

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Konsep Perioperatif**

##### **1. Definisi**

Keperawatan perioperatif adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan keragaman fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan pasien. Kata perioperatif adalah gabungan dari tiga fase pengalaman pembedahan yaitu : pre operatif, intra operatif dan post operatif (Hipkabi, 2014)

##### **2. Etiologi**

Operasi dilakukan untuk berbagai alasan seperti (Brunner&Suddarth, 2013):

- a. Diagnostik, seperti dilakukan biopsi atau laparotomi eksplorasi
- b. Kuratif, seperti ketika mengeksisi masa tumor atau mengangkat apendiks yang inflamasi
- c. Reparatif, seperti memperbaiki luka yang multipek
- d. Rekonstruktif atau Kosmetik, seperti perbaikan wajah
- e. Paliatif, seperti ketika harus menghilangkan nyeri atau memperbaiki masalah, contoh ketika selang gastrostomi dipasang untuk mengkompensasi terhadap kemampuan untuk menelan makanan.

##### **3. Tahap dalam keperawatan perioperatif**

###### **a. Fase pre operasi**

Fase pre operasi merupakan tahap pertama dari perawatan perioperatif yang dimulai ketika pasien diterima masuk di ruang terima pasien dan berakhir ketika pasien dipindahkan ke meja operasi untuk dilakukan tindakan operasi. Pada fase ini lingkup aktivitas keperawatan selama waktu tersebut dapat mencakup penetapan pengkajian dasar pasien di tatanan klinik ataupun rumah, wawancara pre operatif dan menyiapkan pasien untuk anestesi yang diberikan pada saat

operasi. Persiapan operasi dapat dibagi menjadi 2 bagian, yang meliputi persiapan psikologi baik pasien maupun keluarga dan persiapan fisiologi (khusus pasien).

#### 1) Persiapan Psikologi

Terkadang pasien dan keluarga yang akan menjalani operasi emosinya tidak stabil. Hal ini dapat disebabkan karena takut akan perasaan sakit, narcosa atau hasilnya dan keadaan sosial ekonomi dari keluarga. Maka hal ini dapat diatasi dengan memberikan penyuluhan untuk mengurangi kecemasan pasien. Meliputi penjelasan tentang peristiwa operasi, pemeriksaan sebelum operasi (alasan persiapan), alat khusus yang diperlukan, pengiriman ke ruang operasi, ruang pemulihan, kemungkinan pengobatan-pengobatan setelah operasi, bernafas dalam dan latihan batuk, latihan kaki, mobilitas dan membantu kenyamanan.

#### 2) Persiapan Fisiologi

- a) Diet (puasa), pada operasi dengan anaestesi umum, 8 jam menjelang operasi pasien tidak diperbolehkan makan, 4 jam sebelum operasi pasien tidak diperbolehkan minum. Pada operasi dengan anaestesi lokal /spinal anaestesi makanan ringan diperbolehkan. Tujuannya supaya tidak aspirasi pada saat pembedahan, mengotori meja operasi dan mengganggu jalannya operasi.
- b) Persiapan Perut, Pemberian leuknol/lavement sebelum operasi dilakukan pada bedah saluran pencernaan atau pelvis daerah perifer. Tujuannya mencegah cidera kolon, mencegah konstipasi dan mencegah infeksi.
- c) Persiapan Kulit, Daerah yang akan dioperasi harus bebas dari rambut
- d) Hasil Pemeriksaan, hasil laboratorium, foto roentgen, ECG, USG dan lain-lain.
- e) Persetujuan Operasi / Informed Consent → Izin tertulis dari pasien / keluarga harus tersedia.

#### **b. Fase Intra operasi**

Fase intra operatif dimulai ketika pasien masuk atau dipindahkan ke instalasi bedah dan berakhir saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan. Pada fase ini lingkup aktivitas keperawatan mencakup pemasangan IV cath, pemberian medikasi intravena, melakukan pemantauan kondisi fisiologis menyeluruh

sepanjang prosedur pembedahan dan menjaga keselamatan pasien. Contoh: memberikan dukungan psikologis selama induksi anestesi, bertindak sebagai perawat scrub atau membantu mengatur posisi pasien di atas meja operasi dengan menggunakan prinsip-prinsip dasar kesimetrisan tubuh.

Prinsip tindakan keperawatan selama pelaksanaan operasi yaitu pengaturan posisi karena posisi yang diberikan perawat akan mempengaruhi rasa nyaman pasien dan keadaan psikologis pasien. Faktor yang penting untuk diperhatikan dalam pengaturan posisi pasien adalah :Letak bagian tubuh yang akan dioperasi, Umur dan ukuran tubuh pasien, Tipe anaesthesia yang digunakan dan Sakit yang mungkin dirasakan oleh pasien bila ada pergerakan (*arthritis*).

Prinsip-prinsip didalam pengaturan posisi pasien: Atur posisi pasien dalam posisi yang nyaman dan sedapat mungkin jaga privasi pasien, buka area yang akan dibedah dan kakinya ditutup dengan duk. Anggota tim asuhan pasien intra operatif biasanya di bagi dalam dua bagian. Berdasarkan kategori kecil terdiri dari anggota steril dan tidak steril :

- 1) Anggota steril, terdiri dari : ahli bedah utama / operator, asisten ahli bedah, *Scrub Nurse* / Perawat Instrumen
- 2) Anggota tim yang tidak steril, terdiri dari : ahli atau pelaksana anaestesi, perawat sirkulasi dan anggota lain (teknisi yang mengoperasikan alat-alat pemantau yang rumit).

### **c. Fase Post operasi**

Fase Post operasi merupakan tahap lanjutan dari perawatan pre operasi dan intra operasi yang dimulai ketika klien diterima di ruang pemulihan (*recovery room*) atau pasca anaestesi dan berakhir sampai evaluasi tindak lanjut pada tatanan klinik atau di rumah.

Pada fase ini lingkup aktivitas keperawatan mencakup rentang aktivitas yang luas selama periode ini. Pada fase ini fokus pengkajian meliputi efek agen anestesi dan memantau fungsi vital serta mencegah komplikasi. Aktivitas keperawatan kemudian berfokus pada peningkatan penyembuhan pasien dan melakukan penyuluhan, perawatan tindak lanjut dan rujukan yang penting untuk

penyembuhan dan rehabilitasi serta pemulangan ke rumah. Fase post operasi meliputi beberapa tahapan, diantaranya adalah :

- 1) Pemindahan pasien dari kamar operasi ke unit perawatan pasca anestesi (*recovery room*), Pemindahan ini memerlukan pertimbangan khusus diantaranya adalah letak insisi bedah, perubahan vaskuler dan pemajanan. Pasien diposisikan sehingga ia tidak berbaring pada posisi yang menyumbat drain dan selang drainase. Selama perjalanan transportasi dari kamar operasi ke ruang pemulihan pasien diselimuti, jaga keamanan dan kenyamanan pasien dengan diberikan pengikatan diatas lutut dan siku serta side rail harus dipasang untuk mencegah terjadi resiko injury. Proses transportasi ini merupakan tanggung jawab perawat sirkuler dan perawat anestesi dengan koordinasi dari dokter anestesi yang bertanggung jawab.
- 2) Perawatan post anestesi di ruang pemulihan atau unit perawatan pasca anestesi, Setelah selesai tindakan pembedahan, pasien harus dirawat sementara di ruang pulih sadar (*recovery room* : RR) atau unit perawatan pasca anestesi (PACU: *Post Anesthesia Care Unit*) sampai kondisi pasien stabil, tidak mengalami komplikasi operasi dan memenuhi syarat untuk dipindahkan ke ruang perawatan (bangsal perawatan). PACU atau RR biasanya terletak berdekatan dengan ruang operasi. Hal ini disebabkan untuk mempermudah akses bagi pasien untuk :Perawat yang disiapkan dalam merawat pasca operatif (perawat anestesi), Ahli anestesi dan ahli bedah dan Alat monitoring dan peralatan khusus penunjang lainnya.

#### **4. Klasifikasi Perawatan Perioperatif**

Menurut urgensimmaka tindakan operasi dapat diklasifikasikan menjadi 5 tingkatan, yaitu :

- a. Kedaruratan/*Emergency*, pasien membutuhkan perhatian segera, gangguan mungkin mengancam jiwa. Indikasi dilakukan operasi tanpa di tunda. Contoh: perdarahan hebat, obstruksi kandung kemih atau usus, fraktur tulang tengkorak, luka tembak atau tusuk, luka bakar sanagat luas.

- b. Urgen, pasien membutuhkan perhatian segera. Operasi dapat dilakukan dalam 24-30 jam. Contoh: infeksi kandung kemih akut, batu ginjal atau batu pada uretra.
- c. Diperlukan, pasien harus menjalani operasi. Operasi dapat direncanakan dalam beberapa minggu atau bulan. Contoh: Hiperplasia prostat tanpa obstruksi kandung kemih, gangguan tyroid dan katarak.
- d. Elektif, Pasien harus dioperasi ketika diperlukan. Indikasi operasi, bila tidak dilakukan operasi maka tidak terlalu membahayakan. Contoh: perbaikan Scar, hernia sederhana dan perbaikan vaginal.
- e. Pilihan, Keputusan tentang dilakukan operasi diserahkan sepenuhnya pada pasien. Indikasi operasi merupakan pilihan pribadi dan biasanya terkait dengan estetika. Contoh: bedah kosmetik.

Sedangkan menurut faktor resikonya, tindakan operasi di bagi menjadi :

- a. Minor, menimbulkan trauma fisik yang minimal dengan resiko kerusakan yang minim. Contoh: insisi dan drainage kandung kemih, sirkumsisi
- b. Mayor, menimbulkan trauma fisik yang luas, resiko kematian sangat serius. Contoh: Total abdominal histerektomi, reseksi colon, dan lain-lain.

## **5. Komplikasi post operatif dan penatalaksanaanya**

### a. Syok

Syok yang terjadi pada pasien operasi biasanya berupa syok hipovolemik. Tanda-tanda syok adalah: Pucat , Kulit dingin, basah, pernafasan cepat, sianosis pada bibir, gusi dan lidah, nadi cepat, lemah dan bergetar, penurunan tekanan darah, urine pekat. Intervensi keperawatan yang dapat dilakukan adalah kolaborasi dengan dokter terkait dengan pengobatan yang dilakukan seperti terapi obat, terapi pernafasan, memberikan dukungan psikologis, pembatasan penggunaan energi, memantau reaksi pasien terhadap pengobatan, dan peningkatan periode istirahat.

### b. Perdarahan

Penatalaksanaannya pasien diberikan posisi terlentang dengan posisi tungkai kaki membentuk sudut 20 derajat dari tempat tidur sementara lutut harus dijaga tetap lurus. Kaji penyebab perdarahan, luka bedah harus selalu diinspeksi terhadap perdarahan.

c. Trombosis vena profunda

Trombosis vena profunda adalah trombosis yang terjadi pada pembuluh darah vena bagian dalam. Komplikasi serius yang bisa ditimbulkan adalah embolisme pulmonari dan sindrom pasca flebitis.

1) Retensi urin

Retensi urine paling sering terjadi pada kasus-kasus operasi rektum, anus dan vagina. Penyebabnya adalah adanya spasme spinkter kandung kemih. Intervensi keperawatan yang dapat dilakukan adalah pemasangan kateter untuk membatu mengeluarkan urine dari kandung kemih.

2) Infeksi luka operasi

Infeksi luka post operasi dapat terjadi karena adanya kontaminasi luka operasi pada saat operasi maupun pada saat perawatan di ruang perawatan. Pencegahan infeksi penting dilakukan dengan pemberian antibiotik sesuai indikasi dan juga perawatan luka dengan prinsip steril.

3) Sepsis

Sepsis merupakan komplikasi serius akibat infeksi dimana kuman berkembang biak. Sepsis dapat menyebabkan kematian karena dapat menyebabkan kegagalan multi organ.

4) Embolisme pulmonal

Embolisme dapat terjadi karena benda asing (bekuan darah, udara dan lemak) yang terlepas dari tempat asalnya terbawa di sepanjang aliran darah. Embolus ini bisa menyumbat arteri pulmonal yang akan mengakibatkan pasien merasa nyeri seperti ditusuk-tusuk dan sesak nafas, cemas dan sianosis. Intervensi keperawatan seperti ambulatori pasca operatif dini dapat mengurangi resiko embolus pulmonal.

5) Komplikasi gastrointestinal

Komplikasi pada gastrointestinal sering terjadi pada pasien yang mengalami operasi abdomen dan pelvis. Komplikasinya meliputi obstruksi intestinal, nyeri dan distensi abdomen.

## **B. Tinjauan Asuhan Keperawatan**

### **1. Pre operasi**

#### **a. Pengkajian pre operasi**

Pengkajian di ruang pra operasi perawat melakukan pengkajian ringkas mengenai kondisi fisik pasien dengan kelengkapannya yang berhubungan dengan pembedahan. Pengkajian ringkas tersebut berupa validasi, kelengkapan administrasi, tingkat kecemasan, pengetahuan pembedahan, pemeriksaan fisik terutama tanda-tanda vital, dan kondisi abdomen (Mutaqin, 2009).

Pengkajian adalah langkah awal dan dasar dalam proses keperawatan secara menyeluruh. Pengkajian pasien pre operasi meliputi:

1) Identitas pasien meliputi:

Nama, umur, jenis kelamin, suku/bangsa, agama, pekerjaan, pendidikan, golongan darah, alamat, nomor registrasi, tanggal masuk rumah sakit, dan diagnosa

2) Ringkasan hasil anamnesa pre operasi

Keluhan ketika pasien dirawat sampai dilakukan tindakan sebelum operasi

3) Pengkajian psikologis, meliputi perasaan takut/cemas dan keadaan emosi pasien

4) Pengkajian fisik, pengkajian tanda-tanda vital: tekanan darah, nadi, pernafasan dan suhu.

5) Sistem integument, apakah pasien pucat, sianosis dan adakah penyakit kulit di area badan.

6) Sistem kardiovaskuler, apakah ada gangguan pada sistem cardio, validasi apakah pasien menderita penyakit jantung, kebiasaan minum obat jantung sebelum operasi, kebiasaan merokok, minum alkohol, oedema, irama dan frekuensi jantung.

7) Sistem pernafasan, apakah pasien bernafas teratur

8) Sistem abdomen apakah pasien mengalami jejas dan nyeri pada abdomen

9) Sistem reproduksi, apakah pasien wanita mengalami menstruasi?

10) Sistem saraf, bagaimana kesadaran?

11) Validasi persiapan fisik pasien, apakah pasien puasa, lavement, kapter, perhiasan, make up, scheren, pakaian pasien perlengkapan operasi dan validasi apakah pasien alergi terhadap obat?

#### **b. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa 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 respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (SDKI,2017).

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien pre operasi dalam (SDKI,2017) yaitu:

##### **1) Ansietas**

Definisi: Kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibatantisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.

Penyebab: Krisis situasional, Kebutuhan tidak terpenuhi, Krisis maturasional, Ancaman terhadap konsep diri, Ancaman terhadap kematian, Kekhawatiran mengalami kegagalan, Disfungsi sistem keluarga, Hubungan orang tua-anak tidak memuaskan, Faktor keturunan (tempramen mudah teragitasi sejak lahir), Penyalahgunaan zat, Terpapar bahaya lingkungan (misalnya. toksin, polutan dan lain-lain), Kurang terpapar informasi

Gejala dan tanda mayor:

**Tabel 2.1 Gejala dan Tanda Mayor Ansietas**

<b>Subjektif</b>	<b>Objektif</b>
1. Merasa bingung	1. Tampak gelisah
2. Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi	2. Tampak tegang
3. Sulit berkonsentrasi	3. Sulit tidur



Gejala dan tanda minor:

**Tabel 2.2 Gejala dan Tanda Minor Ansietas**

<b>Subjektif</b>	<b>Objektif</b>
1. Mengeluh pusing	1. Frekuensi napas meningkat
2. Anoreksia	2. Frekuensi nadi meningkat
3. Palpitasi	3. Tekanan darah meningkat
4. Merasa tidak berdaya	4. Diaforesis
	5. Tremor
	6. Muka tampak pucat
	7. Suara bergetar
	8. Kontak mata buruk
	9. Sering berkemih
	10. Orientasi pada masa lalu

Kondisi klinis terkait: Penyakit kronis progresif (misalnya kanker, penyakit autoimun.), Penyakit akut, Hospitalisasi, Rencana operasi, Kondisi diagnosis penyakit belum jelas, Penyakit neurologis dan Tahap tumbuh kembang.

## 2) Nyeri akut

Definisi: Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Penyebab:

- a) Agen pencedera fisiologis (misalnya : inflamasi, iskemia, neoplasma)
- b) Agen pencedera kimiawi (misalnya: terbakar, bahan kimia iritan)
- c) Agen pencedera fisik (misalnya: abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, atihan fisik berlebihan)

Gejala dan tanda mayor:

**Tabel 2.3 Gejala dan Tanda Mayor Nyeri Akut**

<b>Subjektif</b>	<b>Objektif</b>
1. Mengeluh nyeri	1. Tampak meringis
	2. Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri)
	3. Gelisah
	4. Frekuensi nadi meningkat
	5. Sulit tidur

Gejala dan tanda minor:

**Tabel 2.4 Gejala dan Tanda Minor Nyeri Akut**

<b>Subjektif</b>	<b>Objektif</b>
<i>(tidak tersedia)</i>	1. Tekanan darah meningkat
	2. Pola napas berubah
	3. Nafsu makan berubah
	4. Proses berpikir terganggu
	5. Menarik diri
	6. Berfokus pada diri sendiri
	7. Diaforesis

Kondisi klinis terkait: Kondisi pembedahan, Cedera traumatis, Infeksi, Sindroma koroner akut, Glaukoma

### **c. Rencana keperawatan**

Rencana intervensi difokuskan pada kelancaran persiapan pembedahan, dukungan prabedah dan pemenuhan informasi. Persiapan pembedahan dilakukan secara umum seperti pembedahan lainnya dengan penggunaan anastesi general. Pasien perlu dipuasakan 6 jam sebelum pembedahan dan mencukur area pubis . kelengkapan *informed consent* perlu diperhatikan perawat. (Muttaqin,2009).

Menurut (SIKI, 2018) Intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan 2 diagnosa diatas adalah :

### **1) Ansietas berhubungan dengan Krisis Situasional**

#### **Tujuan:**

Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 1 jam, tingkat ansietas pasien menurun dengan kriteria hasil:

- a) Verbalisasi kebingungan menurun
- b) Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun
- c) Perilaku gelisah menurun
- d) Perilaku tegang menurun

#### **Intervensi :**

#### **Observasi :**

- a) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah ( misal : kondisi, waktu, stresor)
- b) Identifikasi kemampuan mengambil keputusan
- c) Monitor tanda-tanda ansietas ( verbal dan non verbal)

#### **Terapeutik :**

- a) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan
- b) Temani pasien untuk mengurangi kecemasan
- c) Pahami situasi yang membuat ansietas
- d) Dengarkan dengan penuh perhatian
- e) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
- f) Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan
- g) Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan
- h) Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang

#### **Edukasi :**

- a) Jelaskan prosedur serta sensasi yang mungkin dialami
- b) Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis
- c) Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien
- d) Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif
- e) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
- f) Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan

- g) Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat
- h) Latih teknik relaksasi

**Kolaborasi :** Kolaborasi pemberian obat antiansietas, *jika perlu*

## 2) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisiologis

### Tujuan :

Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 1 jam, tingkat nyeri pasien berkurang dengan kriteria hasil: Keluhan nyeri menurun, Meringis menurun, Sikap protektif menurun, Gelisah menurun, Kesulitan tidur menurun

### Intervensi :

#### Observasi :

- a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.
- b) Identifikasi skala nyeri
- c) Identifikasi nyeri non verbal
- d) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- e) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- f) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- g) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- h) Monitor efek samping penggunaan analgetik

#### Terapeutik :

- a) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri ( misal : TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, *biofeedback* ,terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin).
- b) Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri ( misal : suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan).
- c) Fasilitasi istirahat dan tidur
- d) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.

#### Edukasi :

- a) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri
- b) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- c) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri

- d) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
- e) Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

**Kolaborasi:** Kolaborasi pemberian analgetik, *jika perlu*

## 2. Intra operasi

### a. Definisi

Fase intraoperatif dimulai ketika pasien masuk atau dipindah ke instalasi bedah dan berakhir saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan. Pada fase ini lingkup aktivitas keperawatan mencakup:

#### 1) Ruang sementara ( *Holding area*)

Perawat dapat menjelaskan tahap-tahap yang akan dilaksanakan untuk menyiapkan klien menjalani pembedahan. Perawat di ruang tahanan sementara biasanya adalah bagian dari petugas ruang operasi dan menggunakan pakaian, topi, dan alas kaki khusus ruang operasi sesuai dengan kebijakan pengontrolan infeksi rumah sakit. Beberapa tempat bedah sehari, perawat primer perioperatif menerima kedatangan klien, menjadi perawat sirkulator selama prosedur berlangsung, dan mengelola pemulihan serta kepulangan klien.

Di dalam ruangan tahanan sementara, perawat, anestesi, atau ahli anestesi memasang kateter infus ke tangan klien untuk memberikan prosedur rutin penggantian cairan dan obat-obatan melalui intravena. Biasanya menggunakan kateter IV yang berukuran besar agar pemasukan cairan menjadi lebih mudah. Perawat juga memasang manset tekanan darah. Manset juga terpasang pada lengan klien selama pembedahan berlangsung sehingga ahli anestesi dapat mengkaji tekanan darah klien.

#### 2) Kedatangan ke ruang operasi

Perawat ruang operasi mengidentifikasi dan keadaan klien, melihat kembali lembar persetujuan tindakan, riwayat kesehatan, hasil pemeriksaan fisik, dan berbagai hasil pemeriksaan. Pastikan bahwa alat prostese dan barang berharga telah dilepas dan memeriksa kembali rencana perawatan preoperatif yang berkaitan dengan intraoperatif.

### 3) Pemberian anestesi

Anestesi umum klien yang mendapat anestesi umum akan kehilangan seluruh sensasi dan kesadarannya. Relaksasi mempermudah manipulasi anggota tubuh. Klien juga mengalami amnesia tentang seluruh proses yang terjadi selama pembedahan yang menggunakan anestesi umum melibatkan prosedur mayor, yang membutuhkan manipulasi jaringan yang luas.

Ahli anestesi memberi anestesi umum melalui jalur Intra vena dan inhalasi melalui empat tahap anestesi. Tahap 1 dimulai saat klien masih sadar, klien menjadi pusing dan kehilangan kesadaran secara bertahap, dan status analgesic dimulai. Tahap 2 adalah eksitasi, otot kelen kadang-kadang menegang dan hampir kejang, reflek menelan dan muntah tetap ada, dan pola nafas klien mungkin menjadi tidak teratur. Tahap 3 dimulai pada saat irama pernafasan mulai teratur, fungsi vital terdepresi. Tahap 4 adalah tahap depresi pernafasan lengkap.

### 4) Pengaturan posisi klien selama pembedahan

Prinsip tindakan keperawatan selama pelaksanaan operasi yaitu pengaturan posisi karena posisi yang diberikan perawat akan mempengaruhi rasa nyaman pasien dan keadaan psikologis pasien. Pasien posisi supine (*dorsal recumbent*): laparotomi eksplorasi.

Faktor yang penting untuk diperhatikan dalam pengaturan posisi pasien adalah letak bagian tubuh yang akan dioperasi, umur dan ukuran tubuh pasien tipe anestesi yang digunakan, nyeri/Sakit yang mungkin dirasakan oleh pasien bila ada pergerakan (*arthritis*).

### 5) Pemajanan area pembedahan

Pemajanan daerah bedah maksudnya adalah daerah mana yang akan dilakukan tindakan pembedahan. Pengetahuan tentang hal ini perawat dapat mempersiapkan daerah operasi dengan teknik drapping

### 6) Mempertahankan posisi sepanjang prosedur operasi

Posisi pasien di meja operasi selama prosedur pembedahan harus dipertahankan sedemikian rupa. Hal ini selain untuk mempermudah proses

pembedahan juga sebagai bentuk jaminan keselamatan pasien dengan memberikan posisi fisiologis dan mencegah terjadinya injury.

7) Peran perawat selama pembedahan

a) Perawat instrumentator (*scrub nurse*)

Perawat instrumentator (*scrub nurse*) atau perawat sirkulator memberikan instrumen dan bahan-bahan yang di butuhkan oleh dokter bedah selama pembedahan berlangsung dengan menggunakan tehnik aspek pembedahan yang ketat dan terbiasa dengan instrumen pembedahan.

b) Perawat sirkulator

Perawat sirkulator adalah asisten perawat instrumentator dan dokter bedah. Perawat sirkulator membantu mengatur posisi klien dan menyediakan alat dan duk bedah yang dibutuhkan dalam pembedahan. Perawat sirkulator menyediakan bahan-bahan yang dibutuhkan perawat instrumentator, membuang alat dan spon kasa yang telah kotor, serta tetap hitung instrument jarum dan spon kasa yang telah digunakan. Perawat sirkulator juga dapat membantu mengubah posisi klien atau memindahkan posisi lampu operasi, perawat sirkulator juga menggunakan teknik aseptik bedah. Apabila teknik aseptik telah hilang, Perawat sirkulator membantu anggota tim bedah dengan mengganti dan memakai gaun dan sarung tangan steril. Prosedur ini mencegah tertinggalnya bahan-bahan tersebut di dalam luka bedah klien.

**b. Pengkajian keperawatan**

Pengkajian intra operasi secara ringkas mengkaji hal-hal yang berhubungan dengan pembedahan, diantaranya adalah validasi identitas dan prosedur jenis pembedahan yang dilakukan, serta konfirmasi kelengkapan data penunjang laboratorium dan radiologi(Mutaqin, 2009).

**c. Diagnosis keperawatan**

Pasien yang dilakukan pembedahan akan melewati berbagai prosedur. Prosedur pemberian anastesi, pengaturan posisi bedah, manajemen aseptis dan prosedur bedah laparatomi akan memberikan komplikasi pada masalah keperawatan yang akan muncul dalam (SDKI,2017) yaitu:

### 1) Resiko cedera

Definisi : Beresiko mengalami bahaya atau kerusakan fisik yang menyebabkan seseorang tidak lagi sepenuhnya sehat atau dalam kondisi baik.

Faktor resiko:

Eksternal : Terpapar patogen, Terpapar zat kimia toksis, Terpapar agen nosokomial, Ketidakamanan transportasi

Internal : Ketidak normalan profil darah, Perubahan orientasi afektif, Perubahan sensasi, Disfungsi autoimun, Disfungsi biokimia, Hipoksia haringan, Kegagalan mekanisme pertahanan tubuh, Malnutrisi, Perubahan fungsi psikomotor, Perubahan fungsi kognitif

Kondisi klinis terkait:Kejang, Sinkop, Vertigo, Gangguan penglihatan, Gangguan pendengaran, Penyakit parkinson, Hipotensi, Kelainan bevus vestibularis, dan Retardasi mental

### 2) Resiko perdarahan

Definisi:Berisiko mengalami kehilangan darah baik internal (terjadi dalam tubuh) maupun eksternal (terjadi hingga keluar tubuh).

Faktor risiko:

- a) Aneurisma
- b) Gangguan gastrointestinal (misalnya: ulkus lambung, polip, varises)
- c) Gangguan fungsi hati (misalnya: sirosis hepatitis)
- d) Komplikasi kehamilan (misalnya: ketuban pecah sebelum waktunya, plasenta previa/abrupsi, kehamilan kembar)
- e) Komplikasi pasca partum (misalnya: atoni uterus, retensi plasenta)
- f) Gangguan koagulasi (misalnya: trombositopenia)
- g) Efek agen farmakologis
- h) Tindakan pembedahan
- i) Trauma
- j) Kurang terpapar informasi tentang pencegahan perdarahan
- k) Proses keganasan

Kondisi klinis terkait:Aneurisma, Koagulopati intravaskular diseminata, Sirosis hepatitis, Ulkus lambung, Varises, Trombositopenia, Ketuban pecah



sebelum waktunya, Plasenta previa/abrupsi, Atonia uterus, Retensi plasenta, Tindakan pembedahan, Kanker, dan Trauma.

#### **d. Rencana keperawatan**

Menurut (SIKI,2018) Intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan diagnosa diatas adalah :

##### **1) Risiko perdarahan berhubungan dengan tindakan pembedahan**

Tujuan:

Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 2-3 jam, tingkat perdarahan menurun dengan kriteria hasil:Perdarahan pasca operasi menurun, Hemoglobin membaik, Tekanan darah dan denyut nadi membaik

Intervensi

Observasi :

- a) Monitor tanda dan gejala perdarahan
- b) Monitor nilai hematokrit/hemoglobin sebelum dan sesudah kehilangan darah
- c) Monitor tanda-tanda vital ortostatik
- d) Monitor koagulasi

Teraupetik :

- a) Pertahankan bedrest selama perdarahan
- b) Batasi tindakan invasif, *jika perlu*
- c) Gunakan kasur pencegah dekubitus
- d) Hindari pengukuran suhu rektal

Edukasi :

- a) Jelaskan tanda dan gejala perdarahan
- b) Anjurkan menggunakan kaus kaki saat ambulasi
- c) Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk mencegah konstipasi
- d) Anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan
- e) Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K
- f) Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan

Kolaborasi :

- a) Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, *jika perlu*

- b) Kolaborasi pemberian produk darah.
- c) Kolaborasi pemberian pelunak tinja.

**2) Risiko cedera berhubungan dengan perubahan sensasi**

Tujuan:

Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 2-3 jam, tingkat cedera menurun dengan kriteria hasil: Kejadian cedera menurun Luka/lecet menurun (SLKI,2019),

Intervensi dalam buku NIC (Bulechek, 2013)

- a) Periksa monitor isolasi utama
- b) Siapkan alat dan bahan oksigenasi dan ventilasi buatan
- c) Periksa keadekuatan fungsi dari alat-alat tersebut
- d) Monitor aksesoris spesifik yang dibutuhkan untuk posisi bedah tertentu
- e) Periksa persetujuan bedah dan tindakan pengobatan lain yang diperlukan
- f) Periksa bersama pasien atau orang yang berkepentingan lainnya mengenai prosedur dan area pembedahan
- g) Berpartisipasi dalam fase “*time out*” dalam pre operatif untuk memeriksa terhadap prosedur; benar pasien, benar prosedur, benar area pembedahan, sesuai kebijakan instansi.
- h) Dampingi pasien pada fase transfer ke meja operasi sambil melakukan monitor terhadap alat
- i) Hitung kasa perban, alat tajam dan instrumen, sebelum, pada saat dan setelah pembedahan
- j) Sediakan unit pembedahan elektronik, alas lapang pembedahan dan elektroda aktif yang sesuai
- k) Periksa ketiadaan pacemaker jantung, implan elektrik lainnya, atau prothesis logam yang merupakan kontraindikasi *electrosurgical surgery*
- l) Lakukan tindakan pencegahan terhadap radiasi ionisasi atau gunakan alat pelindung dalam situasi dimana alat tersebut dibutuhkan, sebelum operasi dimulai
- m) Sesuaikan koagulasi dan arus pemotong sesuai instruksi dokter atau kebijakan institusi

- n) Inspeksi kulit pasien terhadap cedera setelah menggunakan alat pembedahan elektronik.

#### **e. Evaluasi keperawatan**

Evaluasi terhadap masalah intrabedah secara umum dapat dinilai dari adanya kemampuan dalam mempertahankan status kesehatan, seperti normalnya tanda vital, kardiovaskular, pernapasan, ginjal, dan lain-lain.

### **3. Post operatif**

Keperawatan post operatif adalah periode akhir dari keperawatan perioperatif. Selama periode ini proses keperawatan diarahkan pada menstabilkan kondisi pasien pada keadaan equilibrium fisiologis pasien, menghilangkan nyeri dan pencegahan komplikasi. Pengkajian yang cermat dan intervensi segera membantu pasien kembali pada fungsi optimalnya dengan cepat, aman dan nyaman.

#### **a. Tahapan keperawatan post operatif**

Pemindahan pasien dari kamar operasi ke ruang pemulihan atau unitperawatan pasca anestesi (*PACU: post anesthesia care unit*) memerlukan pertimbangan-pertimbangan khusus. Pertimbangan itu diantaranya adalah letak incisi bedah, perubahan vaskuler dan pemajanan. Letak incisi bedah harus selalu dipertimbangkan setiap kali pasien pasca operatif dipindahkan. Banyak luka ditutup dengan tegangan yang cukup tinggi, dan setiap upaya dilakukan untuk mencegah regangan sutura lebih lanjut. Selain itu pasien diposisikan sehingga ia tidak berbaring pada posisi yang menyumbat drain dan selang drainase.

Hipotensi arteri yang serius dapat terjadi ketika pasien digerakkan dari satu posisi ke posisi lainnya. Seperti posisi litotomi ke posisi horizontal atau dari posisi lateral ke posisi terlentang. Bahkan memindahkan pasien yang telah dianestesi ke brankard dapat menimbulkan masalah gangguan vaskuler juga, untuk itu pasien harus dipindahkan secara perlahan dan cermat. Segera setelah pasien dipindahkan ke brankard atau tempat tidur, gaun pasien yang basah (karena darah atau cairan lainnya) harus segera diganti dengan gaun yang kering untuk menghindari kontaminasi. Selama perjalanan transportasi tersebut pasien diselimuti dan diberikan pengikatan diatas lutut dan siku serta *side rail* harus dipasang untuk mencegah terjadi resiko *injury*. Selain hal tersebut diatas untuk mempertahankan

keamanan dan kenyamanan pasien. Selang dan peralatan drainase harus ditangani dengan cermat agar dapat berfungsi dengan optimal. Proses transportasi ini merupakan tanggung jawab perawat sirkuler dan perawat anastesi dengan koordinasi dari dokter anastesi yang bertanggung jawab.

**b. Perawatan post anastesi di ruang pemulihan (*recovery room*)**

Setelah selesai tindakan pembedahan, pasien harus dirawat sementara di ruang pulih sadar (*recovery room*) sampai kondisi pasien stabil, tidak mengalami komplikasi operasi dan memenuhi syarat untuk dipindahkan ke ruang perawatan (bangsal perawatan).

PACU biasanya terletak berdekatan dengan ruang operasi. Hal ini disebabkan untuk mempermudah akses bagi pasien untuk :

- 1) Perawat yang disiapkan dalam merawat pasca operatif (perawat anastesi)
- 2) Ahli anastesi dan ahli bedah
- 3) Alat monitoring dan peralatan khusus penunjang lainnya.

Alat monitoring yang terdapat di ruang ini digunakan untuk memberikan penilaian terhadap kondisi pasien. Jenis peralatan yang ada diantaranya adalah alat bantu pernafasan : oksigen, laringoskop, set trakheostomi, peralatan bronkhial, kateter nasal, ventilator mekanik dan peralatan suction.

- 4) Kriteria penilaian yang digunakan untuk menentukan kesiapan pasien untuk dikeluarkan dari PACU adalah fungsi pulmonal yang tidak terganggu, hasil oksimetri nadi menunjukkan saturasi oksigen yang adekuat, tanda-tanda vital stabil, termasuk tekanan darah, orientasi pasien terhadap tempat, waktu dan orang, haluaran urine tidak kurang dari 30 ml/jam, mual dan muntah dalam control, dan nyeri minimal

**c. Transportasi pasien ke ruang rawat**

Transportasi pasien bertujuan untuk mentransfer pasien menuju ruang rawat dengan mempertahankan kondisi tetap stabil. Jika mendapat tugas mentransfer pasien, pastikan *aldrete score post* anastesi 7 atau 8 yang menunjukkan kondisi pasien sudah cukup stabil. Waspadai hal-hal berikut: henti nafas, vomitus, aspirasi selama transportasi.

#### **d. Perencanaan**

Pemindahan klien merupakan prosedur yang dipersiapkan semuanya dari sumber daya manusia sampai dengan peralatannya.

#### **e. Sumber daya manusia (ketenagaan)**

Bukan sembarang orang yang bisa melakukan prosedur ini. Orang yang boleh melakukan proses transfer pasien adalah orang yang bisa menangani keadaan kegawatdaruratan yang mungkin terjadi selama transportasi. Perhatikan juga perbandingan ukuran tubuh pasien dan perawat. Harus seimbang.

#### **f. *Equipment* (peralatan)**

Peralatan yang dipersiapkan untuk keadaan darurat, misal : tabung oksigen, sampai selimut tambahan untuk mencegah hipotermi harus dipersiapkan dengan lengkap dan dalam kondisi siap pakai.

#### **g. Prosedur**

Beberapa pasien setelah operasi harus ke bagian radiologi dulu dan sebagainya, sehingga hendaknya sekali jalan saja. Prosedur-prosedur pemindahan pasien dan positioning pasien harus benar-benar diperhatikan demi keamanan dan kenyamanan pasien

##### **1) Pengkajian**

Beberapa hal yang perlu dikaji setelah tindakan pembedahan diantaranya adalah kesadaran, kualitas jalan nafas, sirkulasi, dan perubahan tanda vital yang lain, keseimbangan elektrolit, kardiovaskuler, lokasi daerah pembedahan dan sekitarnya, serta alat yang digunakan dalam pembedahan.

##### **2) Diagnosa keperawatan post operatif**

Diagnosa post operasi saat post operatif dalam (SDKI,2017) meliputi:

###### **a) Resiko hipotermia perioperatif**

Definisi: Beresiko mengalami penurunan suhu tubuh dibawah 36°C secara tiba-tiba yang terjadi satu jam sebelum pembedahan hingga 24 jam setelah pembedahan

Faktor risiko: Prosedur pembedahan, Kombinasi anastesi regional dan umum, Skor american society of anesthesiologist (ASA) > 1, Suhu pra-operasi rendah < 36°C, Berat badan rendah, Neuropati diabetik, Komplikasi kardiovaskuler,

Suhu lingkungan rendah, Transfer panas (mis. volume tinggi infus yang tidak dihangatkan, irigasi > 2 liter yang tidak dihangatkan)

Kondisi klinis terkait:Tindakan pembedahan

#### b) Nyeri akut

Definisi:Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Penyebab:

- 1) Agen pencedera fisiologis (misalnya: inflamasi, iskemia, neoplasma)
- 2) Agen pencedera kimiawi (misalnya: terbakar, bahan kimia iritan)
- 3) Agen pencedera fisik (misalnya: abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, atihan fisik berlebihan)

Gejala dan tanda mayor:

**Tabel 2.5 Gejala dan Tanda Mayor Nyeri Akut**

<b>Subjektif</b>	<b>Objektif</b>
1. Mengeluh nyeri	1. Tampak meringis
	2. Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri)
	3. Gelisah
	4. Frekuensi nadi meningkat
	5. Sulit tidur

Gejala dan tanda minor:

**Tabel 2.6 Gejala dan Tanda Minor Nyeri Akut**

<b>Subjektif</b>	<b>Objektif</b>
<i>(tidak tersedia)</i>	1. Tekanan darah meningkat
	2. Pola napas berubah
	3. Nafsu makan berubah
	4. Proses berpikir terganggu
	5. Menarik diri
	6. Berfokus pada diri sendiri
	7. Diaforesis

Kondisi klinis terkait: Kondisi pembedahan, Cedera traumatis, Infeksi, Sindroma koroner akut dan Glaukoma

### 3) Rencana keperawatan

Menurut(SIKI,2018) intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan diagnosa diatas adalah :

#### a) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisiologis

Tujuan :Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 1 jam, tingkat nyeri pasien berkurang dengan kriteria hasil:Keluhan nyeri menurun, Meringis menurun, Sikap protektif menurun, Gelisah menurun, dan Kesulitan tidur menurun

Intervensi :

Observasi :

- (1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.
- (2) Identifikasi skala nyeri
- (3) Identifikasi nyeri non verbal
- (4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- (5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- (6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- (7) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup

## (8) Monitor efek samping penggunaan analgetik

Terapeutik :

- (1) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri ( misal : TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, *biofeedback* ,terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin).
- (2) Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri ( misal : suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan).
- (3) Fasilitasi istirahat dan tidur
- (4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.

Edukasi :

- (1) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri
  - (2) Jelaskan strategi meredakan nyeri
  - (3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
  - (4) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
  - (5) Ajarkan eknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
- Kolaborasi:Kolaborasi pemberian analgetik, *jika perlu*

**b) Risiko hipotermi perioperatif b.d suhu lingkungan rendah**

Tujuan:Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 1 jam, termoregulasi membaik dengan kriteria hasil:Mengigil menurun, Suhu tubuh membaik, dan Suhu kulit membaik.

Intervensi :

Observasi :

- (1) Monitor suhu tubuh
- (2) Identifikasi penyebab hipotermia, (misal : terpapar suhu lingkungan rendah, kerusakan hipotalamus, penurunan laju metabolisme, kekurangan lemak subkutan )
- (3) Monitor tanda dan gejala akibat hipotermi

Teraupetik :

- (1) Sediakan lingkungan yang hangat (misal: atur suhu ruangan)



- (2) Lakukan penghangatan pasif (misal: Selimut, menutup kepala, pakaian tebal)
- (3) Lakukan penghangatan aktif eksternal (misal: kompres hangat, botol hangat, selimut hangat, metode kangguru)
- (4) Lakukan penghangatan aktif internal (misal : infus cairan hangat, oksigen hangat, lavase peritoneal dengan cairan hangat)

### **C. Tinjauan Kosep Penyakit**

#### **1. *Ca Colon (Cancer Colon)***

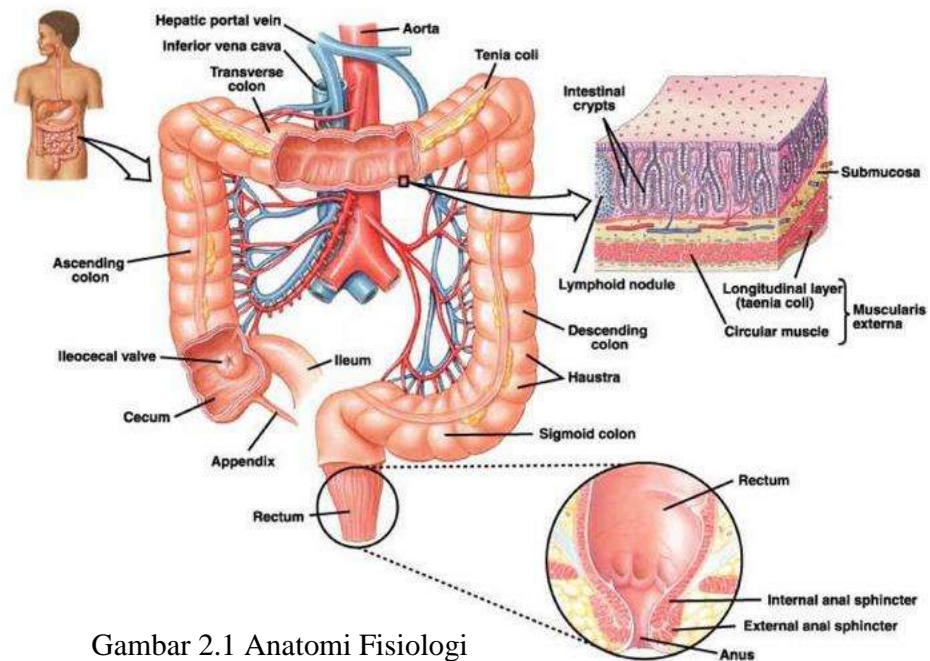
##### **a. Pengertian *CaColon***

Kanker kolon merupakan kanker yang menyerang bagian usus besar, yakni bagian akhir dari sistem pencernaan. Sebagian besar kasus kanker kolorektal dimulai dari sebuah benjolan/polip kecil, dan kemudian membesar menjadi tumor (Yayasan Kanker Indonesia, 2018).

Kanker kolon adalah keganasan yang berasal dari jaringan usus besar, terdiri dari kolon (bagian terpanjang dari usus besar) (Komite Penanggulangan Kanker Nasional, 2015).

##### **b. Anatomi Fisiologi**

Usus besar memanjang dari ujung akhir dari ileum sampai anus. Panjangnya bervariasi sekitar 1.5 m. Ukuran Usus besar berbentuk tabung muskular berongga dengan panjang sekitar 1.5 m (5 kaki) yang terbentang dari saekum hingga kanalis ani. Diameter usus besar sudah pasti lebih besar daripada usus kecil, yaitu sekitar 6.5 cm (2.5 inci). Makin dekat anus diameternya akan semakin kecil. Usus besar terdiri dari bagian yaitu caecum, kolon asenden, kolon transversum, kolon desenden, kolon sigmoid dan rektum.



Gambar 2.1 Anatomi Fisiologi

### c. Etiologi

Sebagian orang memang memiliki risiko tinggi terkena kanker kolorektal. Beberapa faktor risiko tersebut ada yang tidak bisa diubah, seperti usia lebih dari 50 tahun, riwayat menderita polip, riwayat menderita infeksi usus besar (colitis ulcerative atau penyakit Chron), dan memiliki anggota keluarga yang mempunyai riwayat polip atau kanker usus besar. Faktor risiko lain adalah pola hidup yang tidak sehat yang dapat meningkatkan risiko kanker kolorektal di usia muda dibawah 40 tahun. Salah satunya adalah mengonsumsi daging merah dan daging olahan secara berlebihan. Untuk mencegah timbulnya kanker kolorektal, batasi makanan tinggi lemak termasuk daging merah. Merokok juga merupakan faktor risiko terjadinya kanker kolorektal. Diperkirakan, satu dari lima kasus kanker usus besar di Amerika Serikat dihubungkan dengan rokok. Merokok berhubungan dengan kenaikan risiko terbentuknya adenoma dan peningkatan risiko perubahan adenoma menjadi kanker usus besar. Faktor risiko tinggi lain adalah pengonsumsi alkohol. Usus mengubah alkohol menjadi asetaldehid yang meningkatkan risiko kanker kolorektal. Lebih baik konsumsi buah dan sayur yang

mengandung probiotik, karena kandungan seratnya akan mengikat sisa makanan dan membuat feses lebih berat sehingga mudah dibuang (Kemenkes RI, 2019).

#### **d. Patofisiologi**

Umumnya tumor kolorektal adalah adenokarsinoma yang berkembang dari polip adenoma. Insidensi tumor dari kolon kanan meningkat, meskipun umumnya masih terjadi di rektum dan kolon sigmoid. Polip tumbuh dengan lambat, sebagian besar tumbuh dalam waktu 5-10 tahun atau lebih untuk menjadi ganas. Ketika polip membesar, polip membesar di dalam lumen dan mulai menginvasi dinding usus. Tumor di usus kanan cenderung menjadi tebal dan besar, serta menyebabkan nekrosis dan ulkus. Sedangkan tumor pada usus kiri bermula sebagai massa kecil yang menyebabkan ulkus pada suplai darah (Black & Hawks, 2014).

Pada saat timbul gejala, penyakit mungkin sudah menyebar ke dalam lapisan lebih dalam dari jaringan usus dan organ-organ yang berdekatan. Kanker kolorektal menyebar dengan perluasan langsung ke sekeliling permukaan usus, submukosa, dan dinding luar usus. Struktur yang berdekatan, seperti hepar, kurvatura mayor lambung, duodenum, usus halus, pankreas, limpa, saluran genitourinary, dan dinding abdominal juga dapat dikenai oleh perluasan. Metastasis ke kelenjar getah bening regional sering berasal dari penyebaran tumor. Tanda ini tidak selalu terjadi, bisa saja kelenjar yang jauh sudah dikenai namun kelenjar regional masih normal. Sel-sel kanker dari tumor primer dapat juga menyebar melalui sistem limpatik atau sistem sirkulasi ke area sekunder seperti hepar, paru-paru, otak, tulang, dan ginjal. "Penyemaian" dari tumor ke area lain dari rongga peritoneal dapat terjadi bila tumor meluas melalui serosa atau selama pembedahan (Black & Hawks, 2014).

Sebagian besar tumor maligna (minimal 50%) terjadi pada area rektal dan 20–30 % terjadi di sigmoid dan kolon desending. Kanker kolorektal terutama adenocarcinoma (muncul dari lapisan epitel usus) sebanyak 95%. Tumor pada kolon asenden lebih banyak ditemukan daripada pada transversum (dua kali lebih banyak). Tumor bowel maligna menyebar dengan cara (Black & Hawks, 2014):

- 1) Menyebar secara langsung pada daerah disekitar tumor secara langsung misalnya ke abdomen dari kolon transversum. Penyebaran secara langsung juga dapat mengenai bladder, ureter dan organ reproduksi.
- 2) Melalui saluran limfa dan hematogen biasanya ke hati, juga bisa mengenai paru-paru, ginjal dan tulang.
- 3) Tertanam ke rongga abdomen

**e. Manifestasi Klinis**

Manifestasi kanker kolon menurut (Yayasan Kanker Indonesia, 2018):

- 1) Perubahan pada pola buang air besar termasuk diare, atau konstipasi atau perubahan pada lamanya saat buang air besar, dimana pola ini berlangsung selama beberapa minggu hingga bulan. Kadang-kadang perubahan pola itu terjadi sebagai perubahan bentuk dari feses atau kotoran dari hari ke hari (kadang-kadang keras, lalu lunak, dan seterusnya)
- 2) Pendarahan pada buang air besar atau ditemukannya darah di feses, seringkali hanya dapat dideteksi di laboratorium
- 3) Rasa tidak nyaman pada bagian abdomen atau perut seperti kram, gas atau rasa sakit yang berulang
- 4) Perasaan bahwa usus besar belum seluruhnya kosong sesudah buang air besar.
- 5) Rasa cepat lelah, lesu lemah atau letih.
- 6) Turunnya berat badan secara drastis dan tidak dapat dijelaskan sebabnya

**f. Pemeriksaan Penunjang**

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada pasien dengan kanker kolorektal adalah sebagai berikut (Sayuti & Nouva, 2018)

- 1) Pemeriksaan laboratorium klinis  
Pemeriksaan laboratorium terhadap karsinoma kolorektal bisa untuk menegakkan diagnosa maupun monitoring perkembangan atau kekambuhannya. Pemeriksaan terhadap kanker ini antara lain pemeriksaan darah, Hb, elektrolit, dan pemeriksaan tinja yang merupakan pemeriksaan rutin. Anemia dan hipokalemia kemungkinan ditemukan oleh karena adanya

perdarahan kecil. Perdarahan tersembunyi dapat dilihat dari pemeriksaan tinja. Selain pemeriksaan rutin diatas, dalam menegakkan diagnosa karsinoma kolorektal dilakukan juga skrining CEA (*Carcinoma Embrionic Antigen*). *Carcinoma Embrionic Antigen* merupakan pertanda serum terhadap adanya karsinoma kolon dan rektum. *Carcinoma Embrionic Antigen* adalah sebuah glikoprotein yang terdapat pada permukaan sel yang masuk ke dalam peredaran darah, dan digunakan sebagai marker serologi untuk memonitor status kanker kolorektal dan untuk mendeteksi rekurensi dini dan metastase ke hepar. *Carcinoma Embrionic Antigen* terlalu insensitif dan nonspesifik untuk bisa digunakan sebagai skrining kanker kolorektal. Meningkatnya nilai CEA serum, bagaimanapun berhubungan dengan beberapa parameter. Tingginya nilai CEA berhubungan dengan tumor grade 1 dan 2, stadium lanjut dari penyakit dan adanya metastase ke organ dalam. Meskipun konsentrasi CEA serum merupakan faktor prognostik independen. Nilai CEA serum baru dapat dikatakan bermakna pada monitoring berkelanjutan setelah pembedahan.

2) Pemeriksaan laboratorium Patologi Anatomi

Pemeriksaan Laboratorium Patologi Anatomi pada kanker kolorektal adalah terhadap bahan yang berasal dari tindakan biopsi saat kolonoskopi maupun reseksi usus. Hasil pemeriksaan ini adalah hasil histopatologi yang merupakan diagnosa definitif. Daripemeriksaan histopatologi inilah dapat diperoleh karakteristik berbagai jenis kanker maupun karsinoma di kolorektal ini

3) Pemeriksaan Radiologi

Pemeriksaan radiologi yang dapat dilakukan yaitu foto polos abdomen atau menggunakan kontras. Teknik yang sering digunakan adalah dengan memakai double kontras barium enema, yang sensitifitasnya mencapai 90% dalam mendeteksi polip yang berukuran >1 cm. Teknik ini jika digunakan bersama-samasigmoidoskopi, merupakan cara yang hemat biaya sebagai alternatif pengganti kolonoskopi untuk pasien yang tidak dapat mentoleransi kolonoskopi, atau digunakan sebagai pemantauan jangka panjang pada

pasien yang mempunyai riwayat polip atau kanker yang telah di eksisi. Risiko perforasi dengan menggunakan barium enema sangat rendah, yaitu sebesar 0,02 %. Jika terdapat kemungkinan perforasi, maka sebuah kontras larut air harus digunakan daripada barium enema. Computerised Tomography (CT) scan, Magnetic Resonance Imaging (MRI), Endoscopic Ultrasound (EUS) merupakan bagian dari teknik pencitraan yang digunakan untuk evaluasi, staging dan tindak lanjut pasien dengan kanker kolon, tetapi teknik ini bukan merupakan skrining tes.

#### 4) Kolonoskopi

Kolonoskopi dapat digunakan untuk menunjukkan gambaran seluruh mukosa kolon dan rektum. Prosedur kolonoskopi dilakukan saluran pencernaan dengan menggunakan alat kolonoskopi, yaitu selang lentur berdiameter kurang lebih 1,5 cm dan dilengkapi dengan kamera. Kolonoskopi merupakan cara yang paling akurat untuk dapat menunjukkan polip dengan ukuran kurang dari 1 cm dan keakuratan dari pemeriksaan kolonoskopi sebesar 94%, lebih baik daripada barium enema yang keakuratannya hanya sebesar 67%. Kolonoskopi juga dapat digunakan untuk biopsi, polipektomi, mengontrol perdarahan dan dilatasi dari striktur. Kolonoskopi merupakan prosedur yang sangat aman dimana komplikasi utama (perdarahan, komplikasi anestesi dan perforasi) hanya muncul kurang dari 0,2% pada pasien. Kolonoskopi merupakan cara yang sangat berguna untuk mendiagnosis dan manajemen dari inflammatory bowel disease, non akut divertikulitis, sigmoid volvulus, gastrointestinal bleeding, megakolon non toksik, striktur kolon dan neoplasma. Komplikasi lebih sering terjadi pada kolonoskopi terapi daripada diagnostik kolonoskopi, perdarahan merupakan komplikasi utama dari kolonoskopi terapeutik, sedangkan perforasi merupakan komplikasi utama dari kolonoskopi diagnostik.

## g. Penatalaksanaan

Tabel 2.7 Prinsip tatalaksana kanker kolon

Stadium	Terapi
Stadium 0 (TisN0M0)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eksisi lokal atau polipektomi sederhana</li> <li>• Reseksi en-bloc segmental untuk lesi yang tidak memenuhi syarat eksisi lokal</li> </ul>
Stadium I (T1-2N0M0)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Wide surgical resection</i> dengan anastomosistanpa kemoterapi adjuvan</li> </ul>
Stadium II (T3N0M0,T4a-bN0M0)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Wide surgical resection</i> dengan anastomosis</li> <li>• Terapi adjuvan setelah pembedahan pada pasien dengan risiko tinggi</li> </ul>
Stadium III (T apapun N1-2M0)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Wide surgical resection</i> dengan anastomosis</li> <li>• Terapi adjuvan setelah pembedahan</li> </ul>
Stadium IV (T apapun, Napapun, M1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reseksi tumor primer pada kasus kanker kolorektal metastasis yang dapat direseksi</li> <li>• Kemoterapi sistemik pada kasus kanker kolorektal dengan metastasis yang tidak dapat direseksi dan tanpa gejala</li> </ul>

Sumber : Komite Penanggulangan Kanker Nasional, 2015

## 2. Laparatomi

### a. Pengertian laparatomi

Laparatomi merupakan prosedur pembedahan yang melibatkan suatu insisi pada dinding abdomen hingga ke *cavitas abdomen*. Laparatomi merupakan teknik sayatan yang dilakukan pada daerah abdomen yang dapat dilakukan pada bedah digestif dan obgyn . Laparatomi termasuk salah satu prosedur pembedahan mayor, dengan melakukan penyayatan pada lapisan-lapisan dinding abdomen untuk mendapatkan bagian organ abdomen yang mengalami masalah (pendarahan, perforasi, kanker, dan obstruksi). (Sjamsuhidayat, 2010),

### b. Tujuan Laparatomi

Menurut (Smeltzer, S. C., 2014), prosedur ini dapat direkomendasikan pada pasien yang mengalami nyeri abdomen yang tidak diketahui penyebabnya atau

pasien yang mengalami trauma abdomen. Laparatomi eksplorasi digunakan untuk mengetahui sumber nyeri atau akibat trauma dan perbaikan bila diindikasikan.

**c. Indikasi Laparatomi**

Menurut Jitowiyono (2010), tindakan laparatomi dapat dilakukan berdasarkan indikasi dibawah ini :

- 1) Adanya massa abdomen.
- 2) Perdarahan saluran Pencernaan .
- 3) Peritonitis.
- 4) Sumbatan pada usus halus dan usus besar.
- 5) Trauma abdomen (tumpul atau tajam) Ruptur hepar.

**d. Jenis Laparatomi Menurut Indikasi**

Menurut Jitowiyono (2010), Jenis laparatomi berdasarkan indikasi diantaranya :

- 1) Adrepektomi : Pengangkatan salah satu atau kedua kelenjar adrenalin.
- 2) Apendektomi : Operasi pengangkatan apendiks
- 3) Gastrektomi : Pengangkatan sepertiga distal lambung (duodenum/jejunum, mengangkat sel-sel penghasil gastrin dalam bagian sel parietal)..
- 4) Histerektomi : Pengangkatan bagian uterus.
- 5) Kolektomi : pengangkatan bagian kolon atau seluruh kolon
- 6) Pankreatomi : Pengangkatan pankreas.
- 7) Sektio cesaria : pengangkatan janin dengan membuka dinding ovarium melalui abdomen
- 8) Siksetomi : operasi pengangkatan kandung kemih
- 9) Selfiigo ofarektomi : Pengangkatan salah satu atau kedua tuba falopidan ovarium.

**e. Komplikasi *Post* Laparatomi**

Menurut Jitowiyono (2010), komplikasi post laparatomi

- 1) Gangguan perfusi jaringan sehubungan dengan tromboplebitis.  
Tromboplebitis post operasi biasanya timbul 7-14 hari setelah operasi. Bahaya besar tromboplebitis timbul bila darah tersebut lepas dari dinding



pembuluh darah vena dan ikut aliran darah sebagai emboli ke paru-paru, hati, dan otak.

- 2) Buruknya integritas kulit sehubungan dengan luka infeksi.  
Infeksi luka sering muncul pada 36-46 jam setelah operasi. Organisme yang paling sering menimbulkan infeksi adalah stafilokokus aureus, organisme gram positif. Stafilokokus mengakibatkan pernanahan
- 3) Bentuk integritas kulit sehubungan dengan dehisensi luka atau eviserasi. Dehisensi luka merupakan terbukanya tepi-tepi luka. Eviserasi luka merupakan keluarnya organ-organ dalam melalui insisi.

#### **f. Perawatan post laparatomi**

Perawatan post laparatomi adalah bentuk pelayanan perawatan yang diberikan kepada pasien-pasien yang telah menjalani operasi pembedahan perut. Tujuan perawatan post laparatomi:

- 1) Mengurangi komplikasi akibat pembedahan
- 2) Mempercepat penyembuhan
- 3) Mengembalikan fungsi pasien semaksimal mungkin seperti sebelum operasi
- 4) Mempertahankan konsep diri pasien
- 5) Mempersiapkan pasien pulang

#### **D. Jurnal Terkait Ca Colon**

Asuhan keperawatan oleh (Ahmad, 2018) dalam Asuhan Keperawatan Pada pada Ny, Y Dengan post Laparatomi dan Kolostomi atas indikasi ca colon di ruangan abun suri lantai 2 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggididapatkan bahwa Dari pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien Ny.Y dengan post laparatomi dan kolostomi pada ca colon dapat disimpulkan pengkajian klien ,nyeri yang dirasakan klien terasa pada perut kanan bawah, tidak nafsu makan, susah untuk tidur, berat badan menurun. Diagnosa yang dilakukan, nyeri akut, ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, gangguan pola tidur, resiko pelambatan pemulihan pasca bedah. Intervensi yang dilakuakn pada klien berdasarkan pada prioritas masalah yang ditemukan. Implementasi yang dilakukan berdasarkan kebutuhan klien, tidak semua tindakan harus di implementasikan.

Evaluasi yang dilakukan hampir semua mencapai perkembangan, meski belum optimal karena intervensi dan implementasi dihentikan karena klien pulang.

Penelitian yang dilakukan oleh (Tomy 2017) Analisis Praktik Klinik Keperawatan pada Pasien Post Operasi Laparotomi atas Indikasi Kanker *Recti 1/3 Distal* dengan Inovasi Alih Baring dan Massase Punggung menggunakan *Virgin Coconut Oil* (VCO) untuk Pencegahan Dekubitus di Ruang HCU RSUD A. Wahab Sjahranie Samarinda 2017. Metode analisis keperawatan yang digunakan adalah dengan memberikan tindakan alih baring dan massase punggung dengan menggunakan *Virgin Coconut Oil* (VCO) hasil intervensi inovatif terhadap pasien post operasi laparotomi dengan indikasi kanker recti 1/3 distal mengalami peningkatan. Pada kala Branden saat pengkajian adalah 11 dan setelah diberikan intervensi inovatif skala Branden adalah 15.

Asuhan Keperawatan yang dilakukan oleh Togatorop (2020) berjudul Asuhan Keperawatan Perioperatif Pada Pasien Peritonitis Dengan Tindakan Laparotomi Di Ruang OK Rumah Sakit Airan Raya Lampung Selatan. Teknik pengambilan data dengan observasi, wawancara, pemeriksaan fisik, dan studi dokumentasi. Hasil pengkajian dirumuskan beberapa diagnosa keperawatan sebagai berikut: pre operasi: ansietas, intra operasi: resiko perdarahan, dan post operasi: nyeri akut. Rencana keperawatan yang ditetapkan berdasarkan diagnosa keperawatan yang dirumuskan. Implementasi tindakan dilakukan sesuai intervensi keperawatan yang ditetapkan pada Ny. N secara mandiri maupun kolaboratif dalam tim operasi sehingga tujuan rencana tindakan tercapai. Evaluasi setiap diagnosa keperawatan didapatkan sebagai berikut, tahap pre operasi masalah ansietas belum teratasi. Tahap intra operasi risiko perdarahan tidak terjadi. Tahap post operasi nyeri berkurang.

Penelitian yang dilakukan oleh (Utami, 2016) dalam penelitian yang berjudul Efektifitas Relaksasi Napas Dalam dan Distraksi dengan Latihan 5 Jari Terhadap Nyeri Post Laparotomi pada pasien post laparotomi Penelitian dilakukan di Ruang Camar III RSUD Arifin Achmad Pekanbaru menyatakan bahwa rata-rata intensitas nyeri sebelum dilakukan efektifitas relaksasi napas dalam dan distraksi dengan latihan 5 jari terhadap nyeri post laparotomi pada kelompok eksperimen

adalah 3,91 dan kelompok kontrol 5,11 dengan *p value* 0,254. Sedangkan rata-rata intensitas nyeri setelah dilakukan pijat endorphin pada kelompok eksperimen 2,05 dan kelompok kontrol adalah 4,73 dengan *p value* 0,000. Hasil menunjukkan bahwa efektifitas relaksasi napas dalam dan distraksi dengan latihan 5 jari efektif untuk menurunkan nyeri post laparatomi (*p value* < 0,05).

Asuhan keperawatan yang dilakukan Tefnai (2019) yang berjudul Asuhan Keperawatan Komprehensif Pada Tn.A.N Dengan Post Operasi Laparatomi Di Ruang Kelimutu Rsud Prof.Dr.W.Z Johannes Kupang dengan ditegakan rencana keperawatan yaitu manajemen nyeri dan melakukan perawatan luka teknik steril serta memonitor aktivitas sesuai kemampuan. setelah dilakukan perawatan selama 3 hari masalah pasien teratasi sebagian .Kesimpulan dari studi kasus ini adalah angka kesakitan dan kematian akibat post operasi laparatomi yang terjadi pada pasien dapat diminimalkan dengan perawatan luka dengan teknik steril, dan manajemen nyeri, serta membantu pasien melakukan aktivitas sesuai tingkat aktivitas pasien.