakan meditasi, klien akan mengalami perjalanan psikoneuroimunologi, yang berakibat respon tubuh positif. Meditasi yang dilaksanakan pada klien kanker payudara ini mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap penurunan intensitas nyeri. Pada saat tubuh mengalami nyeri, semua sel dalam tubuh mengalami ketegangan, sehingga nyeri dapat bertahan lama. Meditasi dalam hal ini membuat perasaan klien menjadi lebih tenang dan damai, menimbulkan persepsi positif tubuh terhadap keadaan yang sedang terjadi pada tubuh itu sendiri, sehingga semua sel dalam tubuh mengalami relaksasi, dan penurunan semua ketegangan.

Klien kanker payudara yang datang pada Poli Onkologi RSUD. Soetomo yang mengalami nyeri sedang 8 orang, sedang yang 8 orang lainnya mengalami nyeri ringan. Klien kanker yang mengalami keadaan intensitas nyeri yang lebih hebat daripada nyeri ringan dan nyeri sedang akan langsung mendapat medikasi yang berupa obat-obatan analgesik. Hal ini dikarenakan klien kanker payudara yang mengalami nyeri hebat dan sangat hebat tidak akan mampu mengikuti perintah, kooperatif terhadap perintah, dan cenderung menangis merasakan nyeri yang dialami.

Klien kanker payudara stadium akhir yang terpilih menjadi responden kemudian diberikan penjelasan mengenai teknik meditasi yang akan dilakukan, sehingga pada saat pelaksanaan meditasi klien sudah memahami tata cara dan dapat mempraktekkan secara benar. Ke 16 klien kanker payudara tersebut dibagi menjadi 2 kelompok, yaitu kelompok kontrol sebanyak 8 responden, dan sisanya sebanyak 8 responden adalah sebagai kelompok perlakuan.

Klien kanker payudara stadium akhir tersebut diberi teknik meditasi selama lebih kurang 15 menit, sambil dibimbing kata-kata meditator (peneliti) yang dapat membantu proses konsentrasi pikiran, dan musik yang didengar dari *discman*, sehingga klien akan mendapat kondisi yang minimal gangguan suara karena terfokus pada musik yang didengar dari *discman* tersebut.

Pada Poli Onkologi RSUD Dr. Soetomo Surabaya perawat dan tenaga medis lainnya yang bekerja di tempat tersebut tidak pernah melakukan teknik meditasi terhadap klien kanker payudara yang mengalami nyeri terutama pada intensitas nyeri ringan hingga sedang. Keadaan dan mobilitas pada Poli Onkologi RSUD Dr. Soetomo Surabaya tidak memungkinkan perawat atau tenaga medis lain melakukan meditasi terhadap klien kanker payudara stadium akhir yang mengalami nyeri ringan hingga sedang. Karena hal tersebut, klien yang hendak diberikan meditasi merasa sedikit tidak nyaman terhadap keadaan ruangan yang hendak dijadikan tempat meditasi, karena keadaan ruangan yang sepi dan penerangan yang minim. Hal ini mempengaruhi hasil uji statistik *Wilcoxon Signed Rank Test* sehingga hasil yang didapatkan tidak dapat mencapai nilai signifikansi tinggi yaitu 0,000, melainkan hanya mencapai nilai 0,011. Mungkin seharusnya teknik meditasi untuk mengurangi nyeri

tingkat ringan dan sedang sebaiknya diberikan pada klien kanker payudara stadium akhir, agar klien tidak lagi merasa tidak nyaman pada kondisi ruangan yang digunakan untuk melakukan meditasi.

Klien kanker payudara stadium akhir yang akan diberi teknik meditasi memiliki sistem pemahaman yang relatif baik sehingga peneliti dapat dengan mudah mendapatkan pengertian yang sesuai dengan yang dimaksudkan peneliti. Klien kanker payudara diberikan motivasi untuk melepaskan segala pikiran yang mengganggu, sehingga klien dapat lebih fokus pada proses meditasi yang dijalani dan akhirnya didapatkan hasil yang memuaskan dari pelaksanaan meditasi ini. Hal ini terjadi mungkin karena proses komunikasi terapeutik peneliti dapat memberikan aspek ketenangan bagi klien, sehingga klien merasa lebih nyaman dalam melakukan meditasi, yang mana peneliti merupakan faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi persepsi klien terhadap nyeri. Klien dengan nyeri umumnya membutuhkan dukungan dari keluarga, teman terdekat, atau ahli kesehatan yang dianggap mampu menyembuhkan penyakitnya, (Perry&Potter, 1997).

Secara fisiologis, pemberian teknik meditasi pada klien kanker payudara akan mengurangi aktifitas saraf simpatis yang mengembalikan tubuh pada keadaan seimbang dan otot-otot menjadi rileks sehingga terjadi penurunan stimuli kimia yang pada akhirnya ketegangan otot akan mengalami penurunan dan intensitas nyeri berkurang. Perbedaan penurunan intensitas nyeri ini mungkin dipengaruhi oleh faktor yang mempengaruhi persepsi nyeri yaitu usia responden yang lebih muda (18-40 tahun), yang tingkat pendidikannya lebih tinggi yaitu SMP sebanyak 2 orang dan SMU sebanyak 3 orang, sehingga pada saat menerima penjelasan mengenai tata cara

dan pelaksanaan meditasi lebih mudah menerima dan akhirnya dapat diterapkan oleh klien kanker payudara stadium akhir yang bertindak sebagai responden ini dengan baik. Klien kanker payudara kelompok perlakuan dengan usia ini percaya sepenuhnya bahwa meditasi dapat menurunkan intensitas nyeri yang dialami, sehingga memang membawa hasil penurunan intensitas nyeri yang sangat memuaskan, yaitu menurun dari nyeri sedang ke nyeri ringan sebanyak 1 orang, dan yang menurun dari nyeri sedang menjadi tidak nyeri sebanyak 3 orang. Faktor usia dapat mempengaruhi persepsi seseorang terhadap nyeri, (Black&Jacobs, 1997).

Dalam perjalanan penelitian, klien kanker payudara yang menjadi kelompok perlakuan dengan usia yang lebih tinggi memiliki tingkat pendidikan terakhir yang lebih rendah yaitu SD sebanyak 1 orang dan SMP sebanyak 2 orang, terbukti sulit menerima penjelasan tentang pelaksanaan teknik meditasi, sehingga peneliti harus mengulang menjelaskan 2 hingga 3 kali, untuk memperoleh pemahaman tentang cara meditasi. Hal ini mempengaruhi persepsi klien tentang nyeri yang seharusnya nyeri itu dapat diterima sebagai suatu stimulus yang dapat dilupakan dengan meditasi. Namun klien pada kelompok ini justru berusaha mengingat kembali sensasi nyeri yang sudah hilang setelah meditasi. Hal ini menyebabkan tingkat nyeri yang awalnya berupa nyeri sedang dengan skala 3-6 hanya turun sebanyak tiga peringkat, sehingga menjadi skala 0 hingga 2.

Kelompok perlakuan mengalami perubahan intensitas nyeri mungkin karena kelompok perlakuan benar-benar mengerti tentang apa dan bagaimana pelaksanaan meditasi yang akan dilakukan, sehingga mereka mengerti bagaimana menerapkannya dan kemudian diperoleh hasil penurunan intensitas nyeri yang memuaskan. Klien

kanker payudara stadium akhir yang tergabung dalam kelompok perlakuan ini mengalami penurunan dari nyeri sedang menjadi nyeri ringan sebanyak 4 orang (50%), dari nyeri sedang menjadi tidak nyeri sebanyak 3 orang (37,5%), dan sisanya sebanyak 1 orang mengalami penurunan intensitas nyeri dari nyeri ringan menjadi tidak nyeri sebanyak 12,5%.

Pada kelompok kontrol, ditemukan mayoritas tidak adanya perubahan tingkat nyeri sebanyak 5 orang, dan 3 orang sisanya memang sudah terbiasa mengalami nyeri sehingga persepsi terhadap nyeri positif, yang kemudian membuat nyeri yang dialami klien kanker payudara ini menurun 1 poin dari 3 menuju 2. Klien dengan pengalamannya masa lalu nyeri akan lebih mudah mengatasi nyeri disbanding yang belum pernah mengalami nyeri, (Perry&Potter, 1997)

Hasil uji statistik *Mann Whitney U Test* menunjukkan adanya perbedaan terhadap efek penurunan intensitas nyeri pada kelompok perlakuan dengan skala nyeri ringan (1-3) yang mengalami penurunan ke tingkat nyeri yang tidak dirasakan (tidak nyeri) sebanyak 1 orang, dan yang lainnya sebanyak 7 orang mengalami penurunan dari tingkat sedang menjadi nyeri ringan sebanyak 4 orang, sisanya sebanyak 3 orang mengalami penurunan nyeri menjadi tingkat nyeri ringan. Perbedaan intensitas nyeri sesudah pelaksanaan meditasi pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan ditunjukkan dengan hasil $p=0,013$. Hal ini terjadi karena pada kelompok perlakuan melaksanakan meditasi dengan baik dan benar, kondisi lingkungan yang kondusif, dan pemusatan konsentrasi yang benar. Bila dibandingkan kelompok kontrol yang mengalami intensitas nyeri yang relatif tetap.

Meditasi yang dilakukan klien kanker payudara stadium akhir yang mengalami nyeri, akan berakibat positif terhadap penurunan nyeri. Pada saat tubuh klien melaksanakan meditasi, klien akan mengalami perjalanan psikoneuroimunologi, yang berakibat respon tubuh positif, (Bousfield,2005). Berdasarkan intensitas nyeri klien kanker payudara yang datang pada Poli Onkologi RSUD Dr. Soetomo Surabaya dengan ataupun tanpa meditasi. Hasil uji statistik *Wilcoxon Signed Rank Test* terdapat perbedaan pada kelompok perlakuan dengan nilai $p= 0,011$ sedangkan pada kelompok kontrol nilai $p= 0,083$. Hal ini menunjukkan adanya penurunan intensitas nyeri yang bermakna pada klien yang melakukan meditasi.

Meditasi merupakan kunci dari semua teknik yang akan dilakukan untuk penatalaksanaan nyeri yang dirasakan, (Bousfield, 2005). Meditasi dapat membuat klien bertahan pada kondisi yang nyaman, ataupun juga pada kondisi yang tidak nyaman. Meditasi merupakan teknik yang digunakan untuk mempengaruhi tubuh agar berespon positif terhadap apa yang sedang terjadi. Pada saat tubuh klien melaksanakan meditasi, klien akan mengalami perjalanan psikoneuroimunologi, yang berakibat respon tubuh positif. Meditasi yang dilaksanakan pada klien kanker payudara ini mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap penurunan intensitas nyeri.

Pada saat tubuh mengalami nyeri, semua sel dalam tubuh mengalami ketegangan, sehingga nyeri dapat bertahan lama. Meditasi dalam hal ini membuat perasaan klien menjadi lebih tenang dan damai, menimbulkan persepsi positif tubuh terhadap keadaan yang sedang terjadi pada tubuh itu sendiri, sehingga semua sel dalam tubuh mengalami relaksasi, dan penurunan semua ketegangan.

BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa pengaruh meditasi terhadap penurunan intensitas nyeri pada klien kanker payudara di Poli Onkologi RSUD Dr. Soetomo Surabaya meliputi :

Klien kanker payudara stadium akhir yang dilakukan meditasi mengalami penurunan intensitas nyeri dari nyeri sedang menjadi nyeri ringan dan tidak nyeri, dan nyeri ringan menjadi tidak nyeri. Karena meditasi menekan stres yang terjadi pada klien dan menurunkan hormon-hormon stres sehingga terjadi penurunan ketegangan otot yang ditandai dengan penurunan intensitas nyeri.

6.2 Saran

1. Perawat dan tenaga medis lain di Poli Onkologi RSUD Dr. Soetomo diharapkan untuk melakukan sosialisasi dan melaksanakan meditasi kepada klien kanker payudara yang mengalami nyeri ringan dan sedang untuk membantu agar dapat menurunkan nyeri yang dialami.
2. Pada penelitian lebih lanjut diharapkan agar melakukan penelitian tentang pengaruh meditasi terhadap penurunan intensitas nyeri dengan jumlah responden yang lebih banyak dan waktu penelitian yang lebih lama agar dapat digeneralisasikan.
3. Dukungan berupa sarana dan prasarana, juga waktu pelaksanaan meditasi dari pihak RSUD Dr. Soetomo sangat diperlukan agar dapat melangsungkan

meditasi sebagai penatalaksanaan nyeri ringan dan nyeri sedang pada poliklinik tersebut.

4. Perlu penelitian lebih lanjut mengenai modifikasi meditasi dengan terapi analgesik.

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Andrews, *et al.* 1998. *Mastering Medical-Surgical Nursing*. Hal. 259-261. Concord : McGraw Hill
- Andrew. 2005. www.medicastore.com. Jum'at 14 April. 2006. 13.37
- Aziz A, Alimul. 2003. *Riset Keperawatan&Teknik Penulisan Ilmiah*. Hal 4-35. Jakarta : Salemba Medika
- Bima. 2006. www.ipb.ac.id. Jum'at 14 April 2006. 13.00
- Black&Jacobs.1997. *Medical-Surgical Nursing* 5th ed. Page 564 Philadelphia : WB Saunders Company
- Brunner & Suddart. 1996. *Textbook of Medical-Surgical Nursing* Ed.1. hal.2251. Philadelphia: Lippincott-Ravern Publishers
- Brunner & Suddart. 1996. *Keperawatan Medikal Bedah* Ed.2. hal 1578-1614. Jakarta : EGC
- Burns & Grove. 1999. *Understanding Nursing Research* 2nd ed. Hal. 45-56. Philadelphia: WB Saunders Company
- Cox, Helen C. 1995. *Critical Applications of Nursing Diagnosis*. Hal. 236-239. Concord :
- Davis et al. 1995. *Panduan Relaksasi & Reduksi Stres* Ed. 3. hal. 34-432. Jakarta : EGC
- Dempsey & Dempsey. 1996. *Nursing Research with Basic Statistical Applications*. Hal. 1167-1173. Boston: Little Brown Inc
- Dewit, Susan C. 1998. *Essentials of Medical-Surgical Nursing*. Hal. 591-596. Philadelphia : WB. Saunders
- Gale & Charrete. 1999. *Rencana Asuhan Keperawatan Onkologi*. Hal. 27-38. Jakarta : EGC
- Grady, Louis O. 1995. *A Practical Approach to Breast Cancer*. Hal. 22-24. USA : Library of Congres
- Ignatius, Donna D. 1991. *Medical-Surgical Nursing a Nursing Process Approach*. Hal. 264. Philadelphia : WB Saunders Company
- John et al.. 1995. *Health for Effective Living*. Pensiylvania : Springhouse

- Jong, Wim de. 2004. *Kanker, Apakah Itu? Pengobatan, Harapan Hidup, dan Dukungan Keluarga*. Jakarta : Arcan
- Kee&Hayes. 1996. *Farmakologi Pendekatan dan Proses Keperawatan*. Jakarta : EGC
- Long, Barbara. 1996. *Perawatan Medikal Bedah (Suatu Pendekatan Proses Keperawatan)*. Bandung : IAPK
- National safety Council. 2003. *Manajemen Stress* hal.86-90. Jakarta: EGC
- Nursalam. 2003. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Jakarta :Salemba Medika
- Nursalam & Pariani. 2001. *Metodologi Riset Keperawatan*. Jakarta : CV. Sari Agung Seto.
- Manguatmodjo, S. 1997. *Pengantar Statistik*. Jakarta :Rineka Cipta
- Perry & Potter. 1997. *Fundamental of Nursing Concepts, Process, and Practice*.Ed. 2. Boston : Mosby
- Priharjo, Robert. 1993. *Perawatan Nyeri Pemenuhan Aktivitas Istirahat Pasien*. Jakarta: EGC
- Rasmun. 2004. *Stres, Koping dan Adaptasi*. Jakarta : Agung Seto
- Sabiston. 1995. *Buku Ajar Bedah* bag 1. Jakarta : EGC
- Satroarmoro & Ismael. 2002. *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis* ed.2. Jakarta : Agung Seto
- Sukardja, IDG. 2000. *Onkologi Klinik*. Surabaya : Airlangga University Press
- Velde *et al.* 1996. *Onkologi*. Yogyakarta : Gadjah Mada University Press
- Walls, Sarah. 2006. www.cancer.gov. Jum'at 14 April 2006. 12.15
- Warfield, Carol. 1993. *Principles and Practice of Pain Management*. Boston : McGraw-Hill, Inc
- Wilson. 1993. *Introducing Research in Nursing* 2nd ed. Concord : Addison-Wesley Nursing

LAMPIRAN



IR-PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
 DEPARTEMEN PENDIDIKAN NASIONAL
 UNIVERSITAS AIRLANGGA SURABAYA
 FAKULTAS KEDOKTERAN

PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN
 Jl. Mayjen Prof. Dr. Moestopo 47 Surabaya Kode Pos 60131
 Telp : (031) 5012496 – 5014067 Fax : 031- 5022472

Surabaya, 7 April 2006

Nomor : 320 / J03.1.17/PSIK & DIV PP / 2006
 Lampiran : 1 Lembar
 Perihal : Permohonan Bantuan Fasilitas Pengumpulan
 Data Awal Mahasiswa PSIK-FK UNAIR

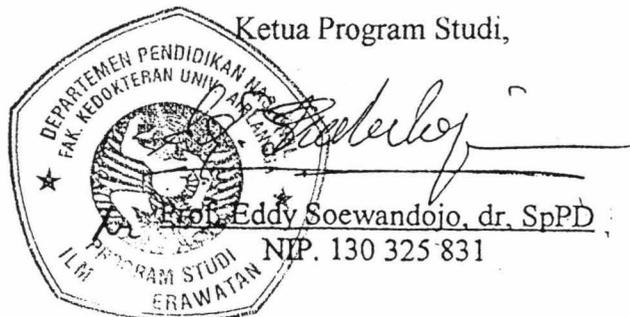
Kepada Yth.
 Direktur Rumah Sakit Dr. Soetomo Surabaya
 di
 Tempat

Dengan hormat,
 Sehubungan dengan akan diadakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya, maka kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini dalam mengumpulkan data awal sebagai bahan untuk menyusun proposal penelitian.

Nama : Ika Larasati S.
 NIM : 010210400 B
 Rencana Judul Penelitian : Efektifitas Relaksasi (Nafas Dalam) Terhadap Penurunan
 Intensitas Nyeri Klien Kanker Payudara
 Tempat : RSUD. Soetomo

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih

Ketua Program Studi,



Tembusan :

1. Kepala Litbang RSUD. Soetomo Surabaya
2. Kepala Poli Onkologi RSUD. Soetomo Surabaya

Lampiran 2

LEMBAR PERMINTAAN MENJADI RESPONDEN

Kepada.

Yth. Ibu/Saudari responden

Nama saya Ika Larasati S, Mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya Angkatan A2. sebagai persyaratan tugas akhir mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya, saya bermaksud melakukan penelitian dengan judul “Pengaruh Meditasi terhadap Penurunan Intensitas Nyeri pada Klien Kanker Payudara di Poli Onkologi RSUD Dr. Soetomo Surabaya”.

Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran tentang pengaruh meditasi terhadap penurunan intensitas nyeri pada klien kanker payudara di RSUD Dr. Soetomo Surabaya Sehingga hasil penelitian ini diharapkan akan bermanfaat dalam upaya peningkatan kesehatan dalam pemberian asuhan keperawatan.

Penulis mengharapkan kiranya Ibu/Saudari berkenan mengisi pertanyaan berikut ini tanpa ragu-ragu, karena kerahasiaan informasi ini akan dijamin. Untuk itu dalam pengisian kuesioner ini tidak perlu mencantumkan nama dan alamat.

Demikian lembar permintaan menjadi responden telah saya buat, atas bantuan Ibu/Saudari saya ucapkan terima kasih.maka dengan demikian, Ibu/Saudari telah ikut mempunyai andil dalam perkembangan kemajuan bidang keperawatan, dengan ikut serta dalam penelitian ini. Terima kasih atas

Surabaya, Juni 2006

Peneliti

Lampiran 3

INFORMED CONSENT
(Persetujuan Keikutsertaan dalam Penelitian)

Setelah mendapatkan penjelasan mengenai penelitian yang berjudul Pengaruh Meditasi terhadap Penurunan Intensitas Nyeri pada Klien Kanker Payudara di Poli Onkologi RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Bersama ini saya menyatakan bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian tersebut, selama pelaksanaan penelitian, saya boleh mengundurkan diri untuk tidak menjadi responden pada penelitian ini bila dirasa kurang berkenan dan mengganggu saya.

Peneliti,

Surabaya, Juni 2006

Responden,

Ika Larasati S.

.....

NIM. 010210400B

Lampiran 4

**SATUAN ACARA KEGIATAN
TEKNIK MEDITASI UNTUK MENGURANGI INTENSITAS NYERI
PADA KLIEN KANKER PAYUDARA DI POLI ONKOLOGI RSU DR.
SOETOMO SURABAYA**

Tempat : Ruangan Poli Onkologi RSU Dr. Soetomo

Sasaran : Klien Kanker Payudara Stadium Akhir.

Hari/tanggal :

Jam :

Alokasi waktu : 20 menit

A. TUJUAN

1. Tujuan Instruksional Umum (TIU) : Setelah mendapat pembelajaran meditasi selama 20 menit klien kanker payudara stadium akhir diharapkan mampu melakukan teknik meditasi.
2. Tujuan Instruksional Khusus (TIK) : Setelah mendapatkan pembelajaran meditasi, diharapkan klien dapat melakukan teknik meditasi dengan baik dan benar.

B. ALAT DAN BAHAN

1. CD meditasi
2. Discman
3. Karpet
4. Ruangan tertutup dengan ventilasi cukup
5. Lampu yang redup

C. MATERI

Teknik meditasi :

1. Memilih posisi yang paling nyaman untuk duduk
2. Memejamkan mata dan memusatkan perhatian pada bagian tubuh yang menyentuh bantal atau kursi.
3. Pernafasan.
4. Mata tertutup, tarik nafas dalam beberapa kali dan perhatikan kualitas pernapasan tersebut.
5. Mempertahankan sikap pasif.
6. Melakukan Meditasi eksklusif dengan iringan musik pada CD.
7. Mengambil dan menghembuskan nafas yang lembut mengurangi nyeri yang dirasakan sedikit demi sedikit.

Cara melakukannya :

- a) Atur sikap tubuh dan pusatkan diri. Lakukan beberapa kali pernafasan dalam. Tutup mata atau tunjukkan pandangan pada satu titik di lantai, kira-kira empat kaki di depan meditator. Mata dapat atau tidak perlu dipusatkan.
- b) Melakukan pernafasan perut yang dalam, tetapi tidak dipaksa. Sambil melakukannya, pusatkan perhatian pada tiap tahap pernafasan : tarik nafas, peralihan (pada saat berhenti menarik nafas dan mulai mengeluarkan nafas), hembuskan nafas, istirahat, peralihan (mulai menarik nafas), dan seterusnya.
- c) Pada saat menghembuskan nafas, klien mendengarkan musik untuk meditasi, sambil terus mengambil dan menghembuskan nafas. Hingga musik berhenti mengalun.

D. KEGIATAN PENYULUHAN

No	Kegiatan Penyuluhan	Kegiatan Peserta	Waktu
I	PEMBUKAAN	Menjawab salam	5 menit
1	Memberikan salam	Mendengarkan	
2	Memperkenalkan diri	Mendengarkan	
3	Menjelaskan maksud pertemuan		
II	PENYAJIAN MATERI		10 menit
1	Menjelaskan pengertian, maksud dan tujuan meditasi kepada klien	Mendengarkan dan Melihat	
2	Mendemonstrasikan teknik meditasi	Menjawab pertanyaan	
3	Menanyakan kepada klien apakah sudah mengerti tentang materi yang diberikan	Mendengarkan	
4	Memberikan kesempatan kepada klien untuk bertanya	Bertanya	
5	Menjawab pertanyaan klien	Mendengarkan	
III	PENUTUP		5 menit
1	Melakukan evaluasi singkat		
2	Menutup pertemuan/mengucapkan terima kasih atas perhatian klien.		

E. METODE

1. Ceramah

2. Tanya jawab
3. Demonstrasi

F. EVALUASI

1. Struktur : Pelaksanaan yang diharapkan
2. Proses : Melalui prosedur tahapan penyuluhan
3. Hasil : Diharapkan 100% mampu dan mau melaksanakan teknik meditasi

G. SUMBER

1. Dewit, Susan C. 1998. *Essentials of Medical-Surgical Nursing*. Philadelphia : WB. Saunders
2. National safety Council. 2003. *Manajemen Stress* hal.86-90. Jakarta: EGC.

Lampiran 5

**PETUNJUK PELAKSANAAN
PENGARUH MEDITASI TERHADAP PENURUNAN INTENSITAS
NYERI PADA KLIEN KANKER PAYUDARA RSUD Dr. SOETOMO
SURABAYA**

Hari/tanggal :

Ruang perawatan : Poli Onkologi RSUD Dr. Soetomo Surabaya

Petunjuk pelaksanaan teknik meditasi :

1. Memilih posisi yang paling nyaman untuk duduk
2. Memejamkan mata dan memusatkan perhatian pada bagian tubuh yang menyentuh bantal atau kursi.
3. Pernafasan.
4. Mata tertutup, dengan aba-aba dari instruktur, tarik nafas dalam beberapa kali dan perhatikan kualitas pernapasan tersebut.
5. Mempertahankan sikap pasif
6. Melakukan Meditasi eksklusif
7. Mengambil dan menghembuskan nafas yang lembut mengurangi nyeri yang dirasakan sedikit demi sedikit.

Cara melakukannya :

1. Mengatur sikap tubuh dan pusatkan diri. Lakukan beberapa kali pernafasan dalam. Tutup mata. Melakukan pernafasan perut yang dalam, tetapi tidak dipaksa. Sambil melakukannya, pusatkan perhatian pada tiap tahap pernafasan: tarik nafas, peralihan (pada saat berhenti menarik nafas dan mulai mengeluarkan nafas), hembuskan nafas, istirahat, peralihan (mulai menarik nafas), dan seterusnya.

2. Pada saat menghembuskan nafas, klien mendengarkan musik untuk meditasi, sambil terus mengambil dan menghembuskan nafas. Hingga musik berhenti mengalun.

Lampiran 6

LEMBAR KUESIONER
PENGARUH MEDITASI TERHADAP PENURUNAN INTENSITAS
NYERI PADA KLIEN KANKER PAYUDARA RSUD Dr. SOETOMO
SURABAYA

Tanggal Penelitian :

No kode responden :

Peneliti : Ika Larasati S

Petunjuk :

Berikan tanda “ V” pada kotak yang Anda anggap sesuai dengan diri Anda:

A. Karakteristik responden :	Diisi oleh petugas
1. No Responden :	<input type="checkbox"/>
2. Umur responden :	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1. 18-40	
<input type="checkbox"/> 2. 40-60 tahun	
<input type="checkbox"/> 3. Diatas 60 tahun	
3. Tingkat pendidikan :	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1.SD	
<input type="checkbox"/> 2.SMP	
<input type="checkbox"/> 3.SMU	
<input type="checkbox"/> 4.Perguruan Tinggi	
4. Status perkawinan	
<input type="checkbox"/> 1. Menikah	
<input type="checkbox"/> 2. Belum menikah	<input type="checkbox"/>

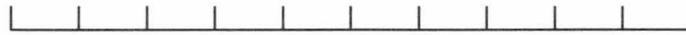
B. Kuesioner nyeri sebelum dan sesudah perlakuan

1. Apakah anda merasakan nyeri saat ini?

1. Tidak

2. Ya

2. Jika nyeri, tunjukkan pada titik mana nyeri yang Anda rasakan saat ini ?



0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Tidak nyeri

Nyeri berat

3. Jika digambarkan dalam interval nyeri, pada interval mana nyeri yang Anda rasakan saat ini ?

1. 0=Tidak nyeri

2. 1-3=Nyeri ringan

3. 4-6=Nyeri sedang

4. 7-9=Nyeri Berat

5. 10=Nyeri sangat berat

	Ya	Tidak
1. 0=Tidak nyeri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 1-3=Nyeri ringan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 4-6=Nyeri sedang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 7-9=Nyeri Berat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 10=Nyeri sangat berat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lampiran 7

LEMBAR OBSERVASI**Pengaruh Meditasi Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri pada Klien Kanker Payudara****Observasi sesudah perlakuan**

Bagaimana perkembangan nyeri yang Anda rasakan saat ini? Anda dapat memberi tanda lebih dari satu, sesuai dengan kondisi yang Anda rasakan saat ini !

Karakteristik Nyeri	Kategori Nyeri	Kode Peneliti
<input type="checkbox"/> Tidak ada nyeri sama sekali pada tubuh <input type="checkbox"/> Tidak merasakan sesuatu yang menyakitkan pada badan	0 (Tidak Nyeri)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sedikit nyeri <input type="checkbox"/> Nyeri dirasakan hilang timbul, kadang-kadang <input type="checkbox"/> Nyeri sedikit lebih kuat dari nyeri pilihan diatas <input type="checkbox"/> Ada sedikit nyeri yang mengganggu aktifitas <input type="checkbox"/> Nyeri cukup mengganggu tapi dapat dikontrol dengan tindakan (gerakan-gerakan, istirahat, dll) <input type="checkbox"/> Nyeri mengganggu dalam berkonsentrasi tapi masih dapat berkomunikasi dengan baik	1-3 (Nyeri ringan)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Nyeri mengganggu kerja, tapi masih dapat dikontrol dengan nafas dalam dan relaksasi <input type="checkbox"/> Masih dapat mengikuti perintah dengan baik, meski dalam keadaan nyeri <input type="checkbox"/> Nyeri bertahan lebih dari 30 menit <input type="checkbox"/> Masih dapat menjelaskan nyeri dan lokasi nyeri <input type="checkbox"/> Nyeri tidak bisa dihindari dalam waktu yang lama tapi masih dapat bekerja dan berpartisipasi dalam aktifitas sosial	4-6 (Nyeri sedang)	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/> Nyeri dirasa membuat menyeringai atau mendesis saat aktifitas, dapat merespon terhadap perintah. <input type="checkbox"/> Nyeri dapat menyebabkan sulit konsentrasi dan sulit tidur <input type="checkbox"/> Tidak dapat menjelaskan nyeri yang dirasa, tapi masih dapat menunjukkan lokasi <input type="checkbox"/> Nyeri yang menyebabkan tidak dapat melakukan aktivitas berat, mual dan pusing <input type="checkbox"/> Nyeri yang dirasakan sampai tidak dapat mengikuti perintah <input type="checkbox"/> Tidak bisa bicara, menangis dan bingung <input type="checkbox"/> Nyeri tidak dapat diatasi dengan alih posisi dan nafas dalam aktivitas, dapat merespon terhadap perintah.	<p style="text-align: center;">7-9 (Nyeri berat)</p>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Penurunan tingkat kesadaran (shock) <input type="checkbox"/> Tidak dapat berkomunikasi, tidak dapat mengikuti perintah, mengejan, menarik-narik, nyeri tak tertahankan.	<p style="text-align: center;">10 (Nyeri sangat berat)</p>	<input type="checkbox"/>

Lampiran 8

SKRIP FASILITATOR MEDITASI

Fokuskan perhatian Anda, pemikiran Anda, perasaan Anda, pada udara yang mengalir di saluran pernapasan Anda...., tarik nafas...., hembuskan..., tarik nafas lebih dalam..., sekali tarikan nafas dan hembusan nafas ini membuat Anda tidak lagi merasa nyeri, nyeri Anda hilang, pergi jauh-jauh bersama udara yang Anda hembuskan. Pusatkan pikiran Anda pada perjalanan udara di dalam pernafasan yang Anda lakukan..., tarik nafas..., hembuskan..., tarik nafas lebih dalam..., hembuskan.... tarikan nafas dan hembusan ini akan membuat rasa nyeri Anda hilang, dan Anda merasa lebih segar.

requencies

Statistics

		Usia Kelompok Perlakuan	Usia Kelompok Kontrol	Pendidikan Kelompok Perlakuan	Pendidikan Kelompok Kontrol	Status Perkawinan Kelompok Perlakuan	Status Perkawinan Kelompok Kontrol	Pre Kelompok Perlakuan	Pre Kelompok Kontrol	Post Kelompok Perlakuan	Post Kelompok Kontrol
N	Valid	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Frequency Table

Usia Kelompok Perlakuan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 18 - 40 tahun	5	62.5	62.5	62.5
40 - 60 tahun	2	25.0	25.0	87.5
>60 tahun	1	12.5	12.5	100.0
Total	8	100.0	100.0	

Usia Kelompok Kontrol

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 18 - 40 tahun	2	25.0	25.0	25.0
40 - 60 tahun	5	62.5	62.5	87.5
>60 tahun	1	12.5	12.5	100.0
Total	8	100.0	100.0	

Pendidikan Kelompok Perlakuan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid SD	1	12.5	12.5	12.5
SMP	4	50.0	50.0	62.5
SMU	3	37.5	37.5	100.0
Total	8	100.0	100.0	

Pendidikan Kelompok Kontrol

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid SD	3	37.5	37.5	37.5
SMP	2	25.0	25.0	62.5
SMU	2	25.0	25.0	87.5
Perguruan Tinggi	1	12.5	12.5	100.0
Total	8	100.0	100.0	

Status Perkawinan Kelompok Perlakuan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Menikah	8	100.0	100.0	100.0

Status Perkawinan Kelompok Kontrol

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Menikah	8	100.0	100.0	100.0

Pre Kelompok Perlakuan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nyeri Ringan	1	12.5	12.5	12.5
	Nyeri Berat	4	50.0	50.0	62.5
	Nyeri Sangat Berat	2	25.0	25.0	87.5
	6.00	1	12.5	12.5	100.0
	Total	8	100.0	100.0	

Pre Kelompok Kontrol

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Nyeri	1	12.5	12.5	12.5
	Nyeri Ringan	1	12.5	12.5	25.0
	Nyeri Sedang	5	62.5	62.5	87.5
	Nyeri Sangat Berat	1	12.5	12.5	100.0
	Total	8	100.0	100.0	

Post Kelompok Perlakuan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	4	50.0	50.0	50.0
	Tidak Nyeri	1	12.5	12.5	62.5
	Nyeri Ringan	3	37.5	37.5	100.0
	Total	8	100.0	100.0	

Post Kelompok Kontrol

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Nyeri	1	12.5	12.5	12.5
	Nyeri Ringan	4	50.0	50.0	62.5
	Nyeri Sedang	2	25.0	25.0	87.5
	Nyeri Sangat Berat	1	12.5	12.5	100.0
	Total	8	100.0	100.0	

NPar Tests

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Pre Kelompok Perlakuan	8	4.2500	1.16496	2.00	6.00
Pre Kelompok Kontrol	8	2.8750	1.12599	1.00	5.00
Post Kelompok Perlakuan	8	.8750	.99103	.00	2.00
Post Kelompok Kontrol	8	2.5000	1.19523	1.00	5.00

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Post Kelompok Perlakuan - Pre Kelompok Perlakuan	Negative Ranks	8 ^a	4.50	36.00
	Positive Ranks	0 ^b	.00	.00
	Ties	0 ^c		
	Total	8		
Post Kelompok Kontrol - Pre Kelompok Kontrol	Negative Ranks	3 ^d	2.00	6.00
	Positive Ranks	0 ^e	.00	.00
	Ties	5 ^f		
	Total	8		

a. Post Kelompok Perlakuan < Pre Kelompok Perlakuan

b. Post Kelompok Perlakuan > Pre Kelompok Perlakuan

c. Pre Kelompok Perlakuan = Post Kelompok Perlakuan

d. Post Kelompok Kontrol < Pre Kelompok Kontrol

e. Post Kelompok Kontrol > Pre Kelompok Kontrol

f. Pre Kelompok Kontrol = Post Kelompok Kontrol

Test Statistics^b

	Post Kelompok Perlakuan - Pre Kelompok Perlakuan	Post Kelompok Kontrol - Pre Kelompok Kontrol
Z	-2.539 ^a	-1.732 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.011	.083

a. Based on positive ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

NPar Tests

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Tingkat Nyeri	16	1.6875	1.35247	.00	5.00
Kelompok	16	1.5000	.51640	1.00	2.00

Mann-Whitney Test

Ranks

	Kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Tingkat Nyeri	Perlakuan	8	5.69	45.50
	Kontrol	8	11.31	90.50
	Total	16		

Test Statistics^b

	Tingkat Nyeri
Mann-Whitney U	9.500
Wilcoxon W	45.500
Z	-2.491
Asymp. Sig. (2-tailed)	.013
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.015 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Kelompok