

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN *CA RECTUM* DENGAN
TERAPI MUROTTAL AL-QUR'AN DAN KOMPRES HANGAT
TERHADAP PENURUNAN KUALITAS NYERI DI RUANG
ANTURIUM RSD dr. SOEBANDI JEMBER**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS



Oleh:

Ida Swastika Rani, S.Kep

22101020

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS dr. SOEBANDI
JEMBER
2023**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN *CA RECTUM* DENGAN
TERAPI MUROTTAL AL-QUR'AN DAN KOMPRES HANGAT
TERHADAP PENURUNAN KUALITAS NYERI DI RUANG
ANTURIUM RSD dr. SOEBANDI JEMBER**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Untuk Menyelesaikan Program Studi Profesi Ners dan
Mencapai Gelar Ners



Oleh:

Ida Swastika Rani, S.Kep

22101020

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS dr. SOEBANDI
JEMBER
2023**

PERNYATAAN ORISINALITAS KARYA ILMIAH

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Ida Swastika Rani
Tempat, tanggal lahir : Jember, 05 Juni 1998
NIM : 22101020
Program Studi : Program Studi Profesi Ners

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah akhir yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan pengambilan tulisan atas hasil tulisan orang lain.

Apabila dikemudian terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan karya ilmiah akhir ini adalah karya orang lain atau ditemukan adanya pelanggaran terhadap etika keilmuan dalam karya ilmiah akhir ini, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Jember, 11 Desember 2023

Yang Menyatakan


Ida Swastika Rani

LEMBAR PERSETUJUAN

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ca Rektum Dengan Terapi Murottal AL-Qur'an dan Kompres Hangat Terhadap Penurunan Kualitas Nyeri Di Ruang Anturium RSD dr. Soebandi Jember

Nama Lengkap : Ida Swastika Rani

NIM : 22101020

Jurusan : Prodi Ners

Fakultas : Ilmu Kesehatan Universitas dr. Soebandi Jember

Dosen Pembimbing : Anita Fatarona, S.Kep., Ns., M.Kep

NIDN : 0716088702

Menyetujui,
Ketua Program Studi Profesi Ners



Emi Eliya Astutik, S.Kep., Ns., M.Kep
NIDN. 0720028703

Menyetujui,
Dosen Pembimbing



Anita Fatarona, S.Kep., Ns., M.Kep
NIDN. 0716088702

LEMBAR PENGESAHAN
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN CA RECTUM DENGAN
TERAPI MUROTTAL AL-QUR'AN DAN KOMPRES HANGAT
TERHADAP PENURUNAN KUALITAS NYERI DI RUANG
ANTURIUM RSD DR. SOEBANDI JEMBER

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Disusun Oleh:

Ida Swastika Rani

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dalam ujian sidang karya ilmiah akhir ners pada tanggal 11 bulan 12 tahun 2023 dan telah di terima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk meraih gelar Ners pada Progam Studi Profesi Ners Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas dr.Soebandi Jember

DEWAN PENGUJI

Penguji 1 : Ns. Sujarwanto, S.Kep
NIP. 197102211996031003

()

Penguji 2 : Achmad Sya'id, S.Kp., Ns., M.Kep
NIDN. 0701068103

()

Penguji 3 : Anita Fatarona, S.Kep., Ns., M.Kep
NIDN. 0716088702

()


Ketua Program Studi Profesi Ners

(Emi Eliva Astutik, S.Kep., Ns., M.Kep)
NIDN. 0720028703

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, segala puji dan syukur bagi Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat serta hidayah-Nya sehingga penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini dapat terselesaikan. Karya Ilmiah Akhir ini disusun untuk memenuhi persyaratan Kelulusan Program Studi Ners Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas dr.Soebandi Jember dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ca Rectum Dengan Terapi Murottal Al-Qur’an Dan Kompres Hangat Terhadap Penurunan Kualitas Nyeri di Ruang Anturium RSD dr. Soebandi Jember”.

Selama proses penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini peneliti dibimbing dan dibantu oleh berbagai pihak, oleh karena itu peneliti mengucapkan terima kasih kepada :

1. Andi Eka Pranata, S.ST., S.Kep., Ns., M.Kes selaku Rektor Universitas dr. Soebandi Jember.
2. Apt. Lindawati Setyaningrum, M. Farm selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas dr. Soebandi.
3. Emi Eliya Astutik, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Ketua Program Studi Profesi Ners Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas dr. Soebandi.
4. Anita Fatarona, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Pembimbing Utama
5. Achmad Sya'id, S.Kp., M.Kep Selaku Penguji Akademik
6. Ns. Sujarwanto, S.Kep Selaku Penguji Klinik

Dalam penyusunan Karya Ilmiah ini peneliti menyadari masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu peneliti sangat mengharapkan kritik dan saran untuk perbaikan di masa mendatang.

Jember, 11 Desember 2023

Ida Swastika Rani

ABSTRAK

Rani, Ida Swastika*, Fatarona, Anita **.2023. **Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ca Rectum Dengan Terapi Murottal Al-Quran Dan Kompres Hangat Terhadap Penurunan Kualitas Nyeri Di Ruang Anturium RSD dr. Soebandi Jember.** Karya Ilmiah Akhir. Program Studi Ners Universitas dr. Soebandi Jember

Pendahuluan: Kanker Rektum (Ca Recti) merupakan kanker usus besar tersering kedua setelah kanker colon proksimal dan dianggap sebagai bagian dari kanker kolorektal berdasarkan yang menyebabkan timbulnya nyeri pada pasien. Keluhan nyeri yang timbul membutuhkan penanganan yang serius sehingga dapat memberikan kenyamanan pada pasien. **Tujuan :** dalam karya ilmiah akhir ini adalah untuk menganalisis implementasi terapi murottal al-quran dan kompres hangat terhadap nyeri pada pasien Ca rektum. **Metode:** Karya ilmiah akhir ini menggunakan metode *case study*. Metode ini dilakukan dengan cara melakukan observasi pada klien dengan Ca rektum yang diberikan intervensi Terapi Murottal Al-Quran dan Kompres Hangat Terhadap Nyeri selama 3x. **Hasil dan pembahasan:** Sebelum diberikan intervensi teknik murrotal al-quran dan kompres hangat pasien mengeluh nyeri punggung bawah hingga kaki, Pasien tampak gelisah, wajah pasien tampak meringis mengeluh kesakitan, pasien tampak lemah TD: 179/130 mmhg, Nadi 103x/mnt, RR 20x/mnt, Suhu 36,8⁰C. kesadaran composmentis, GCS E 4 V 5 M 6, pasien sulit tidur, skala nyeri 7. Setelah dilakukan intervensi teknik murrotal al-quran dan kompres hangat selama 1 x 24 jam selama 3 hari didapatkan hasil nyeri berkurang dari skala NRS 7 di hari pertama kemudian hari kedua menurun menjadi 6, dan hari ketiga menurun menjadi 5. TD. 120/ 80 mmHg, Nadi 97x/mnt, RR 24 x/mnt, suhu 36,3⁰C kondisi pasien baik, pasien pasien tidak tampak gelisah, tidur sudah mulai cukup nyenyak dan pasien tampak lebih segar. **Kesimpulan:** Dari hasil implementasi selama 3x didapatkan bahwa Intervensi teknik murrotal al-quran dan kompres hangat berpengaruh terhadap penurunan intensitas nyeri skala berat ke skala sedang. Sehingga teknik murrotal al-quran dan kompres hangat ini bisa menjadi intervensi dalam manajemen nyeri nonfarmakologis pada pasien ca rektum dengan keluhan nyeri.

Kata kunci: Terapi Murrotal, kompres hangat Nyeri Dan Kanker rectum

*Peneliti

** Pembimbing

ABSTRAK

Rani, Ida Swastika*, Fatarona, Anita **.2023. **Nursing Care for Rectal Ca Patients Using Murrotal Al-Quran Therapy and Warm Compresses to Reduce the Quality of Pain in the Anturium Room at RSD Dr. Soebandi Jember.** *Final Scientific Work. Dr. University Nursing Study Program. Soebandi Jember*

Introduction: Rectal cancer (*Ca Recti*) is the second most common colon cancer after proximal colon cancer and is considered a part of colorectal cancer based on what causes pain in patients. Pain complaints that arise require serious treatment so that they can provide comfort to the patient. **Objective:** in this final scientific work is to analyze the implementation of Al-Quran murrotal therapy and warm compresses for pain in rectal Ca patients. **Method:** This final scientific work uses the case study method. This method is carried out by observing clients with rectal ulcers who are given Murrotal Al-Quran Therapy intervention and Warm Compresses for Pain for 3x. **Results and discussion:** Before being given the intervention of the murrotal Al-Quran technique and warm compresses, the patient complained of pain from the lower back to the legs, the patient looked restless, the patient's face appeared to be grimacing, complaining of pain, the patient looked weak, BP: 179/130 mmHg, pulse 103x/min, RR 20x/min, Temperature 36.80C. composmentis consciousness, GCS E 4 V 5 M 6, the patient had difficulty sleeping, pain scale 7. After intervention with the murrotal Al-Quran technique and warm compresses for 1 x 24 hours, the pain was reduced from the NRS scale 7 on the first day then decreased on the second day to 6, and on the third day it decreased to 5. TD. 120/80 mmHg, pulse 97 x/min, RR 24 x/min, temperature 36.30C, the patient's condition is good, the patient does not appear restless, the sleep has begun to be quite sound and the patient looks fresher. **Conclusion:** From the results of the 3x implementation, it was found that the intervention of the murrotal Al-Quran technique and warm compresses had an effect on reducing the intensity of pain from a severe scale to a moderate scale. So this murrotal Al-Quran technique and warm compresses can be an intervention in non-pharmacological pain management in rectal tract patients who complain of pain.

Key words: Murrotal therapy, warm compress for pain and rectal cancer

**Author*

*** Advisor*

DAFTAR ISI

KARYA ILMIAH AKHIR (KIA)	ii
PERNYATAAN ORISINILITAS KARYA ILMIAH AKHIR (KIA)	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
LEMBAR PENGESAHAN	v
KATA PENGANTAR	vi
ABSTRAK	vii
ABSTRACT	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4 Manfaat Penelitian	5
1.4.1 Manfaat Teoritis	5
1.4.2 Manfaat Praktis	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Konsep Medis	7
2.1.1 Pengertian.....	7
2.1.2 Etiologi	8

2.1.3 Manifestasi Klinis	10
2.1.4 Patofisiologis.....	11
2.1.5 Pathway	12
2.1.6 Klasifikasi	13
2.1.7 Penatalaksanaan	13
2.2 Konsep Dasar Masalah Keperawatan.....	15
2.2.1 Pengertian.....	15
2.2.2 Fisiologi Nyeri	15
2.2.3 Klasifikasi Nyeri	16
2.2.4 Pengukuran Skala Nyeri	17
2.2.5 Data Mayor dan Data Minor	19
2.2.6 Faktor Penyebab.....	19
2.2.7 Penatalaksanaan Berdasarkan <i>Evidence Based Nursing</i>	20
2.3 Asuhan Keperawatan Berdasarkan Teori.....	25
2.3.1 Fokus Pengkajian	25
2.3.2 Diagnosa Keperawatan	31
2.3.3 Intervensi Inovasi Keperawatan Sesuai <i>Pathway</i>	31
2.3.4 Implementasi Keperawatan.....	33
2.3.5 Evaluasi Keperawatan.....	34
2.4 Kerangka Konsep	36
BAB 3 GAMBARAN KASUS/METODELOGI PENELITIAN	37
3.1 Pengkajian.....	37
3.2 Metodologi Penelitian	63
3.2.1 Rancangan Penelitian.....	63
3.2.2 Lokasi dan Waktu Penelitian	63
3.2.3 Subyek Penelitian	63
3.2.4 Pengumpulan Data	63

3.2.5 Uji Keabsahan Data.....	64
3.2.6 Analisis Data	65
BAB 4 PEMBAHASAN	66
4.1 Analisis Karakteristik Pasien	66
4.2 Analisis Masalah Keperawatan	66
4.3 Analisis intervensi Keperawatan.....	67
4.4 Analisis Implementasi Keperawatan.....	69
4.5 Analisis Evaluasi Hasil Intervensi	71
BAB 5 KESIMPULAN	74
5.1 Kesimpulan	74
5.2 Saran.....	75
DAFTAR PUSTAKA	77
LEMBAR LAMPIRAN	79

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 : Intervensi Keperawatan	32
Tabel 3.1 : Resiko Jatuh	39
Tabel 3.2 : Pola Minum	41
Tabel 3.3 : Eliminasi Urin.....	41
Tabel 3.4 : Eliminasi Alvi	41
Tabel 3.5 : Pola Istirahat	42
Tabel 3.6 : Pola Aktivitas Di Rumah Sakit	43
Tabel 3.7 : Pemeriksaan Penunjang	54
Tabel 3.8 : Penatalaksanaan Terapi	55
Tabel 3.9 : Analisa Data.....	56
Tabel 3.10 : Rencana Asuhan Keperawatan	57
Tabel 3.11 : Implementasi Dan Evaluasi Keperawatan	58

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Skala <i>Numerical Rating Scale</i>	17
Gambar 2.2 Skala <i>Visual Analogue Scale</i>	18
Gambar 2.3 Skala <i>Verbal Rating Scale</i>	18
Gambar 2.4 Skala Wajah Banker	19

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : SOP Kompres Hangat	79
Lampiran 2 : SOP Murrotal Al-Quran	82
Lampiran 3 : Foto Implementasi	84
Lampiran 4 : Foto Format Bimbingan	86

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kanker Rektum (Ca Recti) merupakan kanker usus besar tersering kedua setelah kanker colon proksimal dan dianggap sebagai bagian dari kanker kolorektal berdasarkan studi epidemiologinya. Kanker Kolorektal merupakan penyebab kematian ke empat yang disebabkan oleh kanker (Keramati, 2018). Kanker rektum merupakan salah satu dari keganasan pada rektum yang terjadi akibat timbulnya di mukosa/epitel dimana lama kelamaan timbul nekrose dan ulkus (Nugroho, 2019). Rektum merupakan bagian 15 cm terakhir dari usus besar dan terletak di dalam rongga panggul di tengah tulang pinggul. Rektum adalah bagian dari usus 2 besar pada sistem pencernaan yang disebut dengan traktus gastrointestinal.

Menurut *World Cancer Research Fund* (2019) kanker kolorektal merupakan penyakit keganasan ketiga tersering pada laki-laki dengan 746.000 kasus(10% dari keseluruhan kasus kanker) dan penyakit keganasan kedua yang menyerang wanita dengan 614.000 kasus (9% dari keseluruhan kasus kanker) pada tahun 2012. Insiden dan mortalitas dari kanker kolorektal meningkat setiap tahunnya diiringi oleh bertambahnya usia. Berdasarkan survei GLOBOCAN 2018 insiden kanker kolorektal berada pada peringkat kedua setelah kanker payudara dengan prevalensi 4.789.635 kasus dalam 5 tahun terakhir. Secara global insiden tertinggi berada di Asia dengan

2.356.976 kasus. Indonesia berada pada urutan ke 5 dari 10 negara dengan jumlah insiden dan mortalitas tertinggi di Asia setelah China, Jepang, Korea, dan India (Siegel et al., 2020).

Kanker rektum stadium dini tidak ada gejala yang jelas, namun setelah penyakit berkembang ke tingkat lanjut akan timbul gejala klinis. Tanda iritasi usus seperti sering buang air besar, diare atau konstipasi dan nyeri. Nyeri pada kanker merupakan gejala yang sering ditemukan, biasanya bersifat kronis atau menahun. Nyeri kanker mempunyai arti tersendiri khususnya bagi penderita dan keluarganya, dimana nyeri membuat lelah dan menuntut energi dari individu yang mengalaminya serta mengganggu hubungan dan kemampuan individu untuk mempertahankan perawatan dirinya (Desen, 2020).

Penatalaksanaan yang dapat diberikan kepada penderita ca rectum bisa berupa farmakologi dan non farmakologi. Farmakologi bisa berupa penatalaksanaan bedah dan penatalaksanaan medis. Pembedahan yang dilakukan pada ca rektum yaitu dengan kolostomi. (Suratun & Lusianah, 2020). Komplikasi untuk pasien dengan kolostomi sedikit lebih tinggi. Beberapa komplikasi umum adalah prolaps stoma, perforasi (akibat ketidakpatenan irigasi stoma), retraksi stoma, impaksi fekal dan iritasi kulit. Kemudian setelah dilakukannya pembedahan dengan kolostomi dan penentuan stadium dilanjutkan dengan cara kemoterapi (Brunner, 2019). Kemoterapi merupakan salah satu modalitas terapi yang sering digunakan, dengan segala manfaatnya tentu terapi ini juga mempunyai beberapa efek

samping, di antaranya yaitu: rasa lemas dan lemah, mual muntah, rambut rontok, mudah terserang infeksi, seperti influenza, anemia atau kadar hemoglobin darah rendah, terkadang mudah terjadi perdarahan, contohnya pada gusi sehabis sikat gigi, sariawan, nafsu makan menurun, sembelit atau malah diare (Fadhil, 2018).

Tindakan untuk mengatasi nyeri dapat dilakukan melalui dua cara yaitu terapi farmakologi dan non farmakologi. Terapi non farmakologi mencakup pendekatan secara fisik dan perilaku kognitif. Perilaku kognitif memiliki tujuan untuk mengubah persepsi dan perilaku pasien terhadap nyeri, serta mengajarkan pasien untuk mengontrol nyeri lebih baik seperti menggunakan distraksi dengan tepat, berdoa, pemberian relaksasi nafas dalam serta pemberian relaksasi imajinasi terbimbing, kompres hangat dan terapi murrotal (Herawati, 2019).

Pemberian kompres hangat suatu tindakan independen perawat yang bisa menyebabkan adanya pelepasan endorfin yang bisa mencegah transmisi stimulasi nyeri (Utami dan Kartika, 2019). Menurut Natalia (2019), kompres hangat bisa memberikan sensasi hangat yang efeknya dapat melebarkan pembuluh darah yang kemudian kondisi ini akan meningkatkan aliran darah ke jaringan yang membawa nutrisi dan memperbaiki eliminasi zat sisa sehingga bisa menurunkan nyeri abdomen.

Teknik murrotal juga sangat efektif untuk mengurangi nyeri dengan memutar musik dengan lantunan bacaan Al Qur'an didengarkan selama 15 menit dengan posisi nyaman mungkin. Penelitian membuktikan tehnik

murrotal juga metode yang sangat efisien di gunakan untuk mengalihkan nyeri dengan cara mendengarkan lantunan bacaan ayat-ayat al qur'an dan sholawat , Rahma (2019) menyampaikan saat memberikan lantunan musik ayat-ayat al qur'an ini dan juga seperti mendengarkan musik sholawat bisa mengurangi nyeri apabila waktu yang di gunakan 10-15 menit. Hal tersebut juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Nur Amaliah (2019) yang menunjukkan bahwa terapi murottal dapat menurunkan tingkat nyerin pada pasien ca rektum. Sebelum dilakukan terapi murottal, pasien rata-rata memiliki tingkat nyeri 7 sedangkan setelah dilakukan terapi murottal, rata-rata tingkat nyeri klien menurun menjadi 5.

Berdasarkan latar belakang di atas peneliti tertarik untuk melakukan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ca Rectum Dengan Terapi Murottal Al-Qur'an Dan Kompres Hangat Terhadap Penurunan Kualitas Nyeri Di Ruang Anturium RSD dr. Soebandi Jember.

1.2 Rumusan Masalah

“ Bagaimana Efektifitas Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ca Rectum Dengan Terapi Murottal Al-Quran Dan Kompres Hangat Terhadap Penurunan Kualitas Nyeri Di Ruang Anturium RSD dr. Soebandi Jember?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian adalah memberikan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ca Rectum Dengan Terapi Murottal Al-

Qur'an Dan Kompres Hangat Terhadap Penurunan Kualitas Nyeri Di Ruang Anturium RSD dr. Soebandi Jember.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengkaji Tn.B dengan Ca Rectum
- b. Menegakkan diagnosa keperawatan kepada Tn.B dengan Ca Rectum
- c. Melaksanakan intervensi keperawatan tentang Terapi Murottal Al-Qur'an Dan Kompres Hangat kepada Tn.B .
- d. Mengevaluasi Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ca Rectum Dengan Terapi Murottal Al-Quran Dan Kompres Hangat Terhadap Penurunan Kualitas Nyeri Di Ruang Anturium RSD dr. Soebandi Jember.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini dapat dijadikan referensi tentang terapi murottal Al-Qur'an dan kompres hangat terhadap penurunan kualitas nyeri pada pasien dengan diagnosa medis Ca Rektum dalam pengembangan keperawatan medical bedah. Serta dapat menjadi tambahan informasi dan studi yang dapat di jadikan rujukan untuk penelitian dan bahan ajar.

1.4.2 Manfaat Praktis

- a. Bagi Peneliti

Hasil penelitian dapat dijadikan menerapkan berfikir kritis dalam penerapan teori yang didapat selama perkuliahan ke dalam dunia kerja atau nyata dan dapat meningkatkan pengetahuan serta kemampuan dalam melakukan penelitian tentang pemberian terapi murottal Al-Quran dan

kompres hangat terhadap penurunan kualitas nyeri pada pasien dengan diagnosa medis Ca Rectum.

b. Bagi Tempat Penelitian

Penulisan karya ilmiah ini diharapkan dapat memberikan masukan atau saran serta menambah keluasan ilmu Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ca Rectum Dengan Terapi Murottal Al-Quran Dan Kompres Hangat Terhadap Penurunan Kualitas Nyeri Di Ruang Anturium RSD dr. Soebandi Jember.

c. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai sumber bacaan dan meningkatkan pengetahuan serta kemampuan dan pengembangan ilmu mengenai terapi murottal Al-Quran dan kompres hangat terhadap penurunan kualitas nyeri pada pasien dengan diagnosa medis Ca Rektum.

d. Bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini dapat memberikan kontribusi positif dalam upaya memberikan informasi kepada masyarakat khususnya pada klien dengan ca rektum yang mengalami gejala nyeri dengan mengaplikasikan pemberian terapi terapi murottal Al-Qur'an dan kompres hangat untuk mengurangi nyeri yang terjadi.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Ca Rektum

2.1.1 Pengertian Ca Rektum

Kanker kolorektal (colo-rectal carcinoma) atau disebut juga kanker usus besar adalah kanker yang terjadi ketika sel-sel abnormal tumbuh pada lapisan kolon atau rektum. Pada umumnya, kanker kolorektal jarang ditemukan sebelum usia 40 tahun. Resiko terjadinya kanker kolorektal akan meningkat pada usia 50 tahun. Gejala adanya tumor pada kolon biasanya ditandai dengan adanya polip yang memiliki resiko kanker. Kanker kolorektal biasanya berkembang di dalam dinding kolon dan rektum dan tumbuh secara perlahan-lahan selama kurun waktu 10 sampai 20 tahun. Sekitar 96% penyebab kanker kolorektal adalah adenocarcinomas yang berkembang dari jaringan kelenjar (Alteri, et al, 2019).

Kanker tumbuh di dalam usus besar dan dapat menembus dinding kolon atau rektum. Kanker yang telah menembus dinding juga dapat menembus darah atau kelenjar getah bening (lymph vessels). Sel kanker pada umumnya pertama kali menyebar ke kelenjar getah bening di dekat sel kanker tersebut. Kelenjar getah bening memiliki struktur seperti kacang yang membantu melawan infeksi. Sel-sel kanker tersebut dapat terbawa oleh pembuluh darah (blood vessel) ke hati, paru-paru, rongga perut, ovarium, maupun ke organ lainnya (Alteri, et al, 2020).

2.1.2 Etiologi Ca Rektum

Penyebab kanker rektum masih belum diketahui pasti, namun telah dikenali beberapa faktor predisposisi. Faktor predisposisi lain mungkin berkaitan dengan kebiasaan makan. Hal ini karena kanker rektum terjadi sekitar sepuluh kali lebih banyak pada penduduk wilayah barat yang mengkonsumsi lebih banyak makanan mengandung karbohidrat murni dan rendah serat, dibandingkan produk primitif (Misalnya, di Afrika) yang mengkonsumsi makanan tinggi serat (Anderson S, 2019).

Beberapa faktor risiko/faktor predisposisi terjadinya kanker rectum menurut (Smeltzer, Burke, Hinkle & Cheever, 2021) sebagai berikut:

a. Diet rendah serat

Kebiasaan diet rendah serat adalah faktor penyebab utama diet rendah serat dan kaya karbohidrat refined mengakibatkan perubahan pada flora feses dan perubahan degradasi garam-garam empedu atau hasil pemecahan protein dan lemak, dimana sebagian dari zat-zat ini bersifat karsinogenik. Diet rendah serat juga menyebabkan pemekatan zat yang berpotensi karsinogenik dalam feses yang bervolume lebih kecil. Selain itu masa transisi feses meningkat, akibat kontak zat yang berpotensi karsinogenik dengan mukosa usus bertambah lama.

b. Lemak

Kelebihan lemak diyakini mengubah flora bakteri dan mengubah steroid menjadi senyawa yang mempunyai sifat karsinogen.

c. Polip (colorectal polyps)

Polip adalah pertumbuhan sel pada dinding dalam kolon atau rektum, dan sering terjadi pada orang berusia 50 tahun ke atas. Sebagian besar polip bersifat jinak (bukan kanker), tapi beberapa polip (adenoma) dapat menjadi kanker.

d. Inflammatory Bowel Disease

Orang dengan kondisi yang menyebabkan peradangan pada rectum (misalnya colitis ulcerativa) selama bertahun-tahun memiliki risiko yang lebih besar.

e. Riwayat kanker pribadi

Orang yang sudah pernah terkena kanker kolorectal dapat terkena kanker kolorectal untuk kedua kalinya. Selain itu, wanita dengan riwayat kanker di indung telur, uterus (endometrium), atau payudara mempunyai tingkat risiko yang lebih tinggi untuk terkena kanker rektum.

f. Riwayat kanker rektal pada keluarga

Jika mempunyai riwayat kanker rekti pada keluarga, maka kemungkinan terkena penyakit ini lebih besar, khususnya jika terkena kanker pada usia muda.

g. Faktor gaya hidup

Orang yang merokok, atau menjalani pola makan yang tinggi lemak dan sedikit buah-buahan dan sayuran memiliki tingkat risiko yang

lebih besar terkena kanker kolorectal serta kebiasaan sering menahan tinja/defekasi yang sering.

h. Usia di atas 50

Kanker rektum biasa terjadi pada mereka yang berusia lebih tua. Lebih dari 90 persen orang yang menderita penyakit ini didiagnosis setelah usia 50 tahun ke atas.

2.1.3 Manifestasi Klinis

Kebanyakan orang asimtomatis dalam jangka waktu lama dan mencari bantuan kesehatan hanya bila mereka menemukan perubahan pada kebiasaan defekasi atau perdarahan rektum. Gejala sangat ditentukan oleh lokasi kanker, tahap penyakit, dan fungsi segmen usus tempat kanker berlokasi. Gejala yang dihubungkan dengan lesi rectal adalah evakuasi feses yang tidak lengkap setelah defekasi, konstipasi dan diare bergantian (umumnya konstipasi), serta feses berdarah (Smeltzer, Burke, Hinkle & Cheever, 2021).

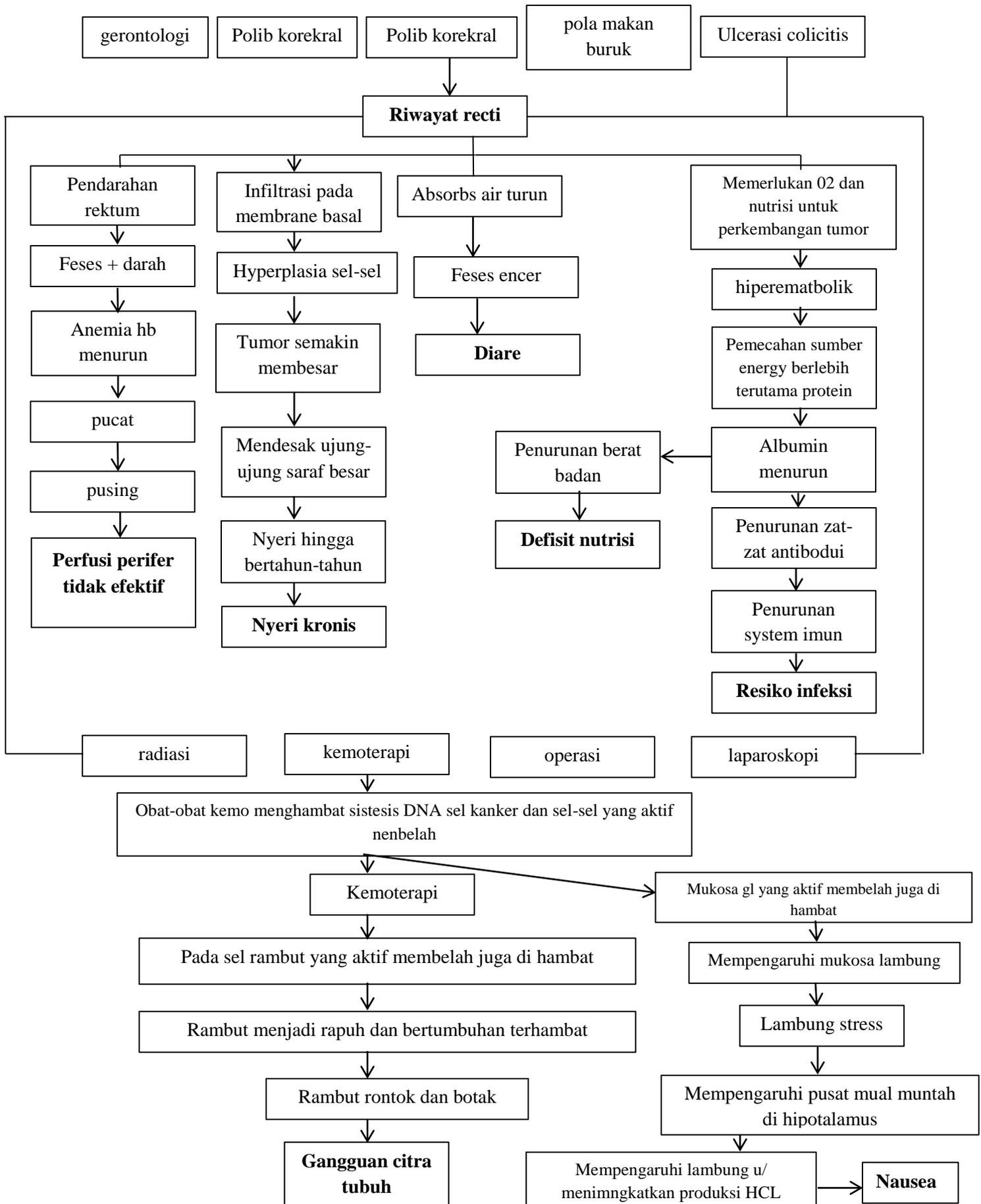
Pertumbuhan pada sigmoid atau rectum dapat mengenai radiks saraf, pembuluh limfe, atau vena menimbulkan gejala pada tungkai atau perineum, hemoroid, nyeri pinggang bagian bawah, keinginan defekasi, atau sering berkemih dapat timbul sebagai akibat tekanan pada alat-alat tersebut. Semua karsinoma kolorektal dapat menyebabkan ulserasi, perdarahan, obstruksi bila membesar atau invasi menembus dinding usus dan kelenjar-kelenjar regional, terkadang bisa terjadi perforasi dan menimbulkan abses peritoneum (Fauziyyah, 2019).

2.1.4 Patofisiologi Ca Rektum

Kanker Rektum terutama (95%) adenokarsinoma (muncul dari lapisan epitel usus). Dimulai sebagai polip jinak tetapi dapat menjadi ganas dan menyusup serta merusak jaringan normal serta meluas kedalam struktur sekitarnya. Sel kanker dapat terlepas dari tumor primer dan menyebar kebagian tubuh yang lain (paling sering ke hati) (Oliver, 2019).

Karsinogen adalah substansi yang mengakibatkan perubahan pada struktur dan fungsi sel menjadi bersifat maligna. Maligna merupakan proses perubahan sel normal menjadi sel kanker. Transformasi maligna diduga mempunyai sedikitnya tiga tahapan proses seluler yaitu inisiasi merupakan perubahan dalam bahan genetika yang memicu sel menjadi ganas, promosi yaitu perubahan sel menjadi ganas dan progresi yaitu tahap akhir terbentuknya sel kanker (Smeltzer, Burke, Hinkle & Cheever, 2019).

2.1.5 Pathway



2.1.6 Klasifikasi Ca Rektum

Menurut *National Cancer Institute* (2020), klasifikasi stadium kanker kolorektal dapat didefinisikan sebagai berikut:

a) Stadium 0 (Carsinoma in Situ):

kanker hanya terdapat pada lapisan terdalam rektum, belum menembus ke luar dinding.

b) Stadium I :

sel kanker telah tumbuh pada dinding dalam kolon atau rektum, tetapi belum menembus ke luar dinding.

c) Stadium II :

sel kanker telah menyebar ke dalam lapisan otot dari kolon atau rektum, tetapi sel kanker di sekitarnya belum menyebar ke kelenjar getah bening.

d) Stadium III :

kanker telah menyebar ke satu atau lebih kelenjar getah bening di daerah tersebut, tetapi tidak ke bagian tubuh yang lain.

e) Stadium IV :

kanker telah menyebar di bagian lain dari tubuh, seperti hati, paru-paru, atau tulang.

2.1.7 Penatalaksanaan Kanker Rektum

- a. Pembedahan satu-satunya kemungkinan terapi kuratif ialah tindakan bedah. Tindakan bedah terdiri atas reseksi luas karsinoma primer dan kelenjar limf regional. Bila sudah terjadi metastasis jauh, tumor primer

akan di reseksi juga dengan maksud mencegah obstruksi, 17 perdarahan, anemia, inkontinensia, fistel, dan nyeri (Sjamsuhidayat & de Jong, 2018).

- b. Kolostomi adalah pembuatan lubang sementara atau permanen dari usus besar melalui dinding perut dengan tindakan bedah bila jalan ke anus tidak bisa berfungsi, dengan cara pengalihan aliran feses dari kolon karena gangguan fungsi anus (Suratun & Lusianah, 2019).
- c. Radiasi Terapi merupakan penanganan karsinoma dengan menggunakan x-ray berenergi tinggi untuk membunuh sel karsinoma. Terdapat 2 cara pemberian terapi radiasi, yaitu dengan radiasi eksternal dan radiasi internal. Radiasi eksternal (external beam radiation therapy) merupakan penanganan dimana radiasi tingkat tinggi secara tepat diarahkan pada sel karsinoma. Terapi radiasi tidak menyakitkan dan pemberian radiasi hanya berlangsung menit (American Cancer Society, 2018).
- d. Kemoterapi pada kanker kolorektal dapat dilakukan sebagai terapi adjuvan, neoadjuvan atau paliatif. Terapi adjuvan direkomendasikan untuk kanker rektum stadium II dan stadium III yang memiliki risiko tinggi (Komite Penanggulangan Kanker Nasional, 2020).

2.2 Konsep Dasar Masalah Keperawatan

2.2.1 Definisi Nyeri

Nyeri adalah suatu mekanisme pertahanan bagi tubuh yang timbul bila mana jaringan sedang dirusak yang menyebabkan individu tersebut bereaksi dengan cara memindahkan stimulus nyeri (Saifullah, 2019). Nyeri merupakan sensasi yang penting bagi tubuh. Sensasi penglihatan, pendengaran, bau, rasa, sentuhan, dan nyeri merupakan hasil stimulasi reseptor sensorik, provokasi saraf-saraf sensorik nyeri menghasilkan reaksi ketidaknyamanan, distress, atau menderita.

Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan yang aktual dan potensial (Aisyah, 2017). Nyeri merupakan suatu mekanisme produksi bagi tubuh, timbul ketika jaringan sedang dirusak, dan menyebabkan individu tersebut bereaksi untuk menghilangkan rangsang nyeri (Yuniarti et al., 2020).

2.2.2 Fisiologi Nyeri

Nyeri dapat berasal dari dalam ataupun luar sistem saraf. Nyeri yang berasal dari luar sistem saraf dinamakan nyeri nosiseptif. Sedangkan nyeri yang berasal dari dalam dinamakan nyeri neurogenik atau neuropatik. Nyeri dapat dirasakan ketika stimulus yang berbahaya mencapai serabut-serabut saraf nyeri. Mekanisme proses terjadinya nyeri terdiri dari empat proses yaitu transduksi, transmisi, modulasi dan persepsi. Transduksi nyeri adalah proses rangsangan yang mengganggu sehingga menimbulkan aktifitas listrik di reseptor nyeri. Modulasi nyeri

melibatkan aktifitas saraf melalui jalur-jalur saraf desenden dari otak yang dapat memengaruhi transmisi nyeri setinggi medulla spinalis (Kusuma, 2021).

Modulasi juga melibatkan faktor-faktor kimiawi yang menimbulkan atau meningkatkan aktifitas di reseptor nyeri aferen primer (Price and Wilson, 2020) Nosisseptor merupakan reseptor nyeri, yang ada di akhiran saraf bebas pada setiap jaringan tubuh kecuali otak. Stimulus suhu, mekanik, ataupun kimia dapat mengaktivasi nosisseptor. Jaringan yang rusak akan mengeluarkan zat-zat kimia seperti prostaglandin, kinin, dan potassium yang menstimulasi nosisseptor (Derrickson, 2019).

2.2.3 Klasifikasi Nyeri

a. Nyeri akut

Nyeri akut merupakan nyeri yang mereda setelah dilakukan intervensi dan penyembuhan. Awitan nyeri akut biasanya mendadak dan berkaitan dengan masalah spesifik yang memicu individu untuk segera bertindak menghilangkan nyeri. Nyeri berlangsung singkat (kurang dari 3 bulan) dan menghilang apabila faktor internal dan eksternal yang merangsang reseptor nyeri dihilangkan. Durasi nyeri akut berkaitan dengan faktor penyebabnya dan umumnya dapat diperkirakan (Asmadi, 2018).

b. Nyeri kronis

Nyeri kronis merupakan nyeri yang berlangsung terus menerus selama 3 bulan atau lebih. Nyeri ini berlangsung diluar waktu

penyembuhan yang diperkirakan dan sering tidak dapat dikaitkan dengan penyebab atau cedera spesifik. Nyeri kronis ini berbeda dengan nyeri akut dan menunjukkan masalah baru, nyeri ini sering mempengaruhi semua aspek kehidupan penderitanya dan menimbulkan distress, kegalauan emosi dan mengganggu fungsi fisik dan sosial (Handayani, 2018).

2.2.4 Pengukuran Skala Nyeri

a. Numeric Rating Scale (NRS)

Skala ini sudah biasa dipergunakan dan telah divalidasi. Berat dan ringannya rasa sakit atau nyeri dibuat menjadi terukur dengan mengobyektifkan pendapat subyektif nyeri. Skala numeric dari 0 (nol) hingga 10 (sepuluh) (Handayani, 2018).

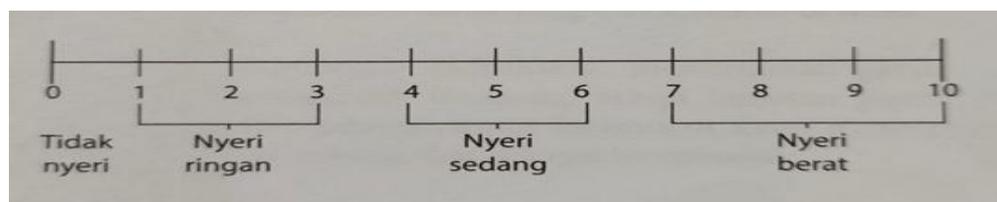
Skala 0 : Tanpa nyeri

Skala 1-3 : Nyeri ringan

Skala 4-6 : Nyeri sedang

Skala 7-9 : Nyeri berat

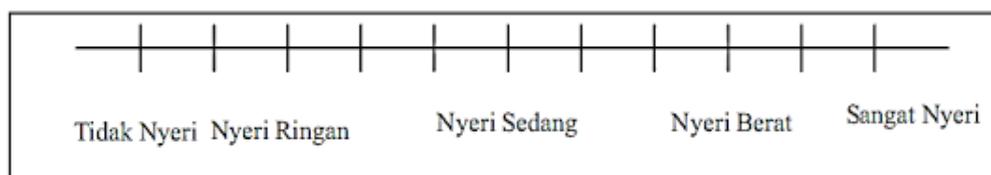
Skala 10 : Nyeri sangat berat



Gambar 2.1

b. Visual Analog Scale (VAS)

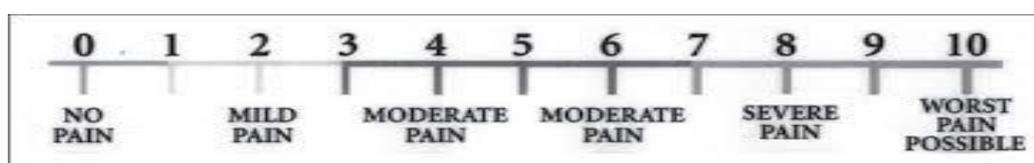
Skala sejenis yang merupakan garis lurus, tanpa angka. Bisa bebas mengekspresikan nyeri, ke arah kiri menuju tidak sakit, arah kanan sakit tak tertahankan, dengan tengah kira-kira nyeri sedang (Handayani, 2018).



Gambar 2.2

c. Verbal Rating Scale (VRS)

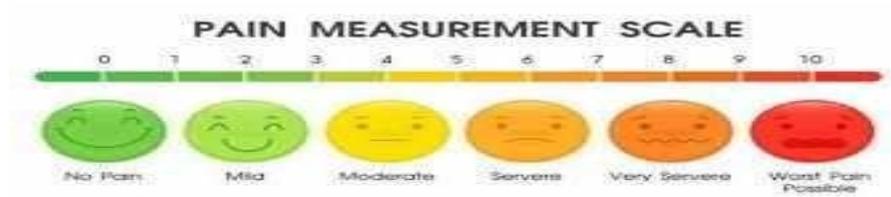
Skala ini untuk menggambarkan rasa nyeri, efektif untuk menilai nyeri akut, dianggap sederhana dan mudah dimengerti, ranking nyerinya dimulai dari tidak nyeri sampai nyeri yang tidak tertahankan (Khoirunnisa & Novitasari, 2019).



Gambar 2.3

d. Skala Wajah dan Barker

Skala nyeri enam wajah dengan ekspresi yang berbeda, menampilkan wajah bahagia hingga wajah sedih. Digunakan untuk mengekspresikan rasa nyeri pada anak mulai usia 3 (tiga) tahun (Handayani, 2018).



Gambar 2.4

2.2.5 Data Mayor dan Data Minor

a) Data mayor

Subjektif : Mengeluh nyeri, Merasa depresi (tertekan)

Objektif : Tampak meringis, Gelisah, Batuk tidak efektif

b) Data minor

Subjektif : Merasa takut mengalami cedera berulang

Objektif : menghindari nyeri), Pola tidur berubah, Anoreksia.

2.2.6 Faktor Penyebab

Faktor penyebab nyeri kronis berdasarkan SDKI:

1. Kondisi muskuloskeletal kronis.
2. Kerusakan sistem saraf.
3. Penekanan saraf.
4. Infiltrasi tumor.
5. Ketidakseimbangan neurotransmitter, dan reseptor.
6. Gangguan imunitas (mis. neuropati terkait HIV, virus varicells-zoster).
7. Gangguan fungsi metabolik
8. Riwayat posisi kerja stasis
9. Peningkatan indeks massa tubuh
10. Kondisi pasca trauma

11. Tekanan emosional
12. Riwayat penganiayaan (mis. Psik, psikologis, seksual).
13. Riwayat penyalahgunaan obat/zat.

2.2.7 Penatalaksanaan Berdasarkan *Evidence Based Nursing* (EBN)

1. Pengertian terapi murottal

Murottal adalah rekaman suara Al-qur'an yang dilagukan oleh seorang qori (pembaca Al-qur'an) (Siswantinah, 2019). Murottal juga dapat diartikan sebagai lantunan ayat-ayat suci Al-qur'an yang dilagukan oleh seorang qori (pembaca Al-qur'an), direkam dan diperdengarkan dengan tempo yang lambat serta harmonis (Purna, 2018).

Suara dapat menurunkan hormon-hormon stress, mengaktifkan hormon endofrin alami, meningkatkan perasaan rileks, memperbaiki sistem kimia tubuh sehingga menurunkan tekanan darah serta memperlambat pernafasan, detak jantung, denyut nadi dan aktivitas gelombang otak (Heru, 2018).

a. Manfaat Murotal

Manfaat media murotal Al Qur'an dibuktikan dalam berbagai penelitian. Manfaat tersebut di antaranya adalah sebagai berikut :

a) Mengalihkan tingkat nyeri

Murotal Al Qur'an terbukti dapat menurunkan tingkat nyeri. Hal ini berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Hidayah (2019) menunjukkan bahwa terdapat pengaruh pemberian terapi murotal Al Qur'an terhadap tingkat nyeri. Pada kedua penelitian tersebut

kelompok yang diberikan terapi murotal Al Qur'an memiliki tingkat nyeri yang lebih rendah dibandingkan kelompok yang tidak diberikan terapi murotal Al Qur'an.

b) Menurunkan kecemasan

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Zanzabiela dan Alphianti, 2018) menunjukkan bahwa pemberian pengaruh terapi murotal Al Quran memiliki pengaruh terhadap tingkat kecemasan responden. Pada penelitian tersebut responden yang diberikan terapi murotal Al Quran memiliki tingkat kecemasan yang lebih rendah daripada pasien yang tidak diberikan terapi.

b. Teknik Murottal

a) Perisiapan

1. Memperkenalkan diri kepada klien.
2. Membina hubungan saling percaya kepada klien.
3. Persiapan Alat Earphone dan MP3/Tablet berisikan murottal.
4. Persiapan Perawat menyiapkan alat dan mendekatkan ke arah pasien.
5. Perawat Mencuci tangan dan menutup tirai memastikan privasi pasien terjaga.
6. Mengatur posisi pasien senyaman mungkin.

b) Pelaksanaan

1. Menanyakan kesiapan pasien untuk pemberian terapi.

2. Menghubungkan earphone dengan MP3/Tablet berisikan murottal.
3. Letakkan earphone di telinga kiri dan kanan.
4. Dengarkan murottal selama 20 menit (Nurjamiah, 2020).

2. Konsep Kompres Hangat

Kompres hangat adalah tindakan memberikan rasa hangat pada klien dengan menggunakan cairan atau alat yang menimbulkan rasa hangat pada bagian tubuh tertentu yang memerlukan (Prihandhani,2020). Terapi kompres hangat merupakan tindakan dengan memberikan kompres hangat yang bertujuan memenuhi kebutuhan rasa nyaman, mengurangi atau membebaskan nyeri, mengurangi atau mencegah terjadinya spasme otot, dan memberikan rasa hangat (Sultoni, 2018).

Kompres hangat merupakan metode pemeliharaan suhu tubuh dengan menggunakan cairan atau alat yang dapat menimbulkan hangat atau dingin pada bagian tubuh yang memperlancar sirkulasi darah, dan mengurangi rasa sakit atau nyeri. (Andormoyo, 2019).

a. Tujuan Kompres Hangat

- a) Merangsang sirkulasi dengan mendilatasi pembuluhpembuluh darah.
- b) Meredakan nyeri dan bendungan dengan memperlancar aliran darah.
- c) Memberikan kehangatan dan kenyamanan.

- d) Merangsang penyembuhan.
- e) Meringankan retensi urine.
- f) Meringankan spasme otot.
- g) Mengurangi pembengkakan jaringan.
- h) Untuk mengatasi penurunan suhu yang mendadak selama kompres dingin.
- i) Menaikkan suhu tubuh pada kasus hipotermia.

b. Manfaat Kompres Hangat

a) Efek fisik

Panas dapat menyebabkan zat cair, padat, dan gas mengalami pemuaian ke segala arah.

b) Efek kimia

Bahwa rata-rata kecepatan reaksi kimia didalam tubuh tergantung pada temperatur. Menurunnya reaksi kimia tubuh sering dengan menurunnya temperatur tubuh. Permeabilitas membran sel akan meningkat sesuai dengan peningkatan suhu, pada jaringan akan terjadi peningkatan metabolisme seiring dengan peningkatan pertukaran antara zat kimia tubuh dengan cairan tubuh.

c) Efek biologis

Panas dapat menyebabkan dilatasi pembuluh darah yang mengakibatkan peningkatan sirkulasi darah. Secara fisiologis respon tubuh terhadap panas yaitu menyebabkan pembuluh darah menurunkan kekentalan darah, menurunkan ketegangan otot,

meningkatkan metabolisme jaringan dan meningkatkan permeabilitas kapiler.

3. Mekanisme Terapi Kompres Hangat Dan Murrotal Al-Qur'an Terhadap Nyeri

Prinsip kerja kompres hangat dengan menggunakan buli-buli hangat yang dibungkus kain yaitu secara konduksi dimana terjadi pemindahan hangat dari buli-buli ke dalam tubuh sehingga akan menyebabkan pelepasan pembuluh darah dan akan terjadi penurunan ketegangan otot sehingga nyeri yang dirasakan akan berkurang atau menghilang. Kompres hangat adalah memberikan rasa hangat kepada pasien dengan menggunakan buli-buli dengan suhu 40,5-46°C untuk mengurangi nyeri dengan menggunakan cairan yang berfungsi untuk melebarkan pembuluh darah dan meningkatkan aliran darah lokal. Lebih lanjut dijelaskan bahwa kompres hangat bertujuan untuk melebarkan pembuluh darah dan memperbaiki peredaran darah di dalam jaringan tersebut, pada otot panas memiliki efek menurunkan ketegangan (Rahayu, 2021).

Sedangkan terapi murrotal untuk nyeri, terapi ini berguna untuk proses penyembuhan karena dapat menurunkan nyeri dan membuat relaksasi. Rangsangan musik meningkatkan pelepasan endorfin sehingga mengurangi kebutuhan obat analgesik. suara dapat memperlambat dan menyeimbangkan gelombang otak, bahkan mempengaruhi irama pernapasan, denyut jantung, dan tekanan darah

(Campbell, Mainos, & Looney, 2020). Hal ini karena terapi ini mempengaruhi sistem limbik yang merupakan pusat pengatur emosi. Dari limbik, jaras pendengaran dilanjutkan ke hipokampus, tempat salah satu ujung hipokampus berbatasan dengan nuklei amigdala (Ranggakayo, 2020). Di hipotalamus saraf simpatis dan sistem saraf parasimpatis. Kedua sistem saraf ini mempengaruhi kontraksi dan relaksasi organorgan. Dengan musik maka sistem saraf otonom ini dapat memerintahkan tubuh untuk melakukan relaksasi, sehingga timbulah ketenangan (Tamsuri, 2019).

2.3 Asuhan Keperawatan Berdasarkan Teori

2.3.1 Fokus Pengkajian

- a. Pengumpulan Data
 - 1) Identitas pasien: Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pekerjaan, alamat, tempat tinggal.
 - 2) Riwayat penyakit sekarang: Pada pengkajian ini yang perlu dikaji adanya keluhan pada area abdomen terjadi pembesaran
 - 3) Riwayat penyakit dahulu: Adakah riwayat penyakit dahulu yang diderita pasien dengan timbulnya kanker rektum.
 - 4) Riwayat penyakit keluarga: Adakah anggota keluarga yang mengalami penyakit seperti yang dialami pasien, adakah anggota keluarga yang mengalami penyakit kronis lainnya
 - 5) Riwayat psikososial dan spiritual: Bagaimana hubungan pasien dengan anggota keluarga yang lain dan lingkungan sekitar

sebelum maupun saat sakit, apakah pasien mengalami kecemasan, rasa sakit, karena penyakit yang dideritanya, dan bagaimana pasien menggunakan coping mekanisme untuk menyelesaikan masalah yang dihadapinya.

b. Riwayat bio-psiko-sosial-spiritual

- 1) Pola Nutrisi: Bagaimana kebiasaan makan, minum sehari-hari, jenis makanan apa saja yang sering di konsumsi, makanan yang paling disukai, frekwensi makanannya.
- 2) Pola Eliminasi: Kebiasaan BAB, BAK, frekwensi, warna BAB, BAK, adakah keluar darah atau tidak, keras, lembek, cair ?
- 3) Pola personal hygiene: Kebiasaan dalam pola hidup bersih, mandi, menggunakan sabun atau tidak, menyikat gigi.
- 4) Pola istirahat dan tidur: Kebiasaan istirahat tidur berapa jam? Kebiasaan – kebiasaan sebelum tidur apa saja yang dilakukan?
- 5) Pola aktivitas dan latihan: Kegiatan sehari-hari, olahraga yang sering dilakukan, aktivitas diluar kegiatan olahraga, misalnya mengurus urusan adat di kampung dan sekitarnya.
- 6) Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan: Kebiasaan merokok, mengkonsumsi minum-minuman keras, ketergantungan dengan obat- obatan (narkoba).
- 7) Hubungan peran: Hubungan dengan keluarga harmonis, dengan tetangga, teman-teman sekitar lingkungan rumah, aktif dalam kegiatan adat?

- 8) Pola persepsi dan konsep diri: Pandangan terhadap image diri pribadi, kecintaan terhadap keluarga, kebersamaan dengan keluarga.
- 9) Pola nilai kepercayaan: Kepercayaan terhadap Tuhan Yang Maha Esa, keyakinan terhadap agama yang dianut, mengerjakan perintah agama yang di anut dan patuh terhadap perintah dan larangan-Nya.
- 10) Pola reproduksi dan seksual: Hubungan dengan keluarga harmonis, bahagia, hubungan dengan keluargabesarnya dan lingkungan sekitar.

c. Riwayat pengkajian nyeri

P : Provokatus paliatif : Apa yang menyebabkan gejala? Apa yang bias memperberat? apa yang bias mengurangi?

Q : Quality-quantity: Bagaimana gejala dirasakan,sejauh mana gejala dirasakan

R : Region –radiasi: Dimana gejala dirasakan ? apakah menyebar?

S : Skala –severity: Seberapah tingkat keparahan dirasakan? Pada skala berapah?

T : Time: Kapan gejala mulai timbul? Seberapa sering gejala dirasakan? tiba-tiba ataubertahap? seberapa lama gejala dirasakan?

d. Pemeriksaan fisik

- 1) Keadaan umum sakit sedang, kesadaran composmentis, suhu 37,5 C, nadi 60
- 2) 100X/ menit, RR 16-20x / menit tensi 120/ 80 mmHg.
- 3) Pemeriksaan head to toe
 - Kepala dan leher: Dengan tehnik inspeksi dan palpasi.
 - Rambut dan kulit kepala: Pendarahan, pengelupasan, perlukaan, penekanan.
 - Telinga: Perlukaan, darah, cairan, bau ?
 - Mata: Perlukaan, pembengkakan, reflek pupil, kondisi kelopak mata, adanya benda asing, skelera putih ?
 - Hidung: Perlukaan, darah, cairan, nafas cuping, kelainan anatomi akibat trauma?
 - Mulut: Benda asing, gigi, sianosis, kering?
 - Bibir: Perlukaan, pendarahan, sianosis, kering?
 - Rahang: Perlukaan, stabilitas ?
 - Leher: Bendungan vena, deviasi trakea, pembesaran kelenjar tiroid

e. Pemeriksaan dada

- 1) Inspeksi: Bentuk simetris kanan kiri, inspirasi dan ekspirasi pernapasan, irama, gerakancuping hidung, terdengar suara napas tambahan bentu dada?

- 2) Palpasi: Pergerakkan simetris kanan kiri, taktil premitus sama antara kanan kiri dinding dada.
- 3) Perkusi: Adanya suara-suara sonor pada kedua paru, suara redup pada batas paru dan hipar.
- 4) Auskultasi: Terdengar adanya suara visikoler di kedua lapisan paru, suara ronchi dan wheezing

f. Kardiovaskuler

- 1) Inspeksi: Bentuk dada simetris
- 2) Palpasi: Frekuensi nadi,
- 3) Parkusi: Suara pekak
- 4) Auskultasi: Irama regular, systole/ murmur,

g. System pencernaan/abdomen

- 1) Inspeksi: Pada inspeksi perlu diperlihatkan, apakah abdomen membuncit atau datar , tapi perut menonjol atau tidak, lembilikus menonjol atau tidak, apakah ada benjolanbenjolan / massa.
- 2) Palpasi: Adakah nyeri tekan abdomen, adakah massa (tumor, teses) turgor kulit perut untuk mengetahui derajat bildrasi pasien, apakah tupar teraba, apakah lien teraba?
- 3) Perkusi: Abdomen normal timpani, adanya massa padat atau cair akan menimbulkan suara pekak (hepar, asites, vesikaurinaria, tumor)
- 4) Auskultasi: Secara peristaltic usus dimana nilai normalnya 5-35 kali permenit.

- h. Pemeriksaan extremitas atas dan bawah meliputi:
 - 1) Warna dan suhu kulit
 - 2) Perabaan nadi distal
 - 3) Depornitas extremitas alus
 - 4) Gerakan extremitas secara aktif dan pasif
 - 5) Gerakan extremitas yang tak wajar adanya krepitasi
 - 6) Derajat nyeri bagian yang cedera
 - 7) Edema tidak ada, jari-jari lengkap dan utuh
 - 8) Reflek patella
- i. Pemeriksaan pelvis/genitalia
 - 1) Kebersihan, pertumbuhan rambut
 - 2) Kebersihan, pertumbuhan rambut pubis, terpasang kateter, terdapat lesi atau tidak.

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. Jenis diagnosis keperawatan terdiri dari diagnosis aktual, risiko, dan promosi kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018). Masalah keperawatan yang sering muncul pada penderita Ca Rektum antara lain :

- a) Perfusi perifer tidak efektif (D.0009) berhubungan dengan Penurunan konsentrasi HB.
- b) Nyeri kronis (D.0078) berhubungan dengan infiltrasi tumor.
- c) Resiko infeksi (D.0142) berhubungan dengan efek prosedur invasif.
- d) Diare (D.0020) berhubungan dengan malabsorpsi.
- e) Gangguan citra tubuh (D.0083) berhubungan dengan efek tindakan/pengobatan.
- f) Defisit nutrisi (D.0019) berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan).
- g) Nausea (D.0076) berhubungan dengan efek agen farmakologis (kemoterapi).

2.3.3 Intervensi Inovasi Keperawatan

Penyusunan rencana keperawatan diartikan sebagai suatu tahapan untuk mengidentifikasi sumber – sumber kekuatan dari pasien (sumber pendukung yang dapat digunakan atau dimanfaatkan dan kemampuan dalam melakukan perawatan sendiri) yang bisa digunakan untuk penyelesaian masalah (Susanto, 2021). Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Intervensi berdasarkan EBN dan pendekatan SLKI dan SIKI terkait Nyeri kronis (D.0078) berhubungan dengan infiltrasi tumor adalah sebagai berikut:

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	KRITERIA HASIL (SLKI)	INTERVENSI (SIKI)															
1.	Nyeri kronis (D.0078) berhubungan dengan infiltrasi tumor.	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: Tingkat Nyeri (L.08066)</p> <table border="1" data-bbox="694 672 1093 918"> <thead> <tr> <th data-bbox="694 672 949 750">Kriteria hasil</th> <th data-bbox="949 672 1013 750">S A</th> <th data-bbox="1013 672 1093 750">S T</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="694 750 949 795">Keluhan nyeri</td> <td data-bbox="949 750 1013 795">1</td> <td data-bbox="1013 750 1093 795">4</td> </tr> <tr> <td data-bbox="694 795 949 840">Meringis</td> <td data-bbox="949 795 1013 840">1</td> <td data-bbox="1013 795 1093 840">4</td> </tr> <tr> <td data-bbox="694 840 949 884">Gelisah</td> <td data-bbox="949 840 1013 884">1</td> <td data-bbox="1013 840 1093 884">4</td> </tr> <tr> <td data-bbox="694 884 949 918">Kesulitan tidur</td> <td data-bbox="949 884 1013 918">1</td> <td data-bbox="1013 884 1093 918">4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan: 1. Menikat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun</p>	Kriteria hasil	S A	S T	Keluhan nyeri	1	4	Meringis	1	4	Gelisah	1	4	Kesulitan tidur	1	4	<p>Manajemen Nyeri (1.08238) Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi nyeri, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyer. 2. Identifikasi skala nyeri. 3. Identifikasi respon nyeri non verbal. 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentan nyeri. 6. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup. 7. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan. 8. Monitor efek samping penggunaan analgetik. <p>Terapeutik: 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk</p>
Kriteria hasil	S A	S T																
Keluhan nyeri	1	4																
Meringis	1	4																
Gelisah	1	4																
Kesulitan tidur	1	4																

			<p>mengurangi rasa nyeri (Terapi Murotal Al-Quran dan Kompres Hangat).</p> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri. 2. Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri. <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
--	--	--	--

2.3.4 Implementasi

Implementasi adalah catatan tentang tindakan yang diberikan kepada klien, yang mencakup tindakan keperawatan yang diberikan secara mandiri maupun kolaboratif, serta pemenuhan kriteria hasil terhadap tindakan yang diberikan kepada klien.

Implementasi keperawatan mempunyai pedoman yang dapat digunakan, sebagai berikut:

- 1) Tindakan yang dilakukan konsisten dengan rencana dan dilakukan setelah memvalidasi rencana.
- 2) Keterampilan interpersonal, intelektual dan teknis dilakukan dengan kompeten dan efisien dilingkungan yang sesuai.
- 3) Keamanan fisik dan psikologis pasien dilindungi.

- 4) Dokumentasi tindakan dan respon pasien dicantumkan dalam catatan perawat kesehatan dan rencana asuhan

2.3.5 Evaluasi

Evaluasi, yaitu penilaian hasil dan proses. Penilaian hasil menentukan seberapa jauh keberhasilan yang dicapai sebagai keluaran dari tindakan. Penilaian proses menentukan apakah ada kekeliruan dari setiap tahapan proses mulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan, dan evaluasi itu sendiri (Fatmawati, 2019). Evaluasi dilakukan berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan sebelumnya dalam perencanaan, membandingkan hasil tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan dengan tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya dan menilai efektivitas proses keperawatan mulai dari tahap pengkajian, perencanaan dan pelaksanaan (Fatmawati, dkk., 2019).

Evaluasi disusun menggunakan SOAP dimana: (Suprajitno dalam Fatmawati, 2019):

S: Ungkapan perasaan atau keluhan yang dikeluhkan secara subjektif oleh keluarga setelah diberikan implementasi keperawatan.

O: Keadaan objektif yang dapat diidentifikasi oleh perawat menggunakan pengamatan yang objektif.

A: Analisis perawat setelah mengetahui respon subjektif dan objektif.

P: Perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan analisis. Tugas dari evaluator adalah melakukan evaluasi, menginterpretasi data

sesuai dengan kriteria evaluasi, menggunakan penemuan dari evaluasi untuk membuat keputusan dalam memberikan asuhan keperawatan (Nurhayati, 2020).

Ada tiga alternative dalam menafsirkan hasil evaluasi yaitu:

a. Masalah teratasi

Masalah teratasi apabila pasien menunjukkan perubahan tingkah laku dan perkembangan kesehatan sesuai dengan kriteria pencapaian tujuan yang telah ditetapkan.

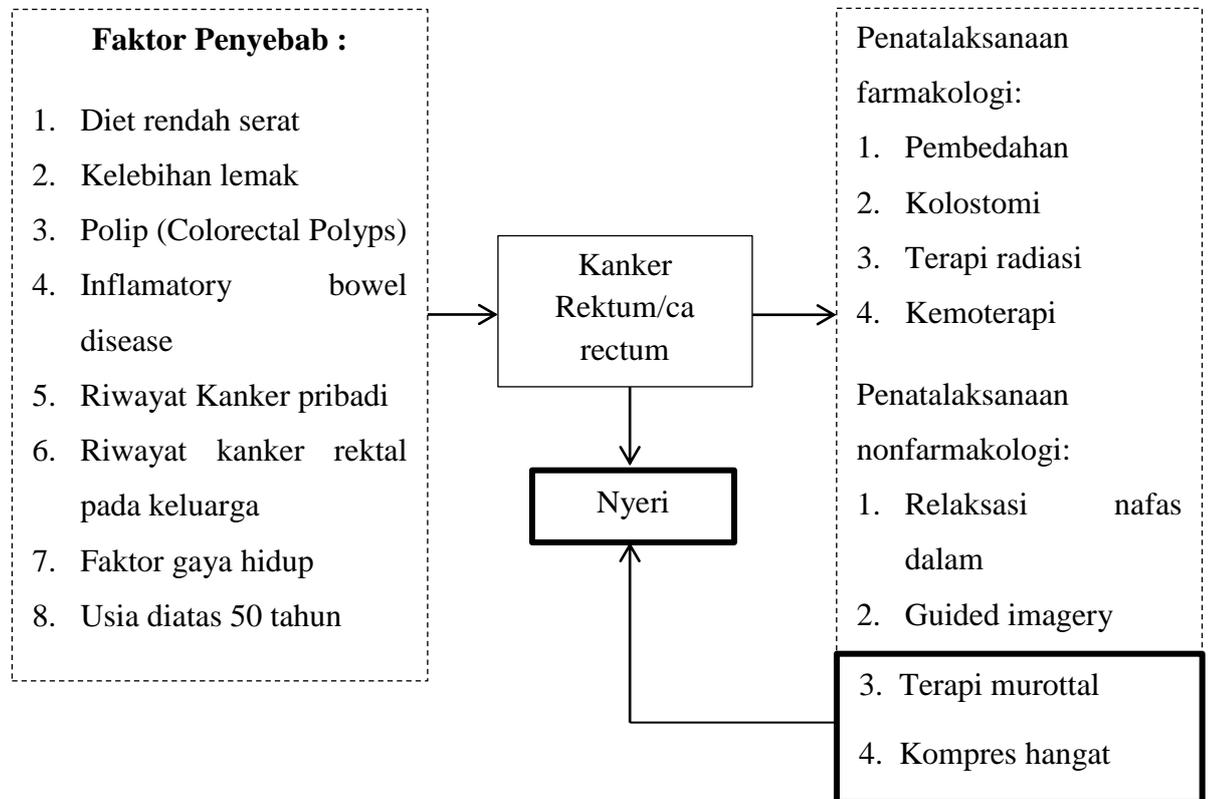
b. Masalah sebagian teratasi

Masalah sebagian teratasi apabila pasien menunjukkan perubahan dan perkembangan kesehatan hanya sebagian dari kriteria pencapaian tujuan yang telah ditetapkan.

c. Masalah belum teratasi

Masalah belum teratasi, jika pasien sama sekali tidak menunjukkan perubahan perilaku dan perkembangan kesehatan atau bahkan timbul masalah yang baru.

2.4 Kerangka Teori



Keterangan



: Variabel yang diteliti



: Variabel yang tidak diteliti

BAB 3

GAMBARAN KASUS/METODELOGI PENELITIAN

3.1. Pengkajian

A. Identitas Diri Klien

1. Tanggal/Jam MRS : Tn. B
2. Ruang : Anturium
3. Diagnosa Medis : Ca Rectum+LBP+Cancer Pain
4. Tanggal/Jam : 13-06-2023

Inisial Nama	: Tn. B	Suami/Istri/Orangtua	
Umur	: 38 Tahun	Nama	: Ny. M
Jenis	: Lki-laki	Pekerjaan	: IRT
Kelamin			
Agama	: Islam	Alamat	: Dusun Curah Bamban Tanggul
Suku/Bangsa	: Madura		
Bahasa	: Madura		
Pendidikan	: SMA	Penanggung Jawab	
Pekerjaan	: Wiraswasta	Nama	: Ny. M
Status	: Kawin	Alamat	: Dusun Curah Bamban Tanggul
Alamat	: Dusun Curah Bamban Tanggul		

B. Anamnesa Pra Assessment

- 1) Keluhan utama saat masuk rumah sakit:

Pasien datang dengan keluhan nyeri punggung bawah hingga kaki sejak 1 minggu yang lalu, pasien mengeluh mual muntah, dan

lemas sejak kemarin dengan riwayat kemoterapi karena kanker rektum sejak tahun 2022

2) Riwayat Alergi Obat:

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi obat.

3) Nyeri (*Vas Scale*):

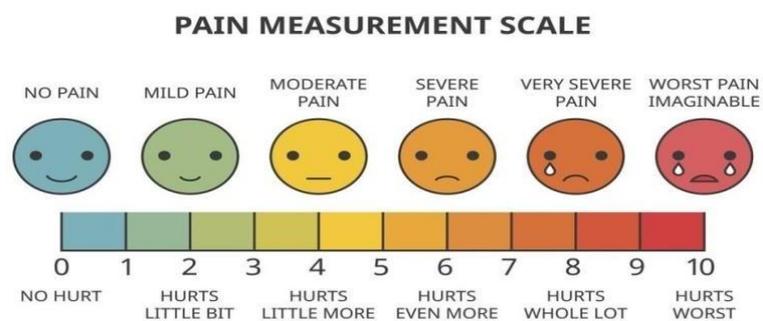
P (*Palliative*): pasien mengatakan nyeri pada punggung bawah hingga kaki karena riwayat penyakit kanker rektum.

Q (*Quality*): nyeri seperti panas terbakar.

R (*Region*): nyeri punggung bawah hingga kaki.

S (*Severity of scale*): nyeri *vas scale* 7

T (*Time*): nyeri dirasakan hilang timbul



Ringan : 1-3, Sedang : 4-6, Berat: 7-10

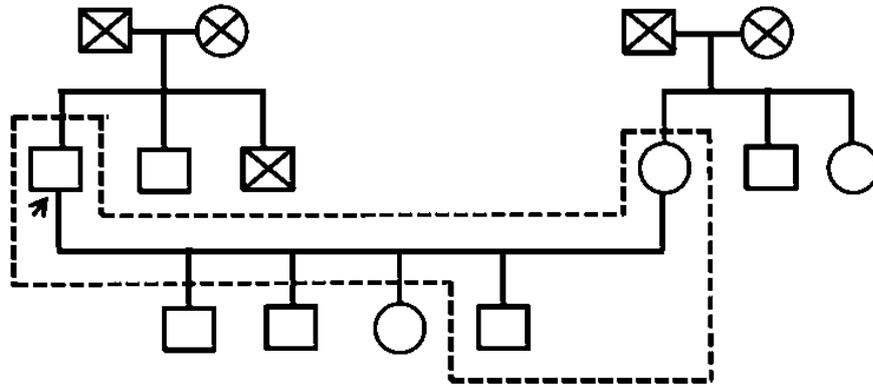
4) Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien mengatakan menderita kanker rektum sejak tahun 2022.

5) Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien mengatakan ayah dari pasien meninggal karena riwayat penyakit jantung.

Genogram



Keterangan:

□ : Laki-laki

○ : Perempuan

— : Menikah

✕ : Meninggal

.... : Tinggal serumah

↗ : Pasien

| : Garis keturunan

6) Risiko Jatuh (*Morse Scale*)

Tabel 3. 1 Risiko Jatuh

Resiko Jatuh (Morse Scale) ✓ (Cheklist)		Skor
pada kotak skor		
Riwayat Jatuh yang baru atau dalam 3 bulan terakhir	Tidak	0= ✓
	Ya	25=
Diagnosis medis sekunder >1	Tidak	15=
	Ya	0= ✓
Alat bantu jalan	Bed rest	0= ✓
	Penompang tongkat	15=
	Furnitur	30=

Memakai terapi heparin lock/iv	Tidak	0=
	Ya	20=√
Cara berjalan/ Berpindah	Normal/bedrest/imobilisasi	0=√
	Lemah	10=
	Terganggu	20=
Status mental	Orientasi sesuai kemampuan	0=√
	Lupa keterbatasan	15=

Kesimpulan : 0-24 (tidak berisiko), >24-45 (risiko sedang), >45 (risiko tinggi)

Skor Total: 20 tidak berisiko

C. Pengkajian Pola Aktivitas Sehari-hari/*Activity Daily Live* (ADL)

a. Nutrisi dan Cairan

1) Pola Makan

Diit khusus saat ini: ada (susu skim)

- | | | |
|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Saring/cair | <input type="checkbox"/> Lunak | <input type="checkbox"/> Bubur Kasar |
| <input type="checkbox"/> Tinggi Kalori | <input type="checkbox"/> Tinggi Protein | <input type="checkbox"/> Rendah |
| <input type="checkbox"/> Protein Rendah Garam | <input type="checkbox"/> Rendah Lemak | <input type="checkbox"/> Nasi Biasa |

Jumlah kalori/hari: 1900 kalori

Cara Makan

- Per oral (biasa) = 3x/hari
- Per sonde:cc / hari. Diberikan X/hari
- Total parenteral nutrisi, berupa cc / hari

- Makanan Pantangan: daging merah.
- Nafsu makan saat ini: nafsu makan kurang baik
- Frekuensi makan 3x/hari. Porsi yang dihabiskan 5-8 sendok
- Keluhan/masalah makan saat ini: mual
- Riwayat makan sebelum sakit:

Nafsu makan : Baik

Frekuensi : 3x/hari

Jenis Makanan : Padat

Utama : Nasi

Kudapan/makanan ringan: tidak terkaji

Jumlah kalori yang dikonsumsi per hari: 1200 kalori.

Riwayat alergi makanan: tidak ada

Kebiasaan makan di luar: jarang

2) Pola Minum

Tabel 3. 2 Pola Minum

KETERANGAN	SEBELUM SAKIT	SAAT SAKIT
Jenis minuman	Air putih, the	Air Putih
Jumlah minum/hari	5-7 gelas/hari	4 gelas/hari
Keluhan/masalah minum	Tidak ada	Tidak ada
Minum minuman beralkohol	Tidak pernah	Tidak pernah

Masalah yang ditemukan: Tidak ada masalah

b. Eliminasi

1) Eliminasi Uri

Tabel 3. 3 Eliminasi Uri

KETERANGAN	SEBELUM SAKIT	SAAT SAKIT
Frekuensi BAK/hari	2-4x/hari	Terpasang kateter
Jumlah urine/hari	± 1000cc/hari	± 1000cc/5jam
Warna Urine	Kuning Jernih	Kuning Jernih
Bau	Khas	Khas

- Masalah BAK saat ini:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tidak ada masalah | <input type="checkbox"/> Pancaran kencing tidak lancar (menetes) |
| <input type="checkbox"/> Nyeri saat kencing | <input type="checkbox"/> Perasaan tidak puas setelah kencing |
| <input type="checkbox"/> Sering kencing | <input type="checkbox"/> Retensi urine |
| <input type="checkbox"/> Kencing darah | <input checked="" type="checkbox"/> Terpasang kateter menetap |
| <input type="checkbox"/> Kencing nanah | <input type="checkbox"/> Cystotomi |
| <input type="checkbox"/> Ngompol | |

2) Eliminasi Alvi

Tabel 3. 4 Eliminasi Alvi

KETERANGAN	SEBELUM SAKIT	SAAT SAKIT
Frekuensi BAB	1x/hari	Terpasang colostomy
Warna	Kuning Kecoklatan	Kuning kecoklatan
Konsistensi	Lunak berbentuk	Encer beserat
Bau	Khas	Khas

- Masalah BAB saat ini:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tidak ada masalah | <input type="checkbox"/> Inkontinensia alvi |
| <input type="checkbox"/> Feses campur darah | <input checked="" type="checkbox"/> Colostomy |
| <input type="checkbox"/> Melena | <input type="checkbox"/> Penggunaan obat-obat pencahar |
| <input type="checkbox"/> Konstipasi | <input type="checkbox"/> Lain-lain, sebutkan |

c. Istirahat

Tabel 3. 5 Istirahat

KETERANGAN	SEBELUM SAKIT	SAAT SAKIT
Jumlah jam tidur siang	2-3 jam	1 jam
Jumlah jam tidur malam	6-8 jam	3-5 jam
Alat pengantar tidur	Tidak ada	Tidak ada
Obat yang digunakan	Tidak ada	Tidak ada
Perasaan waktu bangun	Segar	Masih mengantuk

Lingkungan tempat tidur yang disukai: pasien menyukai lingkungan yang sepi dan tidak berisik

Gangguan tidur yang pernah dialami: tidak ada

- Jenis : -
- Lama : -
- Upaya untuk mengatasi : -

Gangguan tidur yang dialami saat ini:

- **Jenis**
 - Sulit jatuh tidur
 - Tidak merasa buger setelah bangun tidur
 - Sulit tidur lama
 - Lain-lain, sebutkan: tidak ada masalah
 - Terbangun dini

d. Aktivitas dan Personal Hygiene

1) Pola aktivitas di rumah

- Jenis: Berbudidaya ikan
- Keluhan yang pernah dirasakan dalam menjalankan aktivitas rutin: sering merasa nyeri pada punggungnya dan merasa Lelah saat melakukan aktivitas
- Upaya untuk mengatasi: istirahat dengan menonton TV
- Penggunaan waktu senggang: berkumpul dengan keluarga

2) Pola aktivitas di rumah sakit

Tabel 3. 6 Pola Aktivitas di Rumah Sakit

No.	Aktivitas	0	1	2	3	4
1	Mandi	√				
2	Menyikat gigi	√				
3	Merias wajah	√				
4	Menyisir rambut	√				
5	Berpakaian			√		
6	Perawatan kuku	√				
7	Perawatan rambut	√		√		
8	Toileting			√		
9	Makan dan minum			√		
10	Mobilitas di atas tempat tidur			√		
11	Berpindah	√				
12	Berdiri – berjalan	√				

Keterangan:

0: Mandiri

3: Dibantu oleh orang lain dan alat

1: Dibantu dengan alat

4: Tergantung secara total

2: Dibantu dengan orang lain

- Deskripsi lengkap mengenai gangguan aktivitas yang sedang dialami: beberapa aktivitas dibantu dengan keluarga

3) Kognitif dan Sensori

Pasien mengenali anak,istri, kedua orang tua dan saudara-saudaranya.

Masalah yang ditemukan: tidak ada masalah

4) Konsep diri

Gambaran diri : Pasien percaya dirinya akan sembuh

Ideal diri : Pasien menerima dirinya sendiri

Harga diri : Pasien menerima keadaan sakit serta mengikuti anjuran yang telah diberikan

Peran diri : Pasien merasa perannya terhambat karena sakit

Identitas diri : Pasien mengenali identitas dirinya sebelum dan saat sakit

Masalah yang ditemukan: Tidak ada masalah

5) Pola hubungan peran

Sebelum sakit pasien mengatakan berhubungan baik dengan siapa saja, saat sakit pasien juga terlihat berhubungan baik dengan anak dan petugas kesehatan.

Masalah yang ditemukan: tidak ada masalah

6) Pola fungsi seksual-seksualitas

Pasien memiliki 3 anak

Masalah yang ditemukan: tidak ada masalah

7) Pola mekanisme koping

Sebelum sakit pasien lebih sering mengambil keputusan sendiri, selama sakit pasien selalu mengambil keputusan dengan berbicara pada anak dan keluarganya.

Masalah yang ditemukan: tidak ada masalah

8) Pola nilai dan kepercayaan

Sebelum sakit pasien mengatakan sholat lima waktu dan selalu berdoa kepada Allah SWT. Saat sakit pasien hanya berdoa kepada Allah SWT dan membaca istighfar.

Masalah yang ditemukan: tidak ada masalah

D. Pemeriksaan Fisik *Head to Toe***1) Keluhan yang dirasakan saat ini/saat pengkajian dilakukan:**

Saat dilakukan pengkajian pasien mengeluh nyeri pada punggung bawah sampai kaki sejak 1 minggu yang lalu dengan riwayat kemoterapi akibat kanker rektum, nyeri yang dirasakan hilang timbul dan rasanya seperti terbakar dengan skala nyeri 7.

2) Pemeriksaan Umum (TTV Dasar)

- | | |
|------------------|-----------------------|
| a) GCS | : E.4/V5./M6 |
| b) Kesadaran | : Composmentis |
| c) Tekanan Darah | : 179/130 MmHg |
| d) Nadi | : 103x/Menit |
| e) Suhu | : 36,8 ⁰ C |
| f) RR | : 20x/Menit |

3) Pemeriksaan Kepala

(Lingkari salah satu sesuai dengan kondisi yang ditemukan pada klien)

Inspeksi

- a. Bentuk Kepala : (*Bulat / ~~Lonjong~~ / Benjol*)
- b. Ukuran Kepala : (*Normocephalic / ~~Makrocephali~~ / ~~Microcephali~~*)
- c. Kondisi Kepala : (*Simetris / ~~Tidak~~*)
- d. Kulit Kepala : (*~~Ada Luka~~ / Tidak*), (*Bersih / ~~Kotor~~*), (*~~Berbau~~ / Tidak*), (*~~Ada Ketombe~~ / Tidak*)
Lainnya
- e. Rambut :
 - 1) Penyebaran/Pertumbuhan Rambut : *Rata / ~~Tidak~~*
 - 2) Keadaan Rambut : *~~Rontok~~, ~~Pecah~~ / ~~Pecah~~, ~~Kusam~~, ~~Normal~~*
 - 3) Warna Rambut : *Hitam / ~~Merah~~ / ~~Beruban~~ / ~~Menggunakan Cat Rambut~~*
 - 4) Bau Rambut : *~~Berbau~~ / Tidak*
- f. Wajah
 - 1) Warna Kulit Wajah : *Pucat / ~~Kemerahan~~ / ~~Kebiruan~~*
 - 2) Struktur Wajah : *Simetris / ~~Tidak~~*
 - 3) Sembab : *Ada / ~~Tidak~~*

Data Tambahan: *Wajah tampak meringis dan gelisah*

Palpasi

- a. Ubun-Ubun : *Datar / ~~Cekung~~ / ~~Cembung~~*
- b. Benjolan : *~~Ada~~ / Tidak*

Data Tambahan: tidak ada data tambahan

4) Pemeriksaan Mata

Inspeksi dan Palpasi

- a. Kesimetrisan : *Simetris / Tidak*
- b. Protesa Mata : ~~Ya~~ / *Tidak*
- c. Palpebra :
 - 1) Edema : ~~Ada~~ / *Tidak*
 - 2) Lesi : ~~Ada~~ / *Tidak*
 - 3) Benjolan : ~~Ada~~ / *Tidak*
 - 4) Ptosis : ~~Ada~~ / *Tidak*
 - 5) Bulu Mata : ~~Rontok~~ / *Tidak*, ~~Kotor~~ / *Bersih*
- d. Konjungtiva : *Pucat / Merah / Hiperemis, Edema / Tidak*
- e. Sclera : *Putih / Kuning*
- f. Pupil :
 - 1) Refleks Cahaya : *Baik / Tidak*
 - 2) Respon : *Miosis / Midreasis*
 - 3) Ukuran : *Isokor / Anisokor*
- g. Kornea dan Iris
 - 1) Peradangan : *Ada / Tidak*
 - 2) Gerakan Bola Mata : *Normal / Tidak*
- h. Tes Ketajaman Penglihatan
 - a) Visus Kanan : *+3*
 - b) Visus Kiri : *+3*
- i. Tekanan Bola Mata (Tonometer) : *Normal*
- j. Luas Lapang Pandang : *Normal / Abnormal*
- k. Penggunaan Alat Bantu : *Tidak ada*

Data Tambahan: tidak ada data tambahan

5) Pemeriksaan Hidung

Inspeksi

- a. Os Nasal & Septum Nasal : ~~Deviasi~~ / *Normal*
- b. Orifisium Nasal : ~~(Ada Sekret / Tidak Ada),~~
~~(Ada Sumbatan / Tidak Ada)~~

- c. Selaput Lendir : ~~Kering~~ / ~~Lembab~~ / ~~Basah~~
(~~Hipersekresi~~), (~~Ada-Perdarahan~~ /
~~Tidak Ada~~)
- d. Tes Penciuman : ~~Normal~~ / ~~Abnormal~~
- e. Pernapasan Cuping Hidung : ~~Ada~~ / ~~Tidak~~

Palpasi

- a. Nasal : (~~Bengkak~~ / ~~Tidak~~), (~~Nyeri~~ / ~~Tidak~~), (~~Krepitasi~~ / ~~Tidak~~)

Data Tambahan: tidak ada data tambahan

6) Pemeriksaan Telinga

Inspeksi dan Palpasi

- a. Bentuk Telinga : ~~Simetris~~ / ~~Tidak~~
- b. Ukuran Telinga : ~~Lebar~~ / ~~Sedang~~ / ~~Kecil~~
- c. Kelenturan Daun Telinga : ~~Lentur~~ / ~~Tidak~~
- d. Os Mastoid : (~~Hiperemis~~ / ~~Normal~~),
(~~Nyeri~~ / ~~Tidak~~), (~~Benjolan~~ / ~~Tidak~~)

Inspeksi

- a. Lubang Telinga : (~~Ada-Serumen~~ / ~~Tidak~~), (~~Ada-Benda-Asing~~ /
~~Tidak~~), (~~Ada-Perdarahan~~ / ~~Tidak~~),
(~~Membran Timpani Utuh~~ / ~~Pecah~~)
- b. Tes Pendengaran :
- 1) Rinne s+/-d+/-
 - 2) Weber Lateralisasi sd
 - 3) Swabach memanjang memendek

Data Tambahan: tidak ada tambahan

7) Pemeriksaan Mulut dan Faring

Inspeksi

- a. Bibir : (~~Cyanosis~~ / ~~Tidak~~), (~~Kering~~ / ~~Basah~~), (~~Ada-Luka~~ /
~~Tidak~~), (~~Ada-Labiosechizis~~ / ~~Tidak~~)
- b. Gusi dan Gigi : (~~Normal~~ / ~~Tidak~~), (~~Ada Sisa Makanan~~ / ~~Tidak~~),
(~~Ada-Caries-Gigi~~ / ~~Tidak~~. Jika ada caries, uraikan secara rinci
ukuran dan mulai kapan Terjadinya.....)

~~Ada Karang Gigi~~ / Tidak (Jika ada, uraikan banyaknya dan lokasinya).....

~~Ada Perdarahan~~ / Tidak (Jika ada, jelaskan sumber perdarahan dan banyaknya).....

~~Ada Abses~~ / Tidak (Jika ada, uraikan sejak kapan, apa penyebabnya dan lokasinya).....

c. Lidah :

1) Warna : ~~Merah~~ / Putih, lainnya.....

2) Hygiene : (~~Kotor~~ / Bersih), (~~Ada Bereak Putih~~ / Tidak)

d. Orofaring : (~~Ada Bau Napas~~ / Tidak), (~~Ada Peradangan~~ / Tidak), (~~Ada palatoschizis~~ / Tidak), (~~Ada Luka~~ / Tidak), (Uvula Simetris / ~~Asimetris~~), (~~Ada Peradangan Tonsil~~ / Tidak), (~~Ada Pembesaran Tonsil~~ / Tidak), (~~Selaput Lendir Kering~~ / Basah), (~~Ada Perubahan Suara~~ / Tidak), (~~Ada Dahak~~ / Tidak), (~~Ada Benda Asing~~ / Tidak)

e. Tes Perasa : Normal / ~~Abnormal~~

Data Tambahan: tidak ada data tambahan

8) Pemeriksaan Leher

Inspeksi dan Palpasi

a. Posisi Trachea : ~~Deviasi~~ / Tidak

b. Kelebaran Thyroid : ~~Ada Pembesaran~~ / Tidak

c. Kelenjar Limfe : ~~Ada Pembesaran~~ / Tidak

d. Vena Jugularis : ~~Ada Bendungan~~ / Tidak

e. Denyut Carotis : Adekuat / ~~Inadekuat~~

Data Tambahan: tidak ada data tambahan

9) Pemeriksaan Integumen dan Kuku

Inspeksi dan Palpasi

a. Warna Kulit : ~~Putih / Hitam / Cokelat, Kuning Langsung, Kuning Sawo Matang, lainnya~~.....

b. Hygiene Kulit : Bersih / ~~Kotor~~

- c. *Hygiene Kuku* : *Bersih / ~~Kotor~~*
d. *Akral* : *Hangat / ~~Dingin~~ / Panas*
e. *Kelembapan* : *Lembab / ~~Kering~~ / Basah*
f. *Teskstur Kulit* : *Halus / ~~Kasar~~*
g. *Turgor* : *< 2 detik / ~~> 2 detik~~*
h. *Kuku* : *Ada ~~Clubbing of Finger~~ / Tidak Ada*
i. *Warna Kuku* : *Merah muda / ~~sianosis~~ / pucat*
j. *Capillary Refill Time* : *< 2 detik / ~~> 2 detik~~*
k. *Kelainan Pada Kulit (sebutkan jika ada):* tidak ada kelainan kulit

Data Tambahan: tidak ada data tambahan

10) Pemeriksaan Payudara dan Ketiak

Inspeksi

- a. *Pembengkakan* : *Ada / Tidak*
b. *Kesimetrisan* : *Simetris / Tidak*
c. *Warna Payudara & Aerola Mammae* : *Normal /*
Hiperpigmentasi
d. *Retraksi Payudara & Putting* : *Ada / Tidak*
e. *Lesi* : *Ada / Tidak*
f. *Pembengkakan Kelenjar Limfe di Aksila* : *Ada / Tidak*

Palpasi

- a. *Benjolan* : *Ada / Tidak, lokasi:*
b. *Nyeri* : *Ada / Tidak, lokasi:*
c. *Secret yang Keluar* : *Ada / Tidak, Jenisnya:*

Data Tambahan: tidak ada data tambahan

11) Pemeriksaan Thoraks

Pemeriksaan Paru Inspeksi

- a. *Bentuk Thoraks* : *Normal Chest / ~~Pigeon Chest /~~*
Funnel Chest / Barrel Chest,
Simetris / Asimetris
b. *Pola Napas* : *Reguler / Irreguler*
c. *Retraksi Intercostae* : *Ada / Tidak*

- d. Retraksi Suprasternal : ~~Ada~~ / Tidak
 e. Tanda-Tanda Dyspneu : ~~Ada~~ / Tidak
 f. Batuk : ~~Produktif / Kering / Whooping /~~
 Tidak Ada

Palpasi

- a. Fokal Fremitus : Normal

Perkusi

- a. Suara Perkusi : Sonor

Auskultasi

- a. Suara Auskultasi : Vesikuler

12) Pemeriksaan Jantung

Inspeksi dan Palpasi Prekordium:

Ictus Cordis : ~~Terlihat~~ / Tidak

Perkusi

- a. Batas Jantung : ics 3-5
 b. Kesimpulan ukuran jantung : normal

Auskultasi

- a. S I dan S II : Tunggal / ~~Ganda~~
 b. S III dan S IV : ~~Ada~~ / Tidak

Data Tambahan: tidak ada data tambahan

13) Pemeriksaan Abdomen

Inspeksi

1. Bentuk Abdomen : ~~Flat~~ / ~~Cekung~~ / Cembung
 2. Benjolan / Massa : ~~Ada Benjolan~~ / Tidak (Jika ada, uraikan tentang bentuk dan lokasinya)
 3. Spider Nervi : ~~Ada~~ / Tidak Ada

Auskultasi

- a. Bising Usus
 1) Frekuensi per menit : 28x/menit
 2) Kualitas : Adekuat / ~~Inadekuat~~

Palpasi

- a. Nyeri : ~~Ada~~ / Tidak Ada
- b. Benjolan : ~~Ada~~ / Tidak Ada
- c. Turgor Kulit : < 2 detik
- d. Palpasi Hepar :
- 1) Hasil : ~~Teraba~~ / Tidak Teraba (Jika teraba, uraikan ukuran, karakteristik permukaan dan pinggiran hepar, konsistensi, adakah nyeri tekanan).....
- Kesimpulan: ~~Hepatomegali~~ / Tidak
- e. Palpasi Lien :
- 1) Hasil : ~~Teraba~~ / Tidak Teraba (jika teraba, uraikan ukuran menurut garis Schuffner).....
- Kesimpulan: ~~Splenomegali~~ / Tidak
- f. Palpasi Acites :
- 1) Hasil : ~~Ada~~ / Tidak Ada
- g. Palpasi Ginjal :
- 1) Hasil : ~~Teraba~~ / Tidak Teraba (jika teraba, uraikan karakteristiknya).....
- Kesimpulan: ~~Pembesaran Ginjal~~ / Tidak

Perkusi

- a. Bunyi Perkusi : Timpani / ~~Hipertimpani~~ / ~~Dullness~~ / Pekak
- b. Perkusi Acites : ~~Ada (Shifting Dullness)~~ / Tidak Ada Acites
- c. Perkusi Ginjal : ~~Nyeri~~ / Tidak

Data Tambahan: Pada abdomen pasien terpasang colostomy.

14) Pemeriksaan Kelamin dan Sekitar Klien**Laki- laki****Inspeksi**

- a. Distribusi rambut Pubis : Merata / ~~Tidak Merata~~
- b. Hygiene Pubis : Bersih / ~~Kotor~~

- c. Kulit Penis dan Skrotum : (~~Ada—Leeet~~ / Tidak), (~~Ada Pembengkakan~~/Tidak), (~~Ada Benjolan~~/ Tidak), (~~Phimosi~~ / Tidak), (~~Paraphomoi~~/ Tidak)
- d. Meatus Urethra : ~~Berlubang~~ / Tidak, ~~Ada Sekresi Cairan~~ / Tidak, ~~Hipospadia/Epispadia~~/normal

Palpasi

- a. Penis : ~~Ada Benjolan~~ / Tidak
- b. Skrotum : ~~Ada Benjolan~~/ Tidak
- c. Testis : ~~Nyeri~~/ Tidak
- d. Jumlah Testis : ~~1~~ atau 2
- e. Inguinalis : ~~Ada Benjolan~~/ Tidak
- f. Denyut Femoralis : ~~Teraba~~/ Tidak

15) Pemeriksaan Anus

Inspeksi

- a. Lubang Anus : ~~Ada~~ / ~~Tidak Ada~~
- b. Perdarahan : ~~Ada~~ / Tidak
- c. Haemorhoid : ~~Ada~~/ Tidak
- d. Tumor : ~~Ada~~ / Tidak
- e. Polip : ~~Ada~~/ Tidak
- f. Fissura Ani : ~~Ada~~ / Tidak
- g. Fistel : ~~Ada~~ / Tidak
- h. Perneum : ~~Ada Jahitan~~ / Tidak, ~~Ada Luka~~ / Tidak, ~~Ada Benjolan~~ / Tidak, ~~Ada Pembengkakan~~ / Tidak

Palpasi

- a. Nyeri Tekan : ~~Ada~~ / Tidak
- b. Kontraksi Sfingter : Adekuat / ~~Inadekuat~~
- c. Rectal Touche : ~~BPH~~ / Tidak

16) Pemeriksaan Muskuloskeletal

Inspeksi

- a. Bentuk Vertebrae : *Normal / Skoliosis / Lordosis / Kifosis / Kifoskoliosis*
- b. Kesimetrisan Tulang : *Simetris / Asimetris*
- c. Pergerakan Otot Tidak Disadari : *Ada / Tidak*
- d. ROM : *Aktif / Pasif*
- e. Simetrisitas Otot : (Bandingkan kanan dan kiri, tuliskan hasilnya)
Otot kanan dan kiri tampak simetris

Palpasi

- a. Edema Ekstremitas : *Ada / (semua ekstremitas bawah)*
- b. Kategori Edema (jika ada) : *Edema perifer*
- c. Kekuatan Otot :

5	5
4	4

17. Pemeriksaan Neuromuskular

Tanda meningeal sign

- a. Kaku Kuduk : Tidak ada nyeri pada leher.
- b. Tanda Brudzinski I : Mampu melakukan gerakan fleksi.
- c. Tanda Brudzinski II : Mampu melakukan gerakan fleksi.
- d. Tanda Kernig : Tidak ada nyeri ekstremitas.

Uji Syaraf Kranialis

- a. Nervus Olfaktorius I : Mampu membedakan bau.
- b. Nervus Opticus II : Mampu melihat dengan normal.
- c. Nervus Oculomotorius III: Mampu menggerakkan mata.
- d. Nervus Trochlearis IV : Mampu menggerakkan otot mata.
- e. Nervus Trigemini V : Mampu berkedip.

- f. Nervus Abducens VI : Mampu mengangkat alis.
- g. Nervus Facialis VII : Mampu tersenyum.
- h. Nervus Auditorius VIII : Mampu mendengar.
- i. Nervus Glossopharyngeal IX: Mampu membedakan rasa.
- j. Nervus Vagus X : Mampu membedakan rasa.
- k. Nervus Accessorius XI : Mampu menggerakkan bahu.
- l. Nervus Hypoglossal XII : Mampu mengendahkan lidah.

Fungsi motorik: pasien dapat menggerakkan ekstremitas atas dan bawah pada saat di tempat tidur.

Fungsi sensorik: Pasien dapat merasakan rangsangan, sentuhan nyeri.

E. Pemeriksaan Penunjang

1. Laboratorium (13/06/2023)

Tabel 3. 7 Pemeriksaan Penunjang

Jenis pemeriksaan	Hasil	Normal
<u>HEMATOLOGI</u>		
Hematologi lengkap		
Hemoglobin	L 11.2 g/dL	12,0 – 16,0 g/dL
Laju Endap Darah	-	0-15mm/jam
Lekosit	7.8	4.5-11.0
Hitung jenis		
Eosinofil	H 8%	0-3 %
Basofil	0	0-1%
Stab	0	
Segmen	57	
Limfosit	25	24-44
Monosit	H 10%	0-1 %
Hematokrit	L 34.8%	36,0 – 46,0 %
Trombosit	305	150-450

2. Foto Rongen/USG/ECG/dll

- **Pemeriksaan CT-Scan Abdomen (29/12/2022)**

Tampak massa solid dengan komponen klasifikasi didalamnya, batas tidak tegas, tepi reguler, ukuran 4,5 x 6, 3 x 7,0 cm di distal rectum, pada pemberian kontras tampak *heterogenous contrast enhancement*, tampak massa menempel dinding posterior buli dengan batas tidak tegas, meluas ke *paracolica* dengan gambaran *fas stranding* (+), menyebabkan obstruksi dengan gambaran dilatasi *colon transversum* hingga *sigmoid* dengan *faecal materal prominent*. Tampak pembesaran KGB *peritumoral* jumlah 4 buah, ukura terbesar 2,0 cm dilakukan pemasangan stoma di ileum distal. Tampak *multiple* lesi litik disertai dengan *soft tissue burging* *diremus pubis inferior* kiri kesan massa solid malignan ukurn 4,5 x 6 x 3 x 7,0, di *distal rectum* dengan detail tersebut diatas, menyebabkan obstruksi dengan gambaran dilatasi bowel disisi proximalnya.

F. Penatalaksanaan dan Terapi

Tabel 3.8 Penatalaksanaan dan Terapi

No	Nama obat	Dosis	Ru te	Indikasi
1.	Santagesik	3x2ml	IV	Untuk mengatasi nyeri akut atau kronik berat
2.	Ondansentron	3x8mg	IV	Untuk mengatasi segala mual dan muntah akibat kehamilan, kemoterapi, radiasi
3.	Omeprazole	2x3mg	IV	Untuk mengatasi asam lambung
4.	Sucralfat sirup	3x1g	p/o	Untuk mengatasi tukak lambung, ulkus duodenum, atau gastritis kronis

G. Analisa Data

Tabel 3.9 Analisa Data

No	Data (Tanda & Gejala, Faktor Resiko)	PENYEBAB	MASALAH
1.	<p>DS: Pasien mengeluh nyeri punggung bawah sampai kaki hingga sulit tidur.</p> <p>P:Pasien mengeluh nyeri punggung bawah sampai kaki karena riwayat penyakit kanker rektum sejak 2022.</p> <p>Q:Nyeri panas terbakar</p> <p>R:Nyeri punggung bawah hingga kaki</p> <p>S:Nyeri <i>vas scala</i> 7</p> <p>T:Nyeri hilang timbul</p> <p>Do: -Pasien tampak meringis, gelisah dan berdiri untuk mengurangi rasa nyeri -Kaki bengkak -TD: 179/130 mmHg Nadi: 103x/menit S: 36,8% RR: 20x/menit</p>	<p>Ca Rectum</p> <p>↓</p> <p>Tumor semakin membesar</p> <p>↓</p> <p>Mendesak ujung-ujung saraf bebas</p> <p>↓</p> <p>Pelepasan mediator nyeri (prostaglandin, bradikinin, bustamin)</p> <p>↓</p> <p>Ke otak</p> <p>↓</p> <p>Medulla spinalis</p> <p>↓</p> <p>Nyeri Kronis</p>	Nyeri kronis (D.0078)

H. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri kronis (D.0078) berhubungan dengan infiltrasi tumor dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri pada punggung sampai kaki karena penyakit kanker rectum, nyeri hilang timbul dan terasa seperti panas terbakar dengan skala nyeri 7.

I. Rencana Asuhan Keperawatan

3.10 Rencana Asuhan Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan SDKI	Kriteria Hasil/ Luaran SLKI	Intervensi SIKI															
1.	Nyeri kronis (D.0078) berhubungan dengan infiltrasi tumor dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri pada punggung sampai kaki karena penyakit kanker rectum, nyeri hilang dan timbul dan terasa seperti panas terbakar dengan skala nyeri 7.	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24jam, diharapkan tingkat nyeri menurun dengan, Kriteria hasil : tingkat nyeri (L.08066) <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>S.A.</th> <th>S.T.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan nyeri</td> <td>1</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Meringis</td> <td>1</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Gelisah</td> <td>1</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kesulitan tidur</td> <td>1</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> KETERANGAN : 1 : Meningkatkan 2 : Cukup meningkat 3 : Sedang 4 : Cukup Menurun 5 : Menurun	Indikator	S.A.	S.T.	Keluhan nyeri	1	4	Meringis	1	4	Gelisah	1	4	Kesulitan tidur	1	4	Manajemen nyeri (1.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik nyeri dan intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat nyeri dan mengurangi nyeri. Terapeutik 5. Berikan teknik non farmakologi (terapi murottal al qur'an dan kompres hangat) untuk mengurangi rasa nyeri. 6. Fasilitasi istirahat tidur Edukasi 7. Jelaskan penyebab dan pemicu nyeri 8. Jelaskan strategi pereda nyeri 9. Ajarkan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi 11. kolaborasikan dengan memberikan analgesik, jika perlu
Indikator	S.A.	S.T.																
Keluhan nyeri	1	4																
Meringis	1	4																
Gelisah	1	4																
Kesulitan tidur	1	4																

J. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.11 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tanggal	Diagnosa Keperawatan Ditegakkan (KODE)	Jam	Implementasi	Evaluasi (Perbandingan Skor Akhir Terhadap Skor Awal Dan Skor Target)								
Hari pertama, Rabu, 14/06/2023	Nyeri kronis (D.0078) berhubungan dengan infiltrasi tumor dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri pada punggung sampai kaki karena penyakit kanker rectum, nyeri hilang timbul dan terasa seperti panas terbakar dengan skala nyeri 7.	15.00 15.05 15.15 15.20 15.25	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. R: pasien mengeluh nyeri pada punggung sampai kaki. 2. Mengidentifikasi skala nyeri R: Skala nyeri 7 3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal. R: pasien tampak meringis kesakitan 4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat nyeri dan mengurangi nyeri. R: Pasien selalu berdiri untuk mengurangi rasa nyeri 5. Memberikan teknik non farmakologi dengan terapi murottal al-qur'an dan kompres hangat untuk mengurangi rasa nyeri selama kurang	Rabu,14/06/2023 S: - Pasien mengatakan punggung bawah hingga kaki masih nyeri dengan skala nyeri 7 - Pasien mengeluh sulit tidur O: - Pasien tampak meringis - TD: 179/130mmHg Nadi: 103x/menit Suhu: 36,8c RR: 20x/menit A: Masalah belum teratasi <table border="1" data-bbox="1541 1158 1980 1267"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>SA</th> <th>ST</th> <th>SC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan nyeri</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria hasil	SA	ST	SC	Keluhan nyeri	1	4	1
Kriteria hasil	SA	ST	SC									
Keluhan nyeri	1	4	1									

			<p>lebih 10-15 menit.</p> <p>R: Pasien merasa senang dilakukan terapi dan merasa lebih rileks.</p> <p>15.40 6. Menjelaskan penyebab dan pemicu nyeri</p> <p>R: Pasien kooperatif dan memahami dengan apa yang dijelaskan.</p> <p>15.42 7. Menjelaskan strategi pereda nyeri</p> <p>R: Pasien mengerti dengan penjelasan</p> <p>15.45 8. Mengajarkan teknik nonfarmakologi dengan terapi murottal al-qur'an dan kompres hangat untuk mengurangi rasa nyeri.</p> <p>15.50 R: Pasien mengikuti dengan baik</p> <p>20.00 9. Berkolaborasi pemberian analgetik (santagesik 3x2mg).</p> <p>R: Pasien kooperatif</p>	<table border="1"> <tr> <td>Meringis</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Gelisah</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Kesulitan tidur</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>1</td> </tr> </table> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>	Meringis	1	4	2	Gelisah	1	4	2	Kesulitan tidur	1	4	1
Meringis	1	4	2													
Gelisah	1	4	2													
Kesulitan tidur	1	4	1													
<p>Hari kedua, Kamis, 15/06/2023</p>	<p>Nyeri kronis (D.0078) berhubungan dengan infiltrasi tumor dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri pada punggung sampai kaki karena penyakit kanker rectum, nyeri</p>	<p>09.00 1. Mengidentifikasi kembali lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.</p> <p>R: pasien mengatakan nyeri pada punggung sampai kaki sedikit berkurang</p> <p>09.05 2. Mengidentifikasi kembali skala nyeri</p>	<p>Kamis, 15/06/2023</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri punggung bawah hingga kaki berkurang dengan skala nyeri 6 													

	hilang timbul dan terasa seperti panas terbakar dengan skala nyeri 7.	09.10	<p>R: Skala nyeri 6</p> <p>3. Mengidentifikasi kembali respon nyeri non verbal.</p> <p>R: pasien tampak masih sedikit meringis namun sikap gelisah berkurang.</p>	<p>- Pasien mengatakan tidur sudah sedikit nyenyak.</p> <p>O:</p> <p>- Pasien tidak tampak meringis</p> <p>- Gelisah menurun</p> <p>- TD: 160/100mmHg</p> <p>Nadi: 103x/menit</p> <p>Suhu: 36c</p> <p>RR: 24x/menit</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>SA</th> <th>ST</th> <th>SC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan nyeri</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Meringis</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Gelisah</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Kesulitan tidur</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>	Kriteria hasil	SA	ST	SC	Keluhan nyeri	1	4	2	Meringis	1	4	3	Gelisah	1	4	3	Kesulitan tidur	1	4	3
		Kriteria hasil	SA		ST	SC																		
		Keluhan nyeri	1		4	2																		
		Meringis	1		4	3																		
		Gelisah	1		4	3																		
Kesulitan tidur	1	4	3																					
09.15	<p>4. Memberikan teknik non farmakologi dengan terapi murottal al-qur'an dan kompres hangat untuk mengurangi rasa nyeri selama kurang lebih 10-15 menit.</p> <p>R: Pasien merasa senang dilakukan terapi dan merasa nyeri berkurang</p>																							
09.30	<p>5. Menjelaskan kembali penyebab dan pemicu nyeri</p> <p>R: Pasien mengingat kembali dan memahami dengan apa yang dijelaskan.</p>																							
09.35	<p>6. Menjelaskan strategi pereda nyeri</p> <p>R: Pasien mengerti dengan penjelasan</p>																							
09.40	<p>7. Mengajarkan kembali teknik nonfarmakologi dengan terapi murottal al-qur'an dan kompres hangat untuk mengurangi rasa nyeri.</p>																							

		14.31	R: Pasien mengikuti dengan baik 8. Berkolaborasi pemberian analgetik (santagesik 3x2mg). R: Pasien kooperatif					
Hari ketiga, Jum'at, 16/06/2023	Nyeri kronis (D.0078) berhubungan dengan infiltrasi tumor dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri pada punggung sampai kaki karena penyakit kanker rectum, nyeri hilang timbul dan terasa seperti panas terbakar dengan skala nyeri 7.	18.30	1. Mengidentifikasi kembali lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. R: pasien mengatakan nyeri pada punggung sampai kaki berkurang	Jum'at, 16/06/2023 S: - Pasien mengatakan nyeri punggung bawah hingga kaki berkurang dengan skala nyeri 5 - Pasien mengatakan tidur sudah cukup nyenyak. O: - Pasien tidak tampak meringis - Pasien tidak tampak gelisah - TD: 120/80mmHg Nadi: 97x/menit Suhu: 36,3c RR: 24x/menit A: Masalah teratasi <table border="1" data-bbox="1541 1193 1980 1251"> <tr> <td>Kriteria hasil</td> <td>SA</td> <td>ST</td> <td>SC</td> </tr> </table>	Kriteria hasil	SA	ST	SC
		Kriteria hasil	SA		ST	SC		
		18.35	2. Mengidentifikasi kembali skala nyeri R: Skala nyeri 5					
		18.40	3. Mengidentifikasi kembali respon nyeri non verbal. R: pasien tampak tidak meringis dan tidak gelisah.					
		18.40	4. Memberikan teknik non farmakologi dengan terapi murottal al-qur'an dan kompres hangat untuk mengurangi rasa nyeri selama kurang lebih 10-15 menit. R: Pasien merasa nyeri berkurang karena sering dilakukan terapi.					
18.55	5. Menjelaskan kembali penyebab dan pemicu							

		21.39	<p>nyeri</p> <p>R: Pasien sudah paham dengan apa yang dijelaskan.</p> <p>6. Berkolaborasi pemberian analgetik (santagesik 3x2mg).</p> <p>R: Pasien kooperatif</p>	<table border="1"> <tr> <td>Keluhan nyeri</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Meringis</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Gelisah</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kesulitan tidur</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> </table>	Keluhan nyeri	1	4	4	Meringis	1	4	4	Gelisah	1	4	4	Kesulitan tidur	1	4	4	<p>P: Intervensi dihentikan</p>
Keluhan nyeri	1	4	4																		
Meringis	1	4	4																		
Gelisah	1	4	4																		
Kesulitan tidur	1	4	4																		

3.2 Metodologi Penelitian

3.2.1 Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian studi kasus ini adalah studi untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis kanker rektum yang diberikan intervensi keperawatan dengan menggunakan metode terapi Murottal Al-Quran Dan Kompres Hangat.

3.2.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian merupakan tempat yang akan dilakukan untuk melakukan penelitian. Penelitian ini dilakukan di ruang Anturium RSD dr.Soebandi Jember. Pada pasien Tn. B, penelitian dilakukan mulai tanggal 13 Juni 2023 pukul 14.30 WIB.

3.2.3 Subyek Penelitian

Pada penelitian ini menggunakan subjek peneliti yang digunakan yaitu 1 pasien dengan kasus Kanker rektum (*ca rectum*)

3.2.4 Pengumpulan Data

Pada metode ini dijelaskan terkait metode pengumpulan data yang digunakan adalah:

a. Wawancara

Wawancara yaitu hasil anamnesa yang dilakukan pada pasien maupun pada keluarga. Hasil wawancara berisi tentang identitas pasien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, dan riwayat penyakit keluarga

b. Observasi dan pemeriksaan fisik

Observasi dan pemeriksaan fisik yang dapat dilakukan dengan teknik inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi pada system tubuh pasien untuk mengetahui kelainan yang ada.

c. Studi dokumentasi

Studi dokumentasi merupakan suatu teknik pengumpulan data dengan cara mempelajari dokumen untuk mendapatkan suatu data atau informasi yang berhubungan dengan masalah yang diteliti. Studi dokumentasi dalam penelitian ini adalah dengan melihat hasil dari pemeriksaan diagnostik dan data lain yang relevan, seperti hasil laboratorium, radiologi, ataupun pemeriksaan fisik lainnya untuk mengetahui kelainan-kelainan pada pasien.

3.2.5 Uji Keabsahan Data

Keabsahan data yang dilakukan peneliti dimaksudkan untuk membuktikan kualitas data atau informasi yang diperoleh peneliti dengan melakukan pengumpulan data menggunakan format asuhan keperawatan sehingga menghasilkan sebuah data yang akurat. Selain itu, keabsahan data dilakukan dengan memperpanjang waktu pengamatan atau tindakan minimal selama tiga hari, sumber informasi tambahan menggunakan triangulasi dari tiga sumber data utama yaitu pasien, perawat dan keluarga pasien yang berkaitan dengan masalah yang teliti.

3.2.6 Analisis Data

Analisa data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban dari penelitian yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah penelitian. Teknik analisis digunakan dengan cara observasi oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan oleh peneliti dibandingkan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut.

BAB 4

PEMBAHASAN

4.1 Analisa Karakteristik Pasien

Pasien merupakan seorang yang berjenis kelamin laki-laki, dengan inisial nama Tn. B berusia 38 tahun, beragama islam, berpendidikan terakhir SMA. Pasien bekerja sebagai wiraswasta berstatus sebagai seorang suami. bahasa yang sering digunakan adalah bahasa madura, pasien masuk di ruang anturium pada tanggal 13 Juni 2023 dengan keluhan nyeri punggung bawah hingga kaki sejak 1 minggu yang lalu hingga pasien sulit tidur, pasien juga mengeluh mual muntah dengan riwayat kemoterapi karena kanker rektum.

4.2 Analisis Masalah Keperawatan

Gambaran masalah keperawatan utama yang muncul adalah nyeri kronis pada pasien dengan diagnosa medis *ca rectum* Tanda dan gejala klinis dari hasil pemeriksaan mengarah pada diagnosa medis *ca rectum*. Pada saat pengkajian pasien mengeluh nyeri punggung bawah sampai kaki dengan skala nyeri 7. Pasien dilakukan pengkajian setelah dilakukan tindakan kemoterapi. Pasien tampak gelisah, wajah pasien tampak meringis mengeluh kesakitan, pasien tampak lemah TD: 179/130 MmHg, Nadi 103x/mnt, RR 20x/mnt, Suhu 36,8⁰C. kesadaran composmentis, GCS E 4 V 5 M 6, pasien sulit tidur, skala nyeri 7. Dari hasil pengkajian yang ditunjukkan oleh pasien menunjukkan adanya diagnosa keperawatan nyeri kronis (D.0078) berhubungan dengan infiltrasi tumor ditandai dengan pasien

mengeluh nyeri punggung bawah sampai kaki, pasien tampak meringis, dan tampak gelisah. Hal ini sejalan dengan penelitian (Siti dan Muhammad, 2023) bahwa nyeri tersebut dapat terjadi akibat infiltrasi tumor itu sendiri ataupun efek dari pengobatan kemoterapi dan radioterapi. Rasa nyeri juga dapat meningkat ketika kanker rektum berkembang ke stadium yang lebih tinggi.

Ada beberapa cara yang dapat dilakukan untuk mengatasi nyeri secara non farmakologi antara lain, massage, posisi kaki ditinggikan dari badan, olah raga, pengaturan diet, pemberian kompres hangat dan terapi murrotal. Nyeri punggung bawah dan kaki jika tidak segera diatasi akan mempengaruhi fungsi mental dan fisik individu sehingga mendesak untuk segera mengambil tindakan atau terapi baik farmakologis maupun non farmakologis. Terapi farmakologis salah satunya dengan pemberian obat-obat analgetik.

4.3 Analisis Intervensi Keperawatan

Setelah dilakukan pengkajian berdasarkan data-data yang muncul, diangkat masalah keperawatan nyeri kronis dengan intervensi utama manajemen nyeri. Asuhan keperawatan menggunakan acuan sesuai dengan standar keperawatan SLKI dan SIKI.

Nyeri adalah keluhan yang utama pada penderita kanker setelah pengobatan, bahkan bertahun-tahun setelah pengobatan (Bennet, 2019). Biasanya keluhan penderita kanker sering ditemukan saat pertama kali datang berobat sekitar 30%. Nyeri yang muncul adalah hasil dari respon

sensori setelah rangsangan nyeri diterima. Murottal dapat memengaruhi sistem limbik dimana sistem limbik adalah pusat pengatur emosi. Maka dengan terapi murottal atau terapi musik, sistem saraf otonom dapat memerintahkan tubuh untuk melakukan relaksasi, sehingga membuat ketenangan. Mengenai terapi murottal di Pakistan dijadikan untuk terapi pengobatan untuk berbagai penyakit (Izzat & Arif, 2020).

Bacaan Al-Qur'an dengan murottal merupakan bacaan dengan irama yang teratur, tidak ada perubahan yang mencolok, sesuai dengan standar musik sebagai terapi. Dengan demikian, bacaan Al Quran dapat dibandingkan sama dengan irama musik, bahkan memiliki nilai spiritual yang jauh lebih besar. Seperti yang disampaikan oleh Al-Kaheel (2020), membaca atau mendengarkan Al-Qur'an akan memberikan efek relaksasi, sehingga denyut jantung dan nadi mengalami penurunan dan kestabilan. Terapi bacaan Al-Qur'an ketika diperdengarkan pada seseorang akan membawa gelombang suara dan mendorong otak untuk memproduksi zat kimia yang disebut neuropeptide (Musbikin, 2019).

Kompres hangat merupakan tindakan yang dilakukan dengan memberikan cairan dengan suhu yang hangat atau panas pada daerah tertentu (Hanum et al., 2022). Suhu panas dapat meminimalisir kekuatan otot (Joshi & Phansopkar, 2022). Setelah otot rileks, rasa nyeri pun akan berangsur mereda dan berkurang. Kompres hangat menjadi salah satu terapi non farmakologis dalam menurunkan nyeri (PPNI, 2018).

Kompres hangat memiliki beberapa pengaruh meliputi melebarkan pembuluh darah dan memperbaiki peredaran daerah di dalam jaringan tersebut, pada otot panas memiliki efek menurunkan ketegangan, meningkatkan sel darah putih secara total dan fenomena reaksi peradangan serta adanya dilatasi pembuluh darah yang mengakibatkan peningkatan sirkulasi darah serta peningkatan tekanan kapiler. Tekanan oksigen dan karbondioksida didalam darah akan meningkat sedangkan derajat keasaman darah akan mengalami penurunan (Anugraheni, 2019)

4.4 Analisis Implementasi Keperawatan

Setelah dilakukan implementasi selama 3 hari mulai tanggal 14 Juni 2023 sampai 16 Juni 2023 pada pasien dengan menggunakan kombinasi antara terapi murrotal al-quran dan kompres hangat. Pasien diajarkan tehnik terapi mendengarkan murrotal al-quran dan diajarkan untuk melakukan kompres hangat selama kurang lebih 10-15 menit, hal ini dianjurkan untuk dilakukan saat pasien terasa nyeri dan pasien terlihat kooperatif dan melaksanakan teknik murrotal al-quran dan kompres hangat sesuai anjuran perawat.

Berdasarkan hasil penelitian (Maharani and Melinda, 2021) didapatkan hasil dari studi kasus menyatakan terapi murotal Al-Qur'an atau bacaan Al-Qur'an dengan keteraturan irama dan bacaan yang benar juga merupakan sebuah musik, Al-Qur'an mampu mendatangkan ketenangan dan meminimalkan rasa nyeri 97% bagi mereka yang mendengarnya. Hasil ini

tercatat dan terukur secara kuantitatif dan kualitatif oleh sebuah alat yang berbasis komputer. Ketenangan jiwa ini menimbulkan relaksasi bagi tubuh. Relaksasi ini mempengaruhi terbentuknya gelombang theta pada otak dimana frekuensinya 5-8 Hz. Gelombang ini mampu mempengaruhi produksi hormon endorfin yang menghambat aktifitas trigger cell. Ketika aktifitas trigger cell dihambat, gerbang pada Substansia Gelatinosa menutup dan impuls nyeri berkurang atau sedikit ditransmisikan ke otak (Fallis, 2018).

Murottal dapat mengurangi rasa nyeri melalui mekanisme menghantarkan gelombang suara, yang akan mengubah pergerakan cairan tubuh, medan elektromagnetis pada tubuh. Perubahan ini diikuti stimulasi perubahan reseptor nyeri, dan merangsang jalur listrik di substansia grisea serebri sehingga terstimulasi neurotransmitter analgesia alamiah (endorphin, dinorpin) dan selanjutnya menekan substansi sebagai penyebab nyeri. Endorfin juga sebagai ejektor dari rasa rileks dan ketenangan yang timbul, midbrain mengeluarkan Gama Amino Butyric Acid (GABA) yang berfungsi menghambat hantaran impuls listrik dari satu neuron ke neuron lainnya oleh neurotransmitter di dalam sinaps (Syamsudin & Kadir, 2021). Selain itu, midbrain juga mengeluarkan enkepalin dan beta endorfin. Zat tersebut dapat menimbulkan efek analgesia yang akhirnya mengeliminasi neurotransmitter rasa nyeri pada pusat persepsi dan interpretasi sensorik somatic di otak. Sehingga efek yang bisa muncul adalah nyeri berkurang.

Pemberian kompres hangat juga mempengaruhi pembuluh darah sehingga memperbaiki peredaran darah di dalam jaringan tersebut, pemberian kompres air hangat efektif dan dapat dijadikan alternative untuk menurunkan intensitas nyeri, memberikan sensasi relaksasi dan mengurangi ketegangan (Konkong & Rodkaew, 2018)

4.5 Analisis Evaluasi Hasil Intervensi

Dari hasil evaluasi hari ketiga pada pasien didapatkan nyeri punggung bawah hingga kaki berkurang dari skala NRS 7 di hari pertama kemudian hari kedua menurun menjadi 6, dan hari ketiga menurun menjadi 5. TD. 120/ 80 MmHg, Nadi 97x/mnt, RR 24 x/mnt, suhu 36,3C kondisi pasien baik, tidak tampak meringis dan tidak tampak gelisah, pasien tampak lebih segar. Semua data-data dihari ketiga menunjukkan kriteria hasil dengan ekspektasi menurun, berhasil dicapai pasien setelah dilakukan murrotal al-quan dan kompres hangat sesuai dengan batasan karakteristik hasil nyeri kronis yang diharapkan.

Pasien juga mengalami kestabilan tensi, pernapasan dalam batas normal, nyeri puggung bawah hingga kaki menurun, gelisah menurun setelah dilakukan teknik murrotal al-quan dan pemberian kompres hangat selama tiga hari. Hal ini menunjukkan bahwa penerapan teknik murrotal al-quan dan pemberian kompres hangat dilakukan sebagai salah satu intervensi keperawatan yang bertujuan untuk menurunkan intensitas dari nyeri berat ke intensitas nyeri sedang. Dari beberapa jurnal yang sudah terindeks uji klinisnya tentang efektifitas teknik murrotal al-qur'an dan pemberian

kompres hangat untuk menurunkan intensitas nyeri bisa di *evidence based* kan pada pasien nyeri karena kanker rektum.

Murottal merupakan terapi suara dan alunan murottal seperti halnya musik merupakan salah satu bentuk distraksi karena memiliki irama dan aturan tersendiri sehingga bekerja atau berperan dalam susunan syaraf pusat dengan bekerja sesuai teori *gate control* yang dapat menyebabkan gerbang sumsum tulang menutup sehingga memodulasi dan mencegah input nyeri untuk masuk ke pusat otak yang lebih tinggi untuk diinterpretasikan sebagai pengalaman nyeri. Mekanisme dalam memberikan efek menurunkan nyeri dalam teori *Gate Control* adalah dimana impuls musik yang berkompetisi mencapai korteks serebri bersamaan dengan impuls nyeri akan berefek pada distraksi kognitif dalam inhibisi persepsi nyeri kesan yang muncul bahwa transmisi dari hal yang berpotensi sebagai impuls nyeri bisa dimodulasikan oleh "*cellular gating mechanism*" yang ditemukan di *spinal cord* (Susanti et al., 2019).

Menurut pendapat peneliti nyeri merupakan keluhan utama yang seringkali didapatkan di pelayanan kesehatan. Karena nyeri merupakan pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan baik aktual maupun potensial. Maka dalam penanganan nyeri juga dibutuhkan penanganan yang efektif guna mengurangi rasa tidak nyaman dengan efektivitas penanganan yang sudah teruji secara *evidence based* salah satunya metode menurunkan masalah keperawatan nyeri kronis yang memang lebih mengarah ke pendekatan emosional dan spiritual .

Pemberian kompres hangat juga sudah terbukti bahwa memiliki pengaruh yang signifikan terhadap penurunan nyeri setelah mendapat intervensi. Dengan demikian, manfaat yang didapatkan bila melakukan kompres hangat diharapkan dapat meningkatkan efektivitas terapi dalam menurunkan nyeri karena kanker rektum. Karena apabila nyeri tidak segera diatasi, nyeri dapat menyebabkan adanya perubahan biokimia, metabolisme, dan fungsi sistem organ sehingga dapat mempengaruhi aspek fisik maupun aspek psikologis penderita. Oleh karena itu nyeri harus segera diatasi baik dengan menggunakan terapi farmakologis maupun terapi nonfarmakologis.

BAB 5

KESIMPULAN

5.1. Kesimpulan

- a. Pengkajian pada Tn. B berusia 38 tahun didapatkan hasil pasien mengeluh nyeri punggung bawah hingga kaki, Pasien tampak gelisah, wajah pasien tampak meringis mengeluh kesakitan, pasien tampak lemah TD: 179/130 mmhg, Nadi 103x/mnt, RR 20x/mnt, Suhu 36,8⁰C. kesadaran composmentis, GCS E 4 V 5 M 6, pasien sulit tidur, skala nyeri 7.
- b. Diagnosa keperawatan sesuai dengan hasil pengkajian pada pasien adalah Nyeri kronis (D.0078) berhubungan dengan infiltrasi tumor dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri pada punggung sampai kaki karena penyakit kanker rectum, nyeri hilang timbul dan terasa seperti panas terbakar dengan skala nyeri 7.
- c. Rencana keperawatan pada pasien disesuaikan dengan diagnosa keperawatan. Intervensi keperawatan yang digunakan yaitu manajemen nyeri serta dengan terapi nonfarmakologi yaitu dengan terapi murottal al-qur'an dan kompres hangat yang bertujuan agar tingkat nyeri menurun.
- d. Setelah dilakukan intervensi teknik murrotal al-quran dan kompres hangat selama 1 x 24 jam selama 3 hari pada akhir evaluasi tanggal 16 Juni 2023 didapatkan hasil nyeri berkurang dari skala NRS 7 di hari pertama kemudian hari kedua menurun menjadi 6, dan hari ketiga

menurun menjadi 5. TD. 120/ 80 mmHg, Nadi 97x/mnt, RR 24 x/mnt, suhu 36,3⁰C kondisi pasien baik, pasien pasien tidak tampak gelisah, tidur sudah mulai cukup nyenyak dan pasien tampak lebih segar.

5.2. Saran

a. Bagi Pasien dan Keluarga

Tindakan keperawatan teknik murrotal al-quran dan pemberian kompres hangat yang telah diberikan perawat dapat dijadikan pedoman dalam penatalaksanaan dengan masalah keperawatan nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri sejak 1 minggu yang lalu, pasien tampak meringis dan gelisah.

b. Bagi Perawat

Pengkajian pada pasien dilakukan secara *head to-toe* dan selalu berfokus pada keluhan pasien saat pengkajian (*here ang now*). Sehingga ditemukan titik masalah dan dapat diterapkan tindakan mandiri perawat dalam menurunkan skala nyeri NRS dengan skala sedang sampai ringan dengan diberikan intervensi teknik murrotal al-quran dan pemberian kompres hangat.

c. Bagi Rumah Sakit

Bagi pihak rumah sakit khususnya perawat, dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan dasar aman & nyaman (nyeri kronis), diharapkan dapat melakukan setiap tindakan sesuai dengan teori dan intervensi yang telah direncanakan,

dan hasil studi kasus ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan dan evaluasi yang diperlukan dalam pelaksanaan praktek keperawatan dengan memasukkan intervensi non farmakologis dalam manajemen nyeri yaitu diberikan teknik murrotal al-quran dan kompres hangat.

d. Institusi Pendidikan

Diharapkan dapat dipertimbangkan sebagai *evidence based practice* bagi mahasiswa keperawatan sehingga dijadikan sumber ilmu atau referensi baru demi menambah wawasan dalam intervensi mandiri keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Anugerah, A., Purwandari, R., & Hakam, M. (2019). Pengaruh Terapi Kompres Dingin Terhadap Nyeri Post Operasi ORIF (*Open Reduction Internal Fixation*) pada Pasien Fraktur di RSD Dr. H. Koesnadi Bondowoso. Jawa Timur
- Dewo, Abdurahman Ismoyo. (2019). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Nyeri Dengan Post Orif Fraktur Radius Di Ruang Teratai Rsud Dr. Soedirman. Kebumen.
- Faridah BD, Yefrida Yefrida, Silvia Masmura. (2020). Pengaruh Terapi Murottal Al-Qur'an Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Ibu Bersalin Kala I Fase Aktif Di Ruang Bersalin *Rumah Sakit Umum Daerah Solok Selatan. Sumatera Barat.*
- Febri. (2019). Penerapan Teknik Relaksasi Dengan Terapi Murottal Terhadap Pengurangan Nyeri Pada Pasien Post Orif Fraktur. *Universitas Muhammadiyah Magelang.*
- Fiana, Charolina Ika. (2020). Penerapan Terapi Murattal Al Qur'an Untuk Menurunkan Ontensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi Fraktur Klavikula Sinistra Dan Fraktur Femur 1/3 Distal Dekstra *Di Ruang Teratai Rsud Dr. Soedirman Kabupaten Kebumen*
- Syah, Bahari Yan. (2018). Pengaruh Murattal Al Qur'an Terhadap Tingkat Nyeri Pada Pasien Post Orif Ekstremitas Bawah Di Rsud Soesilo Slawi Kab. Tegal. Tegal.
- Turlina dan Nurhayati. (2019). Pengaruh Terapi Murrotal Al Qur'an terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Persalinan Kala I Fase Aktif Stikes Muhammadiyah Lamongan. Lamongan.

- Anugraheni & Wahyuningsih, A. (2020). Efektifitas Kompres Hangat dalam Menurunkan Intensitas Nyeri Dysmenoorhea pada Mahasiswi Stikes RS Baptis Kediri. Kediri: STIKES RS Kediri.
- Dwiningrum & Erna. (2020). Efektifitas Kompres Hangat Terhadap Perubahan Tingkat Nyeri Pada Pasien Post Operasi TURP Di Ruang Rawat Inap RSI Siti Aisyah Madiun Health Sciences Journal Vol 4(No 1)
- Handayani & Yovita. (2018). Perbedaan Efektifitas Kompres Dingin dan Kompres Hangat Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi Appendicitis di RSUD Waikabubak Sumba Barat – NTT.
- Ikbal & Revi Neini. (2017). Pengaruh Pemberian Kompres Hangat Terhadap Nyeri Pada Pasien Appendicitis Post Operasi Di RST Dr. Reksodiwiryo Padang Jurnal Ilmu Kesehatan (JIK) April 2018 Volume 2 Nomor 1 P-ISSN : 2597-8594
- Nani Sri Mulyani, & Upoyo, I. P. A. S. (2019). Perbedaan Pengaruh Terapi Murottal Selama 15 Menit Dan 25 Menit Terhadap Penurunan Skala Nyeri Pada Pasien Kanker Pasca Bedah. *Alqan*, 8(5), 55.
- Susanti, S., Widyastuti, Y., & Sarifah, S. (2019). Pengaruh Terapi Murottal Al-Qur ' An Untuk Menurunkan Nyeri Post Operasi Fraktur Ekstremitas Bawah Hari Ke 1 The Effect Of “ Murottal Al- Qur ' An ” Therapy To Decrease Pain Of Lower Extremity Fracture Post Operation Day 1. 6(2), 57–62.
- Syamsudin, F., & Kadir, R. (2021). Terapi Murottal Al-Qur'An Dan Terapi Dzikir Terhadap Penurunan Nyeri Pasien Laparatomi. *Jurnal Zaitun*, 000(1), 1–87.

LAMPIRAN 1: SOP KOMPRES HANGAT

	STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) KOMPRES HANGAT		
	NO.DOKUMEN	NO. REVISI	HALAMAN
PROSEDUR TETAP	TGL TERBIT	UNIVERSITAS dr.SOEBANDI	
PENGERTIAN	Kompres hangat merupakan tindakan keperawatan dengan memberikan rasa hangat pada daerah tubuh yang memerlukan dengan menggunakan kantong yang berisi air hangat sehingga menimbulkan rasa hangat. Kompres hangat dapat menghilangkan nyeri dan meningkatkan proses penyembuhan.		
TUJUAN	Kompres hangat dapat mengurangi dan menghilangkan nyeri serta meningkatkan proses penyembuhan. Pemberian panas secara lokal di bagian tubuh tertentu yang mengalami cedera dapat berguna untuk pengobatan		
INDIKASI	<ol style="list-style-type: none"> 1. klien yang kedinginan 2. klien dengan perut kembung 3. klien yang mempunyai penyakit peradangan 4. klien yang mengalami spasme otot, adanya abses, hematoma 5. klien yang mengalami nyeri 		
PERALATAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Buli-buli 2. Perlak 3. Termometer air 		
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tahap pra interaksi <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan verifikasi program pengobatan klien. 2. Mencuci tangan. 		

	<p>3. Menempatkan alat didekat pasien dengan benar.</p> <p>2. Tahap Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam terapeutik. 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada klien/keluarga. 3. Menanyakan persetujuan dan kesiapan klien sebelum tindakan dilakukan. <p>3. Tahap Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Siapkan botol air panas atau buli-buli 2. Suhu air 52°C untuk orang dewasa normal 3. Suhu air 40.5°C-46°C untuk orang yang lemah atau pasien yang tidak sadar dan anak-anak < 2 tahun 4. Isi 2/3 buli-buli dengan air panas 5. Keluarkan udara yang tersisa dan tutup rapat-rapat ujungnya 6. Keringkan buli-buli dan pegang buli-buli secara terbalik untuk memeriksa kebocoran 7. Bungkus buli-buli dengan handuk atau penutup dan tempatkan pada daerah sekitar luka operasi 8. Angkat setelah 15 menit 9. Catat respons klien selama tindakan, serta kondisi area-area yang dikompres 10. Cuci tangan setelah seluruh prosedur dilaksanakan.
EVALUASI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi tindakan yang baru dilakukan 2. Merapikan pasien dan lingkungan 3. Berpamitan dengan pasien 4. Membereskan dan kembalikan alat ketempat semula 5. Mencuci tangan 6. Nilai kepuasan klien dan betulkan cara penggunaannya 7. Evaluasi perasaan pasien (merasa aman dan nyaman) 8. Kontrak waktu untuk kunjungan, selanjutnya

DOKUMENTASI	<ol style="list-style-type: none">1. Catat tindakan yang sudah dilakukan, tanggal dan jam pelaksanaan pada catatan keperawatan2. Catat respon klien dan hasil pemeriksaan3. Dokumentasikan evaluasi tindakan SOAP
--------------------	---

LAMPIRAN 2: SOP TERAPI MUROTTAL AL-QUR'AN

	STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) TERAPI MUROTTAL AL-QURAN		
	NO.DOKUMEN	NO. REVISI	HALAMAN
PROSEDUR TETAP	TGL TERBIT	UNIVERSITAS dr.SOEBANDI	
PENGERTIAN	Terapi Al-Qur'an Murottal adalah salah satu terapi distraksirelaksasi (non-farmakologi) untuk menurunkan nyeri		
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan ketenangan dan rileks pada tubuh. 2. Mencegah terjadinya stress yang diakibatkan karena nyeri. 3. Mengalihkan perhatian terhadap rangsang nyeri. 4. Menurunkan intensitas nyeri 		
PERALATAN	MP3/Handphone yng berisikan murottal		
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tahap Orientasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam terapeutik. 2. Memperkenalkan diri. 3. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada klien/keluarga. 4. Menanyakan persetujuan pada klien sebelum tindakan dilakukan. 2. Tahap Kerja: <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyiapkan SOP terapi Murottal Al-Qur'an 2. Menyiapkan media dan alat 3. Melihat data atau status pasien 4. Melihat intervensi keperawatan yang telah diberikan oleh perawat 5. Mengkaji kesiapan pasien untuk melakukan terapi mendengarkan AlQur'an Murottal 		

	<ol style="list-style-type: none"> 6. Menyiapkan ruangan yang tenang dan tidak ada kebisingan 7. Mencuci tangan 8. Membaca tasmiyah terlebih dahulu 9. Posisikan klien berbaring dengan meletakkan tangan diperut atau di samping badan 10. Intruksikan pasien untuk melakukan teknik nafas dalam 3 kali atau sampai pasien merasa rileks dan mendengarkan dengan seksama dan menghayati setiap bacaan 11. Nyalakan Al-Qur'an Murottal sambil mengintruksikan klien untuk menutup mata 12. Intruksikan pasien untuk memfokuskan pikirannya pada lantunan ayat-ayat AlQur'an Murottal terebut selama ±30 menit 13. Setelah selesai kemudian intruksikan pasien untuk membuka mata dan melakukan teknik nafas dalam sebanyak 3 kali atau sampai pasien merasa rileks
EVALUASI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi tindakan yang baru dilakukan 2. Merapikan pasien dan lingkungan 3. Berpamitan dengan pasien 4. Membereskan dan kembalikan alat ketempat semula 5. Mencuci tangan 6. Nilai kepuasan klien dan betulkan cara penggunaannya 7. Evaluasi perasaan pasien (merasa aman dan nyaman) 8. Kontrak waktu untuk kunjungan, selanjutnya
DOKUMENTASI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Catat tindakan yang sudah dilakukan, tanggal dan jam pelaksanaan pada catatan keperawatan 2. Catat respon klien dan hasil pemeriksaan 3. Dokumentasikan evaluasi tindakan SOAP

LAMPIRAN 3: FOTO IMPLEMENTASI





LOG BOOK PEMBINGINGAN PENYUSUNAN KARYA ILMIAH AKHIR

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ca Rectum Dengan Terapi Murottal Al-Qur'an dan Kompres Hangat Terhadap Penurunan Kualitas Nyeri Di Ruang Anturium RSD dr. Soebandi Jember

Nama Lengkap : Ida Swastika Rani

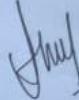
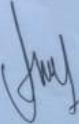
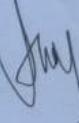
NIM : 22101020

Jurusan : Profesi Ners

Fakultas : Ilmu Kesehatan

Dosen Pembimbing : Anita Fatarona, S.Kep., Ns., M.Kep.

NIDN : 0716088702

Tanggal	Kegiatan	Interpretasi	Interpretasi Solusi Tindak Lanjut	Tanda Tangan Pembimbing
23/10/23	Bimbingan BAB I			
15/11/23	Perbaiki BAB II - fisiologi nyeri - Murottal/kompres hangat → Nyeri			
27/11/23	Lengkapi (-). Siapkan dan lengkapi semuanya.			

	Da. fiat kur ridang			Juli