

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

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

##### **1. Konsep Perioperatif**

Keperawatan perioperatif merupakan istilah yang digunakan untuk menggambarkan keragaman fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan pasien yang mencakup tiga fase yaitu pre operatif, intra operatif, dan post operatif (Farhan & Ratnasari, 2019)

Tiga fase dalam periode perioperatif, yaitu:

##### **a. Fase Pre operatif**

Fase ini 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 pengkajian dasar pasien di tatanan klinik ataupun rumah, wawancara pra operatif dan menyiapkan pasien untuk anastesi yang diberikan dan pembedahan.

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

##### **1) Persiapan psikologi**

Kecemasan merupakan respon adaptif yang normal terhadap stressor karena pembedahan. Rasa cemas biasanya timbul pada tahap pre operatif ketika pasien takut atau khawatir akan tindakan pembedahan yang akan membuat perubahan pada citra tubuh dan fungsi tubuh. Hal ini dapat diatasi dengan memberikan penyuluhan untuk mengurangi kecemasan pasien.

Penyuluhan dapat meliputi penjelasan tentang tindakan-tindakan yang akan dialami pasien, persiapan sebelum tindakan operasi dilakukan, memberikan kesempatan pada pasien dan keluarga untuk

menanyakan tentang prosedur operasi, dan kolaborasi dengan dokter terkait untuk pemberian obat premedikasi (Farhan & Ratnasari, 2019).

2) Persiapan fisiologi, meliputi:

a) Puasa

Pada operasi dengan anestesi umum, 8 jam menjelang operasi pasien tidak diperbolehkan makan, 4 jam sebelum operasi pasien tidak diperbolehkan minum. Pada operasi dengan anestesi lokal dan anestesi spinal, pasien diperbolehkan untuk makan makanan ringan. Tujuannya agar tidak terjadi aspirasi 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 *periferal*. Tujuannya mencegah cedera kolon, mencegah konstipasi, dan mencegah infeksi.

c) Persiapan kulit

Persiapan kulit yaitu daerah yang akan dioperasi harus bebas dari rambut.

d) Hasil pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang seperti hasil laboratorium foto *rontgen*, ECG, USG, dan lain-lain. Persetujuan operasi/*informed consent* adalah izin tertulis tanda setuju tindakan operasi dari pasien/keluarga harus tersedia.

b. Fase Intraoperatif

Fase ini dimulai ketika pasien masuk atau dipindah ke instalasi bedah dan berakhir saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan (*recovery room*). Pada fase ini lingkup aktivitas keperawatan mencakup pemasangan IV *catheter*, pemberian medikasi intravena, melakukan pemantauan kondisi fisiologis menyeluruh sepanjang prosedur pembedahan dan menjaga keselamatan pasien. Contohnya yaitu 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 (Farhan & Ratnasari, 2019).

Aktivitas keperawatan yang termasuk dalam fase ini di antaranya meliputi berbagai prosedur khusus yang dirancang untuk menciptakan dan mempertahankan lingkungan terapeutik yang aman bagi pasien dan keluarga.

1). Persiapan pasien di meja operasi

Persiapan di ruang serah terima diantaranya adalah prosedur administrasi, persiapan anastesi dan kemudian prosedur *drapping*.

2). Prinsip-prinsip umum

Prinsip aseptis ruangan antiseptis dan aseptis adalah suatu usaha untuk agar dicapainya keadaan yang memungkinkan terdapatnya kuman-kuman pathogen dapat dikurangi atau ditiadakan. Cakupan tindakan antiseptis adalah selain alat-alat bedah, seluruh sarana kamar operasi, alat-alat yang dipakai personel operasi (sandal, celana, baju, masker, topi, dan lain-lainnya) dan juga cara membersihkan/ melakukan desinfeksi dari kulit atau tangan (HIPKABI, 2014).

3). Fungsi keperawatan intra operatif

Perawat sirkulasi berperan mengatur ruang operasi dan melindungi keselamatan dan kebutuhan pasien dengan memantau aktivitas anggota tim bedah dan memeriksa kondisi didalam ruang operasi. Tanggung jawab utamanya meliputi memastikan kebersihan, suhu sesuai, kelembapan, pencahayaan, menjaga peralatan tetap berfungsi dan ketersediaan berbagai material yang dibutuhkan sebelum, selama, dan sesudah operasi (HIPKABI, 2014).

4). Aktivitas keperawatan secara umum

Aktivitas keperawatan yang dilakukan selama tahap intra operatif meliputi *safety management*, monitor fisiologis, monitor psikologis, pengaturan dan koordinasi *nursing care*.

Menurut Majid (2011) anggota tim asuhan pasien intra operatif biasanya di bagi dalam dua bagian yaitu :

- a) Anggota steril, terdiri dari: ahli bedah utama / operator, asisten ahli bedah, *scrub nurse*/perawat instrumen.
- b) Anggota tim yang tidak steril, terdiri dari: ahli atau pelaksana anaestesi, perawat sirkulasi dan anggota lain (operator alat, ahli patologi, dan lainnya)

Pembagian tugas tim operasi antara lain :

- a) Perawat steril :
  - (1) Mempersiapkan pengadaan alat dan bahan yang diperlukan untuk operasi.
  - (2) Membantu ahli bedah dan asisten bedah saat prosedur bedah berlangsung.
  - (3) Membantu persiapan pelaksanaan alat yang dibutuhkan seperti jarum, pisau, kassa dan instrumen yang dibutuhkan untuk operasi.
- b). Perawat sirkuler :
  - (1) Mempertahankan lingkungan yang aman dan nyaman.
  - (2) Menyiapkan bantuan kepada tiap anggota tim menurut kebutuhan.
  - (3) Memelihara komunikasi antar anggota tim di ruang bedah.
  - (4) Membantu mengatasi masalah yang terjadi.

### c. Fase Pascaoperatif

Dimulai dengan masuknya pasien ke ruang pemulihan dan berakhir dengan evaluasi tindak lanjut pada tatanan klinik atau di rumah. Lingkup aktivitas keperawatan mencakup rentang aktivitas yang luas selama periode ini. Pada fase ini, fokus pengkajian meliputi efek agen anastesi dan memantau fungsi vital serta mencegah komplikasi.

Aktivitas keperawatan kemudian berfokus pada peningkatan penyembuhan pasien dan melakukan penvuluhan, perawatan tindak lanjut dan rujukan yang penting untuk penyembuhan dan rehabilitasi serta pemulangan ( Farhan & Ratnasari, 2019)

## B. Tinjauan Asuhan Keperawatan Perioperatif

### 1. Fase Pre Operatif

#### a. Pengkajian

Menurut Farhan & Ratnasari (2019) keperawatan pre operatif merupakan tahapan awal dari keperawatan perioperatif. Kesuksesan tindakan pembedahan secara keseluruhan sangat tergantung pada fase ini. Adapun pengkajian yang perlu dilakukan sebelum menjalani tindakan pembedahan adalah sebagai berikut

#### 1) Pengkajian umum

Sebelum dilakukan pembedahan, penting dilakukan pemeriksaan status kesehatan umum meliputi identitas, jenis pekerjaan, asuransi kesehatan serta persiapan umum seperti *informed consent*.

#### 2) Pengkajian riwayat kesehatan

Keluhan utama yang biasanya dirasakan pada pasien *Carsinoma Buli* adalah nyeri saat BAK (Polan 2016). Untuk memperoleh pengkajian yang lengkap tentang rasa nyeri pasien digunakan:

- a) *Provoking incident*: apakah ada peristiwa yang menjadi faktor presipitasi nyeri.
- b) *Quality of pain*: seperti apa rasa nyeri dirasakan atau digambarkan oleh pasien. Apakah seperti terbakar, berdenyut, atau menusuk.
- c) *Region*: apakah rasa sakit bisa reda, apakah rasa sakit menjalar atau menyebar, dimana rasa sakit terjadi.
- d) *Severity (scale) of pain*: seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan pasien, bisa berdasarkan skala nyeri atau pasien menerangkan seberapa jauh rasa sakit mempengaruhi kemampuan fungsinya
- e) *Time*: berapa lama nyeri berlangsung, kapan, apakah bertambah buruk pada malam hari atau siang hari.

*Visual Analog Scale (VAS)* adalah cara menghitung skala nyeri yang paling banyak digunakan oleh praktisi medis. VAS merupakan

skala linier yang akan memvisualisasikan gradasi tingkatan nyeri yang diderita oleh pasien. Pada metode VAS, visualisasinya berupa rentang garis sepanjang kurang lebih 10 cm, dimana pada ujung garis kiri tidak mengindikasikan nyeri, sementara ujung satunya lagi mengindikasikan rasa nyeri terparah yang mungkin terjadi. Selain dua indikator tersebut, VAS bisa diisi dengan indikator redanya rasa nyeri. VAS adalah prosedur penghitungan skala nyeri yang mudah untuk digunakan.



1.1 Gambar *Visual Analog Scale*

### 3) Pengkajian Psikososiospiritual

#### a) Kecemasan Praoperatif

Kecemasan praoperatif merupakan suatu respons antisipasi terhadap suatu pengalaman yang dapat dianggap pasien sebagai suatu ancaman terhadap perannya dalam hidup, integritas tubuh atau bahkan kehidupan itu sendiri. Prosedur pembedahan akan memberikan suatu reaksi emosional bagi pasien. Pikiran yang bermasalah secara langsung akan mempengaruhi fungsi tubuh. Oleh karena itu, penting untuk mengidentifikasi ansietas yang dialami pasien.

Pasien yang menghadapi pembedahan akan dilingkupi oleh ketakutan, termasuk ketakutan akan ketidaktahuan, kematian, anestesi dan kanker. Menurut Potter (2006) reaksi pasien terhadap pembedahan didasarkan pada banyak faktor, meliputi ketidaknyamanan dan perubahan-perubahan yang diantisipasi baik fisik, finansial, psikologis, spiritual, sosial atau hasil akhir pembedahan yang

diharapkan. Bagian terpenting dari pengkajian kecemasan praoperatif adalah untuk menggali peran orang terdekat, baik dari keluarga atau sahabat pasien. Adanya sumber dukungan orang terdekat akan menurunkan kecemasan.

b) Kepercayaan Spiritual

Kepercayaan spiritual memainkan peranan penting dalam menghadapi ketakutan dan ansietas. Tanpa memandang agama yang dianut pasien, kepercayaan spiritual dapat menjadi medikasi terapeutik. Keyakinan mempunyai kekuatan yang sangat besar, oleh karena itu kepercayaan yang dimiliki oleh setiap pasien harus dihargai dan didukung. Menghormati nilai budaya dan kepercayaan pasien dapat mendukung terciptanya hubungan saling percaya (Muttaqin & Sari, 2013).

3) Riwayat penyakit sekarang

Biasanya keluhan yang terasa pada pasien yaitu keluarnya darah saat buang air kecil, dan nyeri saat BAK (Polan 2016).

4) Riwayat penyakit dahulu

Orang-orang yang memiliki riwayat kanker kandung kemih, infeksi kronis saluran kencing, dan infeksi dari parasite memiliki kemungkinan untuk kembali memiliki penyakit yang sama (Indah 2019).

5) Riwayat penyakit keluarga

Keluarga yang memiliki riwayat kanker kandung kemih maupun kanker lain seperti kanker kolon dan kanker ginjal akan menimbulkan resiko kanker kandung kemih (Indah 2019).

6) Pemeriksaan fisik

a) Pemeriksaan fisik sistem perkemihan

(1) Inspeksi: Keadaan umum sistem perkemihan (ginjal, kandung kemih, alat genitalia, rectum dll), penggunaan alat bantu seperti : *condom catheter*, *folleys catheter*, silikon kateter atau *urostomy* atau supra pubik kateter.

- (2) Palpasi : Adanya nyeri tekan pada kuadran kiri dan kanan bawah, teraba distensi kandung kemih, teraba batu ginjal
- (3) Perkusi : Terdapat nyeri pada kuadran kiri dan kanan bawah
- (4) Auskultasi :Terdengar bruit renal pada sisi kanan dan kiri 2cm diatas umbilikis

b) Keadaan Umum

Pada pengkajian keadaan umum, secara ringkas perawat melakukan *survey* keadaan umum untuk mengobservasi penampilan umum pasien. Bentuk dan pergerakan tubuh dapat menggambarkan kelemahan yang disebabkan oleh penyakit yang berhubungan dengan adanya intervensi pembedahan.

c) Tingkat Kesadaran

Pada penilaian tingkat kesadaran digunakan skala koma *glasgow*. Skala tersebut memungkinkan pemeriksa untuk membuat peringkat tiga respons utama pasien terhadap lingkungan yaitu : membuka mata, mengucapkan kata dan gerakan.

d) Tanda-tanda Vital

Pemeriksaan fisik awal dilakukan dengan memeriksa tanda-tanda vital (TTV). Tanda vital diukur untuk menentukan status kesehatan atau menilai respon terhadap stress terhadap intervensi pembedahan.

Pemeriksaan tanda-tanda vital meliputi pengukuran suhu, nadi, tekanan darah dan frekuensi pernapasan. Sebagai indikator dari status kesehatan, ukuran-ukuran ini menandakan keefektifan sirkulasi, respirasi serta fungsi neurologis dan endokrin tubuh. Pengkajian tanda-tanda vital praoperatif memberikan data dasar yang penting untuk dibandingkan dengan perubahan tanda-tanda vital yang terjadi selama dan setelah pembedahan. Pengkajian tanda-tanda vital praoperatif juga penting untuk menentukan adanya abnormalitas cairan dan elektrolit (Muttaqin & Sari, 2013).



7) Hasil pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang laboratorium foto *rontgen*, ECG, USG, dan lain-lain.

b. Diagnosa Pre Operatif

1) Nyeri akut b.d agen pencidera fisiologis : *carsinoma buli*

Menurut SDKI oleh PPNI (2017) nyeri akut adalah 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 yang mempengaruhi penderita *carsinoma buli* mengalami nyeri akut disebabkan oleh adanya agen pencidera fisiologis: *carsinoma buli* yang ditandai dengan gejala dan tanda mayor yaitu :

- a) Subjektif: mengeluh nyeri.
- b) Objektif :tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur

Sedangkan untuk gejala dan tanda minornya, yaitu :

- a) Subjektif : tidak tersedia
- b) Objektif : tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis

2) Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan

Penyebab yang menjadi dasar ditegakkannya diagnosa ansietas pada pasien dengan indikasi *carsinoma buli* adalah kekhawatiran mengalami kegagalan yang ditandai dengan gejala dan tanda mayor:

- a) Subjektif : bingung, merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, dan sulit berkonsentrasi.
- b) Objektif : tampak gelisah, tampak tegang, dan sulit tidur.

Sedangkan untuk gejala dan tanda minor pada ansietas, yaitu :

- a) Subjektif : mengeluh pusing, anoreksia, palpitasi, dan merasa tidak berdaya

b)Objektif : frekuensi napas meningkat, frekuensi nadi meningkat, tekanan darah meningkat, diaforesis, tremor, muka tampak pucat, suara bergetar, kontak mata buruk, sering berkemih, berorientasi pada masa lalu.

c. Rencana Keperawatan Preoperatif

Tabel 2.1 Intervensi Pre Operasi

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Intervensi berdasarkan jurnal/penelitian
1.	Pre Operatif Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (D.0077)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan nyeri menurun (L.08066) dengan kriteria hasil: a. Keluhan nyeri menurun b. Melaporkan nyeri terkontrol meningkat	Manajemen Nyeri (I. 08238) Observasi a. Identifikasi lokasi,karakter stik, durasi, frekuensi, kualitas, intensita nyeri b. Identifikasi skala nyeri c. Identifikasi respons nyeri non verbal d. Identifikasi faktor yang mem perberat dan memperingan nyeri  Terapeutik a. Berikan teknik nonfarmakologis (misal: terapi musik, terapi pijat)  Edukasi a. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri b. Jelaskan strategi meredakan nyeri c. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri  Kolaborasi a. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	<i>Slow deep breathing</i> (Oktalina 2014)
2.	Pre Operatif Ansietas b.d kekhawatiran mengalami kegagalan (D.0080)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan ansietas berkurang atau hilang (L.09093) dengan kriteria hasil : a. Verbalisasi kebingungan	Reduksi Ansietas (I.09314) Observasi a. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah ( kondisi,waktu,stresor ) b. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan c. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal )	Tarik napas dalam (Manengkey & Tudu 2017)

	<p>menurun</p> <p>b. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun</p> <p>c. Perilaku gelisah menurun Perilaku tegang menurun</p>	<p>Terapeutik</p> <p>a. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</p> <p>b. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan</p> <p>c. Pahami situasi yang membuat ansietas</p> <p>d. Dengarkan dengan penuh perhatian</p> <p>e. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</p> <p>f. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan</p> <p>g. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang</p> <p>Edukasi</p> <p>a. Jelaskan prosedur serta sensasi yang mungkin dialami</p> <p>b. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis</p> <p>c. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien</p> <p>d. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif</p> <p>e. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat</p> <p>f. Latih teknik relaksasi</p> <p>Kolaborasi</p> <p>a. Kolaborasi pemberian obat antiansietas, <i>jika perlu</i></p>	
--	---	--	--

d. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil (Leniwita and Anggraini 2019).

e. Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna mengetahui tujuan dari tindakan keperawatan

yang telah dilakukan tercapai atau perlu melakukan intervensi lain. Evaluasi keperawatan pada fase pre operasi dengan diagnosa nyeri akut dan ansietas dapat dinyatakan tujuan dari tindakannya tercapai apabila tingkat nyeri menurun dan tingkat ansietas menurun (PPNI 2018)

## 2. Fase Intra Operatif

### a. Pengkajian

#### 1) Pengkajian status psikologis

Apabila pasien di anastesi lokal dan pasien dalam keadaan sadar maka sebaiknya perawat menjelaskan prosedur yang sedang dilakukan kepadanya dan memberi dukungan agar pasien tidak cemas atau takut menghadapi operasi

#### 2) Mengkaji tanda-tanda vital

Apabila terjadi ketidaknormalan maka perawat harus memberitahukan ketidaknormalan tersebut pada ahli bedah.

#### 3) Transfusi dan infus, monitor flabot sudah habis

### b. Diagnosa

Pada fase intra operasi tindakan TURB dilakukan dengan anastesi spinal. Anastesi spinal dapat menyebabkan terjadinya menggigil pada pasien yang merupakan respon terhadap hipotermia selama pembedahan antara suhu darah dan kulit dengan suhu inti tubuh. Anastesi spinal yang lama akan meningkatkan terpaparnya tubuh dengan suhu dingin sehingga menyebabkan perubahan temperatur tubuh (Widiyono, Suryani, & Setiyajati 2020). Oleh karenanya, diagnosa yang mungkin muncul pada fase intra operasi yaitu:

#### 1) Hipotermi berhubungan dengan efek agen farmakologis (PPNI 2017)

### c. Intervensi

Tabel 2.2 Intervensi Intra Operasi

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Intervensi berdasarkan jurnal/penelitian
1.	Intra Operasi Hipotermi berhubungan dengan efek agen farmakologis (D.0132)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan hipotermia dapat membaik dengan kriteria hasil : a. Menggigil menurun b. Pucat menurun c. Suhu tubuh membaik	Managemen Hipotermia Observasi a. Monitor suhu tubuh b. Identifikasi penyebab hipotermia (terpapar suhu lingkungan rendah, kerusakan hipotalamus, penurunan laju metabolisme, kekurangan lemak subkutan) c. Monitor tanda dan gejala akibat hipotermia Terapeutik a. Sediakan lingkungan yang hangat (atur suhu ruangan) b. Lakukan penghangatan pasif (selimut, menutup kepala, pakaian tebal) c. Lakukan penghangatan aktif eksternal (kompres hangat, selimut hangat, botol hangat, metode kangguru) d. Lakukan penghangatan aktif internal (infus cairan hangat, oksigen hangat, lavase peritoneal dengan cairan hangat)	Infus hangat

### d. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil (Leniwita and Anggraini 2019).

### e. Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu intervensi lain. Berdasarkan SLKI oleh

(PPNI 2018) hasil evaluasi pada fase intra operatif dengan diagnosa hipotermi dinyatakan tujuan dari tercapai apabila termogulasi membaik.

### **3. Fase Post Operatif**

#### **a. Pengkajian**

- 1) Setelah dilakukan pembedahan pasien akan masuk ke ruang pemulihan untuk memantau tanda-tanda vitalnya sampai ia pulih dari anastesi dan bersih secara medis untuk meninggalkan unit. 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, SPO<sub>2</sub> rendah.
- 2) Kenyamanan, meliputi : terdapat nyeri, mual dan muntah
- 3) Balutan, meliputi : keadaan drain dan terdapat pipa yang harus di sambung dengan sistem drainase
- 4) Perawatan, meliputi : cairan infus, kecepatan, jumlah cairan, kelancaran cairan. Sistem drainase : bentuk kelancaran pipa, hubungan dengan alat penampung, sifat dan jumlah drainase.
- 5) Nyeri, meliputi : waktu, tempat, frekuensi, kualitas dan faktor yang memperberat atau memperingan.

#### **b. Diagnosa**

Setelah tindakan reseksi selesai kandung kemih diirigasi, baik secara kontinu atau intermitten selama 24 jam pertama untuk mencegah terjadinya gumpalan darah. Sehingga pada pasien post TUR dapat terjadi komplikasi yaitu perdarahan untuk itu penting dilakukannya pemantauan irigasi *bladder* (Magdalena 2019). Selain itu setelah hilangnya efek anastesi pasien biasanya juga akan mengeluh nyeri. Sehingga diagnosa yang lazim muncul pada fase post operasi yaitu:

- 1) Risiko Perdarahan dd tindakan pembedahan
- 2) Nyeri akut bd agen pencidera fisik ( prosedur pembedahan)

c. Intervensi Keperawatan

Tabel 2.3 Intervensi *Post Operasi*

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Intervensi berdasarkan jurnal/penelitian
1.	Post Operatif Risiko Perdarahan b.d tindakan pembedahan (D.0012)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan risiko perdarahan menurun dengan kriteria hasil : a. Kelembaban membran mukosa meningkat b. Kelembaban kulit meningkat c. Hematuria menurun d. Hemoglobin membaik e. Hematokrit membaik f. Tekanan darah membaik g. Suhu tubuh membaik	<p>Pencegahan Perdarahan</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Monitor tanda dan gejala perdarahan</li> <li>Monitor nilai hematokrit/hemoglobin sebelum dan sesudah kehilangan darah</li> <li>Monitor tanda-tanda vital ortostatik</li> <li>Monitor koagulasi</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pertahankan bedrest selama perdarahan</li> <li>Batasi tindakan invasif, <i>jika perlu</i></li> <li>Gunakan kasur pencegah dekubitus</li> <li>Hindari pengukuran suhu rektal</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Jelaskan tanda dan gejala perdarahan</li> <li>Anjurkan menggunakan kaus kaki saat ambulasi</li> <li>Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk mencegah konstipasi</li> <li>Anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan</li> <li>Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K</li> <li>Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, <i>jika perlu</i></li> <li>Kolaborasi pemberian produk darah, <i>jika perlu</i></li> <li>Kolaborasi pemberian pelunak</li> </ol>	

			<i>tinja, jika perlu</i>	
6.	Post Operatif Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur pembedahan) (D.0077)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan nyeri akut berkurang atau hilang dengan kriteria hasil : a. Keluhan nyeri menurun b. Melaporkan nyeri terkontrol meningkat	Managemen Nyeri Observasi a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensita nyeri b. Identifikasi skala nyeri c. Identifikasi respons nyeri non verbal d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri  Terapeutik Berikan teknik nonfarmakologis (misal: terapi musik, terapi pijat)  Edukasi a. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri b. Jelaskan strategi meredakan nyeri c. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri  Kolaborasi a. Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i>	<i>Slow deep breathing</i> (Oktalina 2014)

d. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil (Leniwita and Anggraini 2019).

e. Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan pada fase *post* operatif menunjukkan tujuan dari tindakan tercapai apabila tidak tingkat perdarahan menurun dan tingkat nyeri menurun (PPNI 2018)



## C. Tinjauan Konsep *Carcinoma Buli*

### 1. Definisi *Carcinoma Buli*

*Carcinoma Buli* merupakan massa abnormal yang dapat ditemukan di dalam kandung kemih (Panjaitan, 2017). *Carcinoma Buli* adalah kanker yang terbentuk di jaringan kandung kemih (organ yang menyimpan air seni). *Carcinoma Buli* kebanyakan karsinoma sel transisional (kanker yang dimulai di sel yang biasanya membentuk lapisan dalam kandung kemih). Jenis lainnya termasuk karsinoma sel skuamosa (kanker yang dimulai di tipis sel datar) dan adenocarcinoma (kanker yang dimulai di sel yang membuat dan melepaskan lendir dan cairan lainnya) (Indah 2019).

*Carcinoma Buli* adalah kanker yang ditandai dengan adanya total hematuria tanpa disertai rasa nyeri dan bersifat intermiten. Pada karsinoma yang telah mengadakan infiltratif tidak jarang menunjukkan adanya gejala iritasi dari buli-buli seperti disuria, polakisuria, frekuensi dan urgensi dan juga biasa dengan keluhan retensi oleh bekuan darah. Kanker buli merupakan keganasan kedua terbanyak didunia atau sekitar 2% dari seluruh keganasan pada sistem urogenitalia setelah kanker prostat (Wulandari, 2022)

### 2. Etiologi dan Faktor Resiko

Terdapat beberapa faktor risiko yang potensial menyebabkan kanker kandung kemih.

#### a) Merokok

Merokok merupakan faktor risiko utama terjadinya kanker kandung kemih. Risiko perokok menderita kanker kandung kemih 2-6 kali lebih besar dibandingkan tidak perokok, tergantung pada durasi dan intensitas merokok. Bila perokok melebihi batas intensitas maksimum merokok per hari sebanyak 3 bungkus (40 batang), risikonya menjadi 6 kali lebih besar pada pria dan 5 kali pada wanita.

#### b) Pekerjaan

Paparan terhadap senyawa kimia amin aromatik, seperti *benzidine* dan *beta-naphthylamine*, yang sering digunakan pada industri cat, dapat

menyebabkan kanker kandung kemih. Orang-orang yang memiliki risiko tinggi adalah pekerja di pabrik pengolahan karet, kulit, tekstil, cat, dan percetakan. Pekerjaan lain seperti tukang cat, teknisi mesin, teknisi percetakan, pekerja salon (kemungkinan karena paparan terhadap cat rambut), dan supir truk (kemungkinan karena paparan asap kendaraan). Dikatakan bahwa 25% penyebab *carcinoma buli* adalah orang yang terpapar senyawa ini.

c) Suku bangsa

Kanker kandung kemih lebih sering terjadi pada orang berkulit putih dibandingkan orang berkulit hitam. Kejadian kanker kandung kemih juga lebih rendah pada orang-orang Hispanik, Asia Amerika, dan Indian Amerika. Mekanisme mengenai hubungan antara suku bangsa dengan kejadian kanker kandung kemih juga masih belum begitu dimengerti.

d) Usia

Risiko kanker kandung kemih meningkat sesuai usia. Sekitar 9 dari 10 orang yang menderita kanker kandung kemih berusia di atas 55 tahun. Semakin tinggi usia maka risiko terkena kanker kandung kemih akan semakin besar.

e) Jenis kelamin

Kanker kandung kemih lebih sering terjadi pada pria dibandingkan wanita. Namun beberapa studi menyebutkan bila pria dan wanita tersebut adalah perokok berat, maka risikonya menjadi ekuivalen.

f) Riwayat keganasan pada saluran kemih dan kandung kemih

Orang-orang yang memiliki riwayat keganasan pada sistem saluran kemih memiliki risiko yang lebih tinggi untuk menderita kanker kandung kemih. Kanker ini dapat terjadi pada tempat yang sama seperti sebelumnya ataupun pada tempat lain di sistem saluran kemih.

g) Genetik dan riwayat keluarga

Orang-orang dengan riwayat keluarga penderita kanker kandung kemih memiliki risiko lebih tinggi untuk menderita kanker kandung kemih di

kemudian hari. Mutasi genetik juga dapat meningkatkan risiko seseorang menderita kanker kandung kemih, seperti: mutasi gen GST dan NAT dapat menyebabkan tubuh seseorang lebih lambat untuk memecah toksin tertentu yang menyebabkan kanker kandung kemih, mutasi gen retinoblastoma (RB1) dapat menyebabkan keganasan pada mata dan peningkatan risiko kanker kandung kemih, mutasi gen PTEN (*cowden disease*) yang berhubungan dengan keganasan payudara dan tiroid juga meningkatkan risiko seseorang menderita kanker kandung kemih dan *lynch syndrome* yang berhubungan dengan keganasan kolon dan endometrium juga dapat meningkatkan risiko keganasan kandung kemih dan ureter.

### 3. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala pada *carcinoma buli* menurut Ronaniza (2012) adalah sebagai berikut:

#### a. Lokal

- 1) Obstruktif: kencing sedikit sebagai akibat dari tumbuhnya kanker yang menutup aliran menuju uretra.
- 2) Hematuria: massa kanker memiliki sifat mudah ruptur dan sifat urin adalah asam yang akan mengikis kanker tersebut sehingga akan terjadi bleeding dan dikeluarkan melalui urin.

#### b. Iritatif

##### 1) Frekuensi

Terjadi peningkatan frekuensi karena adanya retensi urine dan pengisian kandung kemih secara kontinyu.

##### 2) Urgensi

##### 3) Nocturia ( jarang )

##### 4) *Urgen incontinensia*

##### 5) Disuria

#### c. Sistemik

- 1) Anemia: sebagai akibat dari adanya hematuria sehingga tubuh kekurangan Hb.

- 2) Hiperventilasi: karena tidak adanya Hb yang mengikat O<sub>2</sub> sehingga mengakibatkan sesak napas.
- 3) Hipertensi: karena adanya gangguan pada fungsi ginjal sehingga mengakibatkan aldosteron terganggu, pembuluh darah menjadi vasokonstriksi sehingga muncul hipertensi.
- 4) *Oedema*: karena adanya gangguan pada renin angiotensin yang berdampak pada pompa Na dan K, kemudian Na tidak dapat keluar sehingga mengikat banyak air yang mengakibatkan oedema.

Manifestasi klinis dari kandung kemih, antara lain:

a. Hematuria

Hematuria dapat dibagi menjadi hematuria intermiten atau penuh, dan dapat dinyatakan sebagai hematuria awal atau terminal hematuria, sebagian dari pasien kanker kandung kemih akan ada pembuangan gumpalan-gumpalan darah.

b. Iritasi kandung kemih

Kanker terbentuk di trigonum kandung kemih, lingkup patologi meluas atau saat terjadi infeksi dapat menstimulasi sampai ke kandung kemih sehingga menyebabkan fenomena sering buang air kecil dan urgen.

c. Gejala obstruktif saluran kemih

Pada kanker yang lebih besar terdapat penyumbatan gumpalan darah akan menyebabkan buang air bahkan sampai retensi urin. Infiltrasi kanker ke dalam lubang saluran kemih dapat menyebabkan obstruksi saluran kemih, sehingga menimbulkan nyeri pinggang, hidronefrosis dan fungsi ginjal terganggu.

e. Gejala metastase

Invasi kanker stadium lanjut sampai ke jaringan kandung kemih sekitarnya, organ lain atau metastasis kelenjar getah panggul impul, akan menyebabkan nyeri di daerah kandung kemih, uretra fistula vagina, dan edema ekstremitas bawah, metastasis sampai organ yang lebih jauh, nyeri tulang dan *cachexia*.

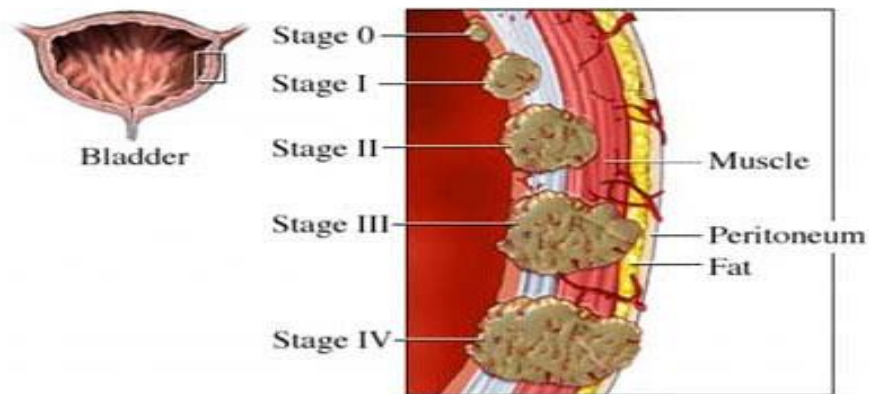
Gambaran klinis dari kanker kandung kemih, antara lain:

- a. Pada 90% kasus, gejala klinis yang awal adalah hematuria *intermitten* yang tidak disertai nyeri.
- b. Gejala klinis menyerupai sistitis yang hebat terjadi pada ulkus karsinoma
- c. Selanjutnya dapat kencing bercampur darah yang disertai nyeri
- d. *Stranguria* adalah rasa nyeri saat miksi dengan perdarahan dan pengosongan buli yang tidak lampias
- e. Nyeri pinggang disebabkan oleh obstruksi ureter dengan hidronefrosis
- f. Nyeri suprapubik, nyeri lipat paha, nyeri perineal disebabkan oleh infiltrasi nervus. Keadaan ini menandakan bentuk kanker yang sudah lanjut

#### 4. Stadium *Carsinoma Buli*

Tabel 2.4 Stadium *Carsinoma Buli*

TNM	<i>Marshall</i>	Uraian
Tis	0	Karsinoma in situ
Ta	0	Kanker papilari non invasif
T1	A	Invasi submukosa
T2	B1	Invasi otot superfisial
T3a	B2	Invasi otot profunda
T3b	C	Invasi jaringan lemak prevesika
T4	D1	Invasi ke organ sekitar
N1-3	D1	Metastasis ke limfonodi regional
M1	D2	Metastasis hematogen



Gambar 2.2 stadium *carcinoma buli*

## 5. Pemeriksaan penunjang

Menurut Purnomo (2011) pemeriksaan penunjang untuk karsinoma buli meliputi:

### a. Sitologi urin

Pemeriksaan sitologi urin merupakan pemeriksaan sitopatologi sel yang terlepas dan terkait urin.

### b. *Intravenous Urografi* (IVU)

Pemeriksaan yang dapat menggambarkan keadaan sistem urinaria melalui bahan kontras radio-opak. Pencitraan ini dapat menunjukkan adanya kelainan anatomi dan kelainan saluran kemih.

### c. Hemoglobin, ureum, dan kreatinin

Anemia dapat dijumpai sebagai tanda adanya perdarahan kronis atau pendesakan sel metastasis ke sumsum tulang, sedangkan uremia dapat dijumpai bila kanker menyumbat kedua muara ureter karena obstruksi kankernya sendiri.

### d. USG

Prinsip USG adalah menangkap gelombang yang dipantulkan oleh organ (jaringan) yang berbeda kepadatannya. Pemeriksaan pada buli, USG berguna untuk menghitung sisa urin pasca miksi dan mendeteksi adanya batu batu atau kanker buli.

e. *CT-scan*

*CT- Scan* adalah pembuatan foto *rontgen* melintang untuk berbagai lapisan (Saputra, 2014). *CT-Scan* digunakan untuk menentukan penderajatan kanker yaitu batas-batas kanker, invasi kanker ke organ, dan mencari metastasis ke kelenar limfa serta organ lain.

6. Penatalaksanaan *Carsinoma Buli*

Penanganan kanker *carsinoma buli* bergantung pada derajat kankernya, stadium pertumbuhan kanker ada tidaknya metastase dan multi sentrisitas kanker.

a. Reseksi transuretra (TURB) atau fulgurasi (kauterisasi)

Dilakukan pada papiloma yang tunggal (kanker epitel benigna). Melenyapkan kanker lewat tanpa insisi bedah eksternal namun menggunakan instrument yang dimasukkan melalui uretra.

b. Kemoterapi topical

Pemberian medikasi dengan konsentrasi yang tinggi (*thiotepa, doxorubisin, mitomisin, ethoughlusid dan bacillus calmette*)

c. Guerin (BCG)

Digunakan untuk meningkatkan penghancuran jaringan kanker.

d. Radiasi

Dilakukan sebelum pembedahan untuk mengurangi mikroektensi neoplasma dan viabilitas sel-sel kanker

e. Sistektomi.

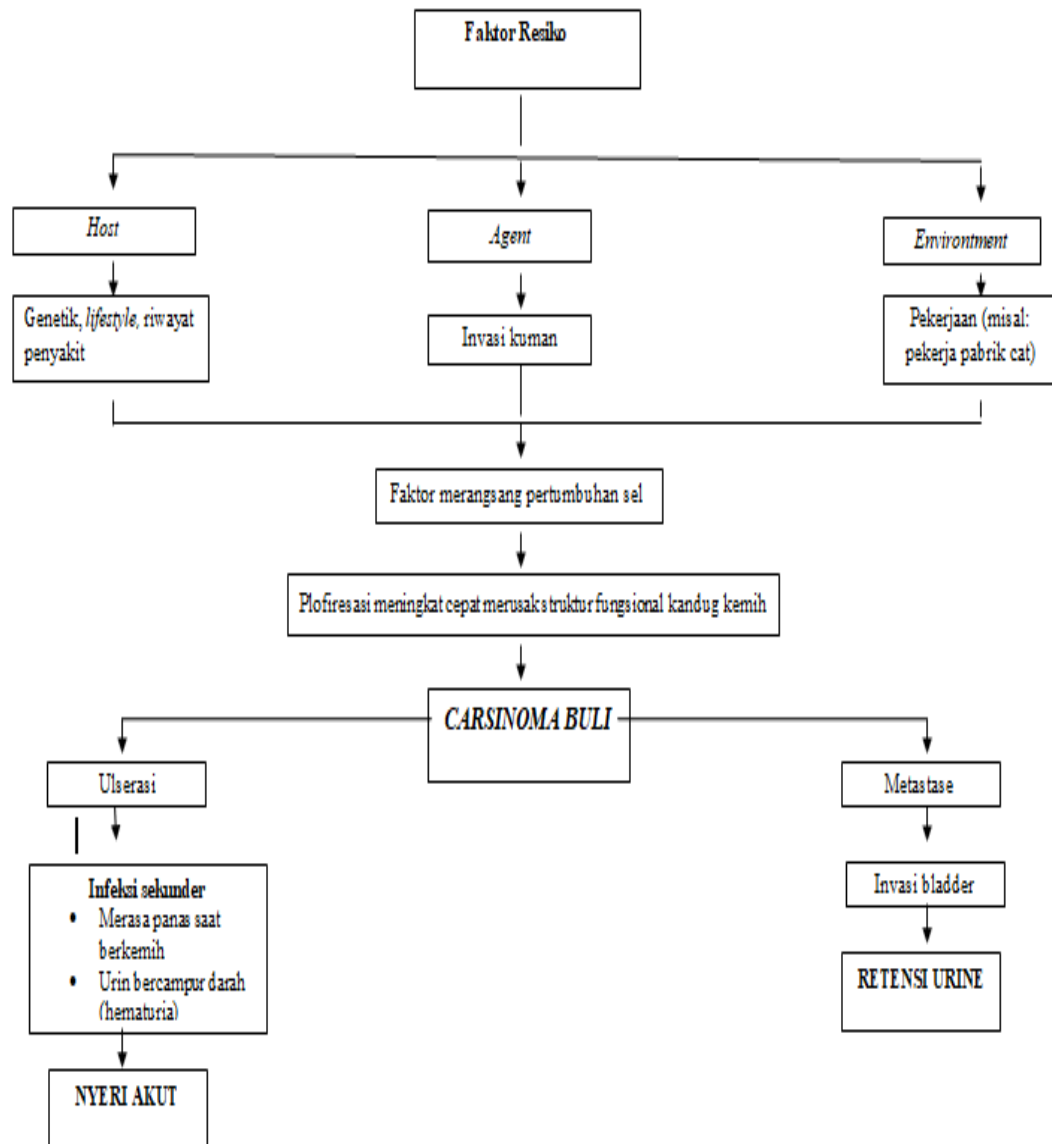
1) Sistektomi pada laki-laki : pengangkatan kandung kemih, prostat serta vesikulus serminalis dan jaringan vesikel disekitarnya.

2) Sistektomi pada wanita pengangkatan kandung kemih, ureter, uterus, tuba fallopi, ovarium, vagina anterior dan uretra

7. Patofisiologis

*Carsinoma buli* biasanya mulai muncul dari lapisan terdalam di buli-buli yaitu lapisan sel transisional. Kemudian akan menyebar ke lapisan lainnya yaitu lapisan dinding otot, dan dapat pula menyebar ke organ-organ sekitar seperti

dinding abdomen, pelvis dan kelenjar getah bening. Meskipun kebanyakan karsinoma buli-buli perkembangannya lambat, namun dapat terjadi penyebaran hingga jaringan otot, dan dapat terjadi metastase ke paru-paru, hati, tulang dan kelenjar getah bening (Ronaniza 2012).



Gambar 2.3 Pathway

(Sumber: Indah, 2019;Juliana, 2017)



#### **D. Konsep Tindakan Transurethral Resection Bladder (TURB)**

##### 1. Definisi *Trans Urethral Resection Bladder* (TURB)

*Trans Urethral Resection of Bladder* (TURB) adalah prosedur operasi yang digunakan baik untuk mendiagnosa kanker kandung kemih dan untuk mengangkat jaringan kanker dari kandung kemih. Kanker kandung kemih bisa kembali setelah operasi ini, sehingga tindakan TURB dapat berulang kali dilakukan. Tindakan ini merupakan pengobatan yang paling umum digunakan untuk kanker kandung kemih tahap awal atau superficial (non-otot invasive) (Umbas et al. 2014).

TURB merupakan suatu operasi pengangkatan masa buli melalui uretra menggunakan resektoskop. TURB merupakan operasi tertutup tanpa insisi (Juliana 2017)

##### 2. Indikasi dan kontraindikasi TURB

###### a. Indikasi

- 1) Pengobatan kanker superfisial (Tis,Ta,Ti)
- 2) Pengobatan paliatif kanker T4b/metastasis

##### 3. Kontraindikasi

Pengambilan biopsi kandung kemih secara acak pada pasien dengan kanker papiloma soliter, dikarenakan biopsi tersebut tidak akan memberi informasi tambahan dan dapat membahayakan mukosa lokasi sel kanker.

##### 4. Resiko tindakan TURB

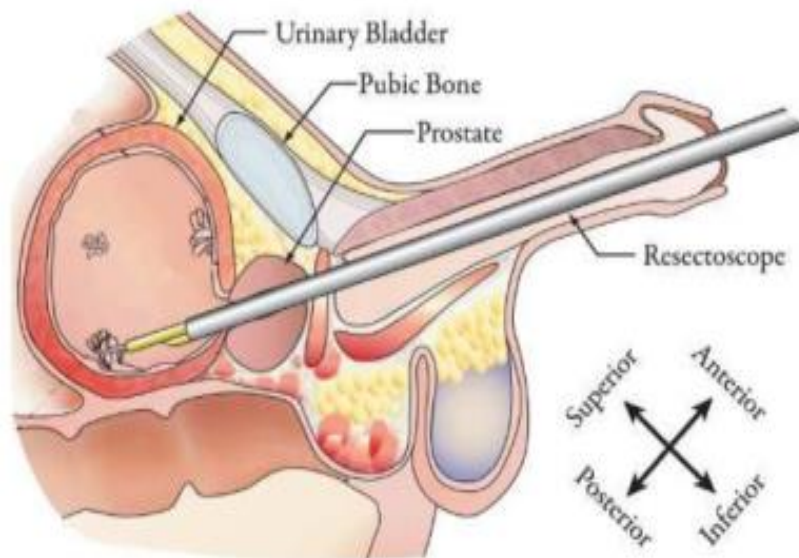
- a. Perdarahan
- b. Infeksi kandung kemih
- c. Perforasi dinding kandung kemih
- d. Darah dalam urin (hematuria)
- e. Penyumbatan uretra oleh bekuan darah di kandung kemih

##### 5. Prosedur Operasi TURB

TURB dilakukan dengan memakai alat yang disebut resektoskop dengan suatu lengkung *diathermi*. Jaringan masa buli diiris selapis demi selapis dan dikeluarkan melalui selubung resektoskop. Perdarahan dirawat

dengan memakai *diathermi*, biasanya dilakukan dalam waktu 30 sampai 120 menit, tergantung masa buli. Selama operasi dipakai irigan akuades atau cairan isotonik tanpa elektrolit. Prosedur ini dilakukan dengan anastesi regional. Setelah itu dipasang kateter nomer Ch 24 untuk beberapa hari. Biasanya menggunakan kateter bercabang tiga atau satu saluran untuk spoel yang mencegah terjadinya pembuntuan oleh pembekuan darah. Balon dikembangkan dengan mengisi cairan garam fisiologis atau akuades sebanyak 30-50 ml .

Antibiotika profilaksis dilanjutkan beberapa jam atau 24 -48 jam pasca bedah. Setelah urin yang keluar jernih kateter dapat dilepas. Kateter biasanya dilepas pada hari ke 3-5. Untuk pelepasan kateter, berikan antibiotika 1 jam sebelumnya untuk mencegah urosepsis. Biasanya klien boleh pulang setelah miksi baik, satu atau dua hari setelah kateter dilepas



2.4 Gambar Prosedur TURB

[www.kanpururologycentre.com](http://www.kanpururologycentre.com)

#### E. Jurnal Terkait

1. Asuhan Keperawatan Polan (2016) dengan judul Asuhan Keperawatan Medikal Bedah pada Tn L di RS Wahidin Sudirohusodo dengan diagnosa medis Ca Buli buli menunjukkan pada pasien Ca. Buli didapatkan masalah keperawatan nyeri akut, gangguan eliminasi urine, dan ansietas
2. Asuhan Keperawatan Juliana (2017) dengan judul Asuhan Keperawatan pada Pasien Ca.Buli dengan Tindakan TURB di OK sentral/IBS RSUD ULIN didapatkan masalah keperawatan pada pre operasi nyeri akut dan ansietas, intra operasi risiko perdarahan, ketidakefektifan jalan napas dan post operasi hipotermi, nyeri akut, dan gangguan integritas kulit.
3. Asuhan Keperawatan Indah (2019) dengan judul Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Kanker Kandung Kemih ditemukan masalah keperawatan pada post operasi adalah nyeri akut dan, resiko infeksi
4. Penelitian yang dilakukan oleh Lidhia Oktalina (2014) yang berjudul Pemberian *Slow Deep Breathing* Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Pada Asuhan Keperawatan Ny. S Dengan Pasca Operasi Ca.Buli Di Ruang Mawar RSUD Dr. Moewardi Surakarta di dapatkan hasil kondisi pasien pasca operasi ca.buli atau kanker kandung kemih klien mengatakan nyeri berkurang dari skala 5 menjadi skala 2. setelah diberikan tindakan *slow deep breathing*.
5. Penelitian Inayati (2017) berjudul “Hubungan tingkat kecemasan Dengan peningkatan tekanan darah pada pasien pre operasi elektif di ruang bedah” dengan hasil uji *Chi Square* menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat kecemasan dengan peningkatan tekanan darah ( $p=0,023$ ).
6. Penelitian Mustikawati (2019) dengan judul “Studi Kasus Pemberian Cairan Infus Hangat Terhadap Kejadian Menggigil Pada Pasien di Instalasi Bedah Sentral RS Ken Saras” pada penelitiannya menyebutkan dari hasil observasi dan intervensi pemberian infus hangat yang dilakukan selama operasi berlangsung hingga pasien pindah ke RR menghasilkan tidak terjadinya

kejadian menggigil pada pasien dengan operasi Sectio Cesarea dengan anestesi spinal

7. Penelitian Bahri (2021) berjudul “Pengaruh Pemberian Cairan Intravena Hangat Terhadap Pencegahan Kejadian Menggigil Fase Intraoperasi Menggunakan Anestesi Spinal Di Kamar Operasi RSUD Al- Ihsan Bandung Provinsi Jawa Barat” hasil dari penelitiannya menyebutkan bahwa ada hubungan antara pemberian cairan intravena hangat ( $p=0.000$ ) dengan menggigil menggunakan spinal anestesi.
8. Penelitian Olvin Manengkey, Adrian Tudu (2017) Pengaruh Teknik Relaksasi Napas Dalam Terhadap Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi di Ruang IGD OK Cito RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado di dapatkan hasil setelah diberikan teknik relaksasi napas dalam berada pada kategori kecemasan ringan, dan terdapat pengaruh pemberian teknik relaksasi napas dalam terhadap tingkat kecemasan pada pasien preoperasi