

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Teori

1. Konsep Kebutuhan Rasa Nyaman Nyeri

a. Definisi Nyeri

Berdasarkan *International Association for the Study of Pain* (IASP), nyeri merupakan respon yang melibatkan komponen sensorik dan emosional yang berhubungan dengan adanya kerusakan jaringan, baik yang telah terjadi maupun yang berpotensi terjadi. Pengalaman nyeri tidak hanya terbatas pada sensasi fisik semata, tetapi juga mencerminkan respons mental dan emosional individu terhadap rangsangan yang diterima. Nyeri juga dapat diartikan sebagai rasa tidak nyaman yang timbul akibat adanya kerusakan jaringan pada bagian tubuh tertentu, sehingga memengaruhi kondisi fisik dan psikologis seseorang (Cholifah & Azizah, 2020). Nyeri merupakan pengalaman sensorik yang bersifat kompleks dan multidimensional, dengan tingkat keparahan yang dapat berkisar dari ringan hingga berat. Sensasi nyeri dapat dirasakan dalam berbagai bentuk, seperti tumpul, panas terbakar, atau tajam. Selain itu, nyeri dapat muncul pada lapisan dangkal maupun dalam, bersifat lokal atau menyebar, serta berlangsung dalam durasi yang berbeda-beda, baik sesaat, hilang timbul, maupun menetap, sesuai dengan faktor penyebab yang melatarbelakanginya (Ayudita, 2023).

b. Penyebab/Etiologi

Penyebab nyeri secara umum dapat diklasifikasikan ke dalam dua kelompok besar, yaitu faktor fisik dan faktor psikologis. Dari sisi fisik, nyeri dapat timbul akibat berbagai kondisi, antara lain trauma mekanik, termal, kimia, maupun listrik, keberadaan neoplasma, proses inflamasi, gangguan sirkulasi, serta faktor penyebab lainnya. Selain itu, nyeri juga dapat dipengaruhi oleh aspek psikologis, di mana pengalaman atau trauma psikologis tertentu dapat memengaruhi

respons individu terhadap sensasi nyeri yang dirasakan (Aridamayanti *et al*, 2025).

1) Trauma Mekanik

Trauma mekanik dapat menimbulkan nyeri akibat kerusakan pada ujung saraf bebas yang dipicu oleh benturan, gesekan, maupun cedera jaringan. Sementara itu, trauma kimia terjadi akibat paparan zat kimia yang bersifat asam atau basa kuat terhadap jaringan tubuh. Adapun trauma listrik dapat menyebabkan nyeri karena aliran listrik bertegangan tinggi yang mengenai jaringan dan menstimulasi reseptor nyeri.

2) Neoplasma

Neoplasma bisa menimbulkan nyeri karena terjadinya tekanan atau kerusakan pada jaringan yang memiliki reseptor nyeri, serta akibat tarikan, penekanan, maupun perluasan sel kanker melalui proses metastasis. Nyeri juga dapat muncul pada kondisi peradangan akibat kerusakan ujung saraf reseptor maupun karena terjepitnya saraf akibat pembengkakan jaringan.

3) Psikologis

Nyeri yang dipengaruhi oleh faktor psikologis merupakan nyeri yang tidak berkaitan dengan adanya gangguan organik, melainkan muncul sebagai dampak dari trauma psikologis dan bagaimana kondisi tersebut memengaruhi respons fisik individu terhadap nyeri.

c. Tanda dan Gejala

- 1) Munculnya respons vokal seperti meringis, merintih, menarik napas dalam, atau menghembuskan napas secara berulang.
- 2) Perubahan ekspresi wajah berupa wajah meringis.
- 3) Gerakan pada wajah dan mulut, seperti menggigit bibir atau lidah serta mengatupkan gigi, dahi berkerut, serta mata atau mulut yang tertutup rapat maupun terbuka lebar.
- 4) Aktivitas motorik yang tidak teratur, seperti tampak gelisah, berjalan mondar-mandir, melakukan gerakan menggosok atau

berirama, melindungi area tubuh yang terasa nyeri, membatasi pergerakan (immobilisasi), dan adanya ketegangan otot.

- 5) Perubahan interaksi sosial, ditandai dengan kecenderungan menghindari komunikasi dan kontak sosial, lebih memusatkan perhatian pada upaya mengurangi nyeri, serta kemungkinan mengalami disorientasi terhadap waktu (Purwoto *et al.*, 2023).

d. Faktor yang Memengaruhi Nyeri

Faktor yang dapat mempengaruhi nyeri menurut Ningtyas *et al* (2023):

1) Kelemahan

Kondisi kelemahan dapat memperberat persepsi nyeri yang dirasakan serta mengurangi kemampuan individu dalam menghadapi dan mengelola permasalahan. Apabila kondisi ini terjadi secara terus-menerus selama waktu istirahat, persepsi terhadap nyeri akan semakin meningkat. Sebaliknya, nyeri cenderung lebih jarang dirasakan setelah individu mendapatkan tidur atau istirahat yang cukup.

2) Jenis Kelamin

Secara umum, perempuan dinilai memiliki tingkat kepekaan terhadap nyeri yang lebih tinggi dibanding dengan laki-laki. Perbedaan persepsi nyeri antara jenis kelamin dipengaruhi oleh faktor biologis maupun psikologis. Selain itu, kondisi hormonal pada perempuan turut berperan dalam modulasi nyeri. Hormon estrogen dan progesteron diketahui berperan penting dalam memengaruhi sensitivitas nyeri. Estrogen memiliki efek pronosiseptif yang dapat meningkatkan sensitivitas baik secara sentral maupun perifer, sementara progesteron berkontribusi dalam menurunkan ambang nyeri. Kondisi ini menyebabkan perempuan cenderung merasakan nyeri lebih intens dibandingkan dengan laki-laki.

3) Usia

Usia individu memengaruhi sensasi nyeri, baik dalam hal persepsi maupun ekspresinya. Tahap perkembangan usia, mulai dari anak-anak, dewasa, hingga lansia, memiliki pengaruh yang signifikan terhadap pengalaman nyeri. Pada usia anak, nyeri sering kali sulit diinterpretasikan dan dilokalisasi karena keterbatasan kemampuan verbal dan ekspresi, sehingga anak belum mampu mengungkapkan nyeri yang dirasakan secara jelas. Oleh karena itu, nyeri pada anak umumnya diinterpretasikan melalui pengamatan orang tua maupun tenaga kesehatan.

4) Genetik

Informasi genetik yang diturunkan dari orang tua dapat memengaruhi peningkatan atau penurunan sensitivitas individu terhadap nyeri. Gen yang dimiliki seseorang merupakan hasil kombinasi gen ayah dan ibu, di mana gen yang bersifat dominan berperan dalam menentukan kondisi fisiologis dan psikologis individu.

5) Faktor Psikologis

Faktor psikologis yang memengaruhi ekspresi perilaku turut berperan dalam persepsi nyeri. Tingginya tingkat depresi dan gangguan kecemasan pada perempuan menunjukkan adanya kontribusi jenis kelamin terhadap intensitas nyeri yang dirasakan (Novitayanti, 2023). Tingkat dan kualitas nyeri yang dialami klien berkaitan dengan makna yang diberikan terhadap pengalaman nyeri tersebut. Kecemasan dapat meningkatkan persepsi nyeri, namun nyeri juga dapat memicu munculnya perasaan cemas. Respons emosional terhadap nyeri melibatkan aktivitas girus cingulat anterior dan korteks prefrontal ventral kanan. Selain itu, sirkuit serotonin dan norepinefrin berperan dalam modulasi rangsangan sensorik, yang dapat memengaruhi hubungan antara depresi, penggunaan antidepresan, dan persepsi nyeri.

6) Pengalaman sebelumnya

Frekuensi pengalaman nyeri di masa lalu, terutama apabila sering terjadi tanpa penanganan yang adekuat atau disertai penderitaan, dapat menimbulkan kecemasan bahkan ketakutan yang berulang. Individu yang belum pernah mengalami nyeri sebelumnya cenderung merasakan ketidaknyamanan yang lebih berat saat menghadapi nyeri. Sebaliknya, individu yang telah memiliki pengalaman nyeri serupa sebelumnya cenderung menganggap nyeri tersebut sebagai hal yang biasa, karena telah memahami tindakan atau strategi yang dapat dilakukan untuk mengurangi rasa nyeri tersebut.

7) Budaya

Etnis dan latar belakang budaya telah lama diketahui memiliki pengaruh terhadap pengalaman nyeri dan cara manifestasinya. Individu mempelajari respons terhadap nyeri berdasarkan nilai, norma, dan harapan yang berlaku dalam budaya tempat ia tumbuh, termasuk cara mengekspresikan dan merespons rasa sakit.

8) Klasifikasi Nyeri

Klasifikasi nyeri umumnya dibagi 2 (Ningtyas *et al*, 2023), yaitu:

a) Nyeri Akut

Nyeri akut adalah kondisi nyeri yang timbul akibat kerusakan jaringan, baik yang terjadi secara mendadak maupun bertahap, dengan intensitas ringan hingga berat, serta berlangsung dalam periode waktu kurang dari atau sama dengan tiga bulan.

b) Nyeri Kronis

Nyeri kronis merupakan kondisi nyeri yang diakibatkan oleh kerusakan jaringan yang terjadi secara mendadak maupun bertahap, dengan intensitas ringan hingga berat, dan berlangsung selama tiga bulan atau lebih.

Derajat nyeri dapat dinilai melalui berbagai metode, namun salah satu cara yang paling sederhana adalah penilaian nyeri secara kualitatif (Potter *et al.*, 2016), yang dikelompokkan sebagai berikut:

- a) Nyeri ringan ditandai oleh sensasi nyeri yang muncul sesekali, terutama saat melakukan aktivitas sehari-hari, dan umumnya berkurang atau menghilang ketika individu beristirahat atau tidur.
- b) Nyeri sedang merupakan kondisi nyeri yang dirasakan secara berkelanjutan sehingga mengganggu aktivitas, dan umumnya berkurang atau menghilang hanya ketika individu tertidur.
- c) Nyeri berat merupakan kondisi nyeri yang menetap sepanjang hari dan menyebabkan individu mengalami kesulitan tidur atau sering terbangun akibat rasa nyeri saat beristirahat.

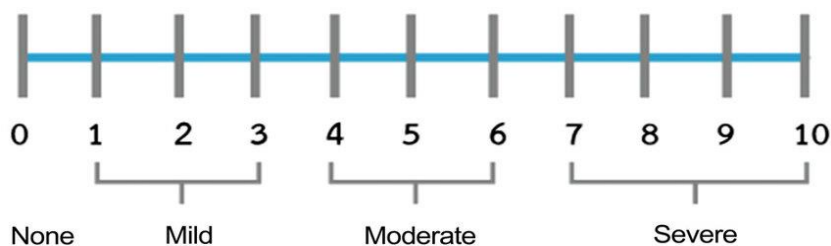
Nyeri berdasarkan penyakit dapat diklasifikasikan menjadi dua jenis, yaitu:

- a) Nyeri pascaoperasi, yaitu nyeri yang muncul setelah tindakan pembedahan. Nyeri ini umumnya bersifat akut dan berhubungan dengan kerusakan jaringan akibat insisi bedah. Apabila penatalaksanaannya tidak adekuat, nyeri pascaoperasi berpotensi berkembang menjadi nyeri kronis pascabedah atau *Chronic Postsurgical Pain* (CPSP).
- b) Nyeri kanker, yaitu nyeri yang secara langsung disebabkan oleh proses keganasan, seperti tekanan tumor terhadap saraf atau organ, maupun sebagai dampak dari terapi kanker, termasuk kemoterapi, radioterapi, dan tindakan pembedahan. Nyeri kanker dapat bersifat akut maupun kronis, serta dapat berupa nyeri nosiseptif maupun neuropatik.

e. Skala Nyeri

Numeric Rating Scale (NRS) adalah alat pengukur nyeri yang sederhana, mudah dipahami, dan sensitif terhadap perbedaan dosis, jenis kelamin, serta latar belakang etnis. NRS dianggap lebih unggul

dibandingkan VAS, terutama untuk menilai nyeri akut, dan dapat digunakan pada anak-anak berusia 5 tahun ke atas. Meski demikian, NRS memiliki keterbatasan, antara lain pilihan kata yang terbatas untuk menggambarkan nyeri, kurang mampu membedakan tingkat nyeri secara rinci, serta asumsi jarak yang sama antar nilai tidak selalu akurat dalam menggambarkan efek analgesik. Hasil pengukuran NRS dapat digunakan untuk evaluasi nyeri, biasanya dengan interval pengukuran kedua tidak lebih dari 24 jam setelah pengukuran pertama. Skala ini menggunakan rentang angka 0 hingga 10 dan dapat disampaikan secara verbal maupun melalui gambar. Klasifikasi nyeri menurut NRS adalah tidak nyeri (0), nyeri ringan (1–3), nyeri sedang (4–6), dan nyeri berat (7–10).



Gambar 1. Numerical Rating Scales

f. Dokumentasi hasil pengukuran intensitas nyeri

Menurut Sutyono & Mochamat (2022), penilaian nyeri yang akurat merupakan landasan utama dalam pengendalian nyeri secara efektif. Pada pasien dengan fraktur, intensitas nyeri yang dirasakan dapat berbeda antara saat bergerak dan saat berada dalam posisi duduk atau berbaring. Untuk membantu pasien mengungkapkan keluhan secara menyeluruh, perawat dapat menggunakan metode analisis tanda dan gejala dalam pengkajian karakteristik nyeri. Komponen pengkajian nyeri meliputi pendekatan PQRST, yaitu P (*Provocative*) yang merupakan faktor pencetus nyeri, Q (*Quality and Quantity*) yang menggambarkan kualitas dan kuantitas nyeri, R (*Region*) yang menunjukkan lokasi nyeri, S (*Severity*) yang menunjukkan tingkat keparahan nyeri, dan T (*Time*) yang menggambarkan waktu atau durasi terjadinya nyeri.

1) *Provocate/palliates* (P)

Menilai faktor pencetus nyeri serta kondisi yang dapat memperberat maupun meredakan nyeri yang dirasakan.

2) *Quality* (Q)

Mengidentifikasi sifat atau karakteristik nyeri berdasarkan persepsi pasien, seperti nyeri terasa tajam, tumpul, berdenyut, atau perih.

3) *Region* (R)

Menentukan lokasi nyeri dengan meminta pasien menunjukkan area yang mengalami ketidaknyamanan, baik yang bersifat lokal maupun menyebar.

4) *Severity* (S)

Menilai derajat keparahan nyeri dengan menggunakan skala numerik 1–10, yang menggambarkan rentang nyeri dari ringan hingga berat.

5) *Time* (T)

Mengkaji waktu, lamanya nyeri berlangsung, serta pola kemunculan nyeri, termasuk frekuensi dan kekambuhannya.

g. Penatalaksanaan Nyeri

Penanganan nyeri pasien kanker dapat dilakukan dengan pendekatan multidisipliner, menggabungkan beberapa terapi untuk meminimalkan nyeri dan meningkatkan kualitas hidup pasien. Berikut adalah pendekatan utama dalam pengelolaan nyeri kanker (Aridamayanti *et al.*, 2025).

1) Penanganan Farmakologis

Pendekatan farmakologis adalah pendekatan utama dalam mengelola nyeri pada pasien kanker. Terdapat berbagai jenis obat yang digunakan tergantung pada jenis, intensitas, dan penyebab nyeri yang dialami oleh pasien.

2) Penanganan Non Farmakologis

Selain obat-obatan, beberapa terapi non farmakologis digunakan untuk mengelola nyeri pada pasien kanker. Terapi ini

membantu mengurangi ketergantungan pada obat-obatan dan meningkatkan kenyamanan pasien. Berikut beberapa terapi nonfarmakologis:

a) Fisioterapi dan Latihan Fisik

Fisioterapi dapat membantu mengurangi kekakuan otot dan meningkatkan mobilitas, berguna untuk pasien yang mengalami nyeri somatik atau metastasis pada tulang atau sendi. Latihan ringan seperti peregangan atau latihan kekuatan juga dapat mengurangi nyeri otot dan meningkatkan kualitas hidup pasien.

b) Akupunktur

Akupunktur telah terbukti efektif dalam mengurangi nyeri somatik dan visceral dengan merangsang titik tertentu pada tubuh untuk melepaskan endorfin dan meningkatkan aliran energi. Akupunktur membantu pasien merasa lebih rileks dan dapat mengurangi persepsi nyeri.

c) Terapi Pijat

Terapi pijat atau *massage therapy* telah terbukti mengurangi ketegangan otot dan meningkatkan aliran darah ke area yang nyeri, membantu mengurangi rasa sakit, dan meningkatkan kenyamanan pasien.

d) Teknik Relaksasi

Teknik-teknik seperti pernapasan dalam, genggam jari, meditasi, *biofeedback*, dan hipnoterapi digunakan untuk membantu pasien dalam mengelola stres dan kecemasan yang sering memperburuk persepsi nyeri. Salah satu teknik untuk mengurangi nyeri adalah teknik genggam jari. Teknik ini dipilih karena merupakan metode relaksasi sederhana, aman, dan mudah dilakukan secara mandiri oleh pasien tanpa memerlukan alat khusus. Teknik ini membantu menstimulasi titik-titik energi pada jari yang berhubungan dengan sistem saraf, sehingga dapat memicu respons relaksasi, menurunkan

ketegangan otot, serta meningkatkan rasa tenang. Selain itu, genggam jari efektif dalam mengurangi stres dan kecemasan yang berperan memperberat persepsi nyeri. Dengan kondisi tersebut, teknik genggam jari dapat membantu mengalihkan fokus pasien dari nyeri, meningkatkan kontrol diri terhadap sensasi nyeri, serta mendukung efektivitas manajemen nyeri nonfarmakologis dalam asuhan keperawatan.

2. Konsep Terapi Relaksasi *Finger hold* (Genggam Jari)

a. Definisi Terapi Relaksasi *Finger hold*

Teknik relaksasi *finger hold* atau genggam jari merupakan salah satu metode yang berasal dari *Jin Shin Jyutsu*, yaitu teknik akupresur yang berkembang di Jepang. Metode ini merupakan bentuk seni penyembuhan yang memanfaatkan pengaturan pernapasan dan sentuhan tangan secara sederhana untuk membantu menyeimbangkan aliran energi dalam tubuh. Terapi genggam jari berperan dalam mengendalikan dan menstabilkan emosi sehingga tubuh mencapai kondisi relaksasi. Saat tubuh berada dalam keadaan rileks, ketegangan otot akan berkurang dan pada akhirnya dapat menurunkan tingkat kecemasan (Yuliasuti, 2019).

Melakukan genggam pada jari tangan disertai pengaturan napas yang teratur dapat membantu menurunkan ketegangan fisik maupun emosional. Hal tersebut terjadi karena genggam jari mampu menghangatkan titik-titik masuk dan keluarnya aliran energi yang terdapat pada jari tangan. Selain itu, titik-titik refleksi pada tangan akan memberikan rangsangan secara refleks selama proses genggam berlangsung, sehingga mendukung tercapainya kondisi relaksasi tubuh (Rasyid & Samaran, 2019).

b. Manfaat Terapi Relaksasi *Finger hold*

Manfaat dari teknik relaksasi *finger hold* (genggam jari) antara lain:

- 1) membantu menurunkan intensitas nyeri serta mengurangi rasa takut dan kecemasan.
- 2) Menurunkan perasaan panik, kecemasan, dan rasa terancam.

- 3) Memberikan sensasi kenyamanan dan relaksasi pada tubuh.
 - 4) membantu menenangkan pikiran serta meningkatkan kemampuan dalam mengendalikan emosi.
 - 5) membantu melancarkan sirkulasi atau aliran darah (Wardhana, 2022).
- c. Mekanisme Terapi Relaksasi *Finger hold*

Tangan merupakan media yang sederhana namun efektif untuk membantu menyelaraskan dan menyeimbangkan tubuh. Menggenggam jari sambil melakukan tarikan napas dalam dapat mengurangi, bahkan meredakan, ketegangan fisik maupun emosional. Teknik relaksasi genggam jari bekerja dengan menghangatkan titik-titik masuk dan keluarnya energi pada meridian atau jalur energi tubuh yang terdapat pada jari tangan. Selama proses genggam, rangsangan akan muncul secara spontan dan diteruskan menuju otak, kemudian dilanjutkan ke saraf yang berhubungan dengan organ tubuh yang mengalami gangguan, sehingga diharapkan sumbatan pada jalur energi dapat berkurang dan aliran energi menjadi lebih lancar (Indrawati, 2018).

Mekanisme kerja teknik relaksasi genggam jari dalam menurunkan nyeri berkaitan dengan adanya titik-titik meridian pada jari tangan yang memberikan rangsangan saat dilakukan genggam. Relaksasi genggam jari menghasilkan impuls yang dihantarkan melalui serabut saraf aferen non-nosiseptor. Aktivasi serabut saraf non-nosiseptor tersebut menyebabkan mekanisme “gerbang nyeri” tertutup, sehingga transmisi stimulus nyeri menuju korteks serebri dapat dihambat atau dikurangi melalui proses counterstimulation dari relaksasi dan genggam jari. Akibatnya, intensitas nyeri mengalami perubahan atau modulasi karena rangsangan relaksasi genggam jari lebih dahulu dan lebih dominan mencapai otak. Gelombang listrik yang dihasilkan dari aktivitas genggam kemudian diproses melalui saraf menuju organ tubuh yang mengalami gangguan. Proses ini menimbulkan efek relaksasi yang selanjutnya merangsang pelepasan

hormon endorfin, sehingga berperan dalam penurunan persepsi nyeri (Sofiyah *et al.*, 2019).

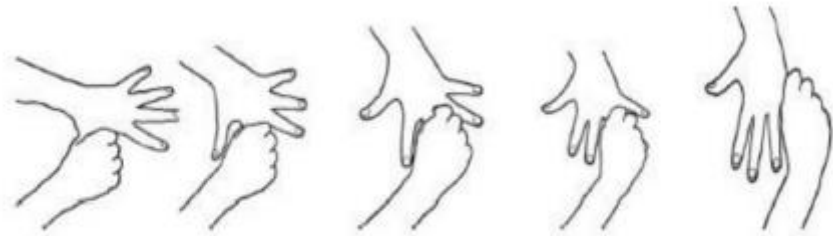
Secara fisiologis, teknik relaksasi *finger hold* dapat dijelaskan melalui *Gate Control Theory* yang menyatakan bahwa stimulasi pada serabut saraf non-nosiseptor dapat menghambat transmisi impuls nyeri menuju korteks serebri. Selain itu, relaksasi yang terjadi selama teknik relaksasi *finger hold* dapat merangsang pelepasan endorfin sehingga membantu menurunkan persepsi nyeri dan meningkatkan rasa nyaman pasien. Relaksasi genggam jari dilakukan selama 15 menit dalam satu sesi setiap hari dan diberikan minimal selama tiga hari. Teknik relaksasi genggam jari terbukti mampu menurunkan nyeri pada klien pascaoperasi, kecuali pada klien yang mengalami luka pada area telapak tangan atau telapak kaki, sehingga pada kondisi tersebut terapi tidak dianjurkan untuk diberikan (Indriani S, 2020).

d. Cara Pelaksanaan Terapi Relaksasi *Finger hold*/ Genggam Jari

Prosedur pelaksanaan teknik relaksasi genggam jari menurut Cane (2018) meliputi langkah-langkah sebagai berikut:

- 1) Masing-masing jari digenggam secara bergantian, dimulai dari ibu jari, selama 2–3 menit, dan dapat diawali dari tangan kanan maupun kiri.
- 2) Selama proses tersebut, pasien dianjurkan untuk melakukan tarikan napas dalam secara perlahan, dengan memfokuskan pikiran pada perasaan harmonis, tenang, nyaman, dan proses pemulihan.
- 3) Napas kemudian dihembuskan secara perlahan dan teratur dengan melepaskan ketegangan serta emosi negatif, disertai visualisasi bahwa rasa nyeri yang berhubungan dengan proses penyakit kanker secara bertahap berkurang dan keluar dari tubuh.

- 4) Pasien diarahkan untuk merasakan sensasi relaksasi, seolah-olah ketegangan atau rasa nyeri berkurang dan dilepaskan melalui ujung-ujung jari tangan.
- 5) Pasien diminta memusatkan pikiran pada perasaan yang nyaman dan damai sehingga perhatian hanya terfokus pada sensasi tersebut.
- 6) Ulangi prosedur tersebut pada jari tangan lainnya.
- 7) Sering kali, saat melakukan genggam pada jari, individu dapat merasakan denyutan yang cukup kuat pada setiap jari. Sensasi tersebut menggambarkan adanya ketegangan atau ketidakseimbangan emosional yang masih dirasakan. Seiring berjalannya proses relaksasi, ketegangan akan berangsur berkurang sehingga denyutan pada setiap jari menjadi lebih lembut dan perasaan individu menjadi lebih tenang serta seimbang. Setelah denyutan terasa lebih ringan, genggam dapat dipindahkan ke jari berikutnya secara berurutan.



Gambar 2. Teknik Relaksasi Genggam Jari

Menurut Chanif, Petpichetchian, dan Congchaeron (2015), teknik relaksasi genggam jari merupakan salah satu metode relaksasi nonfarmakologis yang dapat digunakan untuk menurunkan intensitas nyeri. Teknik ini berkaitan dengan stimulasi pada jari-jari tangan yang berhubungan dengan aliran energi di dalam tubuh, yang dikenal sebagai *Safety Energy Locks* pada jari. Rangsangan pada titik-titik refleksi tangan tersebut diteruskan melalui impuls saraf menuju otak untuk diproses, kemudian disalurkan ke organ tubuh yang

mengalami gangguan, sehingga aliran energi yang sebelumnya terhambat dapat menjadi lebih lancar (Hayat, Ernawati, & Ariyanti, 2020).

3. Konsep Penyakit Kanker Kolorektal

a. Pengertian Kanker Kolorektal

Kanker kolorektal merupakan tumor ganas yang berkembang dari jaringan epitel pada kolon atau rektum. Jenis kanker ini menyerang kolon dan rektum, yang merupakan bagian dari usus besar dalam sistem pencernaan atau traktus gastrointestinal. Secara anatomis, kolon terletak pada bagian proksimal usus besar, sedangkan rektum berada di bagian distal, sekitar 5–7 cm di atas anus. Fungsi kolon dan rektum meliputi produksi energi bagi tubuh serta pembuangan zat-zat yang tidak dibutuhkan Lenggogeni (2023).

b. Etiologi

Etiologi kanker kolorektal hingga saat ini belum sepenuhnya diketahui. Namun, penelitian menunjukkan bahwa faktor genetik memiliki korelasi paling signifikan terhadap perkembangan kanker kolorektal. Mutasi pada gen *Adenomatous Polyposis Coli* (APC) merupakan penyebab *Familial Adenomatous Polyposis* (FAP), yang menempatkan individu pada risiko hampir 100% untuk mengembangkan kanker usus besar pada usia sekitar 40 tahun. Selain faktor genetik, terdapat berbagai faktor lain yang dapat meningkatkan risiko terjadinya kanker kolorektal, antara lain:

1) Diet tinggi lemak dan rendah serat.

Salah satu faktor yang meningkatkan risiko karsinoma kolorektal adalah perubahan pola diet masyarakat. Diet yang rendah serat dan tinggi lemak diduga meningkatkan kemungkinan terjadinya kanker kolorektal. Berbagai penelitian epidemiologi menunjukkan bahwa konsumsi serat yang tinggi berkorelasi negatif dengan risiko kanker kolorektal. Individu dengan asupan serat rendah memiliki risiko 11 kali lebih besar terkena karsinoma kolorektal dibandingkan dengan mereka yang

mengonsumsi serat tinggi. Rata-rata asupan serat harian orang Indonesia masih rendah, yaitu sekitar 10,5 g/hari. Serat memiliki efek protektif terhadap sel kanker dengan mempercepat waktu kontak antara karsinogen dan usus besar selama penggumpalan feses, sehingga karsinogen menjadi lebih tipis dan dinonaktifkan. Perlindungan tambahan juga berasal dari antioksidan dalam sayuran dan buah-buahan. Selain itu, asam lemak rantai pendek hasil fermentasi serat dapat meningkatkan diferensiasi sel atau menginduksi apoptosis.

2) Usia diatas 50 tahun.

Risiko kanker kolorektal meningkat seiring bertambahnya usia, terutama pada individu yang berusia lebih dari 50 tahun.

3) Riwayat keluarga

Individu yang memiliki anggota keluarga satu generasi dengan riwayat kanker kolorektal memiliki risiko hingga tiga kali lebih tinggi.

4) Gangguan genetik tertentu

Kondisi seperti *Familial Polyposis Coli*, *Gardner Syndrome*, dan *Turcot Syndrome* dapat berkembang menjadi kanker rektum apabila kolektomi tidak dilakukan pada pasien..

5) Sindrom polip tertentu

Risiko sedikit meningkat pada pasien dengan *Juvenile Polyposis Syndrome*, *Peutz-Jeghers Syndrome*, dan *Muir Syndrome*.

6) Kanker kolorektal herediter nonpolyposis

Terjadi pada 50% pasien kanker kolorektal herediter nonpolyposis.

7) Penyakit inflamasi usus /*Inflammatory bowel disease*.

Merupakan faktor risiko yang dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya kanker kolorektal.

8) Kolitis Ulseratif

Memiliki risiko sekitar 30% setelah usia 25 tahun untuk berkembang menjadi kanker kolorektal.

9) *Crohn disease*

Pasien dengan penyakit Crohn memiliki risiko 4 hingga 10 kali lebih tinggi untuk mengalami kanker kolorektal.

c. Patofisiologi Kanker Kolorektal

Kanker kolorektal biasanya bermula dari polip adenoma tipe villous (berbentuk tonjolan seperti jari dan tidak bertangkai) dan tubular (berbentuk bulat dan bertangkai), yang dapat berkembang menjadi lesi premaligna. Polip ini tumbuh menyerupai bunga kol di dalam kolon dan menekan dinding mukosa kolon. Tekanan yang berlangsung terus-menerus dapat menyebabkan ulserasi dan perdarahan pada kolon. Selain itu, obstruksi kadang dapat terjadi, tergantung pada lokasi pertumbuhan adenoma tersebut. Bila adenoma tumbuh di dalam lumen luas (ascendens dan transversum), maka obstruksi jarang terjadi. Hal ini karena feses masih mempunyai konsentrasi air yang cukup dan masih dapat melewati lumen tersebut dengan mengubah bentuk disesuaikan dengan lekukan lumen karena tonjolan massa. Apabila terjadi di daerah lumen yang sempit (descendens atau bagian bawah), maka obstruksi akan terjadi karena feses tidak dapat melewati lumen yang telah terdesak oleh masa. Kejadian obstruksi tersebut dapat menjadi total atau parsial. Khusus di daerah rektosigmoid maka lesi lebih banyak tumbuh yang kemudian akan tumbuh melingkar seperti plak. Bila plak terus-menerus tumbuh akan menembus dinding kolon, sehingga akan terjadi perdarahan dan perluasan lesi pada daerah sekitarnya. Tumbuhnya lesi seperti plak yang melingkar lumen tersebut dapat mengakibatkan obstruksi total atau parsial (Masriadi, 2021).

d. Manifestasi Klinis Kanker Kolorektal

Gejala umum kanker kolorektal sering ditandai oleh perubahan pada kebiasaan buang air besar. Menurut (Masriadi, 2021), gejala kanker kolorektal meliputi:

- 1) Diare atau konstipasi
- 2) Rasa penuh atau kembung pada perut

- 3) Adanya darah dalam feses, baik berwarna merah terang maupun gelap
 - 4) Volume feses yang dikeluarkan lebih sedikit dari biasanya
 - 5) Sering mengalami nyeri perut, kram, atau perasaan penuh/kembung
 - 6) Penurunan berat badan tanpa penyebab yang jelas
 - 7) Rasa lelah yang terus-menerus sepanjang hari
 - 8) Mual atau muntah
- e. Stadium Kanker Kolorektal

Stadium kanker kolorektal diklasifikasikan mulai dari stadium 0 sebagai tahap paling awal hingga stadium IV sebagai tahap lanjut. Semakin rendah stadium, semakin terbatas penyebaran sel kanker. Selain stadium, tingkat diferensiasi sel kanker yang meliputi *well differentiated*, *moderately differentiated*, dan *poorly differentiated* juga menjadi faktor penting dalam penentuan klasifikasi dan prognosis penyakit. Berikut gambaran tanda dan gejala yang dapat muncul pada setiap stadium kanker kolorektal:

1) Stadium 0

Kanker kolorektal diawali dari stadium 0, berbeda dengan beberapa jenis kanker lain yang dimulai dari stadium I. Stadium ini dikenal sebagai *karsinoma in situ*, di mana sel kanker masih terbatas pada lapisan terdalam dinding usus besar atau rektum. Gejala yang muncul sering kali menyerupai gangguan pencernaan ringan, seperti mual, muntah, diare berlebihan, dan konstipasi.

2) Stadium I

Pada tahap ini, keluhan yang dirasakan masih serupa dengan stadium 0, namun dapat disertai dengan penurunan berat badan yang signifikan serta diare yang bersifat akut.

3) Stadium II

Gejala yang muncul meliputi konstipasi atau diare yang berkepanjangan, mual, dan muntah. Pada stadium ini, tinja

pasien mulai sering bercampur darah akibat keterlibatan jaringan tumor.

4) Stadium III

Pasien mengalami keluhan yang lebih berat, seperti mual dan muntah, penurunan berat badan yang nyata, sembelit, tinja bercampur darah, perut kembung, serta nyeri abdomen.

5) Stadium IV

Pada stadium lanjut, sel kanker telah menyebar (*metastasis*) ke organ-organ vital seperti hati, paru-paru, dan ovarium, menandakan kondisi penyakit yang berat dan kompleks.

f. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan karsinoma kolorektal mencakup beberapa metode berikut menurut Lenggogeni (2023):

1) Pembedahan

Tindakan pembedahan kuratif bertujuan untuk mengangkat tumor dengan batas reseksi yang luas namun tetap berusaha mempertahankan fungsi kolon sebanyak mungkin.

2) Radioterapi

Radioterapi adalah metode pengobatan kanker yang memanfaatkan sinar-X berenergi tinggi untuk menghancurkan sel kanker. Terapi ini dapat diberikan melalui dua cara, yaitu radiasi eksternal dan radiasi internal, dengan pemilihan metode disesuaikan berdasarkan tipe dan stadium kanker.

3) Kemoterapi Adjuvan

Dalam kemoterapi adjuvan, kombinasi obat sitostatika seperti FAM (5-fluorouracil, adriamycin, dan mitomycin) sering digunakan untuk membantu mengeliminasi sisa-sisa sel kanker setelah tindakan utama dilakukan.

B. Konsep Asuhan Keperawatan pada Pasien Kanker Kolorektal

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal sekaligus dasar dalam proses keperawatan. Oleh karena itu, diperlukan ketepatan, kecermatan, dan

ketelitian dalam mengidentifikasi masalah klien agar dapat menjadi pedoman bagi perencanaan dan pelaksanaan tindakan keperawatan. Keberhasilan keseluruhan proses keperawatan sangat bergantung pada kualitas pengkajian yang dilakukan Lenggogeni (2023).

a. Riwayat kesehatan

- 1) Keluhan Utama: Keluhan utama pada pasien dengan Ca kolorektal adalah nyeri abdomen dan konstipasi.
- 2) Riwayat Kesehatan Sekarang: Keluhan utama pasien adanya klien biasanya merasakan nyeri dibagian abdomen kanan. Terjadi perubahan pola defekasi seperti diare atau konstipasi, BAB berdarah dan berlendir disertai kelemahan dan penurunan berat badan.
- 3) Riwayat Kesehatan Dahulu: Pasien pernah atau tidak mengalami masalah kesehatan terkait dengan keganasan di organ lain. Klien biasanya ada riwayat pernah dirawat dan dioperasi sebelumnya serta riwayat penyakit yang berat seperti kanker payudara, kanker ovarium, dan endometrium.
- 4) Riwayat Kesehatan Keluarga: Kaji adanya keluarga yang menderita penyakit yang sama dengan klien yaitu Ca Colorectal, colitis ulseratif atau penyakit kanker lainnya.

b. Pengkajian fungsional gordon

- 1) Sirkulasi: Takikardi akibat respon tubuh dari demam, dehidrasi, nyeri dan proses inflamasi.
- 2) Pernafasan: Nafas pendek dan dispnea yang ditandai dengan takipnea.
- 3) Aktivitas dan istirahat: Pasien mengalami kelemahan, kelelahan, rasa tidak enak badan (*malaise*), cepat lelah, gelisah, dan cemas. Pasien juga tidak dapat tidur semalaman akibat diare serta mengalami pembatasan aktivitas atau pekerjaan yang terkait dengan dampak dari proses penyakit.
- 4) Eliminasi: Pasien mengalami variasi tekstur feses yang lunak hingga berbau tidak sedap. Episode diare berdarah muncul

secara tidak terduga, bersifat hilang timbul, dan seringkali sulit dikendalikan.

- 5) Integritas ego: Integritas ego pasien biasanya ditunjukkan dengan ansietas, emosional yang ditandai dengan menolak, perhatian yang menyempit dan depresi.
 - 6) Makanan/cairan: Pasien dengan kanker kolon mengalami anoreksia, mual, penurunan BB, tidak toleransi terhadap diet.
 - 7) Nyeri kenyamanan: Pasien dengan kanker kolon mengeluhkan nyeri atau nyeri tekan yang dirasakan di kuadran kiri bawah abdomen.
 - 8) Seksualitas: Pasien dengan kanker kolorektal mungkin mengalami gangguan seksual, termasuk ketidakmampuan melakukan hubungan seksual atau perubahan frekuensi aktivitas seksual.
 - 9) Muskuloskeletal: Pasien dengan Ca kolon mengalami penurunan kekuatan otot, kelemahan, dan malaise yang terkait dengan diare, dehidrasi, serta malnutrisi.
 - 10) Hygiene: Pasien dengan kanker kolorektal dapat mengalami kesulitan dalam melakukan perawatan diri, munculnya stomatitis, serta menunjukkan tanda-tanda kekurangan vitamin.
 - 11) Interaksi sosial: Masalah yang sering muncul pada pasien dengan kanker kolon adalah gangguan dalam hubungan dan peran sosial akibat ketidakmampuan untuk berpartisipasi secara aktif dalam interaksi sosial.
- c. Pemeriksaan fisik
- 1) Kepala-leher: Pada umumnya pasien dengan kanker kolon tidak ada kelainan pada kepala, kadang ditemukan pembesaran kelenjar getah bening.
 - 2) Mata: Biasanya pada pasien dengan ca colorectal mengalami anemia konjungtiva yang disebabkan oleh anemia.
 - 3) Hidung: Pada pemeriksaan hidung secara umum tidak tampak kelainan.

- 4) Mulut: Pada umumnya pasien dengan kanker kolon terlihat sianosis terutama pada bibir.
- 5) Leher: Lihat apakah ada pembengkakan pada kelenjar getah bening.
- 6) Thorax: Tidak ada pergerakan otot intercostae, gerakan dada simetris.
- 7) Kulit: Lihat apakah ada nampak luka bekas operasi kolostomi.
- 8) Abdomen
 - a) Inspeksi: Perlu diperhatikan apakah abdomen tampak membuncit atau datar, apakah perut menonjol, posisi umbilikus, serta keberadaan benjolan atau massa.
 - b) Palpasi: Massa dapat teraba, dengan kemungkinan terjadinya pembuntuan sebagian atau seluruh kolon.
 - c) Perkusi: Abdomen normal akan menghasilkan bunyi tympanik; keberadaan massa padat atau cair, seperti pada hepar, asites, vesika urinaria, atau tumor, akan menimbulkan bunyi pekak.
 - d) Auskultasi: Terjadi peningkatan bising usus.
- 9) Ekstremitas: Pada umumnya pasien dengan kanker tidak ada kelainan pada ekstremitas atas dan bawah.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis yang sistematis terhadap respons individu, keluarga, atau kelompok terhadap masalah kesehatan serta proses kehidupan yang dialami. Respons tersebut dapat bersifat aktual, risiko, maupun promosi kesehatan, yang menjadi dasar bagi perawat dalam menentukan perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi intervensi keperawatan secara tepat dan komprehensif Lenggogeni (2023). Berdasarkan tanda, gejala, dan perjalanan penyakit, beberapa diagnosis keperawatan yang mungkin muncul meliputi:

- a. Nyeri kronik berhubungan dengan infiltrasi tumor (D.0078).
- b. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (D.0080).

- c. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan dalam mencerna makanan, gangguan penyerapan nutrisi, peningkatan kebutuhan metabolisme, serta faktor psikologis (D.0019).
- d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan (D.0058).
- e. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan efek tindakan pengobatan. (D.0083).

3. Rencana Keperawatan

Perawat perlu merancang rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah kesehatan dan meningkatkan kondisi klien. Perencanaan keperawatan mencakup penetapan prioritas masalah, perumusan tujuan, serta penyusunan rencana tindakan yang akan dilaksanakan (PPNI, 2018).

Tujuan keperawatan disusun berdasarkan luaran keperawatan atau Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI). Untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan, perlu disusun intervensi keperawatan. Intervensi keperawatan adalah semua tindakan yang dilakukan oleh perawat berdasarkan pengetahuan dan penilaian klinis, dengan tujuan mencapai hasil atau luaran yang telah ditentukan. Penyusunan intervensi menggunakan pedoman Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) (PPNI, 2018). Perencanaan keperawatan yang dapat disusun berdasarkan diagnosis keperawatan yang mungkin muncul pada pasien kemoterapi dengan kanker kolorektal adalah sebagai berikut:

Tabel 1. Perencanaan Keperawatan Berdasarkan SDKI, SLKI, dan SIKI

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1.	Nyeri kronik (D.0078).	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun	Manajemen Nyeri (SIKI 1.08238) Observasi: - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respons nyeri nonverbal - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
		2. Pasien tidak meringis kesakitan 3. Sikap protektif menurun 4. Pasien tampak tenang 5. Kesulitan tidur menurun 6. Frekuensi nadi membaik (60–100 x/menit)	nyeri • Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri • Identifikasi pengaruh budaya terhadap respons nyeri • Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan • Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik: • Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri dengan terapi relaksasi genggam jari satu kali sehari selama 3 hari perawatan, masing-masing 10–15 menit per sesi. • Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misalnya suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) • Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi: • Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri • Jelaskan strategi meredakan nyeri • Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri • Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat • Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi: • Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.
2.	Ansietas (D.0080)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan, maka tingkat ansietas menurun, dengan kriteria hasil: 1. Verbalisasi	Terapi Relaksasi (I.09326) Observasi • Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
		kebingungan menurun 2. Pasien tampak tenang 3. Perilaku tegang menurun 4. Konsentrasi membaik.	• Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan • Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan • Monitor respons terhadap terapi relaksasi Terapeutik: • Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan • Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama • Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain, jika sesuai Edukasi: • Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (misalnya musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif) • Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih • Anjurkan mengambil posisi nyaman • Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi • Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih • Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (misalnya napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing).
3.	Defisit nutrisi (D.0019)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan, maka status nutrisi membaik, dengan kriteria hasil: 1. Porsi makan	Manajemen Nutrisi (I.03119) • Observasi: • Identifikasi status nutrisi • Identifikasi alergi dan intoleransi makanan • Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
		yang dihabiskan meningkat 2. Berat badan membaik.	• Monitor asupan makanan • Monitor berat badan • Monitor hasil pemeriksaan laboratorium Terapeutik: • Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu • Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai • Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi • Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein • Berikan suplemen makanan, jika perlu • Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi Edukasi: • Ajarkan posisi duduk, jika mampu • Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi: • Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (misalnya pereda nyeri, antiemetik), jika perlu.
4.	Intoleransi aktivitas (D.0058).	Setelah dilakukan intervensi keperawatan, maka toleransi aktivitas meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Keluhan lelah menurun 2. Frekuensi nadi membaik.	Manajemen Energi (I.05178) Observasi: • Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan • Monitor kelelahan fisik dan emosional • Monitor pola dan jam tidur • Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Terapeutik: • Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (misalnya cahaya, suara, kunjungan)

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
			• Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif • Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan • Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan Edukasi: • Anjurkan tirah baring • Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap • Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang • Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan Kolaborasi: • Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
5.	Gangguan citra tubuh (D.0083)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan, maka citra tubuh meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Melihat bagian tubuh membaik 2. Menyentuh bagian tubuh membaik 3. Verbalisasi kecacatan bagian tubuh membaik 4. Verbalisasi kehilangan bagian tubuh membaik	Promosi Citra Tubuh (I.09305) Observasi: • Identifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan • Identifikasi budaya, agama, jenis kelamin, dan umur terkait citra tubuh • Identifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi sosial • Monitor apakah pasien bisa melihat bagian tubuh yang berubah Terapeutik: • Diskusikan perubahan tubuh dan fungsinya • Diskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri • Diskusikan kondisi stres yang mempengaruhi citra tubuh (misalnya luka, penyakit, pembedahan) • Diskusikan cara

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
			mengembangkan harapan citra tubuh secara realistis - Diskusikan persepsi pasien dan keluarga tentang perubahan citra tubuh Edukasi: - Jelaskan kepada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh - Anjurkan mengungkapkan gambaran diri sendiri terhadap citra tubuh

Selain menggunakan SDKI–SLKI–SIKI, perencanaan keperawatan dalam penelitian ini mengacu pada *NANDA International*, *Nursing Outcomes Classification* (NOC), dan *Nursing Interventions Classification* (NIC).

Tabel 2. Perencanaan Keperawatan Berdasarkan NANDA, NIC, NOC

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (NOC)	Intervensi (NIC)
Nyeri Kronis berhubungan dengan ketidakmampuan fisik-psikososial kronis (metastase kanker, injuri neurologis, artritis) Ditandai Dengan: S: - Kelelahan - Takut untuk injuri ulang O: - Atropi otot - Gangguan aktifitas - Anoreksia - Perubahan pola tidur - Respon simpatik (suhu dingin, perubahan posisi	- Comfort level - Pain control - Pain level Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama nyeri kronis pasien berkurang. Kriteria hasil: - Tidak ada gangguan tidur - Tidak ada gangguan konsentrasi - Tidak ada gangguan hubungan interpersonal - Tidak ada ekspresi menahan nyeri dan ungkapan secara verbal - Tidak ada tegangan otot	Pain Manajemen - Monitor kepuasan pasien terhadap manajemen nyeri - Tingkatkan istirahat dan tidur yang adekuat - Jelaskan pada pasien penyebab nyeri - Lakukan tehnik nonfarmakologis (<i>Finger Hold Relaxation</i>) - Kelola pemberian analgetik

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (NOC)	Intervensi (NIC)
tubuh, hipersensitif, perubahan berat badan)		

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah tahap di mana perawat melaksanakan rencana asuhan atau intervensi yang telah disusun sebelumnya, sesuai dengan terminologi Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), implementasi mencakup pelaksanaan tindakan keperawatan serta pendokumentasiannya sebagai bentuk tindakan spesifik dalam menjalankan intervensi keperawatan (PPNI, 2018).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah penilaian yang didokumentasikan dan disesuaikan dengan setiap diagnosis keperawatan. Evaluasi ini terbagi menjadi dua jenis, yaitu evaluasi sumatif dan evaluasi formatif. Evaluasi sumatif menilai respons jangka panjang terhadap tujuan yang telah ditetapkan, sehingga dapat menunjukkan sejauh mana kemajuan pasien menuju hasil akhir yang diharapkan. Sedangkan evaluasi formatif atau evaluasi proses menilai respons yang muncul segera setelah pelaksanaan intervensi keperawatan. Dokumentasi evaluasi keperawatan dilakukan menggunakan format SOAP.

6. *Discharge Planning*

- a. Mengingatkan pasien untuk kemoterapi lanjut sesuai dengan jadwal.
- b. Mengingatkan pasien untuk kontrol sesuai dengan jadwal
- c. Mengingatkan pasien kemoterapi tidak boleh terlalu lelah karena kemoterapi dapat menyebabkan berbagai efek samping yang membuat tubuh terasa lemah dan lelah.
- d. Mengingatkan pasien kemoterapi sebaiknya menghindari kontak dekat dengan banyak orang, terutama mereka yang sedang sakit, karena sistem kekebalan tubuh mereka melemah akibat pengobatan.
- e. Menginstruksikan ke pasien untuk tetap menjaga asupan makanan setelah kemoterapi.

- f. Mengedukasi pasien mengenai efek samping dari kemoterapi dan kegawatan mengenai efek samping kemoterapi supaya bisa langsung dibawa ke fasilitas pelayanan kesehatan terdekat.
- g. Memotivasi pasien untuk tetap semangat menjalani pengobatan.
- h. Mengedukasi keluarga untuk memberikan dukungan emosional kepada pasien, seperti mendengarkan keluhan pasien, memberikan motivasi, serta mendampingi pasien selama menjalani pengobatan dan perawatan di rumah.
- i. Menganjurkan keluarga untuk membantu pasien dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari sesuai tingkat kemampuan pasien, sehingga pasien tidak mengalami kelelahan berlebihan dan tetap merasa nyaman.
- j. Mengedukasi pasien dan keluarga mengenai upaya mempertahankan kualitas hidup, seperti menjaga pola istirahat yang cukup, melakukan aktivitas ringan sesuai toleransi, serta melakukan kegiatan yang disukai untuk meningkatkan kenyamanan dan kesejahteraan psikologis.
- k. Menganjurkan pasien dan keluarga untuk memenuhi kebutuhan spiritual sesuai keyakinan pasien, sebagai salah satu bentuk dukungan dalam meningkatkan ketenangan, penerimaan terhadap kondisi penyakit, dan kualitas hidup pasien paliatif.

C. Hasil *Literatur Review*

1. Pertanyaan Klinis (PICO/PICOT)

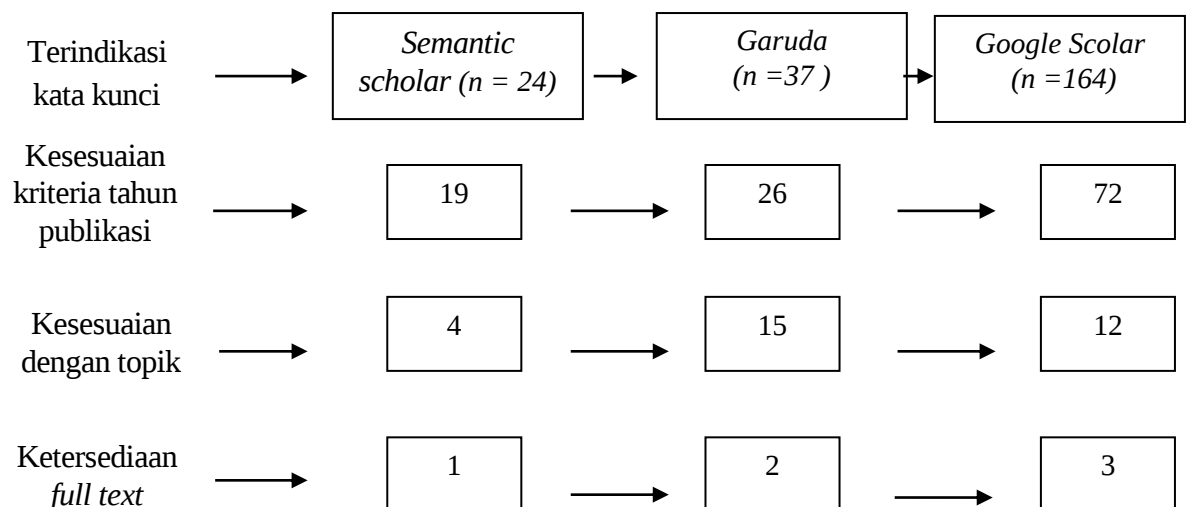
Pertanyaan klinis (PICO/PICOT) PICOT berisi tentang rumusan pernyataan klinis sebagai berikut, meliputi :

- a. Problem/Population : Pasien dengan kanker kolorektal yang mengalami nyeri;
- b. Intervention : Relaksasi *Finger hold* (Relaksasi Genggam Jari);
- c. Comparation : Tidak ada intervensi pembandingan;
- d. Outcome : Penurunan tingkat nyeri;
- e. Time : 3 hari selama 10-15 menit.

Berdasarkan hasil PICOT diatas maka rumusan masalah yaitu “Bagaimana penerapan terapi relaksasi *finger hold* dalam pemenuhan kebutuhan nyaman nyeri pada pasien kanker kolorektal di RSUD dr. Moewardi?”

2. Metode penyusunan *evidence*

Metode pencarian artikel dilakukan melalui jurnal yang telah dipublikasikan secara nasional maupun internasional, dengan batasan publikasi dalam 5 tahun terakhir (2020-2025). Sumber pencarian literatur review meliputi basis data *Semantic scholar*, *Garuda*, dan *Google Scolar*. Kata kunci (*keyword*) yang digunakan dalam pencarian artikel international adalah : *finger hold relaxation, pain, cancer*. Sementara itu, kata kunci untuk pencarian jurnal nasional adalah : relaksasi genggam jari, nyeri, kanker. Penulis menemukan total 326 artikel yang teridentifikasi dari tiga *database*, yaitu *Semantic Scholar* (24 artikel), *Garuda* (37 artikel), dan *Google Scolar* (164 artikel). Setelah dilakukan penyaringan berdasarkan kriteria tahun publikasi, didapatkan 117 artikel yang sesuai. Selanjutnya dilakukan skrining kesesuaian dengan topik yang diperoleh 31. Kemudian artikel yang relevan yang memiliki full text dan dapat diakses secara lengkap sebanyak 6. Penulis memilih 1 artikel dari *Semantic Scholar*, 2 artikel dari *Garuda* dan 3 artikel dari *Google Scolar* untuk dianalisis lebih lanjut dan digunakan sebagai data penunjang yang relevan dengan kasus dan intervensi yang sedang dikaji.



Gambar 3. Hasil Penelusuran Artikel Jurnal

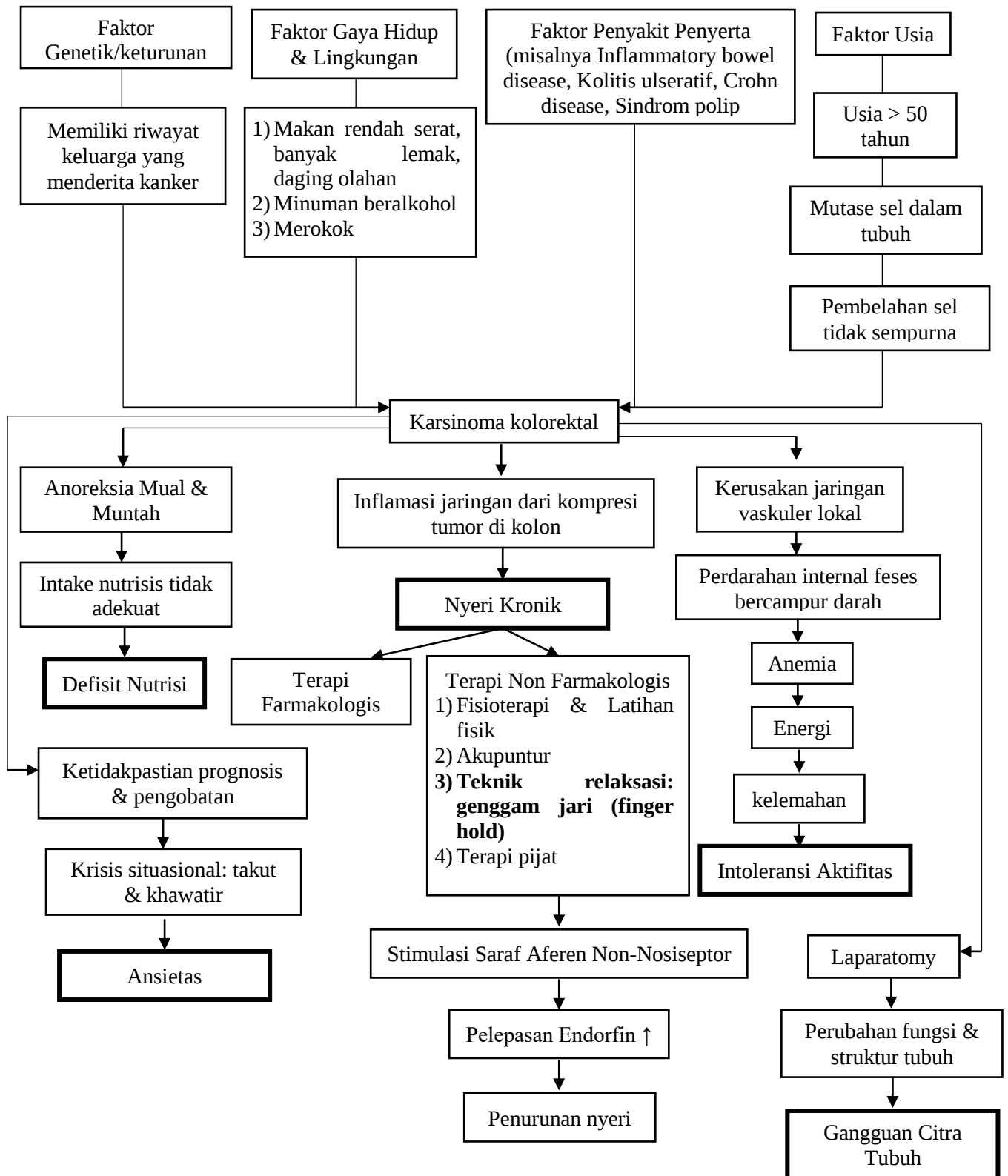
Tabel 3. Hasil Literature Review

	Jurnal I	Jurnal II	Jurnal III	Jurnal IV	Jurnal V
Penulis (tahun)	Kayasa, A. H., Prajayanti, E. D., & Wulandari, I. (2025)	Zielińska, A., Włodarczyk, M., Makaro, A., Sałaga, M., & Fichna, J. (2021)	Cahyaningrum (2024)	Rante, A., Ananda Kasih, P. V., & Rasyid, D. (2023)	Zhang, J., Chan, D. N. S., Liu, X., Cai, Y., Chen, J., & Xie, M. (2023)
Judul Jurnal	Application of Finger-Hold Relaxation Technique on Postoperative Pain Intensity in Laparotomy Patients: A Case Study in dr. Moewardi General Hospital, Surakarta	Management of Pain in Colorectal Cancer Patients	Literature Review: Non-Pharmacological Therapies for Pain Reduction in Cancer Patients	Penurunan Intensitas Nyeri pada Pasien Pasca Operasi Melalui Teknik Relaksasi Genggam Jari: Literature Review	Effects of self-management interventions for cancer patients with pain: A systematic review of randomised controlled trials.
Population	Pasien kanker kolon	Pasien dengan kanker kolorektal yang mengalami nyeri akibat proses penyakit maupun terapi yang dijalani	Pasien kanker kolorektal	Pasien kanker kolorektal pasca operasi yang mengalami nyeri	Pasien kanker kolorektal yang mengalami nyeri
Intervention	Penerapan teknik relaksasi genggam jari (<i>finger hold</i>) selama 3 hari, masing-masing 15 menit tiap sesi	Teknik relaksasi genggam jari (<i>Finger hold</i>) sebagai terapi non-farmakologis untuk menurunkan nyeri.	Terapi non-farmakologis, seperti relaksasi genggam jari (<i>finger hold</i>), guided imagery, pijat, akupresur, terapi	Pemberian teknik relaksasi genggam jari (<i>finger hold/finger grip relaxation technique</i>) sebagai terapi	Management nonfarmakologi (relaksasi genggam jari) untuk membantu pengelolaan nyeri kanker.

	Jurnal I	Jurnal II	Jurnal III	Jurnal IV	Jurnal V
			musik, terapi spiritual, dan terapi komplementer lainnya	nonfarmakologi untuk menurunkan intensitas nyeri	
Comparison	Perbandingan kondisi nyeri pasien sebelum dan sesudah diberikan intervensi <i>finger hold</i>	Membandingkan berbagai strategi manajemen nyeri pada pasien kanker kolorektal berdasarkan bukti penelitian	Intensitas nyeri sebelum dan sesudah diberikan terapi non-farmakologis atau dibandingkan dengan terapi farmakologis saja	Perbandingan dilakukan antara sebelum dan sesudah intervensi.	Kelompok tanpa intervensi tambahan.
Outcome	Penurunan skala nyeri berdasarkan <i>Numeric Rating Scale</i> (NRS), nyeri turun dari skala 6 menjadi 4	Membantu mengurangi intensitas nyeri, meningkatkan kenyamanan, serta memperbaiki kualitas hidup pasien kanker kolorektal	Penurunan intensitas nyeri, yang diukur menggunakan skala nyeri yang tervalidasi (misalnya NRS, VAS).	Terjadi penurunan intensitas nyeri setelah diberikan teknik relaksasi genggam jari (<i>finger hold</i>).	Penurunan intensitas nyeri, peningkatan kemampuan pasien dalam mengontrol nyeri, dan peningkatan kualitas hidup.
Time	Dilakukan selama 3 hari dengan durasi 10–15 menit	Berdasarkan hasil kajian literatur terhadap penelitian terkait manajemen nyeri kanker kolorektal	Setelah pemberian terapi non-farmakologis sesuai durasi intervensi pada masing-masing penelitian yang direview	Dilakukan selama 3 hari	Dilakukan selama 3 hari dengan durasi 15 menit per sesi
Tujuan	Mengetahui penerapan teknik relaksasi genggam jari terhadap	Mengetahui efektivitas teknik relaksasi genggam jari (<i>Finger</i>	Mengidentifikasi dan menganalisis efektivitas berbagai	Mengetahui efektivitas penerapan teknik relaksasi	Mengetahui efektivitas intervensi self-management dalam

	Jurnal I	Jurnal II	Jurnal III	Jurnal IV	Jurnal V
	perubahan intensitas nyeri pada pasien kanker kolon	<i>hold</i>) terhadap penurunan intensitas nyeri	terapi non-farmakologis dalam menurunkan intensitas nyeri pada pasien kanker berdasarkan hasil penelitian-penelitian sebelumnya.	genggam jari (<i>finger hold</i>) dalam mengelola nyeri pada pasien kanker kolorektal pasca operasi	membantu mengurangi nyeri pada pasien kanker.
Hasil	Teknik relaksasi genggam jari menunjukkan adanya penurunan intensitas nyeri pada pasien kanker kolon sehingga dapat digunakan sebagai terapi pendamping nonfarmakologi	Setelah dilakukan teknik relaksasi genggam jari, berubah menjadi sebagian besar responden mengalami nyeri ringan yaitu sebanyak 19 responden (59,4%)	Hasil kajian literatur menunjukkan bahwa berbagai terapi non-farmakologis efektif dalam menurunkan intensitas nyeri pada pasien kanker. Terapi-terapi tersebut meliputi relaksasi genggam jari (<i>finger hold</i>), <i>slow stroke back massage</i> , relaksasi Benson, <i>guided imagery</i> , aromaterapi, terapi musik, akupresur, terapi spiritual, hipnoterapi, serta kombinasi beberapa teknik relaksasi.	Hasil <i>literature review</i> menunjukkan bahwa teknik relaksasi genggam jari efektif dalam membantu menurunkan intensitas nyeri sehingga dapat digunakan sebagai salah satu terapi nonfarmakologi dalam manajemen nyeri.	Intervensi nonfarmakologi membantu pasien kanker dalam mengelola nyeri dan meningkatkan kemampuan coping terhadap gejala yang dirasakan.

D. Web of Causation (WOC)



Gambar 4. Web of Causation (WOC)

Sumber: (Aridamayanti *et al.*, 2025; Masriadi, 2021; Sayuti & Nouva, 2019)