

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN *CA THYROID* DENGAN
MASALAH KEPERAWATAN NYERI KRONIS DI RUMAH SAKIT TIPE
A SURABAYA**



Oleh :

NOVITA SETYAWATI

NIM. 132113143003

**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

2022



SURAT PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa karya ilmiah akhir ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun.

Surabaya, 09 Juni 2022

Yang Menyatakan



Novita Setyawati
NIM. 132113143003



HALAMAN PENGESAHAN

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN *CA THYROID* DENGAN
MASALAH KEPERAWATAN NYERI KRONIS DI RUMAH SAKIT TIPE
A SURABAYA**

Oleh :

Novita Setyawati

NIM. 132113143003

TELAH DISETUJUI

Pada Tanggal, 09 Juni 2022

Oleh

Pembimbing



Dr. Sriyono, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,SP.Kep.MB
NIP.197011202006041001

Mengetahui,

a.n Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Airlangga
Wakil Dekan I



Dr. Ika Yuni Widyawati, S.Kep.,Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB
NIP.197806052008122001

LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN CA *THYROID* DENGAN
MASALAH KEPERAWATAN NYERI KRONIS DI RUMAH SAKIT TIPE
A SURABAYA**

Oleh :

Novita Setyawati

NIM. 132113143003

Telah Diuji

Pada Tanggal, 15 Juni 2022

PANITIA PENGUJI

Ketua : Candra Panji Asmoro, S.Kep.,Ns., M.Kep
NIP. 198706032019031009

(..........)

Anggota : Dr. Sriyono, S.Kep.,Ns., M.Kep.,Sp.Kep.MB
NIP. 197011202006041001

(..........)

Mengetahui,

a.n Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Airlangga
(Wakil) Dekan I



Dr. Ika Yuni Widyawati, S.Kep.,Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB
NIP.197806052008122001

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur kehadiran Allah SWT, berkat rahmat, hidayah, dan limpahan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Ca Thyroid* Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Kronis Di Rumah Sakit Tipe A Surabaya”**. Karya ilmiah akhir ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ners (Ns) di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.

Penulisan karya ilmiah akhir ini tidak lepas dari bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak, oleh karena itu pada kesempatan ini perkenankanlah penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Prof. Dr. Ah. Yusuf S., S.Kp., M.Kes selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Pendidikan Profesi Ners.
2. Dr. Ika Yuni Widyawati, S.Kep.,Ns., M.Kep.,Sp.Kep.MB selaku Wakil Dekan 1 Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Pendidikan Profesi Ners.
3. Dr. Sriyono, S.Kep.,Ns., M.Kep.,Sp.Kep.MB selaku dosen pembimbing KIA yang telah memberikan kesempatan, waktu, bimbingan, arahan, bantuan ilmu, informasi, dan motivasi sehingga penulisan karya ilmiah akhir ini dapat terselesaikan dengan baik dan tepat waktu.
4. Bapak Candra Panji Asmoro, S.Kep., Ns., M.Kep selaku dosen penguji KIA yang telah memberikan masukan, saran, dan arahan sehingga penulisan karya ilmiah akhir ini dapat terselesaikan dengan baik.
5. Perawat ruangan rumah sakit tempat pengambilan data sebagai pembimbing klinik yang telah membantu, memberikan bimbingan, serta arahan dalam proses pengkajian hingga pelaksanaan intervensi keperawatan.
6. Seluruh Dosen dan Staff Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah mendidik, membimbing serta memberikan ilmu dan bantuan selama perkuliahan.
7. Pasien dan keluarga yang telah bersedia kooperatif dalam memberikan informasi pada saat pengambilan data dan melakukan intervensi.

8. Kedua orang tua saya, Bapak Mujiono dan Ibu Sarni yang selalu memberikan dukungan doa, kasih sayang, semangat, dan motivasi dalam menyelesaikan karya ilmiah ini.
9. Teman-teman baik saya yang selalu memberikan dukungan dan berjuang bersama dalam penulisan KIA.
10. Teman-teman profesi A17 yang berjuang bersama menjalani perkuliahan.
11. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu, yang telah membantu dan menjadi bagian dari proses pengerjaan karya ilmiah akhir ini.

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang terlibat dalam penyelesaian karya ilmiah akhir ini. Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun guna perbaikan kedepannya. Semoga karya ilmiah ini dapat bermanfaat bagi penulis, pembaca, dan perkembangan ilmu.

Surabaya, 15 Juni 2022

Novita Setyawati

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN *CA THYROID* DENGAN MASALAH KEPERAWATAN NYERI KRONIS DI RUMAH SAKIT TIPE A SURABAYA

Novita Setyawati

Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Pendahuluan : Kanker tiroid stadium lanjut dapat memunculkan gejala nyeri yang dapat berpengaruh pada kualitas hidup pasien. Intervensi keperawatan berupa terapi musik dilakukan untuk membantu menurunkan tingkat nyeri serta memberikan kualitas hidup terbaik bagi pasien paliatif. Tujuan dari penelitian adalah menjelaskan pengaruh terapi musik terhadap penurunan tingkat nyeri pada pasien kanker. **Metode :** penelitian ini menggunakan desain studi kasus tunggal dengan sampel penelitian adalah pasien kanker tiroid. Pengukuran nyeri menggunakan *Numeric Rating Scale* (NRS) dan pengukuran dilakukan setiap hari setelah dilakukan intervensi, yang diberikan 1 kali setiap hari dengan durasi 20 menit. **Hasil dan Pembahasan :** Setelah dilakukan intervensi keperawatan berupa terapi musik, didapatkan penurunan skala nyeri yaitu dari skala nyeri 5/10 menjadi 4/10 pada hari ke 3 pemberian intervensi, namun hasil ini belum maksimal karena pasien masih mengerang kesakitan. Faktor yang mempengaruhi hasil intervensi tersebut tidak maksimal yaitu karena durasi pemberian intervensi yang cukup singkat yaitu hanya 3 hari. **Kesimpulan :** Diagnosis prioritas yang ditemukan dalam studi kasus yaitu nyeri kronis. Dalam studi kasus ini intervensi terapi musik terbukti dapat menurunkan tingkat nyeri pasien, namun intervensi yang diberikan belum maksimal, dan rentang waktu pemberian perlu diperhatikan untuk mendapatkan hasil yang optimal.

Kata Kunci : *Ca Thyroid*, Terapi Musik, Nyeri Kronis



ABSTRACT

NURSING CARE IN CA THYROID PATIENTS WITH NURSING PROBLEMS OF CHRONIC PAIN IN TYPE A HOSPITAL SURABAYA

Novita Setyawati

Faculty of Nursing Airlangga University

Introduction: Advanced thyroid cancer can cause symptoms of pain that can affect the patient's quality of life. Nursing interventions in the form of music therapy are carried out to help reduce pain levels and provide the best quality of life for palliative patients. The purpose of this study was to explain the effect of music therapy on reducing pain levels in cancer patients. **Methods:** This study used a single case study design with the research sample being patients with thyroid cancer. Measurement of pain using the Numeric Rating Scale (NRS) and measurements were made every day after the intervention was given once a day with a duration of 20 minutes. **Results and Discussion:** After nursing intervention in the form of music therapy, there was a decrease in the pain scale, namely from a pain scale of 5/10 to 4/10 on the 3rd day of giving the intervention, but this result was not optimal because the patient was still groaning in pain. The factor that influenced the outcome of the intervention was not optimal, namely because the duration of the intervention was quite short, which was only 3 days. **Conclusion:** The priority diagnosis found in the case study is chronic pain. In this case study, music therapy intervention is proven to reduce the patient's pain level, but the intervention given is not optimal, and the time span of administration needs to be considered to get optimal results.

Keywords: Thyroid Ca, Music Therapy, Chronic Pain



DAFTAR ISI

KARYA ILMIAH AKHIR	i
SURAT PERNYATAAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI	iv
UCAPAN TERIMA KASIH.....	v
ABSTRAK	vii
<i>ABSTRACT</i>	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
DAFTAR SINGKATAN	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Batasan Masalah.....	5
1.3 Rumusan Masalah	5
1.4 Tujuan.....	5
1.4.1 Tujuan Umum	5
1.4.2 Tujuan Khusus	5
1.5 Manfaat.....	6
1.5.1 Manfaat Teoritis	6
1.5.2 Manfaat Praktis	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1 Konsep Kanker Tiroid	7
2.1.1 Anatomi dan Fisiologi Kelenjar Tiroid	7
2.1.2 Definisi.....	8
2.1.3 Faktor Resiko	9
2.1.4 Klasifikasi	13
2.1.5 Manifestasi	16
2.1.6 Patofisiologi	17
2.1.7 WOC	18
2.1.8 Pemeriksaan	21
2.1.9 Penatalaksanaan	23
2.2 Konsep Nyeri Pada Kanker	25
2.2.1 Definisi.....	25
2.2.2 Mekanisme Nyeri pada Kanker.....	25
2.2.3 Klasifikasi Nyeri Kanker.....	27
2.2.4 Sindrom Nyeri Neurologis	29

2.2.5	Penatalaksanaan Nyeri Kanker	30
2.3	Konsep Nyeri Kronis pada Pasien Kanker Tiroid	34
2.3.1	Masalah Keperawatan Nyeri Kronis	34
2.4	Konsep Terapi Musik	36
2.4.1	Definisi	36
2.4.2	Fisiologi Dasar	36
2.4.3	Manfaat	37
2.4.4	Mekanisme	38
2.4.5	Frekuensi untuk Mendengarkan Musik sebagai Terapi	39
2.4.6	Karakteristik Musik yang Bersifat Terapi	39
2.5	Tinjauan Ilmiah Artikel	40
BAB 3 METODE PENELITIAN		47
3.1	Jenis dan Rancangan Penelitian	47
3.2	Lokasi dan Waktu Penelitian	47
3.3	Subjek Penelitian	47
3.4	Definisi Operasional	48
3.5	Metode Pengumpulan Data	49
3.6	Etik Penelitian	51
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN		53
4.1	Hasil Penelitian	53
4.2	Pembahasan	67
4.2.1	Pengkajian	67
4.2.2	Diagnosis Keperawatan	69
4.2.1	Intervensi, Implementasi, dan Evaluasi	71
4.3	Keterbatasan Penelitian	74
BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN		75
5.1	Kesimpulan	75
5.2	Saran	75
Daftar Pustaka		77
Lampiran		82

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Klasifikasi kanker tiroid berdasarkan stadium.....	15
Tabel 2. 2 Gejala dan tanda mayor-minor nyeri kronis (PPNI, 2017)	35
Tabel 2. 3 Tinjauan Artikel Ilmiah asuhan keperawatan pada pasien dengan kasus media <i>ca thyroid</i> dengan masalah keperawatan nyeri kronis di Rumah Sakit Tipe A Surabaya.	41
Tabel 3.1 Definisi Operasional Nyeri Kronis (SDKI-D.0078)	48
Tabel 3.2 Definisi Operasional Terapi Musik.....	49
Tabel 4. 1 Analisa Data Pasien dengan <i>Ca Thyroid</i> di Rumah Sakit Tipe A Surabaya	57
Tabel 4. 2 Intervensi keperawatan pada pasien dengan <i>Ca Thyroid</i> di Rumah Sakit Tipe A Surabaya	61
Tabel 4. 3 Evaluasi pada Tn.S dengan diagnosa <i>Ca Thyroid</i> di Rumah Sakit Tipe A Surabaya	66

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Tiroid.....	7
Gambar 2.2 Perbedaan tiroid normal dan kanker.....	9
Gambar 2.3 WOC Kanker Tiroid.....	20
Gambar 2. 4 Mekanisme terapi musik	38
Gambar 4. 1. <i>Numeric Rating Scale</i>	66

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Lembar Penjelasan bagi Responden	82
Lampiran 2. Lembar Persetujuan Menjadi Responden	84
Lampiran 3. Standar Operasional Prosedur Terapi Musik.....	85

DAFTAR SINGKATAN

ATC	: <i>Anaplastic Thyroid Cancer</i>
BRAF	: <i>B-Rapidly Accelerated Fibrosarcoma</i>
CA	: Kanker
DASS	: <i>Depression Anxiety Stress Scales</i>
dB	: Desibel
FND	: <i>Functional Neurological Disorder</i>
FTC	: <i>Follicular Thyroid Carcinoma</i>
FMTC	: <i>Familial Medullary Thyroid Carcinoma</i>
GABA	: <i>Gamma-aminobutyric Acid</i>
GCS	: <i>Glasgow Coma Scale</i>
Hb	: Hemoglobin
Hz	: Hertz
IASP	: <i>International Association for The Study of Pain</i>
IgF	: Immunoglobulin F
KGB	: Kelenjar Getah Bening
MAPK	: <i>Mitogen-activated Protein Kinase</i>
MEN :	: <i>Multiple Endocrine Neoplasia</i>
MTC	: <i>Medullary Thyroid Cancer</i>
NRS	: <i>Numeric Rating Scale</i>
NMDA	: <i>N-Methyl-D-Aspartate receptor</i>
NSAID	: <i>Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs</i>
PaX8	: Paired-box8
PPAR	: <i>Peroxisome Proliferator-activated Receptor</i>
PPNI	: Persatuan Perawat Nasional Indonesia
PTC	: <i>Papillary Thyroid Carcinoma</i>
SDKI	: Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia
SIKI	: Standar Intervensi Keperawatan Indonesia
SLKI	: Standar Luaran Keperawatan Indonesia
SOP	: Standar Operasional Prosedur
TBG	: <i>Thyroid-binding globulin</i>
TNF	: <i>Tumor Necrosis Factor</i>
TSH	: <i>Thyroid-stimulating hormone</i>
VAS	: <i>Visual Analog Scale</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>
WSD	: <i>Water Shield Drainage</i>

BAB 1

PENDAHULUAN

BAB 1

PENDAHULUAN



1.1 Latar Belakang

Ca Thyroid merupakan salah satu jenis kanker yang paling umum terjadi pada wanita, kanker terbanyak nomor lima di dunia dan terbanyak nomor enam di Indonesia (Suwardjo et al., 2020). Selain itu, kanker tiroid juga merupakan kanker terbanyak pada sistem endokrin (Siswandi et al., 2021). Umumnya penyebab kanker belum diketahui secara pasti, namun terdapat beberapa faktor resiko yang dapat memicu *Ca Thyroid* seperti radiasi, kekurangan atau kelebihan yodium, faktor lingkungan dengan paparan kimia tinggi, kelebihan TSH dan retensi insulin. Kejadian tersebut terbukti di Hawaii dan Jepang yang memiliki insiden tinggi kanker tiroid akibat dari kelebihan yodium primer (Yildirim Simsir et al., 2020). Adapun gejala yang dapat timbul akibat karsinoma tiroid yaitu nyeri pada leher, susah untuk menelan, mengalami sesak napas dan suara serak (Ridho et al., 2018).

Menurut *National Cancer Institute* (2012) menyebutkan bahwa pasien kanker stadium lanjut (stadium 4) akan mengalami nyeri kronis yang disebabkan oleh perkembangan kanker itu sendiri atau prosedur pengobatan seperti kemoterapi yang menyebabkan kerusakan jaringan (Wongkar et al., 2022). Nyeri kronis merupakan gejala yang paling banyak dialami pasien kanker (Ka'arayeno, 2020). Masih banyak pasien kanker stadium 3 dan stadium 4 yang tidak dilakukan pengkajian nyeri dan tidak mendapatkan penanganan nyeri yang adekuat (Ni Luh et al., 2020). Rasa sakit pada pasien kanker yang tidak mendapatkan penanganan dengan tepat dan diabaikan cenderung akan menimbulkan ide untuk bunuh diri

(Thu & Sukartini, 2017). Pada studi kasus ini pasien memiliki keluhan nyeri, dimana nyeri ini terjadi karena perkembangan kanker tiroid pada pasien atau infiltrasi pada kanker. Sehingga, penatalaksanaan untuk mengatasi masalah nyeri yang dialami pasien perlu untuk dijelaskan.

Prevalensi *Ca Thyroid* berdasarkan data dari *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2020 jumlah kasus dari seluruh dunia yaitu 582.202 kasus, dan terus mengalami peningkatan dalam 5 tahun terakhir dengan akumulasi kasus terakhir yaitu 1.984.927 kejadian (Siriwa, 2021). Berdasarkan data *National Cancer Institute* tahun 2017 akan terdapat 56.870 kasus baru dan sebanyak 2010 kasus meninggal akibat *Ca Thyroid* di Amerika Serikat (Baloch & LiVolsi, 2018). Insiden kanker tiroid tercatat mengalami peningkatan pada daerah goiter endemik, di Asia Tenggara tercatat 27% kasus karsinoma tiroid terkait dengan goiter (Armerinayanti, 2017). Prevalensi kanker tiroid di Indonesia sendiri dalam 5 tahun terakhir yaitu sebanyak 38.650 kasus dari semua usia dan jenis kelamin, pada tahun 2020 kanker tiroid menempati urutan ke 12 dari seluruh kanker dan jumlah kasus 13.114 dan terdapat 2.224 kasus meninggal (Siriwa, 2021). Kemudian, di Indonesia wanita menyumbang sebanyak 8000 kasus kanker tiroid (Suwardjo et al., 2020). Data di RSUD Dr. Soetomo Surabaya pada tahun 2015 didapatkan sebanyak 223 pasien kanker tiroid dengan angka kejadian terbanyak usia 40-49 tahun yaitu 26% (Saputri & Meta, 2021).

Kanker tiroid dengan pertumbuhan yang cepat dan agresif cenderung menyebabkan mortalitas, terdapat 10% kasus kematian pada kanker tiroid berdiferensiasi baik, 50% kasus kematian pada diferensiasi buruk, dan 100% kasus kematian pada kanker anaplastik (Siswandi et al., 2021). Berdasarkan

penelitian (Ridho et al., 2018) didapatkan bahwa persentase pasien dengan karsinoma tiroid yang mengeluh adanya gejala yaitu 32,8% dan 67,2% tidak mengalami gejala apapun. Penelitian telah mengungkapkan bahwa 58% hingga 73% dari pasien kanker yang berada di stadium lanjut mengalami nyeri kronis (Thu & Sukartini, 2017). Kejadian nyeri pada pasien kanker yang dilaporkan pada stadium awal 38%, dan 81% pasien melaporkan nyeri pada kanker stadium lanjut dan nyeri dirasakan tergolong dalam nyeri yang lebih berat (Hertanti et al., 2015). Terdapat 70% pasien kanker stadium lanjut (stadium 4) mengalami keluhan nyeri kronis dan tidak mendapatkan penanganan (Wongkar et al., 2022).

Kanker tiroid merupakan kanker yang jarang ditemukan, Namun, angka kejadiannya terus mengalami peningkatan dalam beberapa tahun terakhir (Kitahara et al., 2015). Terjadinya perkembangan tumor dapat menyebabkan kerusakan aktual atau ancaman kerusakan pada jaringan non-saraf yang dapat menstimulus respon nyeri dan disebut dengan nyeri nosiseptif. Kemudian, nyeri nosiseptif yang berlangsung terus menerus dan menimbulkan kerusakan atau lesi pada saraf somatosensori dapat menyebabkan nyeri yang biasa disebut dengan nyeri neuropatik, sehingga nyeri tersebut memiliki sifat neuropatik (Caraceni & Shkodra, 2019). Pertumbuhan kanker dan metastasis kanker yang menyebabkan terjadinya peradangan pada tulang, organ dalam, dan syaraf juga dapat menimbulkan nyeri. Nyeri kronis merupakan gejala utama pada pasien kanker stadium lanjut. (Bennett et al., 2019).

Respon nyeri dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor yang terdiri dari faktor fisiologis, seperti genetik, fungsi neurologi, usia, jenis kelamin, kelemahan. Selain itu juga dapat dipengaruhi oleh faktor budaya yang meliputi pengartian rasa sakit

dan etnis (Thu & Sukartini, 2017). Nyeri pada pasien kanker yang tidak mendapatkan penanganan akan menyebabkan kecemasan, *hopelessness*, *helplessness*, dan keinginan untuk melakukan bunuh diri (Hertanti et al., 2015). Sehingga, penilaian nyeri yang tepat sangat dibutuhkan untuk mendapatkan manajemen yang tepat. Manajemen nyeri merupakan tindakan yang sangat penting pada pasien kanker yang dapat dilakukan dengan cara pengobatan non-farmakologi untuk meningkatkan kenyamanan pasien (Thu & Sukartini, 2017).

Upaya yang dilakukan oleh tenaga medis dan tenaga kesehatan lainnya untuk mengurangi nyeri pada pasien kanker paliatif pada tahun 1950 sangat bergantung pada penggunaan obat-obatan yang memiliki cukup banyak efek samping, oleh sebab itu saat ini penerapan terapi *Complementary and alternative medicine* semakin meningkat untuk membantu terapi obat-obatan, selain terbukti efektif metode tersebut juga memiliki efek samping yang minimal (Nurmalisa, 2020). Perawat memiliki peran dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien nyeri yaitu dengan memberikan tindakan mandiri berupa terapi non-farmakologis (Wigita et al., 2021). Terapi musik merupakan salah satu terapi non-farmakologis yang saat ini cukup berkembang di seluruh dunia karena terbukti dapat menurunkan nyeri pada pasien paliatif kanker, terapi musik juga dapat mengurangi penggunaan analgetik serta efek sampingnya, selain itu juga dapat menekan biaya pengobatan. (Krishnaswaswamy & Nair, 2016).

Terapi musik dalam meta-analisis 97 percobaan terbukti secara signifikan dapat mengurangi nyeri pasien kanker, tekanan emosional, penggunaan anastesi, dan opioid pada populasi umum (Deng, 2019). Kemudian, berdasarkan penelitian dari (Kada et al., 2020) menunjukkan bahwa terdapat penurunan skala nyeri pada

pasien kanker payudara sebelum dan setelah diberikan terapi musik dan *art therapy*. Hal ini didukung oleh penelitian (Krishnaswaswamy & Nair, 2016) bahwa terapi musik dapat menurunkan nyeri pada pasien kanker dengan skala nyeri sedang hingga berat. Sehingga, pada studi kasus ini pemberian intervensi terapi musik dipilih untuk menurunkan nyeri pada pasien dengan kanker tiroid, kemudian juga untuk melihat efektifitas terapi musik dalam menurunkan nyeri kronis pada pasien kanker tiroid stadium lanjut. Serta diharapkan dapat dijadikan pedoman dalam pemberian intervensi non-farmakologis pada pasien kanker tiroid dengan keluhan yang sama.

1.2 Batasan Masalah

Batasan masalah pada KIA ini adalah mengidentifikasi diagnosis dan intervensi keperawatan pada pasien yang dirawat di rumah sakit minimal selama 3 hari.

1.3 Rumusan Masalah

Bagaimana asuhan keperawatan pada pasien *Ca Thyroid* dengan masalah keperawatan nyeri kronis di Rumah Sakit Tipe A Surabaya.

1.4 Tujuan

1.4.1 Tujuan Umum

Menjelaskan asuhan keperawatan pada pasien *Ca Thyroid* dengan masalah keperawatan nyeri kronis di Rumah Sakit Tipe A Surabaya

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian pada pasien *Ca Thyroid*.
2. Menganalisis prioritas diagnosis keperawatan pada pasien *Ca Thyroid*.

3. Menyusun intervensi keperawatan pada pasien *Ca Thyroid* dengan masalah keperawatan nyeri kronis.
4. Melakukan implementasi keperawatan terapi musik pada pasien *Ca Thyroid* dengan masalah keperawatan nyeri kronis
5. Melakukan evaluasi keperawatan pengaruh pemberian terapi musik untuk menurunkan nyeri kronis pada pasien *Ca Thyroid*.

1.5 Manfaat

1.5.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat dalam penerapan teori keperawatan berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dalam pemberian intervensi keperawatan untuk menurunkan nyeri pasien yang mengalami masalah keperawatan nyeri kronis.

1.5.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Pasien

Penelitian diharapkan dapat bermanfaat bagi pasien dalam menurunkan nyeri akibat kanker tiroid yang diderita dan dapat merasakan manfaat setelah diberikan intervensi sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup pasien.

2. Bagi Perawat

Hasil penelitian diharapkan dapat dijadikan bahan pertimbangan perawat dalam memberikan terapi musik untuk membantu menurunkan keluhan nyeri pada pasien.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

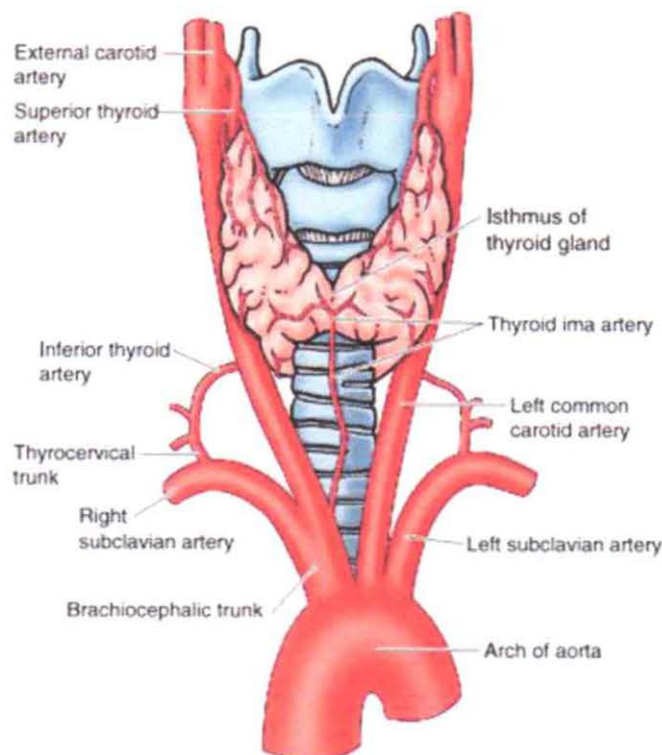
TINJAUAN PUSTAKA



2.1 Konsep Kanker Tiroid

2.1.1 Anatomi dan Fisiologi Kelenjar Tiroid

Tiroid merupakan kelenjar yang terletak dibelakang muskulus *sternothyroideus* dan muskulus *sternohyoideus* yang berada setinggi vertebra cervikalis V hingga vertebra thorakalis I. Kelenjar tiroid terdiri dari dua lobus yaitu lobus dextra dan lobus sinistra yang terletak disebelah anterolateral dari trakea dan laring. Terdapat banyak vaskularisasi pada kelenjar tiroid yang berasal dari arteri tiroidea sinistra dan tiroidea dextra yang merupakan cabang dari arteri karotis interna dextra dan sinistra yang menembus bagian fascia pretrakealis dan kemudian menuju ke masing-masing kutub lobus kelenjar tiroid (Merizky et al., 2020).



Gambar 2.1 Anatomi Tiroid (Ardhiansyah, 2019)

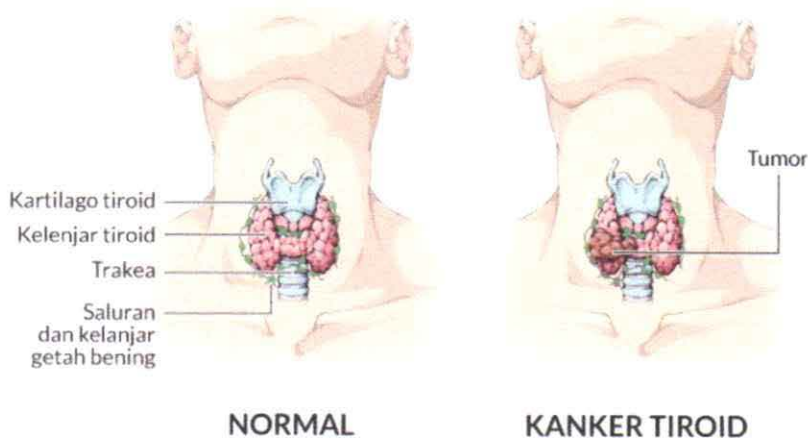
Berat kelenjar tiroid pada orang dewasa normal yaitu 10-15 gram (0,4 hingga 0,5 ons), meskipun sebenarnya memiliki kapasitas untuk tumbuh yang lebih besar. Lobus tiroid, serta tanah genting, mengandung beberapa kantung bola kecil atau yang disebut dengan folikel. Folikel-folikel dilapisi oleh folikelsel berisi cairan yang dikenal dengan koloid yang mengandung prohormon triglobulin. Kandungan enzim dalam folikel dibutuhkan untuk mensistesis triglobulin serta enzim yang dibutuhkan untuk melepaskan hormon tiroid dari triglobulin.

Kelenjar tiroid merupakan penghasil hormon tiroid utama yang disebut dengan tiroksin (T4), bentuk aktif tiroksin adalah triiodotironin (T3) yang sebagian besar merupakan bentuk perubahan dari T4 di perifer dan sebagian kecil lainnya dihasilkan di kelenjar tiroid. T4 akan dilepaskan terbagi menjadi dua, sebagian besar dilepaskan ke sirkulasi dan untuk sebagian kecilnya deionisasi untuk selanjutnya akan mengalami daur ulang. Tiroksin akan diikat oleh *thyroid-binding globulin* (TBG) setelah beredar ke sirkulasi. Adenohipofisis menghasilkan *thyroid-stimulating hormone* (TSH) yang dapat mengendalikan sekresi hormon tiroksin. Keseimbangan hormon tiroid diatur oleh jumlah hormon tiroid yang beredar dalam darah yang merupakan umpan balik positif terhadap adenohipofisis dan *thyroid-stimulating hormone* (TSH) yang dihasilkan oleh hipotalamus (Merizky et al., 2020). Kelenjar tiroid juga memiliki peranan yang penting untuk mengatur laju metabolisme tubuh, menghasilkan energi, dan mengatur fungsi organ, seperti jantung dan otak.

2.1.2 Definisi

Tumor atau kanker atau nodul tiroid merupakan tumor yang terjadi pada kelenjar tiroid. Kelenjar tiroid bisa membentuk berbagai neoplasma mulai dari

adenoma atau tumor jinak hingga karsinoma anaplastik yang bersifat sangat agresif dan dapat bermetastase. Sebagian dari kanker tiroid berasal dari sel folikuler yang berdiferensiasi baik (Merizky et al., 2020). Karsinoma tiroid merupakan jenis kanker yang berasal dari kelenjar endokrin dan masuk dalam kanker terbanyak yang terjadi pada sistem endokrin. Sebagian besar keganasan pada kelenjar tiroid berasal dari epitel kelenjar dan folikel sel tiroid. Nodul dengan pertumbuhan yang cepat dan agresif kemungkinan pengobatannya cukup sulit dan menyebabkan mortalitas yang tinggi (Siswandi et al., 2021).



Gambar 2.2 Perbedaan tiroid normal dan kanker

2.1.3 Faktor Resiko

Faktor resiko yang dapat menyebabkan kanker tiroid menurut (Ardhiansyah, 2019) yaitu:

1. Faktor Genetik

Faktor genetik yang mungkin dapat menyebabkan kanker tiroid yaitu usia, biasanya kanker tiroid ini terjadi pada usia kurang dari 25 tahun atau yang sudah lebih dari 50 tahun. Kemudian wanita memiliki resiko yang lebih tinggi dari

laki-laki, dan terdapat riwayat dalam keluarga yaitu MTC pada MEN 2A dan MEN 2B.

2. Zat Karsinogenik

Zat karsinogenik dapat berasal dari hormonal, rangsangan TSH kronis pada FTC ATC. Kemudian, memiliki riwayat radiasi PTC yaitu sebanyak 9%. Kanker tiroid ini dapat terjadi jika seseorang mendapatkan paparan radiasi dengan dosis yang tinggi yaitu lebih dari 20Gy.

3. Lingkungan

Lingkungan menjadi salah satu faktor resiko kanker tiroid, pada beberapa daerah endemis/ kurang iodium akan terjadi peningkatan rangsangan TSH secara terus-menerus dan hal ini memiliki insiden yang lebih tinggi daripada FTC dan ATC. Selain itu penyakit komorbid seperti hipertensi dan penyakit jantung juga menjadi faktor resiko kanker tiroid.

4. Gejala Toxica

Umumnya kanker tiroid tidak menimbulkan gejala *toxica* karena nodul kanker yang sudah mengalami pembesaran tidak memiliki fungsi normal lagi, namun pemeriksaan harus tetap dilakukan untuk mendapatkan hasil yang pasti dari hal tersebut.

Faktor resiko lain yang mungkin menyebabkan terjadinya kanker tiroid (Yildirim Simsir et al., 2020) :

1. Paparan Radiasi

Paparan radiasi mengarah pada penderita kanker tiroid yang usianya dibawah 20 tahun, yang awalnya merupakan gondok nodular kemudian akan berkembang menjadi kanker tiroid. Paparan radiasi ini biasanya didapatkan pada pemeriksaan

CT Scan dan pemberian yodium radioaktif di usia muda. Peningkatan pemeriksaan pencitraan di dunia kedokteran pada saat ini menjadi salah satu faktor yang dapat menyebabkan timbulnya nodul tiroid dan kanker tiroid papiler. Salah satu contoh nyata paparan radiasi yaitu kecelakaan reaktor nuklir Chernobyl pada tahun 19856, dimana pada 2-4 tahun setelahnya terjadi peningkatan kejadian gondok nodular pada anak-anak dan remaja. Kemudian, pada 4 tahun setelah kejadian terjadi peningkatan angka kanker tiroid. *Chernobyl* merupakan radioiodine yang jika terhirup atau tertelan akan menghasilkan tumorigenesis tiroid yang dapat diinduksi radiasi.

2. Yodium

Kekurangan yodium dapat menyebabkan peningkatan hormon TSH yang dapat memicu terjadinya kanker tiroid, namun tidak menutup kemungkinan bahwa seseorang yang mengalami kelebihan yodium juga dapat mengalami kanker tiroid. Hal ini terbukti di Jepang dan Hawaii bahwa terjadi peningkatan kasus kanker tiroid akibat kelebihan yodium primer.

3. Lingkungan

Lingkungan menjadi salah satu faktor resiko kanker tiroid, hal ini terjadi akibat pencemaran bahan kimia yang terdapat pada air, udara, serta makanan. Bahan kimia yang paling banyak terkandung dalam pencemaran lingkungan yaitu Nitrat, karena banyak dimanfaatkan dalam pertanian. Nitrat ini dapat larut dalam air sehingga memiliki kemungkinan yang cukup besar dikonsumsi oleh manusia, nitrat juga sering dijumpai dalam produk makanan nutrisi industri. Selain itu ada beberapa bahan kimia lain yang menjadi faktor resiko kanker tiroid yaitu benzena, pestisida, bisphenol A, formaldehida, polybrominated

diphenyl ether, polychlorinated biphenyl, dan polyhalogenated aromatic hydrocarbons. Lingkungan yang tercemar bahan kimia menjadi faktor resiko kanker tiroid karena bahan kimia yang masuk dalam tubuh dapat menyebabkan gondok nodular yang berkembang menjadi kanker tiroid karena sifat dari genetiknya.

4. Hormon TSH (*Thyroid Stimulating Hormone*)

TSH (*Thyroid-stimulating Hormone*) merupakan molekul proliferasi yang dominan pada tiroid. Jika terjadi peningkatan TSH maka dapat menyebabkan peningkatan kadar tiroid yang cukup signifikan, peningkatan dalam jumlah sedikit namun dalam jangka waktu cukup lama dapat menyebabkan pembentukan gondok, dan seiring waktu dapat menyebabkan kanker tiroid. Pada seseorang dengan berat badan berlebih atau obesitas memiliki TSH yang lebih tinggi dari pada seseorang dengan berat badan normal, yaitu 0,8-2,0 mU/L.

5. Retensi Insulin dan Sindrom Metabolik

Peradangan kronis pada obesitas, sindrom metabolik dan retensi insulin merupakan faktor resiko dari terjadinya berbagai jenis kanker. Pada seseorang yang mengalami obesitas terjadi peningkatan pelepasan faktor proinflamasi dari jaringan adiposa. Faktor proinflamasi ini berperan sebagai mediator sinyal jaringan peritumoral pada pertumbuhan dan perkembangan sel tumor. Ketika terjadi peningkatan jaringan adiposa, sintesis leptin dan peradangan kronis pada jaringan adiposa mengalami pembesaran maka akan menambah sekresi sitokin IL-6 dan TNF yang berperan dalam perkembangan kanker, pertumbuhan, progresi dan juga metastasisnya.

2.1.4 Klasifikasi

Kelenjar tiroid dapat membentuk berbagai neoplasma, dari neoplasma yang memiliki batas yang tegas dan jelas atau disebut adenoma hingga karsinoma anaplastik yang memiliki sifat sangat agresif. Neoplasma tiroid merupakan nodul yang muncul pada kelenjar tiroid (Merizky et al., 2020).

1. Adenoma

Adenoma merupakan jenis neoplasma jinak yang berasal dari epitel folikel. Biasanya adenoma folikel berbentuk soliter dan sulit untuk dibedakan dengan nodul hiperplastik. Adenoma tiroid secara histologis merupakan lesi sferis yang soliter yang dapat menekan jaringan tiroid non neoplastik yang berada disekitarnya. Gambaran histopatologis Adenoma dan karsinoma dapat dibedakan berdasarkan dari invasi kapsul dan/atau invasi pembuluh darah.

2. Karsinoma

1) Karsinoma Papiler

Karsinoma papiler merupakan karsinoma yang paling banyak terjadi pada tiroid. Manifestasi yang muncul yaitu lesi soliter atau multifokal di dalam kelenjar tiroid. Sebagian kasus menunjukkan batas yang tegas dari tumor ini bahkan memiliki kapsul, ditemukan pada kasus lain yang memiliki batas yang tidak jelas yang sudah memfiltrasi jaringan disekitarnya. Lesi pada tiroid ini dapat mengandung daerah klasifikasi dan fibrotik. Granular dapat ditemukan pada permukaan potongan tumor dan kadang juga memiliki fokus papilar yang cukup nyata. Gambaran diagnosis dapat didasarkan pada gambaran nukleus. Nukleus sel karsinoma papilar

memiliki kandungan kromatin yang tersebar sangat halus sehingga selnya tampak jernih secara optis dan diberikan nama nukleus "*ground glas*".

2) Karsinoma Folikuler

Biasanya terjadi pada usia yang lebih tua dari pada karsinoma papiler dan merupakan karsinoma terbanyak kedua, usia dewasa merupakan puncak resiko terjadinya karsinoma folikuler. Karsinoma ini meningkat pada daerah yang memiliki masalah kekurangan yodium yang mengisyaratkan pada sebagian kasus struma nodosa dimungkinkan merupakan faktor predisposisi timbulnya neoplasma. Karsinoma folikuler mungkin memiliki batas yang jelas atau tampak infiltrat yang jelas, selain itu belum ditemukan bukti yang jelas bahwa karsinoma folikuler ini dapat tumbuh akibat adenoma yang ada sebelumnya. Secara mikroskopis sebagian besar sel karsinoma folikuler terdiri dari sel yang seragam terbentuk folikel kecil yang hampir mirip dengan tiroid normal, kemudian secara makroskopis lesi pada tiroid berbatas tegas dengan invasi minimal yang mungkin akan sulit dibedakan dengan adenoma. Terjadinya invasi pada jaringan parenkim tiroid akan mempermudah untuk penentuan diagnosa karsinoma folikuler. Selain itu, sel karsinoma folikuler dapat menginvasi pembuluh darah dan/atau kapsul tiroid.

3) Karsinoma Medular

Karsinoma medular merupakan jenis neoplasma neuroendokrin yang berasal dari sel C tiroid atau parafolikuler. Sel karsinoma medular ini juga dapat mengeluarkan hormon kalsitosin seperti sel C normal, dimana pengukuran hal ini penting dilakukan dalam diagnosis dan mengetahui

perkembangan pasca operasi. Karsinoma ini dapat timbul sebagai lesi multiple atau lesi soliter dimana dapat mengenai kedua lobus tiroid. Secara makroskopis karsinoma medular membentuk polygonal hingga kolumnar yang berbentuk seperti sarang-sarang, folikel hingga trabekula. Ciri khas karsinoma medular yaitu terjadinya endapan *amyloid* yang berasal dari molekul kalsitosin aseluler yang berada pada stroma. Ciri lain dari karsinoma medular ini yaitu adanya hiperplasia sel C tiroid multisentrik yang berada disekitar parenkim tiroid.

4) Karsinoma Anaplastik

Karsinoma anaplastik merupakan neoplasma yang paling agresif, sering terjadi di usia lanjut, terutama pada daerah endemik struma. Manifestasi dari karsinoma anaplastik ini yaitu terbentuknya massa yang besar dan bertumbuh sangat cepat hingga melebihi kapsul tiroid dan dapat masuk ke struktur leher disekitarnya. Secara mikroskopis neoplasma ini terdiri dari sel anaplastik yang terbagi menjadi 3 pola morfologi, yaitu sel raksasa pleomorfik besar, sel kolumnar dengan penampakan sarkomatos, dan yang ketika sel skuamoid samar. Karsinoma anaplastik ini dapat tumbuh dengan pesat meskipun sudah mendapatkan terapi. Sering terjadi metastase yang cukup jauh, namun pada umumnya lebih banyak menimbulkan kematian akibat pertumbuhan lokal yang cukup agresif yang dapat mengganggu struktur vital di leher.

Tabel 2.1 Klasifikasi kanker tiroid berdasarkan stadium

T	Tumor Primer
Tx	Tumor primer tidak dapat dinilai
T0	Tidak didapat tumor primer
T1	≤ 2 cm, masih terbatas pada tiroid
	T1a : ≤ 1 cm terbatas pada tiroid

T1b	≥ 1 cm, namun tetap ≤ 2 cm terbatas pada tiroid
T2	> 2 cm namun ≤ 4 cm terbatas dari tiroid
T3	> 4 cm, terbatas pada tiroid atau penyebaran minimal ke ekstratiroid
T4a	Ukuran apa saja, telah keluar dari kapsul tiroid dan menginvasi jaringan lunak sub kutis, laring, trakea, esofagus, atau saraf laringeus rekuren
T4b	Menginvasi fascia prevertebral/ arteri karotis/ pembuluh darah mediastinum.
N	Nodes (KGB regional)
Nx	KGB tidak dapat dinilai
N0	Tidak di dapat metastasis ke KGB
N1	Terdapat metastasis ke KGB regional
	N1a :metastasis ke KGB servikal level VI (pre trakeal, paratrakeal, dan delphian)
	N1b : Metastasis ke KGB servikal unilateral, bilateral, kontralateral level I, II, III, IV, V, VI, atau daerah retrofaring/ KGB superior mediastinum (level VII)
M	Metastasis jauh
Mx	Metastasis jauh belum dapat dinilai
M0	Tidak terdapat metastasis jauh
M1	Terdapat metastasis jauh

2.1.5 Manifestasi

Gejala kanker tiroid biasanya akan muncul ketika tumor sudah bertumbuh, seperti adanya benjolan di leher depan, sulit untuk berbicara dengan normal, suara serak, sesak napas, terjadi pembengkakan kelenjar getah bening di leher, sulit menelan, hingga timbul nyeri pada tenggorokan atau leher. Secara klinis, nodul tiroid dicurigai ganas apabila (Armerinayanti, 2017) :

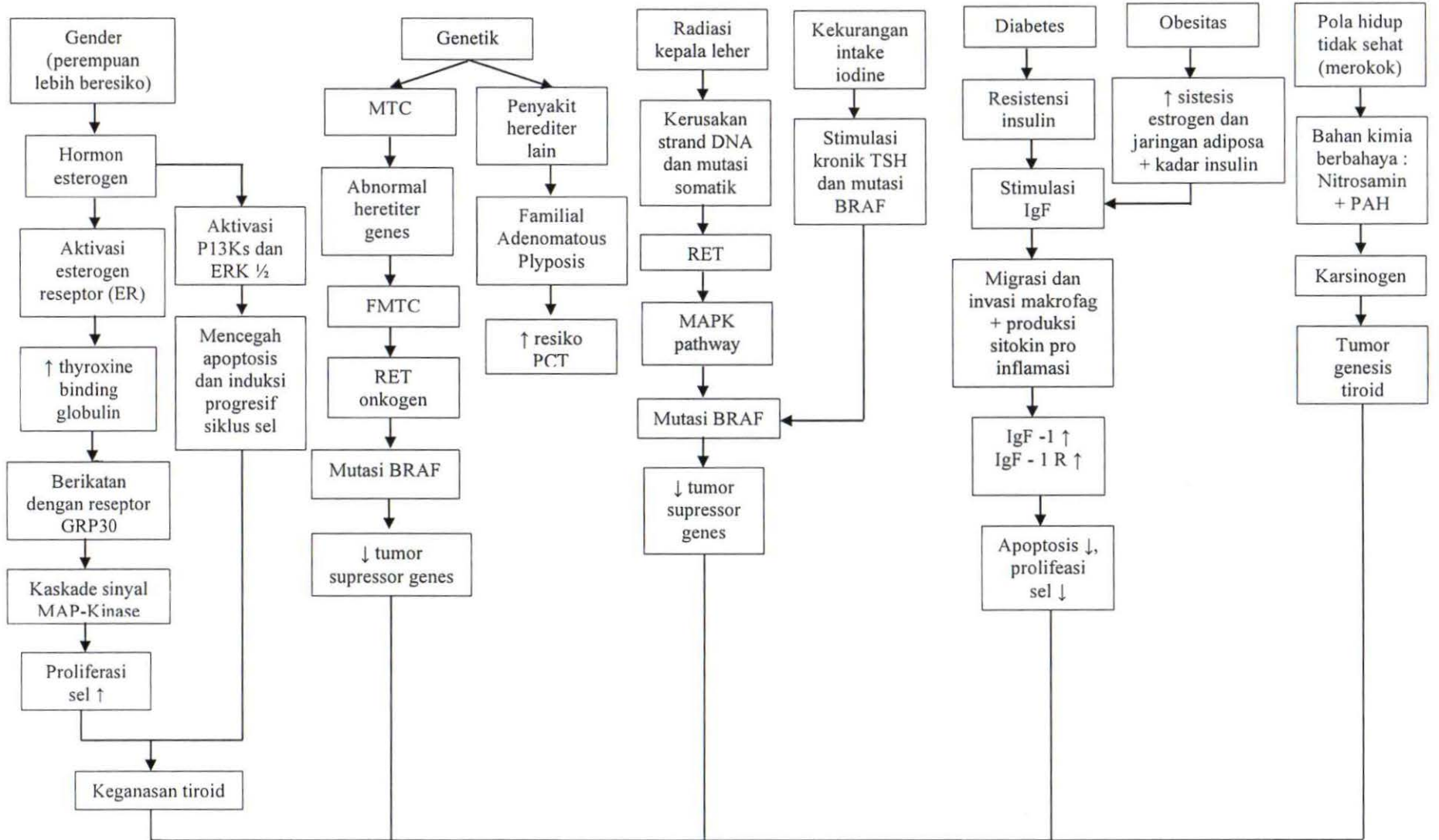
1. Usia dibawah 20 tahun atau diatas 50 tahun
2. Riwayat paparan radiasi di daerah leher sewaktu anak-anak
3. Disfagia, sesak nafas, dan perubahan suara
4. Terdapat nodul soliter, terjadi pertumbuhan yang cepat dan konsistensi keras
5. Terdapat pembesaran KGB di leher
6. Adanya tanda-tanda metastase jauh

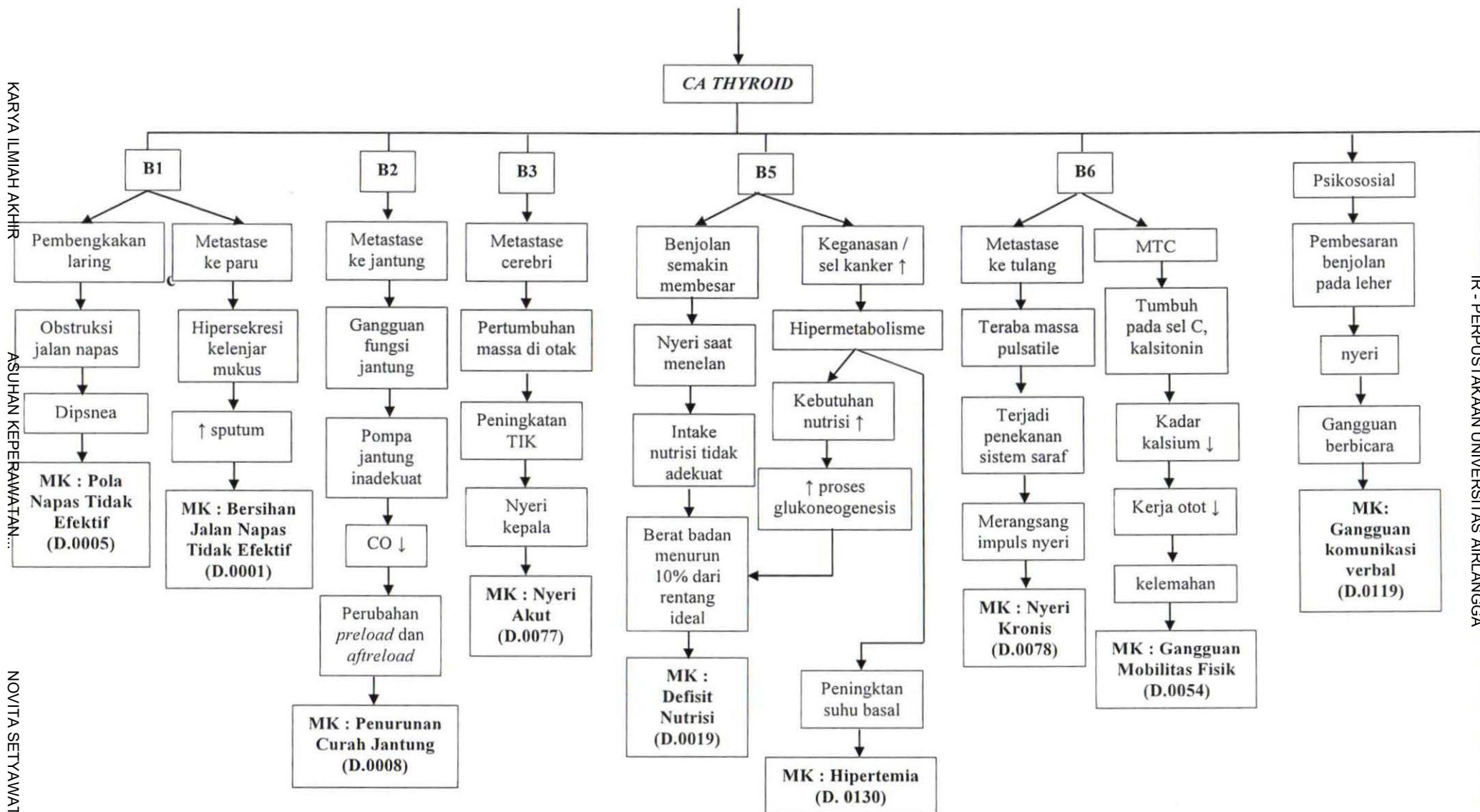
2.1.6 Patofisiologi

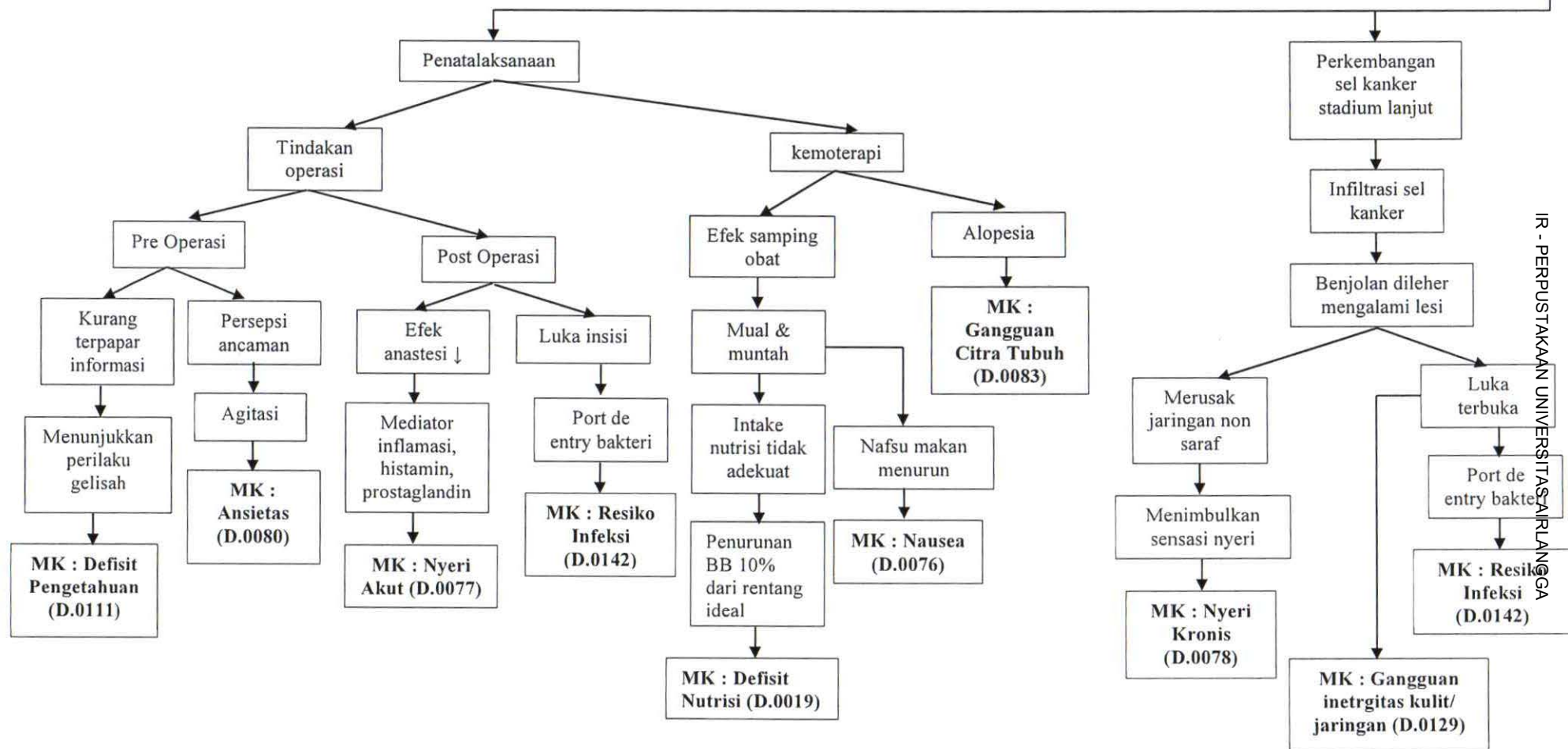
Patofisiologi utama pada pembentukan sel kanker yaitu terjadinya mutasi genetik. Mutasi genetik terjadi pada gen yang meregulasi pertumbuhan sel dan apoptosis memainkan peran penting dalam pembentukan sel kanker. Perubahan utama pada molekul pembentukan kanker pada kelenjar tiroid merupakan perubahan pada mutasi poin RAS dan BRAF dan perubahan pada RET-PC dan PAX8/PPAR gamma (Merizky et al., 2020).

BRAF adalah suatu tirosin serin-treonin kinase pada sitoplasma yang terkait pada jalur komunikasi intrasel RAS/RAF/MEK. Sistem komunikasi intrasel dapat diaktivasi oleh adanya hormon pertumbuhan yang menduduki reseptor RET pada membran fosfolipid bilayer sel. Sistem komunikasi oleh RAS/RAF/MEK berfungsi untuk mengatur pertumbuhan sel tiroid karena berespon terhadap hormon pertumbuhan atau *growth factors*, gangguan yang terjadi pada jalur komunikasi intrasel akibat adanya mutasi menyebabkan terganggunya regulasi pertumbuhan sel. Sehingga, hal tersebut menyebabkan terjadinya pertumbuhan sel yang berlebihan dan abnormal. Adanya mutasi tambahan dari gen P53 yaitu gen yang berfungsi untuk mekanisme apoptosis, sehingga proses apoptosis dapat terganggu dan menyebabkan sel kanker bertumbuh lebih cepat dan agresif (Merizky et al., 2020).

2.1.7 WOC







Gambar 2.3 WOC Kanker Tiroid

2.1.8 Pemeriksaan

Diagnosa kanker tiroid (Ardhiansyah, 2019) :

1. Pemeriksaan Klinis

Pemeriksaan klinis bertujuan untuk mendapatkan data tumor yang ada termasuk jinak atau ganas, ciri dari tumor ganas yaitu :

- Progresif, massa yang berada di daerah colli anterior atau lateral
- Infiltrasi, suara parau, sesak, disfagia, atau dapat timbul nyeri
- Metastasis

2. Radiologis

Pemeriksaan radiologi terdiri dari

- Foto Toraks : untuk melihat metastase kanker
- Foto polos servikal AP/Lat : mikrokalsifikasi, trakea
- Esofagogram tidak dilakukan rutin
- Bone scan jika dijumpai kecurigaan metastase ke tulang
- CT Scan, MR, atau PET Scan dilakukan tidak rutin

3. FNAB (Pemeriksaan Bajah)

Akurasi dari pemeriksaan ini 50-97%, bagus dilakukan pada jenis kanker papiler, meduler, atau anaplastik. Jenis folikuler tidak dapat membedakan adenoma dengan adeno kanker

4. Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium bertujuan untuk mengetahui kadar FT4 dan TSHs, Triglobulin untuk kanker berdeferensiasi baik, papiler dan folikuler, hanya untuk follow up pasca terapi bukan untuk melakukan

diagnostik. Selain itu, juga bertujuan untuk melihat kadar kalsitonin pada karsinoma meduler

5. *Frozen section/ vries coup* dan imprint sitologi

Banyak kasus diagnosis kanker tiroid belum dapat ditegakkan praoperatif, terutama pada follicular neoplasma dan baru ditentukan tindakan operasi melalui *frozen section*.

Pemeriksaan Fisik pada Kanker tiroid (Ardhiansyah, 2019) :

1. Pemeriksaan fisik melalui palpasi

- Tiroid : Jika pasien diminta untuk menelan maka massa akan ikut bergerak, kista tiroglosus tandanya massa akan bergerak jika menelan atau menjulurkan lidah. Pergerakan tiroid bersama trakea terjadi karena ada ligamen suspensorius Berry. Perlu dilakukan pemeriksaan pada bagian bawah tiroid untuk mengetahui apakah ada struma yang masuk ke retrosternal dan hal ini bisa dikonfirmasi dengan melakukan foto *thoraks*.
- Kelenjar Getah Bening : dapat dilakukan pemeriksaan pada leher bagian samping, terutama pada level II,III, dan IV

2. Tanda Khusus

- Berry's Sign

Pulsasi karotis terdorong ke posterior yang disebabkan karena tumor melingkupi/ encase arteri karotis atau masa tumor mendorong arteri karotis.

- Kocher's Sign

Hal ini timbul jika tiroid ditekan, maka akan menimbulkan stridor

- Pemberton's Sign

Timbul akibat tekanan pada vena cava superior oleh massa. Pemeriksaan dilakukan dengan meminta pasien untuk mengangkat kedua tangan diatas kepala kemudian jika dalam satu menit terjadi kongesti maka akan timbul kemerahan atau wajah memerah dan pasien pusing.

2.1.9 Penatalaksanaan

Pengobatan atau tatalaksana yang dapat dilakukan pada pasien kanker tiroid yaitu, (Cabanillas et al., 2016):

1. Pembedahan

Tatalaksana pada karsinoma tiroid dapat dilakukan pembedahan atau sering dikenal dengan tiroidektomi, terdapat beberapa jenis pembedahan kanker tiroid (Merizky et al., 2020) :

- a. Lobektomi

Lobektomi dilakukan pada tumor unifokal yang ukurannya kurang dari 4 cm tanpa diikuti metastase kelenjar getah bening atau ekstensi ekstratiroid. Lobektomi terbagi menjadi 2 yaitu, lobektomi subtotal yang merupakan pengangkatan sebagian lobus dari tiroid dengan jaringan patologis dan lobektomi total yang merupakan pengangkatan salah satu sisi lobus atau berupa hemitiroidektomi/ ismolobektomi.

- b. Tiroidektomi

Tiroidektomi terbagi menjadi 3, yang pertama yaitu strumektomi (tiroidektomi *subtotal*) yang merupakan tindakan pengambilan sebagian jaringan dari kelenjar tiroid yang mengandung jaringan patologis dan

meliputi kedua lobus tiroid. Kedua, tiroidektomi *near total* merupakan prosedur pengangkatan seluruh lobus tiroid yang patologis, dan yang ketiga yaitu tiroidektomi total yang merupakan prosedur pengangkatan seluruh kelenjar tiroid.

2. Manajemen Primer dengan Yodium Radioaktif

Pemberian terapi yodium radioaktif merupakan kebutuhan untuk menghilangkan jaringan-jaringan pada tiroid normal setelah dilakukan tiroidektomi. Radioiodine dianjurkan juga untuk terapi adjuvant, yang bertujuan untuk menghancurkan fokus mikroskopis sel neoplastik yang masih tersembunyi dalam sisa tiroid atau tempat lain dalam tubuh untuk meningkatkan hasil jangka panjang. Efek yang dapat ditimbulkan oleh radioiodine yaitu morbiditas jangka pendek dan memiliki kemungkinan terjadi peningkatan resiko kanker kedua. Selain itu yodium radioaktif juga dapat digunakan untuk mengidentifikasi penyakit yang sudah metastase jauh yang sensitif terhadap yodium radio aktif dan dapat berfungsi untuk pengobatan, namun banyak pasien yang mengalami refrakter terhadap yodium radioaktif sehingga penggunaan strategi ini tidak efektif untuk pengobatan maupun deteksi penyakit dengan metastase jauh.

3. Penekanan TSH

Terapi hormon tiroid dengan dosis supresif TSH secara tradisional digunakan setelah dilakukan terapi pembedahan dengan alasan TSH bersirkulasi untuk merangsang proliferasi pada tirosit normal dan sebagian besar pada sel kanker tiroid. Hal ini dilakukan dan telah dibuktikan bahwa dapat menekankan

kematian dan kekambuhan pasien kanker tiroid yang berbeda. Namun jumlah penekanan yang harus dilakukan belum jelas untuk mencapai tujuan yang sesuai.

2.2 Konsep Nyeri Pada Kanker

2.2.1 Definisi

Menurut *International Association for the study of Pain (IASP)*, nyeri merupakan pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang disertai atau berpotensi terjadinya kerusakan pada jaringan. Nyeri pada pasien kanker merupakan istilah yang dipakai secara umum untuk mengungkapkan berbagai kondisi nyeri yang berbeda, yang ditandai dengan karakteristik, etiologi, dan mekanisme patologis yang berbeda. Nyeri pada kanker kepala dan leher adalah nyeri yang dihasilkan oleh penyakit lokal atau proses metastase adanya infiltrasi (A.C.Romdhoni, 2017).

2.2.2 Mekanisme Nyeri pada Kanker

Mixed mechanism merupakan istilah yang paling sering digunakan untuk nyeri kanker, sehingga bukan hal yang mudah untuk mengklasifikasikan secara jelas dan membedakan berdasarkan mekanisme atau etiologi. *Mixed mechanism* merupakan hal yang mendasar terkait nyeri pada kanker yang dapat dinilai dari karakteristik nyeri yang unik. Nyeri pada kanker sulit untuk bisa diklasifikasikan atau dilakukan tatalaksana sebagai nyeri kanker murni atau nosiseptik atau neuropatik. Namun, terdapat beberapa ahli yang mengklasifikasikan nyeri kanker berdasarkan etiologi, lokasi, patofisiologi, temporal, dan derajat atau skala nyeri (Mahmud et al., 2016).

Klasifikasi Nyeri Kanker :

- 1) Klasifikasi berdasarkan etiologi

- b. Disebabkan oleh kanker utama
 - c. Proses pengobatan kanker
 - d. Kelemahan
 - e. Patologi yang terjadi bersama
- 2) Klasifikasi berdasarkan patofisiologi
- a. Nosiseptif (viseral, somatik)
 - b. Neuropatik
 - c. Patofisiologi campuran
 - d. Psikogenik
- 3) Klasifikasi berdasarkan lokasi sindrom nyeri kanker
- a. Nyeri pada leher dan kepala
 - b. Sindrome dinding dada
 - c. Nyeri vertebra dan radikular
 - d. Nyeri abdomen atau pelvis
 - e. Nyeri ekstremitas (brachial plexopathy or bony spread)
- 4) Klasifikasi berdasarkan temporal
- b. Akut
 - c. Breakthrough
 - d. Kronis
- 5) Klasifikasi berdasarkan tingkat keparahan
- a. Ringan
 - b. Sedang
 - c. Berat

2.2.3 Klasifikasi Nyeri Kanker

Terdapat dua golongan nyeri pada pasien kanker yang dipaparkan sebagai nyeri nosiseptif, yang terdiri dari nyeri viseral dan somatik, dan nyeri neuropatik (Mahmud et al., 2016)

1) Neurofisiologi nyeri kanker

Terdapat lebih dari reseptor yang sensitif pada stimuli noxious. Nosiseptor ini yaitu saraf aferen primer dengan ujung periferinya yang dapat memberikan respon pada berbagai stimuli noxious. Nosiseptor ini memiliki fungsi transduksi dan transmisi. Terdapat beberapa faktor mekanik, kimiawi, dan termal yang dapat mengaktivasi reseptor, sehingga mengakibatkan impuls saraf elektrokimiawi pada aferen primer. Informasi yang dapat ini selanjutnya dikodekan pada frekuensi impuls yang kemudian di transmisi menuju saraf pusat, dimana hal ini akan menimbulkan persepsi nyeri.

Nosiseptor dapat menyampaikan sensasi nyeri ke sistem saraf pusat baik nosiseptor yang bermilien atau tidak bermilien. Nosiseptor yang bermilien memberikan respon terhadap stimuli mekanik khusus dan dengan konduksi yang cukup cepat melalui serabut A-delta. Sedangkan nosiseptor yang tidak bermilien merupakan serabut saraf polimodal yang memberikan respon stimuli mekanik, kimiawi, dan termal dengan konduksi yang lambat melalui serabut saraf C, sensasi nyeri yang timbul yaitu tumpul dan ada rasa seperti terbakar. Kompresi dan infiltrasi oleh tumor dapat mengakibatkan aktivasi nosiseptor baik secara kimiawi maupun secara mekanik.

2) Nyeri kanker somatik

Nyeri kanker somatik merupakan nyeri pada kanker yang disebabkan oleh invasi neoplastik pada sendi, otot, tulang, dan jaringan penyambung. Massa tumor yang berkembang menghasilkan dan menstimulasi mediator terjadinya inflamasi lokal, hal ini menyebabkan nosiseptor perifer berlangsung secara terus-menerus. Sumber lain nyeri kanker somatik yaitu spasme otot sekitar tumor, fraktur, nyeri pasca pembedahan, dan sindrom nyeri akibat kemoterapi/radioaktif. Kejadian tersering nyeri kanker somatik yaitu akibat invasi sel tumor pada tulang. Nyeri pada tulang biasanya memiliki sifat terlokalisir yang jelas, intermitten, kemudian juga bersifat akut, kronis atau insidentil. Nyeri pada tulang biasanya dideskripsikan dengan nyeri tercabik, berdenyut, dan biasanya akan memberat jika terjadi pergerakan atau pergeseran tubuh.

3) Nyeri kanker viseral

Karakteristik klinis yang khas pada nyeri viseral yaitu terdapat beberapa organ dalam yang kurang sensitif terhadap nyeri, seperti paru, ginjal, hati meskipun terjadi destruksi yang cukup besar oleh prose keganasan, nyeri baru akan terasa jika kapsular atau struktur yang di dekat kapsul terlibat. Nyeri viseral memiliki sifat difus dan sulit untuk dilokalisir, dan kadang juga dialihkan oleh nyeri struktur non-viseral lainnya. Sumber nyeri visel sebenarnya sulit untuk dijelaskan, sehingga kadang disalah artikan sebagai nyeri kutaneus. Reflek otonom kadang juga menyertai nyeri viseral ini dengan memberikan respon seperti mual. Nyeri viseral ini dimediasi nosiseptor pada sistem respirasi, kardiovaskuler, gastrointestinal, dan

urogenital yang merupakan nyeri dalam. Kolik, menekan, kemudian diteruskan ke daerah kutaneus yang nyeri.

4) Nyeri kanker neuropatik

Nyeri neuropatik disebabkan karena kerusakan atau terjadi inflamasi pada sistem saraf, baik pada sistem saraf perifer maupun sentral. Ciri dari nyeri neuropatik yaitu rasa seperti terbakar, rasa ditusuk-tusuk yang intermitten, hiperalgesia dan allodina. Mekanisme yang mendasari nyeri mungkin berbeda untuk beberapa gejala, sementara ini beberapa mekanisme bisa menunjukkan gejala klinis yang berbeda.

2.2.4 Sindrom Nyeri Neurologis

Sindroma nyeri neurologis yang berhubungan dengan tumor yaitu, (Mahmud et al., 2016) :

1) Nyeri akibat infiltrasi tumor pada tulang

Metastase pada basis tengkorak biasanya terjadi pada kanker nasofaring, nyeri merupakan gejala awal yang timbul setelah beberapa minggu atau bulan. Gejala klinis lainnya sangat bervariasi sesuai dengan saraf kranial yang terlibat, seperti disfagia, suara serak, disfagia, ptosis, kelemahan pada leher dan bahu. Terjadinya metastase ini jika tidak didiagnosa lebih awal dan mendapatkan terapi akan menyebabkan kerusakan saraf yang irreversibel dan pasien dapat mengalami paraplegia dan quadriplegia.

2) Nyeri akibat infiltrasi tumor pada saraf

Nyeri akibat infiltrasi tumor pada saraf, meninges, dan plexus dapat disebabkan oleh infiltrasi langsung ke saraf, terjadi kompresi, atau fraktur metastatik dari struktur tulang pada saraf atau akarnya. Sering terjadi infiltrasi

saraf perifer oleh tumor yang mengenai paravertebral, interkostal, atau rongga retroperitoneal. Ciri dari nyeri ini yaitu rasa seperti terbakar dengan dythesia pada daerah yang kehilangan sensorinya, kemudian memiliki sifat yang radikular dan cenderung unilateral. Sindroma pancoast merupakan salah satu contoh dari infiltrasi tumor yang biasa terjadi pada pasien kanker payudara, paru dan limfoma.

2.2.5 Penatalaksanaan Nyeri Kanker

Tatalaksana nyeri pada pasien kanker dapat dilakukan dengan pemberian terapi (Mahmud et al., 2016) :

1) Terapi Farmakologis

Tahun 1986, *World Health Organization* (WHO) mengembangkan 3 langkah konseptual untuk tatalaksana nyeri, pemberian terapi atau tatalaksana dilakukan berdasarkan berat atau ringannya nyeri. Tingkat nyeri sendiri dibagi menjadi 3 berdasarkan Numeric Rating Scale yaitu, nyeri ringan dengan skala 1-3/10, nyeri sedang 4-6/10, dan nyeri berat 7-10/10. Penatalaksanaan nyeri yang efektif dibutuhkan pengetahuan yang tepat terkait dengan farmakologis, seperti efek samping obat, kemungkinan yang dapat terjadi, dan bagaimana efek obat pada satu orang dengan orang lain. Terdapat 5 konsep penting menurut WHO dalam pemberian obat untuk pasien nyeri kanker :

- d. By the mouth
- e. By the clock
- f. By the ladder
- g. For the individual

- h. With attention to detail

Langkah pemberian analgetik menurut WHO :

- a. Analgesik Langkah ke-1

Analgesik langkah pertama memiliki ceiling effect pada efek analgesik mereka yaitu jika diberikan melebihi dosis maksimum akan menghilangkan efek analgesia yang diharapkan. Analgesik langkah pertama yaitu , asetaminofen, merupakan analgesik yang paling efektif digunakan untuk menurunkan nyeri, selain itu asetaminofen juga memiliki sifat anti inflamasi. Pemberian asetaminofen dosis kronik $>4.0/24$ jam dan untuk dosis akut yaitu $6.0/24$ jam tidak dianjurkan karena bersifat hepatotoksik, sehingga pada pasien dengan penyakit hepar atau pecandu alkohol dapat menimbulkan bahaya lebih lanjut. Kemudian obat anti-inflamasi non steroid (NSAID), termasuk Aspirin merupakan jenis analgesik langkah-1 yang efektif, NSAID bekerja dengan cara menghambat siklo-oksigenasi yaitu enzim yang mengubah asam arakhidonik menjadi prostaglandin. Prostaglandin ini terlibat dalam sensitisasi dan eksitasi langsung nosiseptor dengan cara melekat di beberapa reseptor prostanoid yang kemudian di ekspresikan nosiseptor.

- b. Analgesik Langkah ke-2 dan ke-3

Analgesik langkah ke-2 dan ke-3 merupakan analgesik yang ditujukan untuk nyeri sedang hingga berat, langkah ke-2 dan ke-3 ini melibatkan penggunaan opioid. Farmakologi Opioid : yang termasuk dalam ini yaitu kodein, opioid, morfin, hidromorfon, hidrokodeon, oksikodon, dan lain sebagainya. Pemberian obat secara intravena dapat berjalan secara cepat

namun efek puncak yang dirasakan pasien cukup lambat, membutuhkan waktu 10-20 menit dengan morfin.

c. Analgesik Adjuvant

Analgesik adjuvant yaitu obat pendukung analgesik primer, obat ini jika ditambahkan ke analgesik primer akan meningkatkan dalam kontrol nyeri. Namun, analgesik adjuvant juga dapat berperan sebagai analgesik primer seperti obat-obat trisiklik antidepresan yang bermanfaat untuk neuralgia postherpatik. Penggunaan analgesik adjuvant berdasarkan nyeri :

- Nyeri neuropatik terbakar, membutuhkan analgesik adjuvan terhadap opioid dengan tujuan nyeri dapat ditangani secara adekuat. Analgetik yang tepat yaitu antidepresan trisiklik, gabapentin atau SSRI. Jenis antidepresan trisiklik yaitu Amitriptylin, memiliki efek samping yang cukup banyak karena aktivitas antikoligerniknya yang dominan dan memiliki resiko toksisitas pada jantung, selain itu juga memiliki efek sedasi sehingga berguna pada pasien dengan keluhan sulit tidur. Efek samping yang cukup banyak membuat obat ini dibatasi dosisnya pada orang tua. Sebaliknya pada desipramine trisiklik yaitu nortriptyline memiliki efek samping yang lebih sedikit dibandingkan dengan amitriptyline. Kemudian, Gabapentin termasuk antikonvulsan yang memiliki efek samping minimal, penambahan dosis penggunaan dapat menimbulkan ngantuk dan akan stabil dalam beberapa hari penggunaan.
- Nyeri neuropatik seperti ditusuk dan seperti ditinju, nyeri seperti ditinju, kesetrum, atau tertusuk membutuhkan analgesik golongan

antikonvulsan gabapentin, karbamazepin, atau asam valproik yang paling sering digunakan sebagai analgesik adjuvant.

- Nyeri neuropatik kompleks, hal ini disebabkan karena perkembangan kerusakan saraf sehingga nyeri yang dirasakan pasien sangat kompleks dan sulit untuk ditangani. Kerusakan pada saraf dan nyeri kronis dapat menyebabkan kematian neuron primer, sensitisasi sentral, hilangnya selubung myelin, perubahan pada neurotransmitter dan neuroreseptor efektif, dan hingga menyebabkan kematian neuron sensorik. Penggunaan opioid dalam jangka waktu lama dimungkinkan dapat menurunkan keefektifitasannya sehingga dibutuhkan terapi adjuvant termasuk antiaritmia oral, antagonis reseptor NMDA, kortikosteroid, agonis α -2-adrenergik, dll. Konsultasi untuk penanganan nyeri ini sangat butuh untuk dilakukan segera sebelum terjadi kerusakan jaringan lain oleh nyeri itu sendiri.
- Nyeri tulang, opioid merupakan pilihan utama pada nyeri tulang akibat metastase kanker. Pemberian NSAID, biphosfonat (alendronate dan pamidronate), kortikosteroid, kalsitonin, radiofarmasi, radiasi cahaya external dapat dilakukan untuk meningkatkan efek penurunan nyeri ketika intervensi ortopedik definitif tidak memberikan efek yang adekuat atau tidak memungkinkan untuk diberikan.

2) Terapi Intervensional

Terapi intervensional dipertimbangkan sebagai 4 langkah pada anak tangga analgesik menurut WHO, (Mahmud et al., 2016) :

Tangga 1 : Paracetamol and/or NSAID

Non opioid : Obat Adjuvant

Tangga 2 : Kodein

Opioid untuk nyeri ringan hingga sedang : Non-opioid dan obat adjuvant

Tangga 3 : Morfin dan Oxycodone

Opioid untuk nyeri sedang hingga berat : Non-opioid dan obat adjuvant

Tangga 4 : Blok neuroolitik, opioid diberikan melalui spinal

Terapi intervensional : non opioid dan obat adjuvant

2.3 Konsep Nyeri Kronis pada Pasien Kanker Tiroid

2.3.1 Masalah Keperawatan Nyeri Kronis

1. Definisi

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) nyeri kronis merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan, yang berlangsung lebih dari 3 bulan (PPNI, 2017).

2. Penyebab

Penyebab nyeri kronis menurut SDKI :

- a. Kondisi muskuloskeletal kronis
- b. Kerusakan sistem saraf
- c. Penekanan saraf
- d. Infiltrasi tumor

- e. Keseimbangan neurotransmitter, neuromodulator, dan reseptor
 - f. Gangguan imunitas (misal, neuropati terkait HIV, virus varicella zoster)
 - g. Gangguan fungsi metabolik
 - h. Riwayat posisi kerja statis
 - i. Peningkatan indeks massa tubuh
 - j. Kondisi pasca trauma
 - k. Tekanan emosional
 - l. Riwayat penganiayaan (misal, fisik, psikologis, seksual)
 - m. Riwayat penyalahgunaan obat
3. Tanda dan Gejala

Tabel 2. 2 Gejala dan tanda mayor-minor nyeri kronis (PPNI, 2017)

Gejala dan Tanda Mayor	
Subjektif :	Objektif :
a. Mengeluh nyeri	a. Tampak meringis
b. Merasa depresi (tertekan)	b. Gelisah
	c. Tidak mampu menuntaskan aktivitas
Gejala dan Tanda Minor	
Subjektif :	Objektif :
a. Merasa takut mengalami cedera berulang	a. Bersikap protektif (misal, posisi menghindari nyeri)
	b. Waspada
	c. Pola tidur berubah
	d. Anoreksia
	e. Fokus menyempit
	f. Berfokus pada diri sendiri

4. Kondisi Klinis Terkait

Kondisi klinis terkait dengan nyeri kronis yaitu :

- a. Kondisi kronis (misal, reumathoid arthritis)
- b. Infeksi

- c. Cedera medula spinalis
- d. Kondisi pasca trauma
- e. Tumor

2.4 Konsep Terapi Musik

2.4.1 Definisi

Musik merupakan bagian dari budaya masa lalu hingga saat ini. Musik memiliki peran dan arti dalam membentuk respon sosial di masyarakat dalam konteks yang berbeda-beda seperti pada kegiatan sosial, ritual, dan upacara politik, kemudian secara tradisional musik dianggap memiliki pengaruh terhadap respon fisik dan emosional. Musik dalam dunia kesehatan memiliki sering digunakan sebagai terapi non-farmakologi pada pasien mulai dari anak-anak hingga orang tua, karena dapat memberikan rasa rileks (Yulastari et al., 2019).

Terapi musik merupakan suatu proses penggabungan antara penyembuhan dari musik itu sendiri dengan berbagai situasi dan kondisi, meliputi fisik/ tubuh, emosi, spiritual, mental, kebutuhan sosial dan kognisi (Yuliana, 2018). Terapi musik merupakan metode yang dapat digunakan untuk membantu dalam memecahkan masalah emosional dalam mengeluarkan perasaan, memberikan perubahan yang positif pada suasana hati, menangani stress dan memberikan keterangan (Fikri & Fitriana, 2021).

2.4.2 Fisiologi Dasar

Harmoni yang baik dari musik yang didengar akan menstimulasi otak untuk melakukan analisa terhadap musik yang didengar, melalui syaraf koklearis musik akan ditangkap dan kemudian diteruskan ke saraf otak yang selanjutnya akan mempengaruhi hipofisis untuk melepaskan hormon beta-endorfin atau

hormon kebahagiaan. Stimulasi yang menyenangkan juga dapat merangsang pelepasan endorfin dalam sistem kontrol desenden yang menyebabkan stimulasi yang sampai di otak hanya sedikit dan nada yang masuk memberi stimulasi berupa gelombang alfa. Gelombang alfa ini akan memberikan efek nyaman, tenang, tentram sehingga menimbulkan rasa senang dan mudah untuk berkonsentrasi (Fikri & Fitriana, 2021).

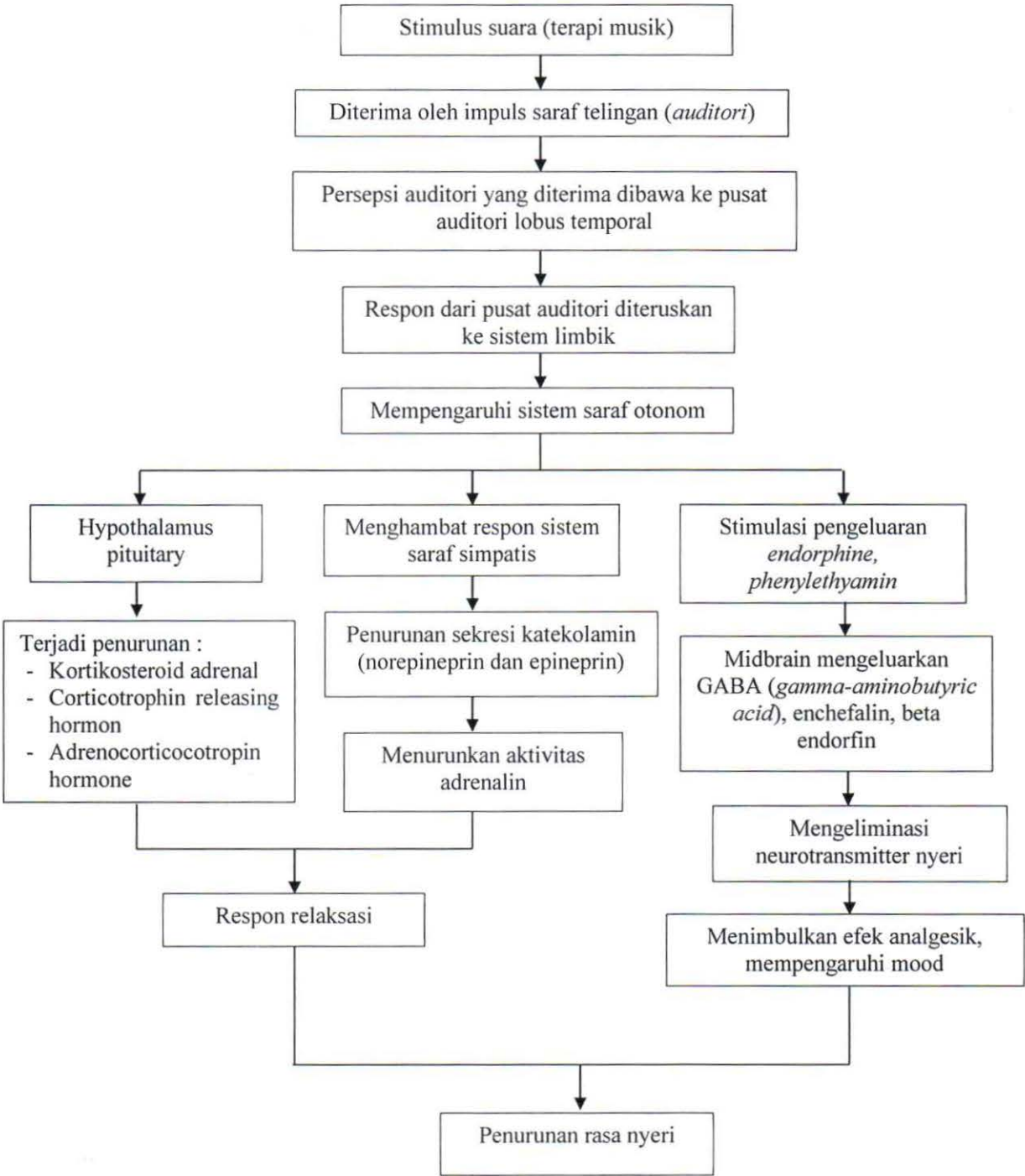
2.4.3 Manfaat

Proses penyembuhan dari suatu keluhan sepenuhnya tergantung pada kondisi individu, apakah dapat menerima proses secara keseluruhan atau tidak. Terapi musik memiliki beberapa manfaat, diantaranya (Yuliana, 2018):

1. Musik pada bidang kesehatan yaitu, menurunkan tekanan darah, dengan memberikan ritmik musik yang stabil akan memberikan irama jantung yang teratur, menstimulasi kerja otak, menurunkan nyeri, meningkatkan imunitas tubuh manusia, menyeimbangkan detak jantung dan denyut nadi.
2. Musik meningkatkan kecerdasan, seperti daya ingat dan konsentrasi
3. Meningkatkan kerja otot, sehingga dapat mengaktifkan motorik kasar dan halus.
4. Meningkatkan kreativitas, produktivitas dan imajinasi
5. Menyebabkan tubuh menghasilkan hormon beta endorfin, sehingga menimbulkan kebahagiaan dan menstimulasi menurunkan nyeri
6. Membentuk sikap seseorang, seperti meningkatkan mood
7. Mengembangkan kemampuan seseorang untuk berkomunikasi dan sosialisasi dengan orang lain.

2.4.4 Mekanisme

Mekanisme terapi musik dapat menurunkan nyeri (Yuliana, 2018)



Gambar 2. 4 Mekanisme terapi musik

2.4.5 Frekuensi untuk Mendengarkan Musik sebagai Terapi

Frekuensi merupakan tinggi rendahnya kualitas suara yang diukur dalam Hertz, yaitu berapa jumlah dauh tiap detik dimana gelombang bergetar. Manusia memiliki batasan tinggi rendahnya frekuensi yang dapat diterima korteks auditori. Menurut musisi dan para ahli dalam musik, frekuensi umumnya ada manusia yaitu mendekati 432 Hz. Mendengarkan musik dengan karakter melodi dan irama yang pelan dan lembut dapat menimbulkan efek relaksasi secara fisik dan emosional bagi para pendengarnya (Di Nasso et al., 2016).

Menurut Eerikainen (2007) dari hasil penelitiannya mengatakan bahwa frekuensi suara yang masuk yang dapat dijadikan terapi dan direkomendasikan untuk mengurangi rasa nyeri yaitu 40-52 Hz. Pemberian terapi musik bisa diawali dengan frekuensi 40 Hz, dengan berasumsi bahwa terapi ini merupakan frekuensi dasar di thalamus, sehingga stimulasi getaran dengan frekuensi yang sama dapat memulai efek kognitif sebagai terapi. Pemberian terapi menggunakan headset biasanya menggunakan volume 70-90 dB, volume musik yang dianggap *comfortable* adalah yang bervolume 70 dB. Kemudian volume yang disarankan untuk pemberian terapi yaitu sekitar 40-60 dB yang dapat menimbulkan efek terapeutik, durasi pemberian yang dapat dilakukan yaitu 20-60 menit dalam satu kali sesi (Yuliana, 2018).

2.4.6 Karakteristik Musik yang Bersifat Terapi

Karakteristik musik yang dapat dijadikan media untuk melakukan terapi yaitu musik non drama, memiliki nada yang lembut, dinamika dapat diprediksi, tidak menggunakan lirik, tempo 60-80 *beats per minute*, dan musik yang digunakan dalam terapi adalah musik yang dipilih oleh pasien. Tempo memiliki

kesinergisan dengan alat musik yang digunakan dalam pemberian terapi musik dengan harapan dapat memberikan efek yang baik setelah dilakukan terapi. Jenis instrumen yang sering digunakan yaitu lebih banyak string, seperti harpa, piano dengan kombinasi drum atau perkusi yang minimal, gitar, dan biola. Kemudian, alat musik yang dapat menghasilkan getaran dengan efek terapeutik terdiri dari 2-4 unsur musik. Alat musik yang biasa digunakan pada terapi untuk menghasilkan getaran harmoni terapeutik misalnya piano, biola, harpa, whistle, gitar, fluede (Yuliana, 2018).

2.5 Tinjauan Ilmiah Artikel

Artikel yang digunakan untuk kajian keaslian penelitian ini diperoleh dengan memasukkan kata kunci pencarian "*Music Therapy, Chronic Pain, Cancer, Cancer Pain, Reduce Pain, Ca Thyroid, Thyroid Cancer, Terapi Musik, Nyeri Pasien Kanker, Menurunkan Nyeri, Palliative Care*" database pencarian yang digunakan adalah Scopus, PubMed, Science Direct, dan Google Scholar. Setelah dilakukan seleksi terdapat 15 artikel yang sesuai dan dapat menjadi referensi penulisan.

Data yang diambil memiliki karakteristik yaitu penulis pertama, tahun publikasi, negara, karakteristik klien (nyeri kanker, nyeri dengan terapi musik), karakteristik intervensi (penjelasan intervensi, jenis terapi musik), dan hasil penelitian tersebut. Hasil kajian 15 artikel dapat disimpulkan bahwa terapi musik berpengaruh terhadap penurunan tingkat nyeri. Hasil kajian tersebut disajikan pada tabel dibawah ini:

Tabel 2. 3 Tinjauan Artikel Ilmiah asuhan keperawatan pada pasien dengan kasus media *ca thyroid* dengan masalah keperawatan nyeri kronis di Rumah Sakit Tipe A Surabaya

No	Judul	Metode	Hasil
1	<i>Outcomes of Music Therapy Interventions on Symptom Management in Palliative Medicine Patients</i> (Gallagher et al., 2018)	D : Retrospective Study S : 293 responden V : Independen : <i>Board-Certified Music Therapy</i> (MT-BS) Dependen : Nyeri, kecemasan, depresi, suasana hati, dan sesak napas. I : catatan rekam medis pasien A : Uji t-test dan regresi	Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa penerapan terapi musik dapat membantu memperbaiki gejala yang sering terjadi pada pasien paliatif. Ditemukan bahwa kecemasan, nyeri, suasana hati, sesak napas, dan depresi semua mengalami perbaikan setelah diberikan terapi musik secara khusus dan berfokus pada setiap gejala.
2	<i>Effect of Music Therapy on Pain and Anxiety Level of Cancer Patients : A Pilot Study</i> (Krishnaswaswamy & Nair, 2016)	D : <i>Quantitative Studi with Comparative</i> S : 14 pasien kanker V : Independen : Terapi Musik Dependen : Nyeri pada kanker I : <i>Numeric Rating Scale</i> (NRS) dan skala kecemasan Hamilton A : Uji t-test	Hasil penelitian ini didapatkan bahwa terjadi penurunan yang cukup signifikan terapi musik untuk menurunkan nyeri pada pasien kanker dengan skala awal sedang hingga berat yaitu 4-10. Pada uji statistik didapatkan $P=0,003$ pada kelompok perlakuan dimana yang artinya terdapat penurunan nyeri, kemudian pada kelompok kontrol $P=0,356$ yang menunjukkan tidak ada penurunan nyeri pada kelompok kontrol.
3	<i>Vocal Music Therapy for Chronic Pain Management in Inner-City African Americans: A Mixed Methods Feasibility Study</i> (Bradt et al., 2016)	D : <i>Mixed Methods Intervention Design</i> S : 5000 orang dengan nyeri kronis V : Independen : <i>Vocal Music Therapy</i> Dependen : Nyeri kronis I : Kuesioner A : Chi-Square, Fischer's Exact, uji t-test, Uji Wilcoxon	Hasil penelitian ini didapatkan hasil bahwa terapi musik vokal efektif dalam membantu menurunkan nyeri kronis, hasil ini didapatkan pada minggu ke 8 pemberian intervensi terapi musik vokal. Intervensi ini efektif menurunkan nyeri dari tingkat sedang ke ringan.
4	Pengaruh Kombinasi	D : <i>Quasy</i>	Hasil penelitian ini

	Terapi Musik dan <i>Art Therapy</i> terhadap Tingkat Nyeri Pasien Kanker Payudara (Kada et al., 2020)	<i>Experimental</i> S : 34 responden pasien kanker payudara V : Independen : intervensi terapi musik dan <i>art therapy</i> Dependen : Nyeri pada pasien kanker payudara I : Kuesioner Numeric Rating Scale, A : <i>Uji t-dependent</i> dan <i>Mann Whitney test</i>	menunjukkan hasil p-value = 0,008 (<0,05) yang menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan sebelum dan sesudah dilakukan intervensi berupa terapi musik yang dikombinasi dengan <i>art therapy</i> . Terdapat perbedaan skala nyeri pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan setelah diberikan intervensi kombinasi terapi musik dan <i>art therapy</i>
5	Manajemen Nyeri pada Pasien Kanker Payudara dengan Menggunakan Teknik Distraksi Terapi Musik di RSUD Koja (Sitinjak et al., 2018)	D : Studi Kasus S : 2 orang pasien kanker V : Independen : Teknik Distraksi Terapi Musik Dependen : Nyeri pasien kanker payudara I : lembar observasi A : analisis kualitatif	Hasil penelitian ini mengatakan bahwa setelah diberikan teknik distraksi terapi musik klasik selama 30 menit didapatkan respon pada hari pertama pasien kanker dengan keluhan nyeri yaitu pasien dapat tertidur, merasa rileks, tampak tenang, tidak gelisah, tidak menangis, dan di dapatkan penurunan 2 skala nyeri, dari nyeri sedang menjadi nyeri ringan.
6	<i>Effect of Mindfulness-based Stress Reducetion Combined with Music Therapy on Pain, Anxiety, and Sleep Quality in Patient with Osteosarcoma</i> (Liu et al., 2019)	D : <i>Quasy Experimental</i> S : 112 orang V : Independen : <i>Mindfulness-based stress reduction</i> (MBSR) dan <i>Music Therapy</i> (MT) Dependen : Nyeri, Kualitas tidur dan ansietas I : <i>Wong-Baker Face Pain Rating Scale</i> (WBRF), <i>Hamilton Anxiety Rating Scale</i> (HAM-A), <i>The Pittsburg Sleep Quality Index</i> (PSQI)	Hasil penelitian ini didapatkan nilai P=0,000 yang menunjukkan terdapat perubahan/ penurunan skor nyeri yang signifikan sebelum dan sesudah dilakukan intervensi <i>Mindfulness-based stress reduction</i> (MBSR) kombinasi dengan <i>Music Therapy</i> (MT) pada pasien osteosarcoma.

		A : Student's t-test, Chi-Square test	
7	Efektifitas Terapi Murottal Terhadap Penurunan Tingkat Nyeri pada Pasien Kanker (Suwardi & Desi, 2019)	D: <i>Quasy Experimental design</i> dengan jenis <i>Non equivalent control Group Design</i> S : 75 pasien kanker V : Independen : Intervensi terapi musik klasik dan murottal Dependen : Nyeri pada pasien kanker I : Numeric Rating Scale, Musik klasik A : Uji <i>Wilcoxon</i>	Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terapi musik klasik dengan terapi murottal terhadap penurunan tingkat nyeri. Hal ini karena pasien kanker yang mendapatkan terapi dapat merasa lebih rileks dan mendapatkan ketenangan jiwa sehingga dapat membantu menurunkan nyeri pada pasien kanker.
8	Pengaruh <i>Self-Selected Individual Music</i> (SeLiMuT) terhadap Tingkat Nyeri Pasien Kanker Paliatif di RSUP Dr. Sarjito, Yogyakarta (Hertanti et al., 2015)	D : Quasi Eksperimen S : 46 responden V : Independen : <i>Self-Selected Individual Music</i> (SeLiMuT) Dependen : Nyeri Kanker Paliatif I : <i>Visual Analog Scale</i> (VAS) A : <i>Chi-Square</i> dan <i>Mann-Whitney U test</i>	Hasil penelitian ini didapatkan penurunan mean=2,144 sebelum dan sesudah diberikan terapi <i>Self-Selected Individual Music</i> (SeLiMuT), hal tersebut menunjukkan bahwa terapi tersebut secara klinis maupun statistik efektif untuk menurunkan nyeri pada pasien kanker paliatif. Terapi ini berperan untuk merangsang hipofisis otak untuk melepaskan endorfin yang berperan dapat merubah mood, emosi dan fisiologis.
9	<i>Patient Satisfaction and Benefuts of Music Therapy Service to Manage Stress and Pain in the Hospital Emergency Departement</i> (Mandel et al., 2019)	D : <i>longitudinal matched case-control study design</i> S : 180 responden V : Independen : Terapi musik Dependen : Tingkat Nyeri I : Form terapi musik dan form pengumpulan data A : Uji t-test	Berdasarkan hasil pengukuran statistik didapatkan nilai ($p < 0,001$) yang menunjukkan bahwa terapi musik secara signifikan dapat menurunkan nyeri dan stress pada pasien. Presentase manfaat terapi musik yaitu sebanyak 81% pengurangan stress, 64% untuk manajemen nyeri, dan 60% untuk dukungan prosedural.

10	Pengaruh Terapi Musik <i>New Age</i> Terhadap Penurunan Skala Nyeri pada Pasien Kanker Payudara di Unit Kemoterapi RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta (Purnamasari, 2016)	D : Quasi Eksperimen S : 38 responden V : Independen : Terapi musik <i>New Age</i> Dependen : Nyeri kanker I : Kuesioner skala nyeri, musik A : Paired sample t-test dan independent sample t-test	Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa hasil uji statistik nilai $P=0,000$ ($p<0,05$) yang berarti terdapat penurunan nyeri sebelum dan sesudah diberikan terapi musik <i>new age</i> pada pasien kanker. Hal ini karena musik dapat merangsang pelepasan endorfin dalam tubuh, sehingga tubuh merasa lebih nyaman dan tenang dan sensasi nyeri dapat menurun.
11	<i>The Impact of Music Therapy Versus Music Medicine on Psychological Outcomes and Pain in Cancer Patients : a mixed methods study</i> (Bradt et al., 2015)	D : <i>Qualitative data, randomized cross-over trial</i> S : 31 responden V : Independen : terapi musik dan <i>music medicine</i> Dependen : Nyeri kanker I : Kuesioner pengukuran nyeri NRS dan VAS A : Uji data kualitatif MAXQDA, NP, JB dan uji t-test	Penelitian ini membandingkan antara terapi musik dan <i>music medicine</i> , hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa kedua terapi tersebut sama-sama efektif untuk mengatasi mood, nyeri, kecemasan, dan relaksasi. Terapi musik dapat membantu mengakses dan melepaskan emosi yang tertekan, terlebih pada emosi kesedihan dalam menghadapi penyakitnya. Manfaat dari terapi musik juga bergantung pada karakteristik masing-masing individu, dalam penelitian ini menyebutkan bahwa terapi musik ini juga dapat meningkatkan penderitaan pada seseorang yang memiliki pandangan hidup negatif.
12	<i>The Effect of inpatient music therapy on self-reported symptoms at an academic cancer center : a preliminary report</i> (Lopez et al., 2019)	D : <i>Quasi experiment</i> S : 100 responden V : Independen : terapi musik Dependen : nyeri, kelelahan, mual, depresi, kecemasan, kantuk, nafsu makan,	Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terapi musik dapat menurunkan gejala pada kanker dengan nilai $P=0,01$. Dalam pemberian terapi musik ini 75% dapat menjadi relaksasi. Terapi musik

		kesejahteraan, sesak napas, dan kualitas tidur. I : Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) A : uji wilcoxon	dapat diberikan dengan tujuan yang jelas sesuai gejala untuk mendapatkan efek yang signifikan dari terapi yang sudah dilakukan.
13	Asuhan Keperawatan pada Pasien Kanker Tiroid dalam Pemenuhan Kebutuhan Aman dan Nyaman (Hadianto & Listrikawati, 2020)	D : Studi kasus S : 1 responden V : Independen : <i>Self-Selected Individual Music</i> Dependen : Depresi pada pasien kanker tiroid I : kuesioner pre dan post test A : analisis asuhan keperawatan	Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pemberian terapi musik selama 2 hari dengan durasi waktu 15-20 menit dapat menurunkan tingkat depresi pada pasien kanker tiroid serta memenuhi kebutuhan rasa aman dan nyaman. Musik dapat memunculkan memori yang mendalam bagi pasien dan dapat meningkatkan euforia yang setara dengan efek mengkonsumsi kafein atau alkohol.
14	<i>Music Therapy in Palliative Care</i> (Warth et al., 2015)	D : Randomized Controlled Trial S : 84 responden V : Independen : terapi musik Dependen : relaksasi, nyeri, <i>well-being</i> , <i>Heart Rate</i> , dan kualitas hidup I : <i>Visual Analog Scale</i> (VAS) A : <i>Chi-square</i> dan <i>t-test</i>	Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terapi musik efektif dalam memperbaiki gejala pada pasien kanker paliatif, terapi musik memperbaiki relaksasi, kualitas hidup, <i>Heart Rate</i> , dan menurunkan kelelahan pada pasien kanker paliatif.
15	<i>Music Therapy Treatments in an inpatient setting- A randomized pilot study</i> (Tan et al., 2020)	D : <i>randomized pilot</i> S : 26 responden V : Independen : terapi musik reseptif Dependen : mood, nyeri, depresi, stress dan tingkat perhatian I : <i>Visual Analog Scale</i> (VAS) dan <i>Depression, Anxiety, and Stress Scale</i> (DASS)	Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terapi musik reseptif efektif untuk memperbaiki beberapa permasalahan seperti peningkatan mood dan dapat menurunkan nyeri. Kemudian pemberian pada anak kecil dapat mengurangi tingkat kecemasan pada pasien yang dirawat di rumah sakit

A : uji statistik regresi multivariate	memiliki kepuasan yang lebih baik dibanding kelompok yang tidak mendapatkan terapi. Namun,tingkat depresi dan stress tidak menunjukkan perubahan yang signifikan setelah mendapatkan terapi.
--	--

BAB 3

METODE PENELITIAN

BAB 3

METODE PENELITIAN



3.1 Jenis dan Rancangan Penelitian

Karya ilmiah akhir ini menggunakan desain penelitian studi kasus. Studi kasus merupakan serangkaian kegiatan ilmiah untuk mendapatkan pengetahuan yang mendalam tentang suatu kejadian yang dilakukan secara rinci yang meliputi pengkajian secara intensif pada klien, keluarga, kelompok, komunitas atau institusi (Nursalam, 2020).

Studi kasus ini dilakukan pada bulan Oktober 2021, di Rumah Sakit Tipe A Surabaya dengan diagnosa medis *Ca Thyroid*. Pasien dan keluarga telah setuju untuk dilakukan pengkajian dan wawancara terkait kondisi pasien. Instrumen yang digunakan dalam pengambilan data ini yaitu format pengkajian keperawatan medikal bedah dan Standar Operasional Prosedur (SOP) terapi musik.

3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Kasus ini diambil di Rumah Sakit Tipe A Surabaya dan waktu pengambilan kasus dilakukan pada tanggal 26-29 Oktober 2021.

3.3 Subjek Penelitian

Subjek dalam studi kasus ini yaitu Tn.S berusia 52 tahun dengan diagnosis awal pasien yaitu diagnosa medis primer *Ca Thyroid* Rt4bM1N1 (Paru, Otak Vertebrae), diagnosa sekunder *history total thyroidectomi + FND* (Januari 2016 RSDS), *history of RAI 3x* (2016-2017, RS Hasan Sadikin Bandung) *lost of*

observation, on chemotherapy Paclitaxel-Doxorubicin 4x (Mei-25 Agustus 2021), HbsAg reaktif dan diagnosa komplikasi General Weaknes, Anemia (Hb 9,5), Hiponatremi, penurunan kesadaran, dan post kejang tonik-klonik.

3.4 Definisi Operasional

Definisi operasional merupakan penjelasan dari masalah yang ditemukan dan istilah yang akan digunakan dalam penulisan operasional studi kasus, sehingga mudah dipahami pembaca.

Tabel 3.1 Definisi Operasional Nyeri Kronis (SDKI-D.0078)

Masalah keperawatan	Definisi Operasional	Penyebab	Tanda dan Gejala		Kondisi Klinis Terkait
			Mayor	Minor	
Nyeri Kronis (SDKI-D.0078)	Nyeri kronis merupakan pengalaman sensorik maupun pengalaman emosional yang disebabkan dengan kerusakan jaringan secara aktual maupun fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dengan intensitas yang bervariasi yaitu mulai ringan hingga berat dan konstan, yang berlangsung dalam jangka waktu lebih dari 3 bulan (SDKI-D0078) (PPNI, 2017)	1. Kondisi muskuloskeletal kronis 2. Kerusakan sistem saraf 3. Penekanan saraf 4. Infiltrasi tumor 5. Ketidak-seimbangan neurtransmiter, reseptor, dan neuro modular 6. Gangguan pada imunitas (neuropati pasien HIV, virus varicella-zoster) 7. Gangguan fungsi metabolik 8. Riwayat posisi kerja statis 9. Terjadi peningkatan IMT 10. Tekanan emosional 11. Riwayat penganiayaan	Subjektif - Mengeluh nyeri - Merasa depresi atau tertekan Objektif - Tampak meringis - Gelisah - Tidak mampu menuntaskan aktivitas	Subjektif - Merasa takut mengalami cedera berulang Objektif - Bersikap protektif, seperti posisi menghindari nyeri, melokalisasi nyeri - Terlihat waspada - Pola tidur berubah memburuk - Terjadi anoreksia - Fokus menyempit hanya pada nyeri - Berfokus hanya pada diri sendiri	1. Kondisi kronis (reumatoid arthritis) 2. Infeksi 3. Cedera pada medula spinalis 4. Kondisi pasca trauma 5. Tumor

n (fisik, psikologis, seksual)
12. Kondisi pasca trauma
13. Riwayat penyalahgu naan obat/zat

Tabel 3.2 Definisi Operasional Terapi Musik

Intervensi	Definisi Operasional	Alat	Pemberian	Luaran
Terapi Musik	Terapi non- farmakologi dengan memutarakan musik sesuai pilihan pasien dengan tujuan membuat pasien rileks dan menurunkan tingkat nyeri	Musik Klasik sesuai pilihan pasien	Diberikan 1 kali dalam sehari dengan durasi 20 menit	Skala nyeri pasien menurun dari nyeri sedang menjadi nyeri ringan setelah diberikan terapi, skala pengukuran nyeri NRS

3.5 Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data pada studi kasus ini yaitu dengan pengkajian wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan studi rekam medis dari pasien. Data yang digunakan dalam penulisan karya ilmiah ini merupakan data primer dan data sekunder. Pengkajian dan wawancara dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui kondisi pasien sesuai dengan format asuhan keperawatan medikal bedah. Observasi dan pemeriksaan fisik dilakukan dengan melakukan pemeriksaan *head to toe*. Studi rekam medis juga dilakukan untuk melengkapi data pasien sesuai dengan yang dibutuhkan seperti hasil pemeriksaan laboratorium.

Tahap pengambilan data primer :

1) Tahap Persiapan

Tahap persiapan yang dilakukan yaitu dengan melakukan pengambilan data sekunder terlebih dahulu, melihat riwayat penyakit pasien di rekam medis. Kemudian menyusun pertanyaan terkait data-data yang akan ditanyakan ke

pasien atau keluarga dan menuliskan data-data yang sudah di dapat/ sekunder yang perlu dilakukan validasi secara langsung.

2) Tahap Pengkajian

Tahap pengkajian

- a. Memberikan salam dan menanyakan identitas pasien (Nama, Tanggal Lahir, Nomor RM)
- b. Memperkenalkan diri
- c. Menjelaskan tujuan dan meminta persetujuan dengan pasien dan keluarga
- d. Melakukan kontrak waktu dengan pasien dan keluarga
- e. Melakukan pemeriksaan tanda vital pasien (Suhu, Nadi, Tensi, SpO₂, *Respiratory Rate*)
- f. Mengajukan beberapa pertanyaan ke pasien dan keluarga (identitas pasien, keluhan utama, riwayat penyakit, riwayat dirawat dan tindakan yang dilakukan, riwayat alergi, riwayat penyakit yang sama pada keluarga, riwayat gaya hidup, keluhan pernafasan, riwayat penyakit/keluhan pada jantung, riwayat istirahat dan tidur, pemberian nutrisi, persepsi pasien tentang penyakitnya saat ini, kebiasaan beribadah sebelum dan sesudah sakit, kaji GCS pasien)
- g. Observasi penggunaan alat bantu nafas, WSD, trakeostomi, *folley catheter*, NGT, IV line atau alat medis lainnya. Kemudian observasi kondisi umum pasien dan kondisi luka)
- h. Berikan kesempatan pasien atau keluarga untuk bertanya

- i. Ucapkan terimakasih pada keluarga dan pasien karena telah kooperatif dalam memberikan informasi dan melakukan kontrak jika masih ada data yang terlewat dan perlu ditanyakan kembali.
- j. Mengucapkan salam dan meninggalkan ruangan

3) Tahap Dokumentasi

Setelah dilakukan pengkajian secara langsung dilakukan dokumentasi di lembar pengkajian untuk melengkapi data sekunder yang sudah ada sebelumnya, kemudian dilakukan analisa data dan menarik kesimpulan masalah keperawatan pasien untuk selanjutnya dilakukan perencanaan intervensi.

3.6 Etik Penelitian

Penelitian ini menggunakan beberapa prinsip etik berdasarkan Belmont Report (1978, dalam Polit & Hungler, 1997), yaitu meliputi *beneficence*, *anonymity*, *confidentiality*, dan menghargai martabat manusia. Pada tahun 2008 *Council for International Organizations of Medical Sciences* (CIOMS) menerbitkan panduan etika penelitian yang berjudul *The International Ethical Guidelines for Epidemiological Studies* yang merupakan hasil revisi dari CIOMS 2001. Secara universal terdapat tiga prinsip etik yang disepakati dan diakui sebagai prinsip etik kesehatan yang memiliki kekuatan moral, sehingga penelitian dapat dipertanggungjawabkan secara hukum dan moral oleh peneliti.

1. *Anonymity* dan *confidentiality*

Anonymity dilakukan dengan tujuan untuk menjaga kerahasiaan identitas responden. Peneliti hanya mencantumkan inisial pasien tidak menuliskan nama secara lengkap. *Confidentiality* dilakukan oleh peneliti dengan mengatur

pengendalian kapan dan bagaimana informasi yang diperoleh dari responden boleh disampaikan kepada orang lain hanya untuk kepentingan penelitian.

2. Menghormati harkat dan martabat manusia (*Respect for Person*)

Prinsip ini merupakan bentuk hormat terhadap harkat dan martabat manusia pribadi yang memiliki kebebasan untuk berkehendak atau memilih dan bertanggung jawab secara pribadi terhadap keputusan yang diambil. Secara mendasar prinsip ini bertujuan untuk menghargai hak otonomi, yang mempersyarat manusia mampu memahami setiap pilihannya untuk mengambil keputusan secara mandiri (*self determination*), dan melindungi manusia yang otonominya kurang, mempersyarat manusia ketergantungan (*dependent*) atau rentan (*vulnerable*) perlu adanya perlindungan bagi yang menderita kerugian atau penyalahgunaan (*harm and abuse*).

3. Prinsip berbuat baik (*Beneficence*) dan tidak merugikan (*Non-maleficence*)

Prinsip etik *beneficence* ini menyangkut kewajiban untuk membantu orang lain dapat dilakukan dengan mengupayakan manfaat secara maksimal dan meminimalkan tingkat kerugian. Subjek manusia termasuk dalam penelitian kesehatan bertujuan untuk mencapai tujuan penelitian kesehatan yang diaplikasikan pada manusia.

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

Gambaran Kasus

1. Pengkajian

1) Identitas Pasien

- a. No. RM : 1245xxx
- b. Nama : Tn.S
- c. Jenis Kelamin : Laki-laki
- d. Usia : 52 tahun
- e. Alamat : Gresik
- f. Agama : Islam
- g. Tanggal Masuk : 25 Oktober 2021
- h. Diagnosa Medis : *Ca Thyroid*
- i. Tanggal pemeriksaan : 26 Oktober 2021

2) Asessmen/ Pemeriksaan

a. Anamnesis

- a) Keluhan utama : Mengerang Kesakitan
- b) Riwayat penyakit sekarang :
- c) Pasien sudah pernah MRS di RSDS pada tanggal 05 Oktober 2021 dengan riwayat kejang, anemia (8,5), hipoalbumin (2,38). Kemudian setelah 1 minggu KRS pasien kembali mengalami kejang dan di bawa ke Rumah Sakit Tipe A Surabaya. Pasien memiliki riwayat kanker tiroid dan sudah

mengalami metastase. Kondisi pasien saat ini kesadaran lemah, mengerang kesakitan dan tampak bleeding d benjolan area leher.

d) Riwayat penyakit dahulu

Tn.S merakan keluhan nyeri pada bagian leher sejak tahun 2010 periksa di RS Ibnu Sina Gresik dan di rujuk ke RSDS dilakukan kemoterapi 1x, kemudian pada tahun 2016 sudah pernah dilakukan operasi total thyroidektomi + FND di RSDS, kemudian pernah melakukan pengobatan radioaktif iodine (RAI) sebanyak 3x di RS Hasan Sadikin Bandung dan tidak dilanjutkan atau *lost of observastion*, dan sempat sembuh. Namun, tahun 2019 tumbuh lagi benjolan kecil seperti bekel, dan melakukan kontrol ke RS Ibnu Sina Gresik, kemudian di rujuk ke RSDS, selanjutnya pasien melakukan kemoterapi *Paclitaxcel Doxorubicin* yang sudah berjalan 4x , kemo ke 2 benjolan di leher pecah. Kemo terakhir tanggal 25 Agustus 2021.

b. Pemeriksaan umum

- a) Kesadaran umum : Apatis
- b) GCS : E3V3M4
- c) Tekanan darah : 62/49 mmHg
- d) Suhu : 37°C
- e) Denyut nadi : 110x/menit
- f) Pernafasan : 24 x/menit

- g) Berat badan : 48 Kg
- h) Kekuatan otot : Taka: 3, Taki: 3, Kaka : 2, Kaki, 2

c. Pemeriksaan sistemik

Pemeriksaan tanda vital didapatkan data pasien yaitu suhu 37°C, nadi 110 x/menit, tekanan darah 62/49 mmHg, respirasi rate 24x/menit. Pada sistem pernapasan didapatkan suara napas vesikuler, tidak menggunakan alat bantu napas, dan tidak ada keluhan lainnya. Sistem kardiovaskuler pasien tidak memiliki keluhan dan tidak ada masalah keperawatan. Pada sistem persyarafan didapatkan data GCS E3V3M4, pupil isokor 3/3, dan konjungtiva anemis. Sistem perkemihan pasien tampak terpasang folley catheter 16 Fr, genetalia sedikit kotor, tidak ada ulkus dan sekret, warna urine kuning jernih dengan produksi 75 cc/jam.

Sistem pencernaan pasien tampak kurus dengan berat badan 48 Kg dan tinggi 169 cm, IMT 16,8 Kg/m². Pasien mengalami kesulitan menelan, nyeri saat menelan, mual dan muntah sejak sebelum MRS, saat ini mendapatkan terapi cair susu 6x 200 cc yang diberikan melalui NGT. Pada sistem penglihatan tidak ditemukan masalah dan sistem pendengaran pasien normal. Kemudian pada sistem muskuloskeletal pasien mengalami kelemahan untuk bergerak, kekuatan otot yaitu taka/taki 3/3, kaka/kaki 2/2. Keluarga mengatakan bahwa pasien mengalami kelemahan sejak setelah kemoterapi yang ketiga, sehingga saat ini semua ADL pasien dibantu penuh.

Pada sistem integumen didapatkan penghitungan skor resiko dekubitus yaitu 9, sehingga memiliki arti bahwa pasien beresiko tinggi dekubitus. Selanjutnya pada sistem endokrin yaitu terjadi pembesaran tiroid dan kelenjar getah bening. Pasien memiliki riwayat *Ca thyroid* dengan metastase tulang dan cerebri, kondisi kanker membesar pada bagian leher, terdapat lesi, bleeding dan menimbulkan bau yang menyengat, tampak kotor, tampak rembesan pada balutan. Pasien mengerang karena nyeri akibat *Ca Thyroid*, skala 5, luka cekot-cekot dan seperti terbakar, nyeri di area leher yang sering hilang timbul secara tiba-tiba.

d. Pemeriksaan Lain

Hasil pemeriksaan Laboratorium tanggal 25/10/2021 :

- a. HbsAg : reaktif
- b. Albumin : 3,4
- c. Hb : 9,5 g/dL

Rincian Tindakan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
FAAL KOAGULASI			
APTT	23.6	Detik	23-33 detik
PPT	11.1	Detik	9-12 detik
DIABETES			
Glukosa Darah Manual	202	mg/dL	150 mg/dL
GAS DARAH			
P/F Ratio	376	mmHg	<300 Gagal nafas ringan, <200 Gagal nafas sedang, <100 Gagal nafas berat
Temp	37	°C	-
FiO2	21	%	-
A-aDO2	2	mmHg	15-50 mmHg
SO2c	95	%	94-98%
Beecf	3.1	mmol/l	-
TCO2	30.7	mmol/l	23-30 mmol/l
HCO3-	29	mmol/l	22.0-26.0 mmol/l

pO ₂	79	mmHg	80-100 mmHg
pCO ₂	55	mmHg	35-45 mmHg
pH	7.33	-	7.35-7.45

URINE LENGKAP

Klorida	81	mmol/l	98-107 mmol/l
Kalium	4.8	mmol/l	3.5-5.1 mmol/l
Natrium	110	mmol/l	136-145 mmol/l

FAAL HATI

SGOT	15	U/L	L : 0-50 U/L P : 0-35 U/L
SGPT	27	U/L	L : 0-50 U/L P : 0-35 U/L

2. Analisa Data

Berdasarkan hasil pemeriksaan fisik, wawancara, dan observasi studi asuhan keperawatan. Maka selanjutnya dilakukan pengelompokan data untuk dapat menegaskan masalah keperawatan. Berikut adalah tabel hasil analisa kondisi pasien.

Tabel 4. 1 Analisa Data Pasien dengan *Ca Thyroid* di Rumah Sakit Tipe A Surabaya

No	Data	Etiologi	Masalah
1	DS : Pasien mengerang kesakitan, berdasarkan informasi dari keluarga status nyeri pasien yaitu : P : infiltrasi sel kanker di leher Q : cekot-cekor dan seperti terbakar R : dibagian leher dan sekitarnya S : 5 T : hilang timbul secara tiba- tiba DO : 1. Tampak gelisah 2. Tampak meringis 3. Tampak tegang	Kanker tiroid ↓ Perkembangan sel kanker stadium lanjut ↓ Infiltrasi sel kanker ↓ Benjolan mengalami lesi ↓ Merusak non saraf ↓ Menimbulkan sensasi nyeri ↓	Nyeri Kronis

4. Nadi 110 x/menit		Nyeri kronis	
2	DS : 1. Keluarga mengatakan sejak masuk rumah sakit pasien mual dan muntah 2. Keluarga mengatakan pasien tidak mampu untuk menelan karena nyeri 3. Keluarga mengatakan sebelum masuk rumah sakit pasien kalau makan sering tidak habis DO : A. BB : 48 Kg TB : 169 cm IMT : 16,8 Tampak kurus B. Hb : 9,5 g/dL Natrium : 81 mmol/l Kalium : 4,8 mmol/l Albumin : 3,5 mmol/l C. Turgor kulit buruk, mukosa kering, klien tampak lemah dan kurus D. Diet makanan cair 6x200 cc dalam sehari, melalui NGT	Kanker tiroid ↓ Massa semakin membesar ↓ Menekan organ sekitar ↓ Nyeri saat menelan ↓ Intake nutrisi tidak adekuat ↓ Berat badan menurun ↓ Defisit Nutrisi	Defisit Nutrisi
3	DS : Keluarga mengatakan sejak kemo ke 3 pasien mengalami kelemahan tidak bisa berjalan dan ADL di bantu DO : 1. Kekuatan otot menurun, 3 3 2 2 2. ROM menurun 3. Fisik lemah	Kanker tiroid ↓ Tumbuh pada sel C, kalsitonin ↓ Kadar kalsium ↓ ↓ Kerja otot ↓ ↓ Kelemahan ↓ Gangguan Mobilitas Fisik	Gangguan Mobilitas Fisik
4	DS :	Perkembangan	Resiko Infeksi

		sel kanker stadium lanjut	
DO :		↓	
Kejang saat MRS		Benjolan/massa	
Luka pada area <i>Ca Thyroid</i> dan mengalami bleeding		mengalami lesi	
Luka tampak kotor		↓	
Tampak rembesan pada balutan		Luka terbuka	
		↓	
		<i>Port de entry</i> bakteri	
		↓	
		Resiko Infeksi	
5	DO : -	Kelemahan	Resiko Luka Tekan
		↓	
	DS :	Gangguan mobilitas fisik	
	1. Kelemahan fisik	↓	
	2. Bedrest total	Tirah baring	
	3. Skor resiko dekubitus 9	↓	
	4. Nutrisi tidak adekuat	Tidak miksa-miki	
		↓	
		Tumpuan tonjolan tulang jangka waktu lama	
		↓	
		Resiko Luka Tekan	

3. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan kondisi klinis pasien yang disesuaikan dengan buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), maka dapat ditegakkan beberapa diagnosis keperawatan pada Tn.S yaitu diagnosis aktual dan diagnosis resiko:

1) Diagnosis aktual

- a. Nyeri Kronis (SDKI- D.0078) berhubungan dengan infiltrasi tumor (kanker tiroid, metastase) dibuktikan dengan data subjektif

mengerang kesakitan, dengan status nyeri yaitu nyeri akibat kanker tiroid, terasa cekot-cekot dan seperti terbakar, nyeri dibagian leher dan sekitarnya, skala 5 dan hilang timbul secara tiba-tiba. Kemudian, untuk data objektifnya yaitu pasien tampak gelisah, tampak meringis, tegang dan nadi meningkat 110 x/menit.

- b. Defisit nutrisi (SDKI- D.0019) berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan dibuktikan dengan data subjektif keluarga mengatakan pasien mual, muntah, makan tidak habis, dan nyeri saat menelan sejak sebelum masuk rumah sakit. Kemudian, data objektifnya yaitu IMT pasien 16,8, nilai Hb 9,5 g/dL, Natrium 81 mmol/l, Kalium 4,8 mmol/l, Albumin 3,5 mmol/l, turgor buruk, mukosa kering, tampak lemah dan kurus, diet makanan cair 6x200 cc/24 jam melalui NGT.
- c. Gangguan mobilitas fisik (SDKI- D.0054) berhubungan dengan efek agen farmakologis dibuktikan dengan data subjektif keluarga mengatakan pasien tidak bisa jalan dan mengalami kelemahan setelah kemoterapi yang ke-3. Kemudian, data objektif kekuatan otot menurun 3 3 2 2, ROM menurun, kelemahan pada fisik dan gerakan terbatas.

2) Diagnosis resiko

- a. Resiko infeksi (SDKI- D.0142) dibuktikan dengan terdapat lesi pada bagian benjolan kanker, luka mengalami bleeding, tampak kotor dan terdapat rembesan pada balutan.

- b. Resiko luka tekan (SDKI- D.0144) dibuktikan dengan data objektif pasien tampak kelemahan fisik, bedrest total, skor resiko dekubitus 9, nutrisi tidak adekuat.

4. Intervensi Keperawatan

Tabel 4. 2 Intervensi keperawatan pada pasien dengan *Ca Thyroid* di Rumah Sakit Tipe A Surabaya

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Nyeri Kronis (D.0078)	Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun. Kriteria Hasil : Tingkat Nyeri (L.08066): 1) Keluhan nyeri menurun (5) 2) Gelisah menurun (5) 3) Meringis menurun (5) 4) Pola tidur membaik (5) 5) Nadi dalam batas normal 60-100x/mnt	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi: 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, skala, dan intensitas nyeri 2. Identifikasi respon non verbal 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik 4. Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri (terapi musik) 5. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri 6. Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi 7. Jelaskan strategi untuk meredakan nyeri (terapi non-farmakologi, yaitu terapi musik) Kolaborasi 8. Kolaborasi pemberian analgesik, metamizole sodium 3x1 gram
Defisit Nutrisi (D.0019)	Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status nutrisi membaik Kriteria Hasil :	Manajemen nutrisi (I.03119) Observasi 1. Identifikasi perlunya penggunaan NGT. 2. Monitor berat badan. 3. Monitor asupan makanan Terapeutik 4. Berikan makanan melalui

	Status nutrisi (L.03030): 1) Porsi makan yang dihabiskan meningkat (5) 2) BB membaik, 50-60kg (5) 3) IMT membaik 20,0-25,0 (5) 4) Nafsu makan membaik 5	NGT jika oral tidak dapat ditoleransi. Edukasi 5. Ajarkan diet yang diprogramkan, diet TKTP Kolaborasi 6. Kolaborasi pemberian metoclopramide 3x10 mg
Resiko Infeksi (D.0142)	Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun Kriteria Hasil : Tingkat Infeksi (L.14137) 1) Kebersihan meningkat (5) 2) Rembesan/ cairan berbau busuk menurun (5) 3) Nyeri menurun (5)	Pencegahan Infeksi (I.14539) Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik 2. Batasi pengunjung 3. Berikan perawatan pada bagian yang beresiko infeksi 4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien Edukasi 5. Jelaskan tanda dan gejala terjadinya infeksi. 6. Jelaskan cara mencuci tangan dengan benar Kolaborasi 7. Kolaborasi pemberian Dexametason 3x10mg dan Phenytoin 75 mg/8 jam
Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)	Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik membaik. Kriteria Hasil : Mobilitas Fisik (L.05042) 1) Pergerakan ekstremitas meningkat (5) 2) Kekuatan otot meningkat (5) 3) ROM meningkat	Dukungan (I.05173) Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik dalam melakukan pergerakan 3. Monitor kondisi umum saat mobilisasi Terapeutik 4. Fasilitasi melakukan pergerakan 5. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

		(5)			
		4) Gerakan terbatas menurun (5)		Edukasi 6. Ajarkan melakukan pergerakan sederhana (ROM pasif, miring kanan kiri)	
Resiko Luka Tekan (D.0144)		Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat. Kriteria Hasil : Integritas Kulit dan Jaringan (L.14125) 1) Perfusi jaringan meningkat (5) 2) Kemerahan menurun (5) 3) Suhu kulit membaik (5) 4) Tekstur membaik (5)		Pencegahan Luka Tekan (I.14543) Observasi 1. Periksa luka tekan 2. Monitor suhu kulit yang tertekan 3. Monitor kulit di atas tonjolan tulang atau titik tekan saat mengubah posisi 4. Monitor mobilitas dan aktivitas pasien Terapeutik 5. Ubah posisi dengan hati- hari setiap 1-2 jam 6. Buat jadwal perubahan posisi 7. Jaga spreng agar tetap kering, bersih dan tidak berkerut Edukasi 8. Jelaskan tanda-tanda kerusakan kulit	

5. Implementasi

Studi kasus ini penerapan intervensi berfokus untuk mengatasi masalah nyeri kronis pada Tn.S yaitu dengan memberikan terapi musik. Pelaksanaan terapi musik pada pasien berpedoman pada hasil penelitian dan Standar Operasional Prosedur (SOP) dari (Yuliana, 2018). Pemberian terapi musik pada pasien terdiri dari tiga tahap yaitu tahap pra interaksi, tahap interaksi/kerja, tahap terminasi.

Tahap pra interaksi yang dilakukan yaitu dengan mempersiapkan alat-alat yang diperlukan untuk memberikan terapi musik pada pasien, alat yang dipersiapkan yaitu : 1) Handphone, 2) Earphone, 3) musik klasik, dan 4) melakukan cuci tangan 6 langkah sesuai standar WHO. Fase interaksi yang

dilakukan yaitu : 1) mengucapkan salam, 2) memperkenalkan diri, 3) menanyakan identitas pasien dan mencocokkan dengan gelangnya, 4) menjelaskan tujuan, 5) menjelaskan prosedur yang akan dilakukan, 6) meminta persetujuan dari pasien dan keluarga, 7) kontrak waktu dengan pasien dan keluarga. Fase kerja yang dilakukan yaitu : 1) menjaga privasi pasien dengan menutup tirai, 2) menanyakan keluhan pasien, 3) mendiskusikan harapan pasien dan keluarga, 4) identifikasi musik pilihan pasien, 5) atur posisi pasien agar lebih nyaman dan rileks, 6) bantu pasien untuk memasang earphone, 7) batasi stimulasi lingkungan, 8) nyalakan musik dengan volume yang sesuai selama 20 menit, 9) observasi selama terapi berlangsung, 9) lepaskan earphone jika sudah selesai terapi. Kemudian pada tahap terminasi, yang dapat dilakukan yaitu, 1) evaluasi hasil kegiatan dengan bertanya kepada pasien yang dirasakan setelah diberikan terapi, 2) simpulkan hasil kegiatan, 3) berikan umpan balik positif, 4) lakukan kontrak pertemuan selanjutnya, 5) akhiri pertemuan dengan salam, 6) rapikan alat yang digunakan, 7) cuci tangan 6 langkah sesuai standar WHO.

Pemberian terapi musik kepada pasien dilakukan dengan frekuensi 1 kali dalam sehari dengan lama pemberian selama 3 hari. Pemberian terapi ini dilakukan secara mandiri oleh peneliti. Waktu pelaksanaan setiap harinya berbeda, pada hari pertama dilakukan intervensi pada jam 08.30 WIB, jadwal tersebut sudah disepakati pada hari sebelum melakukan intervensi, sehingga tidak mengganggu waktu istirahat pasien. Kemudian, hari kedua dilakukan pada jam 15.30 WIB dan sudah mendapatkan persetujuan dari

pasien dan keluarga. Hari ketiga atau terakhir dilakukan pada jam 19.30 WIB, dengan tujuan membantu mengontrol nyeri pasien agar kualitas tidur pasien lebih baik.

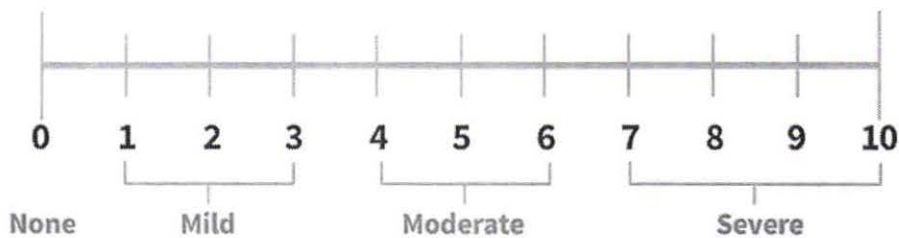
Fokus penelitian dalam studi kasus ini yaitu melakukan implementasi untuk membantu menurunkan nyeri pada pasien, namun pada proses pelaksanaan dan berdasarkan analisis data pasien juga mengalami permasalahan yang lain sehingga diberikan terapi tambahan untuk mengatasi masalahnya. Terapi tambahan yang diberikan pada pasien yaitu pasien diberikan metoclopramid 3x10 mg yang bertujuan untuk membantu mengatasi masalah pada lambung pasien, seperti mual dan muntah. Kemudian, pasien juga mendapatkan antibiotik dan anti kejang yaitu dexametasone 3x10 mg dan phenitoin 75 mg/ 8 jam. Selain itu pasien juga mendapatkan inf. Manitol 3x100 cc karena didapatkan hasil pemeriksaan bahwa kanker pasien bermetastase ke serebral. Selain itu, peneliti juga memberikan edukasi kepada keluarga cara mengontrol nyeri dengan non-farmakologi, keluarga juga mengikuti proses pemberian terapi musik sehingga diharapkan keluarga dapat memberikan terapi secara mandiri.

6. Evaluasi

Evaluasi terhadap intervensi yang diberikan kepada pasien dilakukan setiap hari setelah implementasi, format evaluasi yang digunakan yaitu SOAP. S (Subjektif) : menanyakan pendapat pasien tentang intervensi yang sudah diberikan, dan masalah yang dirasakan ada perbaikan atau tidak setelah intervensi, O (Objektif) : mengkaji tercapainya luaran hasil yang telah ditetapkan sebelumnya yaitu meliputi tanda-tanda vital, dan respon

non verbal akibat nyeri, A (Analisis) : pada bagian ini dilakukan analisis apakah masalah pasien sudah teratasi atau belum setelah dilakukan intervensi, yang terakhir adalah P (*Planning*) : merupakan rencana intervensi yang akan dilakukan selanjutnya, apakah meneruskan intervensi sebelumnya atau memodifikasi dengan menambah intervensi lain yang dianggap lebih efektif.

Pengukuran tingkat nyeri pada pasien dilakukan dengan menggunakan skala pengukuran *Numeric Rating Scale* (NRS), dengan komponen pengukuran sebagai berikut :



Gambar 4. 1. *Numeric Rating Scale*

Tabel 4. 3 Evaluasi pada Tn.S dengan diagnosa *Ca Thyroid* di Rumah Sakit Tipe A Surabaya

Tanggal	Evaluasi
27/10/2021	S : pasien mengatakan nyeri dengan skala 5/10, pasien masih mengerang kesakitan O : - Tampak tenang saat terapi berlangsung, kembali gelisah 1 jam setelah intervensi - Tampak meringis - Tampak tegang - TTV Nadi : 115x/menit, suhu 37°C, TD : 65/49 mmHg, dan RR : 22x/menit A : Masalah nyeri kronis belum teratasi P : Lanjutkan pemberian terapi musik

28/10/2021	S : pasien masih mengeluh nyeri skala nyeri 5/10 dan pasien masih mengerang kesakitan O : - Tampak tenang saat terapi berlangsung, kembali gelisah 1 jam setelah intervensi - Tampak meringis - Tampak tegang - TTV Nadi : 108x/menit, suhu 36,8°C, TD : 75/54 mmHg, dan RR : 22x/menit A : Masalah nyeri kronis belum teratasi P : Lanjutkan pemberian terapi musik, dan ajarkan pada keluarga cara memberikan terapi
29/10/2021	S : pasien mengatakan nyeri sudah menurun dengan skala 4/10, dan keluarga mengatakan pasien sudah mulai ngantuk, namun masih mengerang. O : - Tampak tenang setelah diberikan terapi - Pasien dapat tidur dengan tenang - TTV Nadi : 105x/menit, suhu 36,6°C, TD : 70/42 mmHg, dan RR : 21x/menit A : Masalah nyeri kronis belum teratasi P : Lanjutkan pemberian terapi musik, dan ajarkan pada keluarga cara memberikan terapi

4.2 Pembahasan

4.2.1 Pengkajian

Hasil pengkajian pada Tn.S berusia 52 tahun di dapatkan data bahwa diagnosa medis Tn.S yaitu *Ca Thyroid* yang sudah bermetastase ke serebral dan verterbra. Saat dilakukan pengkajian tampak terdapat benjolan pada bagian leher yang cukup besar dan mengalami lesi. Tanda dan gejala yang dicurigai sebagai

keganasan pada tiroid yaitu adanya benjolan yang bertumbuh dengan cepat dan konsistensi keras, terjadi perubahan pada suara, pembengkakan kelenjar getah bening, sesak nafas, disfagia, adanya metastasis serta usia penderita yang kurang dari 20 tahun atau lebih dari 50 tahun (Armerinayanti, 2017). Tn.S memiliki riwayat pembedahan tahun 2016 terkait dengan kankernya yaitu *total thyroidectomi*. Pembedahan *thyroidectomi* merupakan salah satu cara yang dapat dilakukan untuk menghindari perkembangan massa kanker pada leher (Hadianto & Listrikawati, 2020).

Saat ini keluhan utama yang dirasakan oleh pasien yaitu nyeri pada bagian leher, dengan karakteristik nyeri skala 5 dengan menggunakan skala pengukuran NRS, nyeri cekot-cekot dan seperti terasa terbakar, yang muncul secara tiba-tiba dan sering. Nyeri merupakan gejala yang paling sering dan umum terjadi pada pasien kanker (Ka'arayeno, 2020). Pada pasien kanker tiroid nyeri yang dirasakan yaitu nyeri pada leher, nyeri saat menelan, dan suara serak (Ridho et al., 2018). Tn.S mengeluh nyeri dengan cara mengerang, selain itu didapatkan bahwa Tn.S gelisah, sulit tidur di malam hari, tampak meringis dan terjadi peningkatan nadi diatas normal yaitu 110 x/ menit. Hal tersebut disebabkan akibat respon nyeri yang distimulasi oleh saraf simpatik berkaitan erat dengan peningkatan *heart rate* yang dapat memicu kecemasan, sehingga meningkatkan respon nyeri (Kurniawan et al., 2019)

Berdasarkan kondisi klinis pasien tampak lemah, *bedrest*, dan semua aktifitas dibantu penuh oleh keluarga, berdasarkan keterangan dari keluarga pasien mengalami kelemahan setelah kemoterapi yang ke 3 dan pasien sudah melakukan 4 kali kemoterapi. Selain itu Tn.S juga mengalami mual dan muntah

serta tidak nafsu makan sejak sebelum masuk rumah sakit. Penatalaksanaan berupa kemoterapi pada pasien kanker dapat memberikan beberapa dampak baik secara fisik maupun psikologis yang dapat berpengaruh pada kualitas hidup pasien. Setelah dilakukan kemoterapi biasanya pasien akan mengalami beberapa gejala seperti mual dan muntah, mudah lelah, dan kelemahan (Sudiasta et al., 2022).

Berdasarkan keluhan utama dan kondisi klinis pasien yang disesuaikan dengan SDKI maka penulis berpendapat bahwa masalah yang dapat ditegakkan dalam studi kasus ini yaitu nyeri yang sudah lebih dari 3 bulan, serta berdampak pada kualitas hidup pasien. Sehingga penegakan diagnosa keperawatan yang tepat diperlukan untuk menentukan manajemen nyeri pasien kanker tiroid paliatif dengan harapan dapat membantu mengurangi keluhan dan meningkatkan kualitas hidup.

4.2.2 Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan pengkajian dan analisis sebelumnya, penulis menetapkan diagnosis keperawatan prioritas pada Tn.S yaitu nyeri kronis berhubungan dengan (b.d) infiltrasi tumor (kanker tiroid, metastase) dibuktikan dengan (d.d) mengerang kesakitan, dengan status nyeri yaitu nyeri akibat kanker tiroid, terasa cekot-cekot dan seperti terbakar, nyeri dibagian leher dan sekitarnya, skala 5 dan hilang timbul secara tiba-tiba. Kemudian, pasien tampak gelisah, tampak meringis, tegang dan nadi meningkat 110 x/menit. Nyeri yang dirasakan pasien akibat perkembangan sel kanker tiroid yang dialaminya. Karsinoma tiroid merupakan jenis kanker yang berasal dari kelenjar endokrin dan masuk dalam kanker terbanyak yang terjadi pada sistem endokrin (Siswandi et al., 2021).

Terjadinya metastase dan infiltrasi sel tumor merupakan penyebab dari timbulnya nyeri secara lokal pada pasien kanker kepala dan leher (A.C.Romdhoni, 2017).

Nyeri merupakan gejala yang paling sering muncul pada pasien kanker, nyeri yang dirasakan oleh pasien kanker dengan stadium lanjut biasanya adalah nyeri kronis (Ka'arayeno, 2020). Nyeri yang dialami oleh Tn.S tergolong dalam nyeri sedang yang ditandai dengan keluhan nyeri dengan cara mengerang. Selain itu, respon non verbal pasien menunjukkan bahwa pasien gelisah dan mencabut NGT yang terpasang, tampak meringis, dan tampak tegang. Nyeri kronis dianggap sebagai faktor yang dapat berpengaruh pada status kenyamanan pasien, seperti penurunan kualitas tidur, nafsu makan menurun hingga mual dan muntah, ketika pasien merasa nyeri dengan intensitas sedang hingga berat kemungkinan sebagian besar akan berpengaruh pada kualitas hidupnya (Lin et al., 2020).

Nyeri yang dirasakan Tn.S berada di daerah leher yang terdapat benjolan yang sudah membesar, terdapat lesi dan bleeding, dengan skala nyeri 5/10 atau nyeri sedang. Perkembangan sel tumor dapat menyebabkan kerusakan aktual atau ancaman kerusakan pada jaringan non-saraf yang dapat menstimulus respon nyeri yang disebut dengan nyeri nisiseptif. Kemudian, jika berlangsung dalam jangka waktu yang cukup lama dan menimbulkan lesi pada somatosensorik akan menyebabkan nyeri neuropatik, yang memiliki isfat neuropati (Caraceni & Shkodra, 2019). Berdasarkan riwayat penyakit pasien didapatkan data bahwa kanker tiroid yang dialami sudah mengalami metastase ke vertebra, sehingga hal ini menjadi salah stimulus nyeri yang dialami oleh Tn.S. Invasi sel kanker pada tulang dapat menyebabkan nyeri yang dikenal dengan nyeri somatik. Nyeri pada tulang biasanya dideskripsikan dengan nyeri tercabik, berdenyut, dan biasanya

akan memberat jika terjadi pergerakan atau pergeseran tubuh (Mahmud et al., 2016).

Berdasarkan hasil pengkajian dan analisa data yang sudah dilakukan serta berdasarkan beberapa jurnal penelitian sebelumnya, penulis berpendapat bahwa perkembangan sel kanker dapat merangsang stimulus nyeri pada pasien serta dapat menurunkan kualitas hidup. Pada pasien yang digunakan dalam studi kasus ini dilakukan pengukuran nyeri dengan *Numeric Rating Scale* (NRS) dan nyeri yang dirasakan tergolong nyeri sedang, hal tersebut kemungkinan disebabkan karena adanya lesi pada kanker dan merusak jaringan somatosensorik sehingga nyeri yang dirasakan bersifat neuropatik. Pengukuran skala nyeri pada pasien seharusnya menggunakan kombinasi skala subjectif dan objectif untuk menentukan skala nyeri yang lebih akurat.

4.2.1 Intervensi, Implementasi, dan Evaluasi

Pemberian terapi musik pada Tn.S dengan diagnosis medis *Ca Thyroid* yang dilakukan selama tiga hari yaitu pada tanggal 26-28 Oktober 2021. Pada pengkajian awal tanggal 25 Oktober 2021 diketahui bahwa pasien mengerang kesakitan, dan keluarga menyampaikan bahwa pasien mengatakan nyeri skala 5 pada anaknya, tampak gelisah, meringis dan tegang, kemudian hasil evaluasi pada tanggal 28 Oktober 2021 diketahui bahwa pasien mengatakan skala nyeri 4, namun sudah tampak lebih tenang, pasien dapat tidur dengan nyaman. Hal tersebut menunjukkan bahwa pemberian terapi musik berpengaruh terhadap penurunan nyeri pada pasien dengan kanker. Pemberian terapi musik dapat merangsang hipofisis dan melepaskan hormon endorfin sehingga muncul perasaan bahagia dan lebih tenang, yang dapat menurunkan sensasi nyeri (Purnamasari,

2016). Namun, pada pemberian intervensi terapi musik belum mendapatkan hasil yang maksimal, karena pasien hanya mengalami penurunan nyeri 1 skala saja yaitu dari skala 5 menjadi skala 4. Berdasarkan penelitian sebelumnya dijelaskan bahwa terapi musik mungkin merupakan pendekatan yang sangat menjanjikan terutama untuk menurunkan kecemasan, depresi, nyeri pada pasien kanker, serta dapat meningkatkan kualitas hidup dalam sesi pemberian terapi 1-2 bulan (Li et al., 2020)

Terapi musik merupakan salah satu jenis psikoterapi yang muncul dengan menggunakan berbagai pengalaman musik yang dirancang oleh terapis musik yang sudah terlatih untuk membantu menghilangkan hambatan psikologis, meningkatkan kesehatan fisik, serta mental pasien, dan merupakan jenis terapi komplementer untuk pasien paliatif yang paling sering digunakan (Li et al., 2020). Pemberian terapi musik dapat membantu menurunkan kerja saraf otonom yang berlebih, sehingga dapat menciptakan suasana rileks, menyenangkan, dan aman. Hal tersebut merangsang pelepasan pusat sistem analgesia dan substrat kimia seperti *gamma aminobutylic acid* (GABA), beta endorfin, dan enkephalin yang dapat mengeliminasi rasa nyeri (Hertanti et al., 2015).

Terapi musik yang diberikan pada pasien ini yaitu terapi musik klasik mozart. Pemberian teknik distraksi terapi musik klasik dapat memberikan efek rileks, peningkatan kualitas tidur, tenang, tidak gelisah, dan respon nyeri menurun dari skala sedang menjadi ringan (Sitinjak et al., 2018). Selain itu musik klasik juga dapat memberikan ketenangan jiwa bagi pasien kanker (Suwardjo et al., 2020). Namun, pemberian terapi musik dengan memberikan kesempatan pasien untuk memilih sendiri musik yang disukai juga dapat dilakukan karena musik yang

di dengar akan lebih familiar dan kemungkinan akan memberikan efek yang lebih maksimal. Hal tersebut, sesuai dengan hasil penelitian dari (Hertanti et al., 2015) yang menyatakan bahwa sesudah diberikan terapi *Self-Selected Individual Music* pasien kanker paliatif menyatakan bahwa nyerinya sudah berkurang.

Pemberian terapi musik pada Tn.S mempengaruhi penurunan skala nyeri dari skala 5/10, kemudian setelah hari ketiga diberikan intervensi skala nyeri pasien menurun menjadi 4/10, dan pasien tampak tenang. Terapi musik yang diberikan pada pasien berdurasi 20 menit dengan skala pemberian satu kali dalam sehari dan diberikan selama 3 hari. Sesuai dengan penelitian (Hadianto & Listrikawati, 2020) yang mengatakan bahwa pemberian terapi musik selama 2 hari dengan durasi waktu 15-20 menit dapat menurunkan tingkat depresi pada pasien kanker tiroid serta memenuhi kebutuhan rasa aman dan nyaman. Musik dapat memunculkan memori yang mendalam bagi pasien dan dapat meningkatkan euforia yang setara dengan efek mengkonsumsi kafein atau alkohol.

Pemberian terapi pada pasien dilakukan diwaktu yang berbeda setiap harinya, pada hari pertama pemberian terapi dilakukan pada pukul 08.30 WIB, kemudian di hari kedua diberikan pada pukul 15.30 WIB, dan di hari ketiga diberikan pada pukul 19.30 WIB. Hasil evaluasi didapatkan penurunan skala nyeri pasien terjadi dihari ketiga. Pemberian terapi musik pada malam hari dengan menggunakan speaker atau *headphone* selama 30 menit akan memberikan ketenangan, memberikan perasaan rileks sehingga dapat menurunkan nyeri kronis dan meningkatkan kualitas hidup (Lin et al., 2020). Selain itu, keberhasilan dalam mendapatkan hasil yang maksimal dari pemberian terapi musik pada pasien nyeri kronis dipengaruhi oleh beberapa hal, salah satunya motivasi dari pasien itu

sendiri. Seseorang yang memiliki pandangan negatif tentang dirinya akan cenderung mengalami peningkatan skala nyeri meskipun sudah mendapat terapi (Bradt et al., 2015).

Berdasarkan hasil evaluasi setelah diberikan terapi musik, penulis berpendapat bahwa terapi musik efektif dalam menurunkan nyeri kronis pada pasien kanker tiroid, dan dapat diberikan pada malam hari untuk mendapatkan hasil yang maksimal karena pasien bisa merasakan rileks dan memperbaiki kualitas tidur. Selain itu, pemberian terapi dengan waktu yang cukup singkat membuat kriteria hasil tidak tercapai. Sehingga, untuk mendapatkan hasil yang maksimal maka dapat dilakukan pemberian terapi musik dalam jangka waktu yang cukup lama dan memberikan kesempatan pada pasien untuk memilih musik yang disukai atau dikenal.

4.3 Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan dalam studi kasus pemberian intervensi terapi musik pada pasien dengan keluhan nyeri kronis yaitu :

- 1) Durasi pemberian intervensi terbatas sehingga efektivitas dari intervensi terapi musik yang diberikan belum mencapai hasil yang maksimal
- 2) Pengukuran tingkat nyeri pasien hanya dilakukan secara subjektif melalui komunikasi dengan keluarga karena pasien hanya dapat berbicara sangat pelan, sehingga kemungkinan ada penyampaian informasi yang kurang sesuai.

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN



5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang sudah dilakukan, dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Hasil pengkajian dan analisis didapatkan diagnosis prioritas pada Tn.S yaitu nyeri kronis dengan tanda gejala berupa pasien gelisah, tampak meringis, tagang, mengeluh nyeri, dan nyeri berlangsung lebih dari 3 bulan.
2. Hasil evaluasi setelah dilakukan intervensi pada Tn.S berupa terapi musik, merupakan terapi non-farmakologis yang bertujuan untuk menurunkan nyeri dengan menstimulasi pelepasan hormon beta endorfin yang dapat mengeliminasi neurotransmitter nyeri, sehingga dapat menimbulkan efek analgesik, pada penelitian ini didapatkan penurunan skala nyeri dari skala 5 menjadi skala 4 setelah diberikan terapi selama 3 hari.

5.2 Saran

Adapun saran yang diberikan berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan antara lain :

1. Terapi musik dapat digunakan sebagai intervensi keperawatan dalam pemberian asuhan keperawatan untuk mengurangi nyeri kronis.
2. Pemberian terapi musik sebaiknya diberikan berdasarkan musik yang dipilih oleh pasien sendiri karena dapat meningkatkan efektifitas terapi musik yang diberikan.
3. Pengukuran skala nyeri pada pasien sebaiknya dikombinasikan dengan *Visual Analog Scale* (VAS) untuk mendapatkan penilaian nyeri yang lebih tepat.

4. Perlunya penelitian lebih lanjut mengenai pengaruh terapi musik terhadap efektifitas dalam menurunkan nyeri kronis dengan memperhatikan terapi farmakologis pasien untuk mendapatkan hasil yang lebih akurat.

DAFTAR PUSTAKA

Daftar Pustaka

- A.C.Romdhoni. (2017). *Manajemen Nyeri pada Keganasan Kepala dan Leher* (W. A. Kentjono, S. H. Juniati, & B. S. Santoso (eds.)). Dept/SMF Ilmu Kesehatan Telingan Hidung Tenggorokan Bedah Kepala dan Leher. FK Universitas Airlangga.
- Ardhiansyah, A. O. (2019). *Surgery Mapping 3: Kanker Tiroid*. Airlangga University Press.
- Armerinayanti, N. W. (2017). Goiter Sebagai Faktor Predisposisi Karsinoma Tiroid. *WMJ (Warmadewa Medical Journal)*, 1(2), 42. <https://doi.org/10.22225/wmj.1.2.27.42-50>
- Baloch, Z. W., & LiVolsi, V. A. (2018). Special types of thyroid carcinoma. *Histopathology*, 72(1), 40–52. <https://doi.org/10.1111/his.13348>
- Bennett, M. I., Kaasa, S., Barke, A., Korwisi, B., Rief, W., & Treede, R.-D. (2019). The IASP classification of chronic pain for ICD-11: Functioning properties of chronic pain. *International Association for the Study of Pain*, 160(1), 88–94. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001433>
- Bradt, J., Norris, M., Shim, M., Gracely, E. J., & Gerrity, P. (2016). Vocal music therapy for chronic pain management in inner-city African Americans: A mixed methods feasibility study. *Journal of Music Therapy*, 53(2), 178–208. <https://doi.org/10.1093/jmt/thw004>
- Bradt, J., Potvin, N., Kesslick, A., Shim, M., Radl, D., Schriver, E., Gracely, E. J., & Komarnicky-Kocher, L. T. (2015). The impact of music therapy versus music medicine on psychological outcomes and pain in cancer patients: a mixed methods study. *Supportive Care in Cancer*, 23(5), 1261–1271. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2478-7>
- Cabanillas, M. E., McFadden, D. G., & Durante, C. (2016). Thyroid cancer. *The Lancet*, 388(10061), 2783–2795. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30172-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30172-6)
- Caraceni, A., & Shkodra, M. (2019). Cancer Pain Assessment and Classification. *Cancers*, 11, 1–13. <https://doi.org/10.3390/cancers11040510>
- Deng, G. (2019). Integrative Medicine Therapies for Pain Management in Cancer Patients. *Cancer Journal (United States)*, 25(5), 343–348. <https://doi.org/10.1097/PPO.0000000000000399>
- Di Nasso, L., Nizzardo, A., Pace, R., Pierleoni, F., Pagavino, G., & Giuliani, V. (2016). Influences of Music 432 Hz Music on the Perception of Anxiety during Endodontic Treatment: A Randomized Controlled Clinical Trial. *Journal of Endodontics*, 49(2), 1338–1343. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.joen.2016.05.015>
- Fikri, M., & Fitriana, D. R. (2021). Pengaruh Terapi Musik Terhadap Tingkat

Kecemasan Pasien Kanker di Rumah Singgah Kanker Samarinda. *Borneo Student Reseach*, 3(1), 66–75.

Gallagher, L. M., Lagman, R., & Rybicki, L. (2018). Outcomes of Music Therapy Interventions on Symptom Management in Palliative Medicine Patients. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 35(2), 250–257. <https://doi.org/10.1177/1049909117696723>

Hadianto, W. S., & Listrikawati, M. (2020). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Kanker Tiroid Dalam Pemenuhan Kebutuhan Aman dan Nyaman. *Universitas Kusuma Husada Surakarta*, 3, 103–111. Kanker Tiroid, Kebutuhan Aman dan Nyaman, Terapi Selimut

Hertanti, N. S., Setiyarini, S., & Kristiani, M. S. (2015). Pengaruh self-selected individual music therapy (SeLIMuT) terhadap tingkat nyeri pasien kanker paliatif di RSUP Dr. Sardjito. *Indonesian Journal of Cancer*, 9(4), 159–165. <https://www.indonesianjournalofcancer.or.id/e-journal/index.php/ijoc/article/view/639/333>

Ka'arayeno, A. J. (2020). Aplikasi Brief Pain Inventory (BPI) Indonesian Version untuk Mengkaji Nyeri Kronis pada Pasien Kanker. *Jurnal Ilmiah Ilmu Kesehatan*, 8487(2), 294–305.

Kada, R. K. M., Irawaty, D., & Maria, R. (2020). Pengaruh Kombinasi Terapi Musik Dan Art Therapy Terhadap Tingkat Nyeri Pasien Kanker Payudara. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*, 5(1), 202–206. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.30651/jkm.v5i1.4714>

Kitahara, C. M., Mccullough, M. L., Franceschi, S., Rinaldi, S., Wolk, A., Neta, G., Adami, H. O., Anderson, K., Andreotti, G., Freeman, L. E. B., Bernstein, L., Buring, J. E., Clavel-chapelon, F., Roo, L. A. De, Gao, Y., Michael, J., Giles, G. G., Håkansson, N., Horn-ross, P. L., ... González, B. De. (2015). Anthropometric factors and thyroid cancer risk by histological subtype: pooled analysis of 22 prospective studies. *National Cancer Institute*, 1–50.

Krishnaswaswamy, P., & Nair, S. (2016). Effect of Music Therapy on Pain and Anxiety Levels of Cancer Patients: A Pilot Study. *Indian Journal of Palliative Care*, 3(1), 307–311. <https://doi.org/10.4103/0973-1075.185042>

Kurniawan, D., Setiyarini, S., & Kristanti, M. S. (2019). Pengaruh Self-Selected Individual Music Therapy (SeLIMuT) terhadap Perubahan Status Hemodinamik Pasien Kanker Paliatif di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta. *Jurnal Kesehatan Mesencephalon*, 5(2). <https://doi.org/10.36053/mesencephalon.v5i2.111>

Li, Y., Xing, X., Shi, X., Yan, P., Chen, Y., Li, M., Zhang, W., Li, X., & Yang, K. (2020). The effectiveness of music therapy for patients with cancer: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 76(5), 1111–1123. <https://doi.org/10.1111/jan.14313>

Lin, Z., Huang, S., Xu, N., Cao, H., Chen, L., & Chen, Q. (2020). Effect of Music

Therapy on the Chronic Pain and Midterm Quality of Life of Patients after Mechanical Valve Replacement. *Annals of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 1–6. <https://doi.org/10.5761/atcs.oa.20-00022>

Liu, H., Gao, X., & Hou, Y. (2019). Effects of mindfulness-based stress reduction combined with music therapy on pain, anxiety, and sleep quality in patients with osteosarcoma. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 41(6), 540–545. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0346>

Lopez, G., Christie, A. J., Powers-James, C., Bae, M. S., Dibaj, S. S., Gomez, T., Williams, J. L., & Bruera, E. (2019). The effects of inpatient music therapy on self-reported symptoms at an academic cancer center: a preliminary report. *Supportive Care in Cancer*, 27(11), 4207–4212. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-04713-4>

Mahmud, Wisudarti, C. F. R., & Nugraha, A. F. (2016). Penatalaksanaan Paliatif Pasien dengan Nyeri Kanker. *Jurnal Komplikasi Anstesi*, 4(80), 87–98.

Mandel, S. E., Davis, B. A., & Secic, M. (2019). Patient satisfaction and benefits of music therapy services to manage stress and pain in the hospital emergency department. *Journal of Music Therapy*, 56(2), 149–173. <https://doi.org/10.1093/jmt/thz001>

Merizky, W., Zafira, S. N., Nurchalamsah, W., & Firdaus, M. F. (2020). Karsinoma Tiroid. *Jurnal Kedokteran Unram*, 9(3), 534–539.

Ni Luh, W., Prabawati, D., Astrid, M., & Suprapti, F. (2020). Pemberdayaan Kader Paliatif Kanker Dalam Merawat Pasien Kanker Di Masyarakat Dki Jakarta. *Jurnal Pengabdian Masyarakat Kasih (JPMK)*, 2(1), 23–30. <https://doi.org/10.52841/jpmk.v2i1.157>

Nurmalisa, E. B. (2020). Literature Review : Pain Managements in Cancer Patients. *Lentora Nursing Journal*, 1(1), 20–26.

Nursalam. (2020). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis* (P. P. Lestari (ed.); 5th ed.). Jakarta : Salemba Medika.

PPNI. (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesi (SDKI) : Definisi dan Indikator Keperawatan* (1st ed.). Jakarta: DPP PPNI.

Purnamasari, L. (2016). Pengaruh Terapi Musik New Age terhadap Penurunan Skala Nyeri pada Pasien Kanker Payudara di Unit Kemoterapi RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta. *Universitas Alma Ata Yogyakarta*. <http://elibrary.almaata.ac.id/1378/%0Ahttp://elibrary.almaata.ac.id/1378/2/Askah Publikasi Laila Purnamasari.pdf>

Ridho, M. A., Qodir, N., & Triwani. (2018). Karakteristik Pasien Karsinoma Tiroid Papiler di Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Mohammad Hoesin Periode Januari-Desember 2016. *Majalah Kedokteran Sriwijaya*, 4, 166–174. <https://doi.org/https://doi.org/10.36706/mks.v50i4.8564>

- Saputri, Y., & Meta, M. D. (2021). Karakteristik Pasien dengan Nodul Tiroid di Rumah Sakit X Bandung. *Jurnal Riset Kedokteran*, 1(2), 71–79. <https://doi.org/10.29313/jrk.v1i2.438>
- Siriwa, M. R. (2021). *Karakteristik Sosiodemografi Dan Klinis Penderita Kanker Tiroid Di Rsup Dr Wahidin Sudirohusodo Dan Rsp Universitas Hasanuddin Tahun 2018-2021*. November. http://repository.unhas.ac.id/id/eprint/11834/2/C011181067_skripsi_13-12-2021.pdf 1-2.pdf
- Siswandi, A., Fitriyani, N., Artini, I., & Monitira, K. (2021). Karakteristik Penderita Kanker Tiroid Di Bagian Bedah Onkologi Di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2017-2019. *Jurnal Medika Malahayati*, 4(3), 244–248. <https://doi.org/10.33024/jmm.v4i3.2530>
- Sitinjak, L., Rulino, L., & Masliah, R. (2018). Manajemen Nyeri Pada Pasien Kanker Payudara dengan Menggunakan Teknik Distraksi Terapi Musik di RSUD Koja. *Jakhkj*, 4(2), 34–39.
- Sudiasta, D. G., Yanti, N. L. G. P., & Citrawati, N. K. (2022). Overview of the Quality of Life of Breast Cancer Patients Undergoing Chemotherapy During the COVID-19 Pandemic. *Jurnal Keperawatan Dan Fisioterapi (Jkf)*, 4(2), 260–267. <https://doi.org/10.35451/jkf.v4i2.986>
- Suwardi, R. A., & Desi, A. R. (2019). Efektifitas Terapi Murottal Terhadap Penurunan Tingkat Nyeri pada Pasien Kanker. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 7(1). <https://doi.org/https://doi.org/10.26714/jkj.7.1.2019.27-32>
- Suwardjo, S., Avanti, W. S., Dwianingsih, E. K., Harahap, W. A., & Anwar, S. L. (2020). Complete diaphysis resorption of the femur: A case report in a metastatic papillary thyroid cancer. *Annals of Medicine and Surgery*, 60(November), 614–618. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2020.11.076>
- Tan, P., Lester, L. H., & Lin, A. M. (2020). Music therapy treatments in an inpatient setting—A randomized pilot study. *Arts in Psychotherapy*, 69(April), 101660. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2020.101660>
- Thu, H., & Sukartini, T. (2017). The Effectiveness of a Pain Management Program on Intensity of Pain and Quality of Life Among Cancer. *Jurnal Ners*, 12(2), 205–211. <https://doi.org/https://doi.org/10.20473/jn.v12i2.5192>
- Warth, M., Keßler, J., Hillecke, T. K., & Bardenheuer, H. J. (2015). Music Therapy in Palliative Care. *Deutsches Arzteblatt International*, 112(46), 788–794. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2015.0788>
- Wigita, S., Shobirun, & Dwiningsih, S. U. (2021). Asuhan Keperawatan Nyeri Ca Mammae pada Ny. A dan Ny.F di Ruang Cattleya RSUD Dr. Gondo Suwarno Kabupaten Semarang. *Tugas Akhir DIII*.
- Wongkar, R., Angka, R. N., & Angeline, R. (2022). Karakteristik Pasien Kanker Stadium 4 yang Mendapatkan Perawatan Paliatif di Rumah Sakit X. *Jurnal*

Kedokteran Meditek, 28(2), 126–132.
<https://doi.org/10.36452/jkdoktmeditek.v28i2.2235>

- Yildirim Simsir, I., Cetinkalp, S., & Kabalak, T. (2020). Review of Factors Contributing to Nodular Goiter and Thyroid Carcinoma. *Medical Principles and Practice*, 29(1), 1–5. <https://doi.org/10.1159/000503575>
- Yulastari, puti rania, Betriana, F., & Kartika, I. R. (2019). Terapi Musik Untuk Pasien Hipertensi : A Literatur Review. *Real in Nursing Journal*, 1(1), 1–8.
- Yuliana, F. (2018). *Pengaruh Kombinasi Terapi Musik dengan Deep Breathing Exercise terhadap Kecemasan dan Parameter Fisiologis pada Klien dengan Ventilasi Mekanik*. Universitas Airlangga.

LAMPIRAN

Lampiran 1. Lembar Penjelasan bagi Responden

LEMBAR PENJELASAN BAGI RESPONDEN PENELITIAN**1. Judul**

Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Kasus Medis *Ca Thyroid* dengan Masalah Keperawatan Nyeri Kronis di Rumah Sakit Tipe A Surabaya.

2. Tujuan

Tujuan dari penulisan karya ilmiah ini adalah untuk menjelaskan pengaruh terapi musik pada pasien dengan kasus media *ca thyroid* dengan masalah keperawatan nyeri kronis di Rumah Sakit Tipe A Surabaya.

3. Perlakuan yang diterapkan pada subjek

Pada penelitian ini, subjek akan mendapatkan perlakuan berupa pemeriksaan fisik dan tanda-tanda vital, selanjutnya subyek akan mendapatkan terapi musik selama 3 hari, yang diberikan sebanyak 1 kali dalam sehari dengan durasi pemberian 20 menit. Pemberian terapi disesuaikan dengan standar operasional prosedur yang sudah disediakan. Pemberian terapi ini dilakukan atas dasar persetujuan dari klien maupun keluarga serta memperhatikan kondisi klinis dari klien.

4. Manfaat penelitian bagi subjek

Subyek dalam penelitian ini akan mendapatkan manfaat berupa pengetahuan dalam upaya menurunkan nyeri tanpa obat, dengan penerapan terapi non-farmakologi yang dapat dilakukan dilakukan secara mandiri.

5. Masalah etik yang mungkin akan dihadapi subjek penelitian

Penelitian ini tidak mengganggu aktivitas klien dalam proses perawatan. Selain itu, penelitian ini tidak menimbulkan kerugian secara ekonomi, fisik, maupun psikologis karena dilakukan berdasarkan SOP dan diawasi oleh pembimbing klinik.

6. Resiko penelitian

Tidak ada bahaya potensial atau resiko penelitian yang diakibatkan oleh keterlibatan subyek dalam penelitian ini.

7. Jaminan kerahasiaan data

Semua data dan informasi identitas subjek dalam penelitian ini dijaga

kerahasiaannya yaitu dengan tidak mencantumkan identitas subjek penelitian secara jelas dan pada laporan penelitian nama subjek penelitian dibuat dalam bentuk inisial.

8. Hak untuk undur diri

Keikutsertaan subyek dalam penelitian ini bersifat sukarela dan klien berhak untuk mengundurkan diri kapanpun, tanpa menimbulkan konsekuensi yang merugikan.

9. Adanya insentif untuk subjek

Oleh karena keikutsertaan subjek bersifat sukarela, tidak ada insentif yang akan diberikan kepada klien. Selain itu, peneliti tidak memberikan ganti rugi berupa uang atau lainnya dan tidak memberikan jaminan asuransi kepada klien sebagai subyek penelitian.

10. Informasi tambahan

Subyek dapat menanyakan semua hal yang berkaitan dengan penelitian ini dengan menghubungi peneliti :

Nama : Novita Setyawati (Mahasiswa Profesi Ners Fakultas
Keperawatan Universitas Airlangga)
No. Hp : 085851472089
Email : novita.setyawati2017@fkip.unair.ac.id

Peneliti

Novita Setyawati
NIM.132113143003

Lampiran 2. Lembar Persetujuan Menjadi Responden

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :
 Umur :
 Jenis Kelamin :
 Pendidikan terakhir :
 Pekerjaan :
 Lama perawatan :
 Ruang rawat inap :
 Jenis pelayanan :
☐ Umum
☐ BPJS (PBI)/ Jamkesda/ KIS
☐ BPJS (non-PBI)

Telah mendapatkan keterangan secara terinci dan jelas mengenai :

- 1) Penelitian yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Pasien *Ca Thyroid* dengan Masalah Keperawatan Nyeri Kronis di Rumah Sakit Tipe A Surabaya”
- 2) Perlakuan yang akan diterapkan pada subjek
- 3) Manfaat ikut sebagai subyek penelitian
- 4) Bahaya yang akan timbul
- 5) Prosedur penelitian

Responden mendapatkan kesempatan untuk mengajukan pertanyaan mengenai segala sesuatu yang berhubungan dengan penelitian tersebut. Oleh karena itu, saya (bersedia/tidak bersedia *) secara sukarela untuk menjadi responden penelitian dengan penuh kesadaran serta tanpa ada paksaan. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya tanpa ada tekanan dari pihak manapun.

Surabaya,

Peneliti

Responden

(.....)

(.....)

Saksi

(.....)

Lampiran 3. Standar Operasional Prosedur Terapi Musik

	STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) TERAPI MUSIK KLASIK
Pengertian	Merupakan kegiatan mendengarkan musik klasik menggunakan alat pemutar musik seperti handphone dan <i>earphone</i>.
Tujuan	1) Tujuan Umum Setelah diberikan terapi musik klasik keluhan nyeri pada pasien diharapkan menurun 2) Tujuan Khusus Setelah mengikuti kegiatan terapi musik, klien mampu : a. Meningkatkan kualitas hidup dengan mengontrol nyeri b. Merasa nyaman dan tenang c. Tanda-tanda vital membaik dalam batas normal, terutama tekanan darah dan <i>heart rate</i>
Waktu	30 menit
Prosedur	I. Pra Interaksi a. <i>Handphone</i> b. <i>Earphone</i> c. Musik klasik d. Cuci tangan 6 langkah sesuai standar WHO II. Interaksi b. Mengucapkan salam c. Memperkenalkan diri d. Menanyakan identitas pasien dan mencocokkan dengan gelang pasien e. Menjelaskan tujuan f. Menjelaskan prosedur g. Meminta persetujuan pasien dan keluarga

	(<i>Informed Consent</i>) h. Kontrak waktu dengan pasien dan keluarga Kerja a. Menjaga privasi pasien dengan menutup tirai b. Menanyakan keluhan pasien c. Menetapkan perubahan yang diharapkan seperti relaksasi, stimulasi, konsentrasi dan penurunan nyeri d. Identifikasi musik pilihan pasien e. Berdiskusi dengan pasien dan keluarga dengan tujuan berbagi pengalaman tentang musik f. Berikan kesempatan pasien atau keluarga untuk bertanya g. Atur posisi pasien agar nyaman dan rileks h. Bantu pasien untuk memasang <i>earphone</i> i. Batasi stimulasi lingkungan, cahaya, pengunjung, suara lain selama mendengarkan musik j. Pastikan perlengkapan musik dalam kondisi aman dan lancar k. Nyalakan musik selama 20 menit l. Pastikan volume musik sesuai tidak terlalu keras atau pelan m. Observasi selama terapi berlangsung, hindari meninggalkan dalam waktu yang lama n. Lepaskan <i>earphone</i> jika terapi telah selesai III. Terminasi b. Evaluasi hasil kegiatan, tanyakan yang dirasakan pasien setelah terapi c. Simpulkan hasil kegiatan d. Berikan umpan balik positif e. Lakukan kontrak waktu untuk pertemuan berikutnya
--	--

	f. Akhiri pertemuan dengan mengucapkan salam g. Rapihan alat yang selesai digunakan h. Cuci tangan 6 langkah sesuai standar WHO
Dokumentasi	Catat hasil dari kegiatan yang telah dilakukan : Nama pasien, No. RM, tindakan yang telah dilakukan, lama tindakan, jenis tindakan (musik yang digunakan), catat respon pasien setelah kegiatan, catat waktu pelaksanaan, catat hasil normal dan abnormal, nama dan tanda tangan perawat.