

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Perioperatif

1. Definisi Keperawatan Perioperatif

Keperawatan perioperatif merupakan istilah yang digunakan untuk menggambarkan keragaman fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan pasien. Istilah perioperatif adalah suatu istilah gabungan yang mencakup tiga fase, fase preoperatif, fase intraoperatif, fase post operatif (Farhan & Ratnasari, 2019).

2. Tahap-Tahap Keperawatan Perioperatif

Menurut (Farhan & Ratnasari, 2019), kegiatan perioperatif memerlukan dukungan dari tim kesehatan lain yang berkompeten dalam perawatan pasien, sehingga kepuasan pasien dapat tercapai sebagai suatu bentuk pelayanan yang prima. Berikut adalah gambaran umum masing-masing tahap dalam keperawatan perioperatif yaitu :

1) Fase Pra Operatif

Dimulai Ketika ada keputusan untuk dilakukan intervensi bedah dan diakhiri ketika pasien dikirim ke meja operasi. Lingkup aktivitas keperawatan selama waktu tersebut dapat mencakup penetapan penetapan pengkajian dasar pasien di tatanan klinik maupun rumah, wawancara pra operatif dan menyiapkan pasien untuk anestesi yang diberikan dan pembedahan.

2) Fase Intra Operatif

Dimulai ketika pasien masuk atau pindah ke instalasi bedah dan berakhir saat pasien dipindahkan keruang pemulihan. Pada fase ini lingkup aktivitas keperawatan mencakup pemasangan infus, pemberian medikasi intravena, melakukan pemantauan kondisi fisiologis menyeluruh sepanjang prosedur pembedahan dan menjaga keselamatan pasien.

3) Fase Pasca Operatif

Dimulai dengan masuknya pasien ke ruang pemulihan (*recovery room*) dan berakhir dengan evaluasi tindak lanjut pada tatanan klinik atau rumah. Lingkup aktivitas keperawatan mencakup tentang aktivitas yang luas selama periode ini. Pada fase ini, fokus pengkajian meliputi efek anestesi dan memantau fungsi vital serta mencegah komplikasi kemudian berfokus pada peningkatan penyembuhan pasien dan melakukan penyuluhan, perawatan tindak lanjut dan rujukan yang penting untuk penyembuhan dan rehabilitasi serta pemulangan.

3. Peran dan Tugas Dalam Perioperatif

a. Ahli bedah

Ahli bedah adalah dokter yang melakukan prosedur pembedahan, dokter bedah bisa menjadi dokter utama pasien dengan cara dipilih oleh dokter sesuai masalah pasien atau pun pasien sendiri yang memilih tetapi harus kompeten dalam permasalahan pasien.

b. Asisten ahli bedah

Asisten bedah adalah asisten yang ahli bedah biasanya dokter yang berfungsi sebagai peran pembantu ahli bedah selama prosedur pembedahan.

c. Perawat instrumen

Perawat instrumen adalah seorang tenaga perawat profesional yang diberi wewenang dan ditugaskan dalam mengelola alat pembedahan selama tindakan pembedahan berlangsung. Perawat scrub atau di Indonesia juga dikenal sebagai perawat instrument merupakan perawat kamar bedah yang memiliki tanggungjawab terhadap manajemen area operasi dan area steril (Wahyuningsri et al., 2017).

d. Perawat sirkuler

Perawat sirkuler adalah tenaga perawat profesional yang diberi wewenang dan tanggung jawab membantu kelancaran pelaksanaan tindakan pembedahan.

e. Ahli anestesi

Ahli anestesi adalah tenaga keperawatan profesional yang diberikan wewenang dan tanggung jawab dalam membantu terselenggaranya pelaksanaan tindakan pembiusan di kamar operasi.

4. Etika Kerja dan Sikap Petugas Di Ruang Operasi

- a. Setiap petugas/profesi yang bertugas di kamar operasi harus memiliki dan melaksanakan etika kerja yang seharusnya ditaati.
- b. Etika kerja di kamar operasi merupakan nilai-nilai / norma tentang sikap perilaku/budaya yang baik yang telah disepakati oleh masing-masing kelompok profesi di kamar operasi.
- c. Anggota tim melaksanakan kewajiban dan tanggung jawabnya dengan baik serta penuh kesadaran terhadap pasien dan keluarga pasien (Maryunani, 2015).

Sikap petugas di kamar operasi antara lain:

- a. *Caring* yaitu penuh perhatian terhadap klien
- b. *Conscience* (penuh kesadaran) yaitu memiliki pengetahuan atau hal baik dan benar. Moral judgement yang menjaga seseorang dari melanggar prinsip-prinsip etik seseorang.
- c. Disiplin, suatu perilaku yang mengembangkan pengendalian diri atau taataturan antara efisiensi.
- d. Teknik merupakan metode atau prosedur dalam menciptakan karya yang artistik atau melakukan tindakan yang ilmiah dan mekanis.

B. Konsep Asuhan Keperawatan Perioperatif

1. Definisi Asuhan Keperawatan Perioperatif

Asuhan keperawatan perioperatif merupakan asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien dari periode sebelum pembedahan (preoperasi), selama pembedahan (intraoperasi) dan setelah pembedahan (post operasi).

2. Pengkajian Pre Operatif

Pengkajian adalah upaya mengumpulkan data secara lengkap dan sistematis untuk dikaji dan dianalisis sehingga masalah keperawatan yang dihadapi pasien baik fisik, mental, sosial maupun spiritual dapat ditentukan. Tahap ini mencakup tiga kegiatan, yaitu pengumpulan data, analisis data dan penentuan masalah kesehatan serta keperawatan (Simamora & Fathi, 2019).

Menurut (Farhan & Ratnasari, 2019), pengkajian pre operatif dilakukan sebagai bentuk keselamatan pasien sebelum dilakukannya tindakan operasi diantaranya :

1) Persiapan fisik

a. Status Kesehatan fisik secara umum

Pada tahap ini meliputi identitas klien, Riwayat penyakit seperti riwayat kesehatan lalu, riwayat kesehatan keluarga, pemeriksaan fisik lengkap seperti status hemodinamik, status kardiovaskular, status pernapasan, fungsi ginjal dan hepatic, fungsi endokrin, dan fungsi imunologi.

b. Status Nutrisi

Pada tahap ini dilakukan pengukuran tinggi badan dan berat badan serta pengecekan kadar albumin dan globulin. Segala bentuk defisiensi nutrisi harus dikoreksi sebelum pembedahan untuk memberikan protein yang cukup untuk perbaikan jaringan

c. Keseimbangan cairan dan elektrolit

Keseimbangan cairan dan elektrolit perlu diperhatikan dalam kaitannya dengan balance cairan. Demikian juga kadar elektrolit

serum harus berada dalam rentang normal. Kadar elektrolit biasanya dilakukan pemeriksaan untuk mengetahui kadar ureum dan kreatinin dalam darah.

d. Kebersihan lambung dan kolon

Lambung dan kolon harus dibersihkan terlebih dahulu. Pasien diminta untuk berpuasa sebelum tindakan pembedahan sesuai waktu yang sudah ditentukan. Tujuan pengosongan lambung dan kolon adalah untuk menghindari aspirasi dan menghindari kontaminasi feses ke area pembedahan.

e. Pencukuran daerah operasi

Pencukuran daerah operasi ditujukan untuk menghindari infeksi pada daerah yang dilakukan pembedahan karena rambut yang tidak dicukur dapat menjadi tempat bersembunyi kuman dan juga mengganggu proses penyembuhan dan perawatan luka.

f. *Personal Hygiene*

Kebersihan tubuh pasien sangat penting untuk persiapan operasi karena tubuh yang kotor dapat merupakan sumber kuman dan dapat mengakibatkan infeksi pada daerah yang dioperasi.

2) Persiapan mental/psikologis

Hal ini merupakan hal yang tidak kalah penting dalam proses persiapan operasi karena mental pasien yang tidak siap atau labil dapat berpengaruh pada kondisi fisiknya. Kecemasan pasien dalam menghadapi pembedahan antara lain takut nyeri setelah pembedahan, takut terjadi perubahan fisik, takut mengalami kondisi yang sama dengan orang yang mempunyai penyakit sama, takut menghadapi ruang operasi, peralatan pembedahan, dan petugas, takut mati saat dibius/tidak sadar lagi, dan takut operasi gagal.

Salah satu intervensi yang dapat membantu menurunkan kecemasan pasien dalam menghadapi operasi adalah tindakan psikoedukasi yang diberikan oleh perawat untuk meningkatkan

pengetahuan pasien menjadi lebih memahami tindakan operasi dengan segala resikonya (Ayuningtyas et al., 2018).

3) Persiapan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dimaksud adalah berbagai pemeriksaan sebagai berikut :

- Pemeriksaan Radiologi : Foto Thorax, USG, MRI, CT Scan, BNO-IVP, Echo, EEG, *colon in loop*
- Pemeriksaan laboratorium : pemeriksaan darah lengkap, laju endap darah, protein total (albumin dan globulin), elektrolit (kalium, natrium, dan klorida) ureum, kreatinin, BUN.
- Biopsi : pengambilan bahan jaringan untuk memastikan penyakit sebelum dilakukan tindakan operasi.
- Pemeriksaan kadar glukosa darah : biasanya dilakukan dengan puasa dan diambil darah sebelum operasi untuk di cek.

4) Pemeriksaan status anestesi

Sebelum dilakukan anestesi demi kepentingan pembedahan, pasien akan mengalami pemeriksaan status fisik yang diperlukan untuk menilai sejauh mana resiko pembiusan terhadap diri pasien.

5) *Informed Consent*

Sebagai wujud dari upaya rumah sakit menjunjung tinggi aspek etik hukum, maka pasien atau orang yang bertanggung jawab terhadap pasien wajib untuk menandatangani surat pernyataan persetujuan operasi artinya apapun tindakan yang dilakukan pada pasien terkait dengan pembedahan, keluarga mengetahui manfaat dan tujuan serta segala resiko dan konsekuensinya.

3. Pengkajian Intra Operatif

Pengkajian adalah upaya mengumpulkan data secara lengkap dan sistematis untuk dikaji dan dianalisis sehingga masalah keperawatan yang dihadapi dari fisik, mental, sosial maupun spiritual dapat ditentukan. Tahap ini mencakup tiga kegiatan, yaitu pengumpulan data, analisis data dan penentuan masalah kesehatan (Simamora & Fathi, 2019).

Pengkajian intraoperatif dengan mengutamakan empat aktivitas yang harus dikaji, antara lain : *Safety manajement*, monitoring fisiologis, dukungan psikologis, dan tim operasi (Nuraini, 2019). Menurut (Farhan & Ratnasari, 2019), pengkajian yang dilakukan oleh perawat intraoperatif lebih kompleks dan harus dilakukan secara cepat dan ringkas agar dapat segera dilakukan tindakan keperawatan yang sesuai sehingga kejadian pada pasien baik yang bersifat resiko maupun aktual dapat teratasi. Pengkajian yang dilakukan intraoperatif meliputi:

- a. Validasi identitas
- b. Proses keperawatan pemberian anestesi dan prosedur pembedahan
- c. Konfirmasi kelengkapan data penunjang laboratorium dan radiologi

4. Pengkajian Post operatif

Pengkajian adalah upaya mengumpulkan data secara lengkap dan sistematis untuk dikaji dan dianalisis sehingga masalah keperawatan yang dihadapi pasien baik fisik, mental, sosial maupun spiritual dapat ditentukan. Tahap ini mencakup tiga kegiatan, yaitu pengumpulan data, analisis data dan penentuan masalah kesehatan serta keperawatan (Simamora & Fathi, 2019).

Setelah dilakukan pembedahan pasien akan masuk ke ruang pemulihan untuk memantau tanda-tanda vitalnya sampai ia pulih dari anestesi dan bersih secara medis untuk meninggalkan ruangan operasi. Dilakukan pemantauan spesifik termasuk ABC yaitu *airway, breathing, circulation*. Tindakan dilakukan untuk upaya pencegahan post operasi, ditakutkan ada tanda-tanda syok seperti hipotensi, takikardi, gelisah, susah bernapas, sianosis, SpO2 rendah. suhu tubuh: normal fisiologis yaitu 36,5 °C-37,5 °C. Kenyamanan, meliputi: terdapat nyeri, mual dan muntah Balutan, meliputi: keadaan drain dan terdapat pipa yang harus di sambung dengan sistem drainase.

5. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap pengalaman atau respon individu, keluarga, atau komunitas pada masalah Kesehatan, pada risiko masalah kesehatan atau pada proses kehidupan (PPNI, 2017).

a. Pre Operatif

Diagnosa keperawatan berdasarkan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (PPNI, 2017) yang muncul pada fase pre operatif pada kasus kanker rektum yaitu :

- 1) Ansietas berhubungan dengan krisis situasional operasi (D. 0080)
- 2) Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas gastrointestinal (D.0049)

b. Intra Operatif

Diagnosa keperawatan berdasarkan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (PPNI, 2017) yang muncul pada fase intra operatif pada kasus kanker rektum yaitu:

- 1) Hipovolemi berhubungan dengan prosedur pembedahan (D.0023)

c. Post Operatif

Diagnosa keperawatan berdasarkan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (PPNI, 2017) yang muncul pada fase post operatif pada kasus kanker rektum yaitu:

- 1) Risiko perdarahan ditandai dengan tindakan pembedahan (D.0012)
- 2) Gangguan integritas kulit berhubungan dengan luka operasi (D.0129)

d. Rawat Inap

Diagnosa keperawatan berdasar kan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (PPNI, 2017), yang muncul saat rawat inap pada kasus kanker rektum yaitu :

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)

- 2) Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Tirah Baring (D.0109)
- 3) Gangguan Integritas Kulit berhubungan dengan luka post operasi (D.0129)

6. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala jenis perawatan yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran yang diharapkan. Intervensi keperawatan untuk diagnosa yang muncul pada fase pre, intra dan post operatif berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018) meliputi:

Tabel 2. 1 Intervensi Keperawatan

Fase	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
Pre	Anxietas berhubungan dengan krisis situasional operasi (D. 0080)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan Anxietas berkurang dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 2. Perilaku gelisah menurun 3. Tanda-tanda vital dalam batas normal 4. Konsentrasi meningkat <p>(L.09093)</p>	<p>REDUKSI ANXIETAS (I.09314)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi saat tingkat anxietas berubah (mis. Kondisi, waktu, stressor) 2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan 3. Monitor tanda anxietas (verbal dan non verbal) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan , jika memungkinkan 3. Pahami situasi yang membuat anxietas 4. Dengarkan dengan penuh perhatian 5. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 6. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan 7. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami 2. Informasikan secara aktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis 3. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu 4. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan 5. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi

			6. Latih kegiatan pengalihan, untuk mengurangi ketegangan 7. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat 8. Latih teknik relaksasi Kolaborasi Kolaborasi pemberian obat anti anxietas, jika perlu
	Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas gastrointestinal (D.0049)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tidak ada keluhan mengenai pengeluaran feses dengan kriteria hasil : - Keluhan defekasi sulit berkurang - Distensi abdomen menurun - Nyeri abdomen berkurang - Konsistensi feses membaik - Peristaltik usus normal (L. 04033)	Manajemen Eliminasi Fekal (I.04151) 1. Identifikasi masalah usus 2. Monitor BAB (warna, frekuensi, konsistensi, volume)
Intra	Hipovolemi berhubungan dengan prosedur pembedahan (D.0023)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kehilangan cairan aktif tidak terjadi dengan kriteria hasil: 1. Kekuatan nadi meningkat 2. Turgor kulit membaik	Manajemen Hipovolemi (I.03116) Observasi 1. Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis. frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering, volume urine menurun, hematokrit meningkat, haus dan lemah)

		<p>3. Output urine balance</p> <p>4. Hemoglobin dalam batas normal</p> <p>5. Hematokrit dalam rentang normal</p> <p>6. Tekanan darah, suhu, nadi dalam batas normal</p> <p>(L.03028)</p>	<p>2. Monitor intake dan output cairan</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hitung kebutuhan cairan 2. Berikan posisi modified trendelenburg 3. Berikan asupan cairan oral <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral 2. Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis. cairan NaCl, RL) 2. Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis. glukosa 2,5%, NaCl 0,4%) 3. Kolaborasi pemberian cairan koloid (mis. albumin, plasmanate) 4. Kolaborasi pemberian produk darah
Post	<p>Risiko perdarahan ditandai dengan tindakan pembedahan (D.0012)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat perdarahan masif tidak terjadi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perdarahan anus menurun 2. Distensi abdomen menurun 3. Perdarahan pasca operasi menurun 	<p>PENCEGAHAN PENDARAHAN (I.02067)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala perdarahan 2. Monitor nilai hematokrit/homoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah 3. Monitor tanda-tanda vital ortostatik 4. Monitor koagulasi (mis. Prothombin time (TM), partial thromboplastin time (PTT), fibrinogen, degradasi fibrin dan atau platelet) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan bed rest selama perdarahan 2. Batasi tindakan invasif, jika perlu 3. Gunakan kasur pencegah dikubitus 4. Hindari pengukuran suhu rektal

		<p>4. Hemoglobin dalam batas normal</p> <p>5. Hematokrit menurun</p> <p>6. Tekanan darah, suhu, nadi dalam batas normal</p> <p>(L.02017)</p>	<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala perdarahan 2. Anjurkan menggunakan kaus kaki saat ambulasi 3. Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi 4. Anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan 5. Anjurkan meningkatkan asupan makan dan vitamin K 6. Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian obat dan mengontrol perdarahan, jika perlu 2. Kolaborasi pemberian produk darah, jika perlu 3. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu
	<p>Gangguan Integritas Kulit berhubungan dengan luka operasi (D.0129)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan integritas kulit membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kulit terhidrasi - Kerusakan jaringan kulit menurun - Nyeri berkurang - Hematoma tidak ada <p>(L.14125)</p>	<p>Perawatan Luka (I. 4564)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor karakteristik luka (drainase, warna, ukuran, bau) - Monitor tanda-tanda infeksi <p>Teraupetik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lepaskan balutan dan plester secara perlahan - Pasang balutan sesuai jenis luka - Pertahankan teknik steril saat perawatan luka - Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tanda dan gejala infeksi - Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri - Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein <p>Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi pemberian antibiotik</p>

RAWAT INAP			
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Pasien mengatakan nyeri berkurang 2. Pasien tampak rileks 3. Tanda – tanda vital dalam batas normal (L.08063)	MANAJEMEN NYERI (I.08238) Observasi - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi , frekuensi , kualitas , intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respon nyeri non verbal - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan - Monitor efek samping penggunaan analgesic Teraupetik - Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri - Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi - Jelaskan strategi meredakan nyeri - Anjurkan monitor nyeri secara mandiri - Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi Kolaborasi pemberian analgetik
2	Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan tirah baring (D.0109)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil : - Kemampuan mandi meningkat - Kemampuan berpakaian	Dukungan Perawatan Diri (I.11348) Observasi - Identifikasi kebiasaan perawatan diri sesuai usia - Monitor tingkat kemandirian - Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri Teraupetik - Sediakan lingkungan yang teraupetik

		<p>meningkat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kemampuan BAB/BAK meningkat - Mempertahankan diri meningkat - Mempertahankan kebersihan mulut meningkat <p>(L.11103)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Siapkan keperluan pribadi - Damping dalam melakukan perawatan diri - Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan - Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri - Jadwalkan rutinitas perawatan diri <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan
3	<p>Gangguan Integritas Kulit berhubungan dengan luka post operasi (D.0129)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan integritas kulit membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kulit terhidrasi - Kerusakan jaringan kulit menurun - Nyeri berkurang - Hematoma tidak ada <p>(L.14125)</p>	<p>Perawatan Luka (I. 4564)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor karakteristik luka (drainase, warna, ukuran, bau) - Monitor tanda-tanda infeksi <p>Teraupetik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lepaskan balutan dan plester secara perlahan - Bersihkan jaringan nekrotik - Pasang balutan sesuai jenis luka - Pertahankan teknik steril saat perawatan luka - Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tanda dan gejala infeksi - Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri - Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein <p>Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi pemberian antibiotik</p>

7. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan salah satu tahap pelaksanaan dalam proses keperawatan dalam implementasi terdapat susunan dan tatanan pelaksanaan yang akan mengatur kegiatan pelaksanaan sesuai dengan diagnosa keperawatan dan intervensi keperawatan yang sudah ditetapkan (Lingga, 2019).

8. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan yaitu penilaian akhir untuk menentukan seberapa jauh keberhasilan yang dicapai sebagai keluaran dari tindakan keperawatan dimulai dari perumusan masalah di diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan atau tahap evaluasi itu sendiri (yunus, 2019).

C. Konsep Kanker rektum

1. Definisi Kanker Rektum

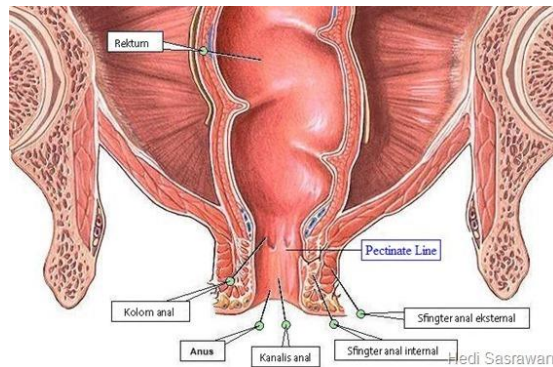
Kanker rektum adalah suatu tumor maligna yang muncul dari jaringan epitelial dari rektum. Rektum merupakan bagian dari saluran pencernaan yang fungsinya adalah untuk menghasilkan energi bagi tubuh dan membuang zat-zat yang tidak berguna (Hildawati, 2020).

Kanker rektum merupakan bentuk keganasan atau pertumbuhan sel abnormal pada rektum yang paling sering terjadi pada sistem saluran cerna. Masalah yang sering dialami pada pasien kanker yaitu adanya rasa ketidaknyamanan seperti rasa nyeri yang berasal dari penekanan sel kanker ataupun dari tindakan pembedahan (Mistati, 2019).

Kanker rektum adalah jenis kanker yang umum di Indoneisa. Saat ini, kanker rektum masuk peringkat tiga besar dibanyak negara Asia (Pourhoseingholi, 2012) dalam (Yusuf et al., 2021).

Tingginya kasus kanker rektum disebabkan karena hampir setengah dari pasien terdiagnosis pada tahap lanjutan dan sedikit yang ditemukan pada stadium / staging awal (stadium I atau staging localized) sehingga penanganan sulit dilakukan (Yusmaidi et al., 2020).

2. Anatomi Fisiologi



Gambar 2. 1 Anatomi Rektum

Sumber : <https://hedisasrawan.blogspot.com>

Rektum termasuk kedalam bagian usus besar. Rektum adalah bagian saluran pencernaan selanjutnya dengan panjang 12-13 cm dan meluas dari kolon sigmoid ke diafragma melvis. Rektum berakhir pada saluran anal dan membuka ke eksterior di anus. Terdapat mukosa saluran anal yang tersusun dari kolumna rektal atau anal yaitu lipatan vertikal yang masing-masing berisi arteri dan vena. Dan terdapat sfingter anal internal otot polos (*involunteer*) dan sfingter anal internal otot polos dan sfingter anal eksternal otot rangka (*volunteer*) mengitari anus (Susanto, 2017).

3. Epidemiologi Kasus

Menurut data dari Globocan, insidensi kanker rektum di Indonesia adalah 16.059 kasus dengan proporsi 4% dari seluruh kasus kanker yang dilaporkan. Adapun mortalitas dari kanker rektum pada tahun 2020 dilaporkan sebanyak 8.342 mortalitas, yang berkontribusi sebesar 3,6% dari seluruh mortalitas akibat kanker (Bray et al., 2018).

4. Etiologi

Menurut (Sayuti & Nouva, 2019), etiologi kanker kolorektal hingga saat ini masih belum diketahui. Penelitian saat ini menunjukkan bahwa faktor genetik memiliki korelasi terbesar untuk kanker kolorektal. Mutasi dari gen *Adenomatous Polyposis Coli* (APC) adalah penyebab *Familial*

Adenomatous polyposis (FAP), yang mempengaruhi individu membawa resiko hampir 100% mengembangkan kanker usus besar pada usia 40 tahun. Banyak faktor yang dapat meningkatkan resiko terjadinya kanker rektum diantaranya adalah :

a. Diet tinggi lemak, rendah serat

Salah satu faktor risiko meningkatnya angka kejadian karsinoma rektal adalah perubahan diet pada masyarakat. Diet rendah serat dan tinggi lemak diduga meningkatkan risiko karsinoma rektal. Sejumlah penelitian epidemiologi menunjukkan diet tinggi serat berkorelasi negatif dengan risiko kanker rektum. Seseorang dengan asupan rendah serat mempunyai risiko 11 kali lebih besar terkena karsinoma rektal dibandingkan dengan tinggi serat. Sedangkan asupan serat harian rata-rata orang Indonesia masih rendah sebesar 10,5 g/hari. Serat memberikan efek protektif dari sel kanker dengan mempercepat waktu kontak antara karsinogen dan usus besar saat penggumpalan feses, sehingga menipiskan dan menonaktifkan karsinogen.

b. Usia lebih dari 50 tahun

c. Riwayat keluarga satu tingkat generasi dengan Riwayat kanker rektum mempunyai risiko 3 kali lebih besar

d. *Crohn disease*, berisiko 4 sampai 10 kali lipat

5. Manifestasi Klinis

Menurut (Sayuti & Nouva, 2019), Gejala umum yang sering terjadi pada kanker rektum yaitu :

a. Diare atau sembelit

b. Perut terasa penuh

c. Ditemukannya darah di feses

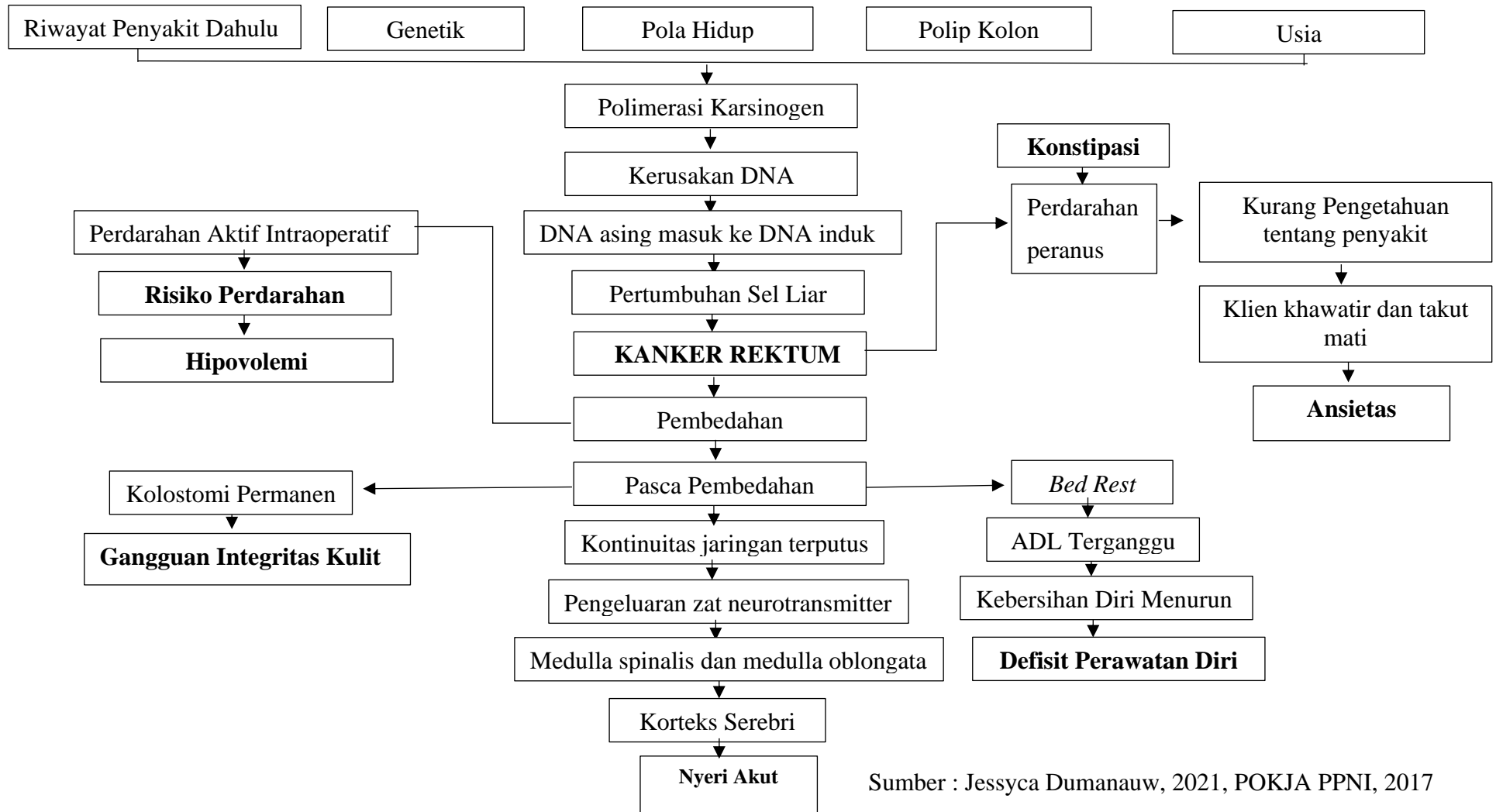
d. Feses yang dikeluarkan lebih sedikit dari biasanya

e. Sering mengalami sakit perut, kram perut, dan kembung

f. Kehilangan berat badan tanpa alasan yang belum diketahui

g. Mual dan muntah

6. Pathway



Sumber : Jessyca Dumanauw, 2021, POKJA PPNI, 2017

7. Patofisiologi

Kanker rektum terutama (95%) adenokarsinoma (muncul dari lapisan epitel usus). Dimulai sebagai polip jinak tetapi dapat menjadi ganas dan menyusup serta merusak jaringan normal serta meluas kedalam struktur sekitarnya. Sel kanker dapat terlepas dari tumor primer dan menyebar kebagian tubuh yang lain (Suratun & Lusianah, 2014) dalam (Dumanauw, 2020).

Karsinogen adalah substansi yang mengakibatkan perubahan pada struktur dan fungsi sel menjadi bersifat maligna. Maligna merupakan peroses perubahan sel normal menjadi sel kanker. Transformasi maligna diduga mempunyai sedikitnya tiga tahapan proses seluler yaitu inisiasi merupakan perubahan dalam bahan genetika yang memicu sel menjadi ganas, promosi yaitu perubahan sel menjadi ganas dan progresi yaitu tahap akhir terbentuknya sel kanker (Smeltzer, 2016) dalam (Sabila, 2021).

8. Klasifikasi Kanker Rektum

Klasifikasi stadium kanker kolorektal yaitu mengelompokkan kanker rektum ke dalam stadium yang tepat, berdasarkan ciri-ciri tertentu. Ciri-ciri itu dapat berupa kedalaman invasi sel kanker pada dinding usus besar, tingkat penyebaran pada kelenjar getah bening, dan adanya metastasis, yang diperoleh dari hasil *colonoscopy* baik pada pasien kanker kolorektal maupun bukan pasien kanker kolorektal (Simanjuntak, 2019).

a. Stadium 0

Dalam tahap 0 dikenal juga dengan karsinoma. Penyakit kanker kolorektal pada stadium 0, kanker hanya berada didalam lapisan usus besar atau direktum saja. Treatment lebih lanjut tidak dibutuhkan jika kanker sudah diangkat pada proses endoskopi polipektomi.

b. Stadium 1

Kanker telah berkembang ke lapisan kedua atau ketiga dinding usus. Namun belum menyebar ke lapisan luar dinding usus.

c. Stadium 2

Kanker telah berkembang ke lapisan keempat atau lapisan lapisan terluar usus dan telah menyebar kelenjar getah bening.

d. Stadium 3

Kanker telah memasuki tahap lanjut. Sel kanker telah menyebar ke jaringan terdekat usus besar dan rektum

e. Stadium 4

Kanker telah memasuki tahap akut. Penyebaran telah sampai ke organ-organ vital didalam tubuh misalnya hati, paru-paru, dan juga ovarium atau indung telur.

9. Komplikasi

Metastasis sering terjadi ke kelenjar getah bening dan organ lain, misal ke hati, paru dan otak. Komplikasi lainnya sebagai berikut;

- a. Pertumbuhan tumor dapat menyebabkan obstruksi usus partial/lengkap.
- b. Pertumbuhan dan ulserasi dapat menyerang pembuluh darah sekitar kolon yang menyebabkan hemoragi.
- c. Perforasi dapat terjadi yang menyebabkan pembentukan abses.
- d. Peritonitis /sepsis yang dapat menimbulkan syok.

10. Pemeriksaan Penunjang

a. 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 di atas, 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 (Sayuti & Nouva, 2019).

b. Pemeriksaan 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. Dari pemeriksaan histopatologi inilah dapat diperoleh karakteristik berbagai jenis kanker maupun karsinoma rektal ini.

c. Radiologi

Pemeriksaan radiologi yang dapat dilakukan yaitu foto polos abdomen atau menggunakan kontras. Teknik yang sering digunakan adalah dengan memakai double kontras barium.

Computerised Tomography scan (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 (Sayuti & Nouva, 2019).

d. Kolonoskopi

Kolonoskopi dapat digunakan untuk menunjukkan gambaran seluruh mukosa kolon dan rektum. Prosedur kolonoskopi dilakukan saluran pencernaan dengan menggunakan alat kolonoskop, 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%).

11. Penatalaksanaan

a. Tindakan Operasi

Pembedahan merupakan pengobatan utama untuk kanker usus stadium awal. Pada kasus kanker rectum terdapat banyak metode pembedahan, yaitu :

i. Reseksi *low anterior*

Metode ini dilakukan bila posisi kanker terletak diatas rectum dekat dengan perbatasan usus besar. Dokter bedah membuat sayatan untuk mengangkat bagian yang terkena kanker beserta kelenjar getah bening yang terinfeksi, tanpa mempengaruhi anus. Pada metode ini pasien dapat BAB seperti biasa.

ii. *Proctectomy* dengan *colo-anal anastomosis*

Metode ini digunakan bila letak kanker diantara bagian tengah dan 2/3 bawah dubur. Maka seluruh rectum dan usus besar yang melekat pada anus perlu diangkat. Untuk itu dokter membuat kantung pembuatan tinja sementara (ostomi) sampai ususnya sembuh. Operasi kedua diperlukan kemudian untuk menutup pembukaan ostomi.

iii. Reseksi Abdominoperineal

Metode ini digunakan apabila kanker terletak pada bagian bawah rectum dekat dengan anus, maka ahli bedah perlu mengangkat sampai ke anusnya. Untuk itu dokter membuat lubang pembuangan tinja permanen perlu dibuat untuk mengeluarkan tinja/kotoran dari tubuh pasien.

iv. Eksenterasi Panggul

Jika kanker rektum sudah menyebar ke organ terdekat, maka diperlukan suatu pembedahan radikal yang mungkin melibatkan pengangkatan usus besar, anus ataupun kandung

kemih/prostat/Rahim yang terinfeksi. Suatu ostomy diperlukan untuk pembuangan tinja permanen. Jika kandung kemih diangkat maka akan dibuat urostomi untuk pembuangan air seni, jika diperlukan.

b. Radioterapi

Terapi radiasi merupakan penanganan kanker dengan menggunakan x-ray berenergi tinggi untuk membunuh sel kanker. Terdapat dua cara pemberian terapi radiasi, yaitu dengan radiasi eksternal dan radiasi internal. Pemilihan cara radiasi diberikan bergantung pada tipe dan stadium dari kanker. Radiasi eksternal (*External Beam Therapy*) merupakan penanganan dimana radiasi tingkat tinggi secara tepat diarahkan pada sel kanker. Sejak radiasi digunakan untuk membunuh sel kanker, maka dibutuhkan pelindung khusus untuk melindungi jaringan yang sehat disekitarnya. Terapi radiasi tidak menyakitkan dan pemberian radiasi hanya berlangsung beberapa menit. Radiasi internal (*brachytherapy, implant radiation*) menggunakan radiasi yang diberikan ke dalam tubuh sedekat mungkin pada sel kanker. Substansi yang menghasilkan radiasi disebut radioisotop, bisa dimasukkan dengan cara oral, parenteral atau implant langsung pada tumor. Radiasi internal memberikan tingkat

c. Kemoterapi

Peran kemoterapi dalam tatalaksana kanker rektum adalah sebagai terapi neoadjuvan pre-operatif, konkuren sebagai *radiosensitizer* dan adjuvan pasca operatif. Pada tahap paliatif, kemoterapi merupakan pilihan utama terapi. Pemberian kemoterapi neoadjuvan secara bersamaan dengan radioterapi merupakan rekomendasi pilihan terapi bagi kanker rektum stadium lanjut lokal.

d. Kolostomi

Kolostomi adalah pembuatan lubang sementara atau permanen dari usus besar melalui dinding perut dengan tindakan bedah bila jalan ke anus tidak bisa berfungsi, dengan cara pengalihan aliran feses dari kolon karena gangguan fungsi anus. Tujuan kolostomi adalah untuk mengatasi proses patologis pada kolon distal dan untuk proses dekompresi karena sumbatan usus besar distal dan selalu dibuat pada dinding depan abdomen. Indikasi kolostomi pada klien kanker rektum meliputi sumbatan di lumen rektum, anus karena infeksi berat lama, fibrosis pasca infeksi, sumbatan diluar lumen (proses infeksi pada pelvis), trauma anus-rektum. Kolostomi dibuat berdasarkan indikasi dan tujuan tertentu, sehingga jenisnya ada beberapa macam tergantung dari kebutuhan klien. Kolostomi dapat dibuat secara permanen maupun sementara (Suratun & Lusianah, 2014). Berikut jenis-jenis kolostomi (Suratun & Lusianah, 2014):

1) Kolostomi permanen

Pembuatan kolostomi permanen biasanya dilakukan apabila klien sudah tidak memungkinkan untuk defekasi secara normal karena adanya keganasan, perlengketan (adhesi), atau pengangkatan kolon sigmoid atau rektum sehingga tidak memungkinkan feses melalui anus. Kolostomi permanen biasanya berupa kolostomi single barrel (dengan satu ujung lubang).

2) Kolostomi temporer/sementara

Pembuatan kolostomi temporer biasanya untuk tujuan dekompresi kolon atau untuk mengalirkan feses sementara dan kemudian kolon akan dikembalikan seperti semula dan abdomen ditutup kembali. Kolostomi temporer ini mempunyai dua ujung lubang yang dikeluarkan melalui abdomen yang disebut kolostomi double barel.

Menurut society, 2017 pembedahan adalah pengobatan yang tepat untuk kanker rektum. Perawatan tambahan seperti kemoterapi dan radiasi, sering digunakan sebelum operasi dan atau setelah operasi untuk mengurangi resiko metastasis.

D. Jurnal Terkait

1. Menurut penelitian dari (Rokawie et al., 2017) dengan judul penelitian “Relaksasi Napas Dalam Menurunkan Kecemasan Pasien Pre Operasi Bedah Abdomen” yang bertujuan untuk mengetahui efek relaksasi napas dalam terhadap kecemasan dengan jumlah partisipan sebanyak 124 pasien. Diketahui tingkat kecemasan tertinggi pada pasien dengan Pendidikan rendah. Semakin tinggi Pendidikan seseorang maka kecemasannya tidak terlalu besar. Hasil dari penelitian ini adalah terdapat pengaruh penurunan kecemasan pada pasien yang menerapkan relaksasi napas dalam di RS Ahmad Yani Metro.
2. Menurut penelitian yang dilakukan oleh (Arafah et al., 2017) dengan judul penelitian “Pengalaman Spiritual Pasien Kanker Kolon Dengan Kolostomi Permanen” yang dilakukan pada 7 orang partisipan, lalu dilakukan wawancara selama 1-2 kali dalam 30-60 menit untuk 1 pertemuan. Partisipan mengungkapkan perubahan status kesehatan setelah terpasang kolostomi meningkatkan kepercayaan akan kekuasaan Allah SWT. Makna yang dirasakan partisipan dalam kehidupan spiritualnya adalah lebih bertawakkal dan percaya sepenuhnya akan ketetapan Allah. Kesimpulan yang dapat diambil dari penelitian ini adalah terjadi perubahan spiritual positif pada pasien kanker kolorektal setelah terpasang kolostomi permanen dengan meningkatnya kepercayaan dan keyakinan akan kekuasaan Allah SWT. Namun terjadi perubahan dalam pelaksanaan ritual ibadah pada pasien setelah terpasang kolostomi yaitu perubahan dalam melaksanakan ibadah sholat, bersuci/berwudhu dan puasa Pasien dengan kolostomi permanen membutuhkan tuntunan yang terinci tentang pelaksanaan ibadah agar dapat melaksanakan ritual ibadah dengan mantap dan tanpa keraguan dihati.

3. Menurut penelitian (putri et al., 2019), dengan judul penelitian “Hubungan Self Efficacy dengan Kualitas Hidup Pasien Kanker Kolorektal di RSUD dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019” tujuan dari penelitian ini adalah untuk melihat pola kehidupan pasien dengan kanker kolorektal di kota bukit tinggi. Menunjukkan hasil bahwa *self efficacy* dengan kualitas hidup penderita kanker kolorektal memiliki hubungan yang sangat kuat.