

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Tinjauan Konsep Perioperatif

##### 1. Keperawatan Perioperatif

Menurut Majid (2011) 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 pengalaman pembedahan, yaitu *preoperatif phase* (pra operasi), *intraoperative phase* (intra operasi) dan *post operative phase* (pasca operasi). Menurut Palla, Sukri dan Suwarsi (2018) pembedahan adalah tindakan pengobatan yang menggunakan teknik invasif dengan membuka atau menampilkan bagian tubuh yang akan ditangani melalui sayatan yang diakhiri dengan penutupan dan penjahitan luka.

Menurut Sjamsuhidayat & Jong, dalam Utami (2016) pembedahan atau operasi adalah semua tindak pengobatan dengan menggunakan prosedur invasif, dengan tahapan membuka atau menampilkan bagian tubuh yang ditangani. Pembukaan bagian tubuh yang dilakukan tindakan pembedahan pada umumnya dilakukan dengan membuat sayatan, setelah yang ditangani tampak, maka akan dilakukan perbaikan dengan penutupan serta penjahitan luka.

Menurut Himpunan Kamar Bedah Indonesia (HIPKABI) tindakan operasi merupakan tindakan prosedur medis yang bersifat invasif, pembedahan dilakukan untuk mendiagnosa atau mengobati suatu penyakit, cacat atau cedera, serta mengobati kondisi yang tidak mungkin disembuhkan dengan tindakan atau obat-obatan sederhana (HIPKABI, 2014 dalam Taufan, 2017).

## 2. Tahap- tahap di dalam keperawatan perioperatif

### a. Fase pra operasi

Menurut Majid, Judha & Istianah (2011) Fase pra operasi dimulai ketika ada keputusan untuk dilakukan intervensi bedah dan diakhiri ketika pasien berada di meja operasi sebelum pembedahan dilakukan. Lingkup aktivitas keperawatan selama waktu tersebut dapat mencakup pengkajian dasar pasien di Rumah Sakit, wawancara pra operasi dan menyiapkan pasien untuk anestesi yang diberikan dan pembedahan.

Bagi perawat anestesi, perawatan pra anestesi dimulai saat pasien berada di ruang perawatan, atau dapat juga dimulai pada saat pasien diserahkan terimakan di ruang operasi dan berakhir saat pasien dipindahkan ke meja operasi. Tujuan perawatan pra operasi:

- 1) Menciptakan hubungan yang dengan pasien, memberikan penyuluhan tentang tindakan anestesi.
- 2) Mengkaji, merencanakan dan memenuhi kebutuhan pasien.
- 3) Mengetahui akibat tindakan anestesi yang akan dilakukan
- 4) Mengantisipasi dan menanggulangi kesulitan yang mungkin timbul.

### b. Fase Intra operasi

Fase inta operasi dimulai ketika pasien masuk atau dipindah ke meja operasi dan berakhir saat pasien di pindahkan ke ruang pemulihan (*recovery room*). Pada fase ini ruang lingkup aktivitas keperawatan mencakup pemasangan intravena kateter, pemberian medikasi intravena, melakukan pemantauan kondisi menyeluruh sepanjang prosedur pembedahan dan menjaga keselamatan pasien. Perawatna selama anestesi dimulai sejak pasien berada diatas meja operasi sampai dengan pasien dipindahkan ke ruang pulih sadar.

### c. Fase Pasca Operasi

Fase pasca operasi dimulai dengan masuknya pasien ke ruang pemulihan dan berakhir dengan evaluasi tindak lanjut pada ruang

perawatan bedah atau di rumah. Pada fase ini fokus pengkajian meliputi efek agen atau obat 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 pasien.

### 3. Konsep *Hemikolektomy*

#### a. Definisi

Suatu tindakan pembedahan dengan mengangkat sebagian dari kolon beserta pembuluh darah dan saluran limfe.

#### b. Tipe *Hemikolektomy*

##### 1) *Hemikolektomy* Kanan

*Hemikolektomy* kanan dilakukan untuk mengangkat suatu tumor atau penyakit pada kolon kanan. Dilakukan pada kasus tumor bersifat kuratif dengan melakukan reseksi pada kasus karsinoma sekum, kolon asenden. Pembuluh darah ileokolika, kolika kanan dan cabang kanan pembuluh darah kolika media diligasi dan dipotong. Sepanjang 10 cm ileum terminal juga harus direseksi, yang selanjutnya dibuat anastomosis antara ileum dan kolon transversum.

##### 2) *Hemikolektomy* kanan diperluas

Dilakukan untuk mengangkat tumor pada fleksura hepatica atau proksimal kolon transversum. Standar *hemikolektomy* kanan diperluas adalah dengan mengikut sertakan pemotongan pembuluh darah kolika media. Kolon kanan dan proksimal kolon transversum direseksi dilanjutkan anastomosis primer antara ileum dan bagian distal kolon transversum. Jika *supply* darah diragukan, reseksi diperluas sampai fleksura lienalis dan selanjutnya membuat anastomosis ileum dengan kolon desenden.

##### 3) *Hemikolektomy* Transversum

Suatu tumor pada pertengahan kolon transversum dapat direseksi dengan melakukan ligasi pada pembuluh darah kolika media sekaligus

mengangkat seluruh kolon transversum yang diikuti membuat anastomosis kolon asenden dengan kolon desenden. Bagaimanapun suatu kolektomi kanan diperluas dengan anastomosis antara ileum terminal dengan kolon desenden merupakan anastomosis yang aman dengan menghasilkan fungsi yang baik.

4) *Hemikolektomy* kiri

Suatu tumor pada kolon transversum bagian distal, fleksura lienalis atau kolon descenden direncanakan untuk dilakukan *hemikolektomy* kiri. Cabang kiri dari pembuluh darah kolika media, kolika kiri dan cabang pertama dari pembuluh darah sigmoid dilakukan ligasi dan dipotong. Selanjutnya dilakukan anastomosis kolon transversum dengan kolon sigmoid.

5) *Hemikolektomy* kiri diperluas

Digunakan untuk mengangkat tumor pada kolon transversum bagian distal. Pada operasi ini, dilakukan kolektomi kiri dengan perluasan ke bagian proksimal cabang kanan pembuluh darah kolika media.

6) *Kolektomy* sigmoid

Tumor pada kolon sigmoid dengan melakukan ligasi dan pemotongan cabang sigmoid dilakukan reseksisetinggi refleksi peritoneum dilanjutkan anastomosis antara kolon desenden dan rektum bagian proksimal. Untuk menghindari tension pada anastomosis maka perlu dilakukan pembedahan fleksura lienalis.

7) *Kolektomy* total atau sub total

Dilakukan pada pasien dengan kolitis fulminan termasuk familial adenomatous polyposis atau karsinoma kolon yang sinkronus. Sesuai prosedur, pembuluh darah ileokolika, pembuluh darah kolika dextra, kolika media, kolika sinistra dilakukan ligasi dan dipotong. Selanjutnya ileum terminal sampai sigmoid direseksi. Anastomosis ileo-rektal.

c. Indikasi

- 1) Keganasan pada sekum, kolon asenden, fleksura hepatica dan kolon transversum kanan
- 2) Keganasan pada kolon

3) Poliposis kolon

4) Trauma kolon

d. Komplikasi

1) Perdarahan

2) Kebocoran dari anastomosis yang dapat menimbulkan peritonitis dan sepsis

3) Fistel

4) Cedera ureter

5) Cedera vasa spermatica

## **D. Tinjauan Asuhan Keperawatan**

### **1. Pengkajian**

#### **a. Pre Operasi**

Pengkajian keperawatan merupakan catatan tentang hasil pengkajian yang dilaksanakan untuk mengumpulkan informasi dari pasien, membuat data dasar tentang pasien, dan membuat catatan tentang respons kesehatan pasien. Pengkajian yang komprehensif atau menyeluruh, sistematis yang logis akan mengarah dan mendukung pada identifikasi masalah-masalah pasien. Pengumpulan data dapat diperoleh dari data subyektif melalui wawancara dan dari data obyektif melalui observasi, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang (Dinarti & Yuli Muryanti, 2017). Adapun persiapan yang perlu dilakukan sebelum menjalani tindakan pembedahan adalah sebagai berikut :

#### **Pengkajian fisik**

##### **1) Status kesehatan fisik secara umum**

Sebelum dilakukan pembedahan, penting dilakukan pemeriksaan status kesehatan umum meliputi identitas, riwayat penyakit sekarang, riwayat kesehatan masa lalu, riwayat kesehatan keluarga, pemeriksaan fisik lengkap, yang meliputi status hemodinamika, status kardiovaskuler, status pernapasan, fungsi ginjal dan hepatic, fungsi endokrin dan fungsi imunologi.

## 2) Status nutrisi

Segala bentuk defisiensi nutrisi harus di korekisi sebelum pembedahan untuk memberikan protein yang cukup untuk memperbaiki jaringan. Status gizi yang buruk dapat mengakibatkan pasien mengalami berbagai komplikasi pasca bedah dan mengakibatkan pasien menjadi lebih lama di rawat di rumah sakit.

## 3) Keseimbangan cairan dan elektrolit

Cairan dan elektrolit pasien harus dalam keadaan yang normal, dimana yang perlu diperhatikan yaitu intake cairan yang masuk ketubuh pasien harus sama dengan output cairan yang dikeluarkan pasien.

## 4) Pengosongan lambung dan colon

Intervensi keperawatan yang diberikan diantaranya pasien dipuasakan yaitu berkisar antara 7 -8 jam. Hal itu bertujuan untuk menghindari aspirasi (masuknya cairan lambung ke paru-paru dan menghindari kontaminasi feses ke area pembedahan sehingga menghindarkan terjadinya infeksi pasca pembedahan. Jika pada pasien yang membutuhkan pengoperasian segera maka dapat dilakukan dengan cara pemasangan NGT (*Naso Gastric Tube*).

## 5) Personal hygiene

Sebelum melakukan pembedahan ada baiknya memperhatikan personal hygiene pasien yaitu dengan cara memandikan pasien dan membersihkan bagian tubuh yang akan dioperasi. Hal itu bertujuan agar kuman atau bakteri yang melekat pada tubuh menjadi berkurang atau bahkan mati dan itu merupakan salah satu cara menjaga kesterilan sehingga mengurangi resiko terinfeksi terhadap daerah yang dioperasi.

## 6) Pencukuran daerah operasi

Pencukuran pada daerah operasi bertujuan untuk menghindari terjadinya infeksi pada daerah yang akan dilakukan pembedahan karena rambut yang tidak dicukur dapat menjadi tempat

persembunyian kuman dan juga dapat menghambat proses penyembuhan dan perawatan luka. Sering kali pasien diberikan kesempatan untuk mencukur sendiri agar pasien merasa lebih nyaman.

#### 7) Pengosongan kandung kemih

Pengosongan kandung kemih dilakukan dengan melakukan pemasangan kateter. Selain itu pengosongan isi bladder tindakan kateterisasi juga diperlukan untuk mengobservasi keseimbangan cairan.

#### 8) Persiapan mental atau psikis

Persiapan mental tidak kalah pentingnya dalam proses persiapan operasi karena mental pasien yang tidak siap atau labih dapat mempengaruhi terhadap kondisi fisiknya dimana tindakan pembedahan merupakan ancaman potensial maupun aktual yang dapat membangkitkan reaksi stress fisiologis dan psikologis. Adapun penyebab kecemasan pasien menghadapi pembedahan yaitu:

- 1) Takut terhadap nyeri yang akan dialami
- 2) Takut terhadap keganasan
- 3) Takut menghadapi ruang operasi dan alat bedah
- 4) Takut operasi gagal dan cacat
- 5) Takut meninggal di meja operasi.

#### b. Intra Operatif

Pengkajian intraoperatif bedah secara ringkas mengkaji hal-hal yang berhubungan dengan pembedahan. Diantaranya adalah validasi identitas dan prosedur jenis pembedahan yang akan dilakukan, serta konfirmasi kelengkapan data penunjang laboratorium dan radiologi (Muttaqin, 2013). Menurut Majid (2011) pada saat pembedahan perawat perlu melakukan monitoring atau pemantauan fisiologis pada pasien meliputi :

##### 1) Pemantauan Keseimbangan cairan

Penghitungan balance cairan dilakukan untuk memenuhi kebutuhan cairan pasien. Pemenuhan balance cairan dilakukan dengan cara menghitung jumlah cairan yang masuk dan yang keluar pengecekan

pada kantong kateter urin kemudian dilakukan koreksi terhadap imbalance cairan yang terjadi. Seperti dengan pemberian cairan infus.

2) Memantau kondisi kardiopulmonal

Pemantauan kondisi kardiopulmonal harus dilakukan secara kontinu untuk melihat apakah kondisi pasien normal atau tidak. Pemantauan yang dilakukan meliputi fungsi pernapasan nadi dan tekanan darah, saturasi oksigen, perdarahan dan lain-lain

3) Memantau perubahan tanda-tanda vital

Pemantauan tanda-tanda vital penting dilakukan untuk memastikan kondisi pasien masih dalam batas normal jika terjadi gangguan harus dilakukan intervensi secepatnya. Biasanya pada fase intra operasi pasien akan mengalami hipotermi yang disebabkan oleh suhu ruangan rendah. Infus yang dingin, inhalasi gas-gas dingin, luka terbuka pada tubuh, usia lanjut, atau obatobatan yang digunakan.

4) Monitoring dan dukungan psikologis yang dilakukan sebelum induksi dan bila pasien sadar antara lain:

- a) Memberikan dukungan emosional pada pasien
- b) Berdiri di dekat pasien dan memberikan sentuhan selama prosedur induksi
- c) Mengkaji status emosional pasien mengkomunikasikan status emosional pasien kepada tim kesehatan jika ada perubahan.

c. Post Operasi

Menurut Majid, Judha & Istianah (2011) Fase pasca operasi dimulai dengan masuknya pasien ke ruang pemulihan dan berakhir dengan evaluasi tindak lanjut pada tatanan klinik atau ruang perawatan bedah atau di rumah. Lingkup aktivitas keperawatan meliputi rentang aktivitas yang luas selama periode ini. Pada fase ini fokus pengkajian meliputi efek agen atau obat 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 pasien. Yang perlu dikaji segera setelah pasien dioperasi:

- 1) Diagnosis medis dan jenis pembedahan yang dilakukan
- 2) Kondisi umum pasien, kepatenan jalan nafas, tanda-tanda vital
- 3) Anestetik dan medikasi lain yang digunakan (misal: narkotik, relaksa otot, antibiotik)
- 4) Segala masalah yang terjadi selama fase pembedahan yang sekiranya dapat mempengaruhi perawatan pasca operatif (misal : hemoragi, syok, dan henti jantung)
- 5) Patologi yang dihadapi (pemberitahuan kepada keluarga apabila ditemukan adanya keganasan)
- 6) Cairan yang diberikan, kehilangan darah dan penggantian cairan
- 7) Segala selang, drain, kateter atau alat bantu pendukung lainnya
- 8) Informasi spesifik tentang siapa ahli bedah atau ahli anestesi yang akan diberitahu.
- 9) Evaluasi saturasi oksigen dengan oksimetri, pengkajian nadi
- 10) Evaluasi pernafasan, kedalaman, frakuensi, sifat pernafasan
- 11) Kaji status kesadaran, warna kulit dan kemampuan berespon terhadap perintah.
- 12) Kenyamanan: Tipe nyeri, intensitas, dan lokasi nyeri, mual dan muntah dan perubahan posisi yang dibutuhkan
- 13) Psikologi: sifat dari pertanyaan pasien, kebutuhan akan istirahat, gangguan oleh kebisingan.
- 14) Keselamatan: kebutuhan akan pagar tempat tidur, drainase selang tidak tersumbat, cairan infus terpsang dengan tepat
- 15) Peralatan: diperiksa apakah alat-alat masih berfungsi dengan baik atau tidak.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) Tim Pokja DPP PPNI (2016), diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian kritis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual atau potensial.

### a. Pre operasi

- 1) Nyeri kronis berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (tumor kolon)
- 2) Ansietas berhubungan dengan krisis situasional

### b. Intra operasi

Risiko perdarahan berhubungan dengan tindakan pembedahan

### c. Post operasi

- 1) Risiko hipotermia perioperatif berhubungan dengan prosedur pembedahan
- 2) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (post op tumor colon)
- 3) Gangguan mobilisasi fisik berhubungan dengan nyeri (post operasi)

### 3. Rencana Keperawatan

Menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) Tim Pokja DPP PPNI (2018) rencana keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat untuk mencapai luaran yang diharapkan.

Tabel 2.1 Rencana Keperawatan

| No. | Diagnosa Keperawatan  | Tujuan   | Intervensi  |
|-----|---|--|---|
| 1.  | <p>Nyeri Kronis</p> <p>Penyebab:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kondisi muskuloskeletal kronis</li> <li>- Kerusakan sistem saraf</li> <li>- Penekanan saraf</li> <li>- Infiltrasi tumor</li> <li>- Ketidakseimbangan neurotransmitter, neuromodulator, dan reseptor</li> <li>- Gangguan imunitas (mis. Neuropati terkait HIV, virus varicella-zoster)</li> <li>- Gangguan fungsi metabolik</li> <li>- Riwayat posisi kerja statis</li> <li>- Peningkatan indeks massa tubuh</li> <li>- Kondisi pasca trauma</li> <li>- Tekanan emosional</li> <li>- Riwayat penganiayaan (mis. Fisik, psikologis, seksual)</li> <li>- Riwayat penyalahgunaan obat/zat</li> </ul> <p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengeluh nyeri</li> <li>- Merasakan depresi (tertekan)</li> </ul> <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak meringis</li> <li>- Gelisah</li> </ul> | <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan nyeri kronis berkurang atau hilang dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1)Keluhan nyeri menurun</li> <li>2)Meringis menurun</li> <li>3)Gelisah menurun</li> <li>4)Skala nyeri direntang (0-2)</li> <li>5)Tanda- tanda vital dalam batas normal</li> </ol> | <p>Manajemen Nyeri</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri</li> <li>- Identifikasi skala nyeri</li> <li>- Identifikasi respons nyeri non verbal</li> <li>- Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> </ul> <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. terapi musik,terapi pijat).</li> </ul> <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri</li> <li>- Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>- Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ul> <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i></li> </ul> |

|    |  |  |   |
|----|--|--|---|
|    | <p>- Tidak mampu menuntaskan aktivitas</p> <p>Gejala dan Tanda Minor<br/>Subjektif :<br/>Merasa takut mengalami cedera berulang<br/>Objektif :<br/>- Bersikap protektif (mis. Posisi menghindari nyeri)<br/>- Waspada<br/>- Pola tidur berubah<br/>- Anoreksia<br/>- Fokus menyempit<br/>- Berfokus pada diri sendiri</p> <p>Kondisi Klinis Terkait.<br/>- Kondisi kronis (mis. Arthritis reumatoid)<br/>- Infeksi<br/>- Cedera medula spinalis<br/>- Kondisi pasca trauma<br/>- Tumor</p>                       |  |   |
| 2. | <p>Ansietas<br/>Penyebab:<br/>- Krisis situasional.<br/>- Kebutuhan tidak terpenuhi.<br/>- Krisis maturasional.<br/>- Ancaman terhadap konsep diri.<br/>- Ancaman terhadap kematian.<br/>- Kekhawatiran mengalami kegagalan.<br/>- Disfungsi sistem keluarga.<br/>- Hubungan orang tua-anak tidak memuaskan.<br/>- Faktor keturunan (temperamen mudah teragitasi sejak lahir) - Penyalahgunaan zat.<br/>- Terpapar bahaya lingkungan (mis. toksin, polutan, dan lain-lain).<br/>- Kurang terpapar informasi.</p> | <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan ansietas berkurang atau hilang dengan kriteria hasil :<br/>- Verbalisasi kebingungan menurun<br/>- Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun<br/>- Perilaku gelisah menurun<br/>- Perilaku tegang menurun</p> | <p>Reduksi Ansietas<br/>Observasi :<br/>6) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah<br/>7) Identifikasi kemampuan mengambil keputusan<br/>8) Monitor tanda-tanda ansietas<br/>Terapeutik:<br/>9) Ciptakan suasana terapeutik<br/>10) Temani pasien untuk mengurangi kecemasan<br/>11) Pahami situasi yang membuat ansietas<br/>12) Dengarkan dengan penuh perhatian<br/>13) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan<br/>14) Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan</p> |

|   |  |  |
|---|--|--|
| <p>Gejala dan Tanda Mayor.<br/>Subjektif :<br/>- Merasa bingung.<br/>- Merasa khawatir dengan akibat.<br/>- Sulit berkonsentrasi.<br/>Objektif :<br/>- Tampak gelisah.<br/>- Tampak tegang.<br/>- Sulit tidur</p> <p>Gejala dan Tanda Minor.<br/>Subjektif :<br/>- Mengeluh pusing.<br/>- Anoreksia.<br/>- Palpitasi.<br/>- Merasa tidak berdaya.<br/>Objektif :<br/>- Frekuensi nafas meningkat.<br/>- Frekuensi nadi meningkat.<br/>- Tekanan darah meningkat.<br/>- Diaforesis.<br/>- Tremor.<br/>- Muka tampak pucat.<br/>- Suara bergetar.<br/>- Kontak mata buruk.<br/>- Sering berkemih.<br/>- Berorientasi pada masa lalu.</p> <p>Kondisi Klinis Terkait.<br/>- Penyakit Kronis.<br/>- Penyakit akut<br/>- Hospitalisasi<br/>- Rencana operasi<br/>- Kondisi diagnosis penyakit belum jelas</p> |  | <p>Edukasi:<br/>15)Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami<br/>16)Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis<br/>17)Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, <i>jika perlu</i><br/>18)Anjurkan untuk mengungkapkan perasaan<br/>19)Latih teknik relaksasi<br/>Kolaborasi<br/>20)Kolaborasi pemberian obat antiansietas, <i>jika perlu</i></p> |
|---|--|--|

|    |  |   |   |
|----|--|---|---|
|    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Penyakit neurologis</li> <li>- Tahap tumbuh kembang</li> </ul>  |   |   |
| 3. | <p>Risiko perdarahan</p> <p>Faktor Risiko :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aneurisma.</li> <li>- Gangguan gastrointestinal (misal ulkus, polip, varises).</li> <li>- Gangguan fungsi hati (misal sirosis hepatitis).</li> <li>- Komplikasi kehamilan (misal ketuban pecah sebelum waktunya, plasenta previa/abruptio, kehamilan kembar).</li> <li>- Komplikasi pasca partum (misal atoni uterus, retensi plasenta).</li> <li>- Gangguan koagulasi (misal trombositopenia).</li> <li>- Efek agen farmakologis.</li> <li>- Tindakan pembedahan.</li> <li>- Trauma.</li> <li>- Kurang terpapar informasi tentang pencegahan perdarahan.</li> <li>- Proses keganasan.</li> </ul> <p>Kondisi Klinis Terkait:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aneurisma.</li> <li>- Koagulasi intravaskuler diseminata.</li> <li>- Gangguan fungsi hati (misal sirosis hepatitis).</li> <li>- Komplikasi kehamilan (misal ketuban pecah sebelum waktunya, plasenta previa/abruptio, kehamilan kembar).</li> <li>- Komplikasi pasca partum (misal atoni uterus, retensi plasenta).</li> <li>- Gangguan koagulasi (misal trombositopenia).</li> <li>- Efek agen farmakologis.</li> <li>- Tindakan Pembedahan.</li> <li>- Trauma.</li> </ul> | <p>Setelah di lakukan asuhan keperawatan diharapkan risiko perdarahan tidak terjadi dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kelembaban membran mukosa meningkat</li> <li>- Kelembaban kulit meningkat</li> <li>- Hemoglobin membaik</li> <li>- Hematokrit membaik</li> <li>- Suhu tubuh membaik</li> </ul> | <p>Pencegahan Perdarahan</p> <p>Observasi</p> <ul 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 Terapeutik</li> <li>- Pertahankan bedrest selama perdarahan</li> <li>- Batasi tindakan invasif, jika perlu</li> <li>- Gunakan kasur pencegah dekubitus</li> <li>- Hindari pengukuran suhu rektal</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan tanda dan gejala perdarahan 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> </ul> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlu</li> <li>- Kolaborasi pemberian produk darah, jika perlu</li> <li>- Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu</li> </ul> |

|    |   |   |   |
|----|---|---|---|
|    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kurang terpapar informasi tentang pencegahan perdarahan.</li> <li>- Proses Keganasan,</li> </ul>   |   |   |
| 4. | <p>Risiko hipotermia perioperatif</p> <p>Faktor Risiko:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prosedur pembedahan</li> <li>- Kombinasi anestesi regional dan umum</li> <li>- Skor <i>American Society of Anesthesiologist (ASA)</i> &gt;1 - Suhu pra operasi rendah (&lt;36°c)</li> <li>- Berat badan rendah</li> <li>- Neuropati diabetik</li> <li>- Komplikasi kardiovaskuler</li> <li>- Suhu lingkungan rendah</li> <li>- Transfer panas (mis. volume tinggi infus yang tidak dihangatkan, irigasi &gt; 2 liter yang tidak dihangatkan)</li> </ul> <p>Kondisi klinis terkait:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tindakan pembedahan</li> </ul> | <p>Setelah di lakukan asuhan keperawatan diharapkan hipotermia tidak terjadi dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Suhu tubuh pasien normal</li> <li>- Pasien tidak menggigil</li> </ul> | <p>Manajemen hipotermia</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor suhu tubuh</li> <li>- Identifikasi penyebab hipotermia (mis. Terpapar suhu lingkungan rendah, pakaian tipis, kerusakan hipotalamus, penurunan laju metabolisme, kekurangan lemak subkutan)</li> <li>- Monitor tanda dan gejala akibat hipotermia (hipotermia ringan: takipnea, disartria, menggigil, hipertensi; hipotermia sedang: aritmia, hipotensi, apatis, refleks menurun; hipotermia berat: refleks menghilang, edema paru, asam-basa abnormal)</li> </ul> <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sediakan lingkungan yang hangat</li> <li>- Ganti pakaian atau linen yang basah</li> <li>- Lakukan penghangatan pasif (mis. Selimut, menutup kepala, pakaian tebal)</li> <li>- Lakukan penghangatan aktif eksternal (mis. Kompres hangat, selimut hangat, botol hangat)</li> <li>- Lakukan penghangatan aktif internal (mis. Infus cairan hangat, oksigen hangat, lavase peritoneal dengan cairan hangat)</li> </ul> <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi mempersembahkan antipiretik, <i>bila perlu</i></li> </ul> |
| 5. | <p>Nyeri akut</p> <p>Penyebab:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Agen pencedera fisiologis (inflamasi, iskemia, neoplasma)</li> <li>- Agen pencedera kimiawi (terbakar, bahan kimia iritan)</li> </ul>   | <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan nyeri akut berkurang atau hilang dengan kriteria hasil :</p> <p>21) Keluhan nyeri menurun</p> <p>22) Meringis menurun</p>  | <p>Manajemen Nyeri</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri</li> <li>- Identifikasi skala nyeri</li> <li>- Identifikasi respons nyeri non verbal</li> </ul>   |

|   |  |   |
|---|--|---|
| <p>- Agen pencedera fisik (prosedur pembedahan, amputasi, latihan fisik)</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor<br/>Subjektif :<br/>- Mengeluh nyeri<br/>Objektif :<br/>- Tampak meringis<br/>- Bersikap protektif<br/>- Gelisah<br/>- Frekuensi nadi meningkat<br/>- Sulit tidur</p> <p>Gejala dan Tanda Minor:<br/>Subjektif tidak tersedia<br/>Objektif :<br/>- Tekananan darah meningkat<br/>- Pola nafas berubah<br/>- Nafsu makan berubah<br/>- Proses berpikir terganggu<br/>- Menarik diri<br/>- Berfokus pada diri sendiri<br/>- Diaforesis</p> <p>Kondisi klinis terkait :<br/>- Kondisi pembedahan<br/>- Cedera traumatis<br/>- Infeksi<br/>- Sindrom coroner akut<br/>- Glaukoma</p> | <p>23) Gelisah menurun<br/>24) Skala nyeri direntang (0-2)<br/>25) Tanda- tanda vital dalam batas normal</p> | <p>- Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</p> <p>Terapeutik :<br/>- Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. terapi musik,terapi pijat).<br/>Edukasi :<br/>- Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri<br/>- Jelaskan strategi meredakan nyeri<br/>- Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri<br/>Kolaborasi :<br/>- Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i></p> |
|---|--|---|



|    |  |   |   |
|----|--|---|---|
| 6. | <p>Gangguan Mobilitas Fisik</p> <p>Penyebab :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kerusakan integritas struktur tulang</li> <li>- Perubahan metabolisme</li> <li>- Ketidakbugaran fisik</li> <li>- Penurunan kendali otot</li> <li>- Penurunan kekuatan otot</li> <li>- Kekakuan sendi</li> <li>- Gangguan musculoskeletal</li> <li>- Nyeri</li> <li>- Kecemasan</li> <li>- Gangguan kognitif</li> </ul> <p>Gejala dan Tanda Mayor :</p> <p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas</li> </ul> <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kekuatan otot menurun</li> <li>- Rentang gerak (ROM) menurun</li> </ul> <p>Gejala dan tanda Minor :</p> <p>Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nyeri saat bergerak</li> <li>- Enggan melakukan pergerakan</li> <li>- Merasa cemas saat bergerak</li> </ul> <p>Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sendi kaku</li> <li>- Gerakan tidak terkoordinasi</li> <li>- Gerakan terbatas</li> <li>- Fisik lemah</li> </ul> | <p>Setelah di lakukan tindakan keperawatan diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pergerakan ekstremitas meningkat Rentang gerak (ROM) meningkat</li> <li>- Nyeri menurun</li> <li>- Kecemasan menurun</li> <li>- Kelemahan fisik menurun</li> </ul> | <p>Dukungan mobilisasi</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi adanya keluhan nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>- Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> <li>- Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan mobilisasi</li> <li>- Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik</li> <li>- Fasilitasi melakukan mobilisasi dengan alat bantu</li> <li>- Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> </ul> |
|----|--|---|---|

#### 4. Implementasi

Implementasi merupakan realisasi rencana keperawatan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan, kegiatan pada tahap ini yaitu pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon pasien selama dan sesudah diberi tindakan (Kozier, 2016). Tujuan dari implementasi adalah membantu pasien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan manifestasi koping.

#### 5. Evaluasi

Evaluasi merupakan penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Potter & Perry, 2016). Meskipun tahap evaluasi diletakkan pada akhir proses keperawatan tetapi tahap ini merupakan bagian integral pada setiap tahap proses keperawatan. Pengumpulan data perlu direvisi untuk menentukan kecukupan data yang telah dikumpulkan dan kesesuaian perilaku yang di observasi. Evaluasi diperlukan pada tahap intervensi untuk menentukan apakah tujuan intervensi tersebut dapat dicapai secara efektif (Nursalam, 2016).

### **D. Tinjauan Konsep Penyakit**

#### 1. Pengetian Tumor Colon

Menurut Muralitharan (2015) tumor adalah pembengkakan di dalam atau pada tubuh akibat pertumbuhan sel yang abnormal. Tumor dapat bersifat maligna atau benigna. Sedangkan menurut Sinta (2018) tumor merupakan gangguan patologis pertumbuhan sel yang ditandai dengan proliferasi sel yang berlebihan, tidak terkontrol, dan tidak normal yang dapat bersifat padat maupun berisi cairan. Ketika pertumbuhan sel tumor terbatas pada tempat asal dan fisik normal maka merupakan tumor jinak, namun jika sel-sel abnormal terus tumbuh dan tidak terkendali, maka disebut sebagai tumor ganas atau kanker.

Menurut Boyle & Langman dalam Lydia (2017) tumor kolon adalah pertumbuhan biologis jaringan yang tidak normal yang berbeda di dalam

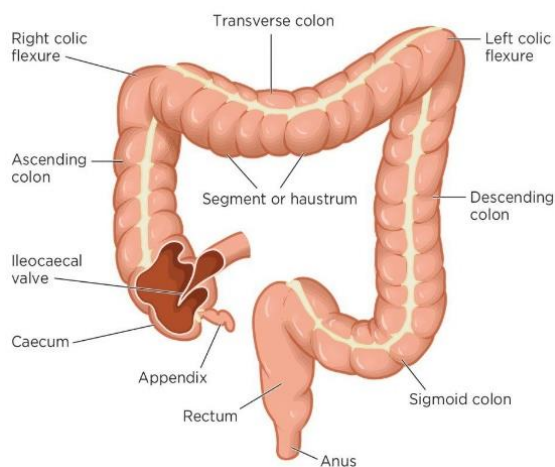
kolon, sedangkan menurut Selvi (2012) Tumor (berasal dari bahasa latin, yang berarti “bengkak”, merupakan salah satu dari lima karakteristik inflamasi. Namun, istilah ini sekarang digunakan untuk menggambarkan pertumbuhan biological jaringan yang tidak normal. Pertumbuhannya dapat digolongkan sebagai ganas (malignat) atau jinak (benign).

Usus besar merupakan tabung muskular berongga dengan panjang sekitar 1,5 m dan diameter rata-rata sekitar 6,5 cm yang terbentang dari sekum sampai kanalis analis. Kolon dibagi menjadi kolon asenden, desenden dan sigmoid. Kolon memiliki beberapa fungsi, diantaranya: menyerap air, vitamin, dan elektrolit, ekskresi mukus dan sebagai tempat penyimpanan feses sebelum didorong keluar dari tubuh.

Jadi, dapat disimpulkan bahwa tumor kolon adalah pertumbuhan biologikal jaringan yang tidak normal yang berada di kolon yang dapat bersifat jinak (benign) ataupun ganas (malignat).

## 2. Anatomi Fisiologi Kolon

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, kolontransversum, kolon desenden, kolon sigmoid dan rektum.



2.1 Gambar Anatomi kolon

Struktur usus besar:

a. Caecum

Merupakan kantong yang terletak di bawah muara ileum pada usus besar. Panjang dan lebarnya kurang lebih 6 cm dan 7,5 cm. Saekum terletak pada fossa iliakakanan di atas setengah bagian lateralis ligamentum inguinale. Biasanya saekum seluruhnya dibungkus oleh peritoneum sehingga dapat bergerak bebas, tetapi tidak mempunyai mesenterium. Terdapat perlekatan ke fossa iliaka di sebelah medial dan lateral melalui lipatan peritoneum yaitu plika caecalis, menghasilkan suatu kantong peritoneum kecil, recessus retrocaecalis.

b. Kolon asenden

Bagian ini memanjang dari saekum ke fossa iliaka kanan sampai ke sebelah kanan abdomen. Panjangnya 13 cm, terletak dibawah abdomen sebelah kanan dan di hati membelok ke kiri. Lengkungan ini disebut fleksura hepatica (fleksura coli dextra) dan dilanjutkan dengan kolon transversum.

c. Kolon Transversum

Merupakan bagian usus besar yang paling besar dan paling dapat bergerak bebas karena tergantung pada mesokolon, yang ikut membentuk omentum majus. Panjangnya antara 45-50 cm, berjalan menyalang abdomen dari fleksura coli dekstra sinistra yang letaknya lebih tinggi dan lebih ke lateralis. Letaknya tidak tepat melintang (transversal) tetapi sedikit melengkung ke bawah sehingga terletak di regio umbilikus.

d. Kolon desenden

Panjangnya lebih kurang 25 cm, terletak di bawah abdomen bagian kiri, dari atas ke bawah, dari depan fleksura lienalis sampai di depan ileum kiri, bersambung dengan sigmoid, dan dibelakang peritoneum.

e. Kolon sigmoid

Sering disebut juga kolon pelvinum. Panjangnya kurang lebih 40 cm dan berbentuk lengkungan huruf S. Terbentang mulai dari apertura pelvis superior (pelvic brim) sampai peralihan menjadi rektum di depan vertebra S-3. Tempat peralihan ini ditandai dengan berakhirnya ketiga teniae coli

dan terletak + 15 cm di atas anus. Kolon sigmoid tergantung oleh mesokolon sigmoideum pada dinding belakang pelvis sehingga dapat sedikit bergerak bebas (mobile).

e. Rektum

Bagian ini merupakan lanjutan dari usus besar, yaitu kolon sigmoid dengan panjang sekitar 15 cm. Rektum memiliki tiga kurva lateral serta kurva dorsoventral. Mukosa rektum lebih halus dibandingkan dengan usus besar. Rektum memiliki 3 buah valvula: superior kiri, medial kanan dan inferior kiri. 2/3 bagian distal rektum terletak di rongga pelvik dan terfiksir, sedangkan 1/3 bagian proksimal terletak dirongga abdomen dan relatif mobile. Kedua bagian ini dipisahkan oleh peritoneum reflektum dimana bagian anterior lebih panjang dibanding bagian posterior. Saluran anal (anal canal) adalah bagian terakhir dari usus, berfungsi sebagai pintu masuk ke bagian usus yang lebih proksimal, dikelilingi oleh spinkter ani (eksternal dan internal ) serta otot-otot yang mengatur pasase isi rektum ke dunia luar. Spinkter ani eksterna terdiri dari 3 sling : atas, medial dan depan.

3. Etiologi

a. Kelainan congenital

Kelainan congenital adalah kelainan yang dibawa sejak lahir, benjolannya dapat berupa benjolan yang timbul sejak lahir atau timbul pada usia kanak-kanak bahkan terkadang muncul setelah usia dewasa.

b. Genetik

Sekitar 15% seluruh tumor kolon pada pasien dengan riwayat kanker kolorektal pada keluarga terdekat. Seseorang dengan keluarga terdekat yang memiliki tumor/ kanker kolorektal memiliki kemungkinan untuk menderita kanker kolorektal dua kali lebih tinggi dibandingkan dengan seseorang yang tidak memiliki riwayat kanker kolorektal pada keluarganya.

c. Usia

Usia merupakan faktor paling relevan yang mempengaruhi resiko keganasan pada kolorektal di sebagian besar populasi. Resiko keganasan kolorektal meningkat bersama dengan usia, terutama pada pria dan wanita yang berusia 50 tahun atau lebih. Frekuensi keganasan pada pria berusia lanjut meningkat 7 kali lebih beresiko dan pada wanita berusia lanjut meningkat hingga 4 kali lebih beresiko.

d. Rangsangan fisik berulang

Gesekan atau benturan pada salah satu bagian tubuh yang berulang dalam waktu yang lama merupakan rangsangan yang dapat mengakibatkan terjadinya tumor atau kanker pada bagian tubuh tersebut, karena luka atau cedera pada tempat tersebut tidak sempat sembuh dengan sempurna.

e. Hormon

Hormon adalah zat yang dihasilkan kelenjar tubuh dan fungsinya adalah mengatur kegiatan alat-alat tubuh dan selaput tertentu. Pada beberapa penelitian diketahui bahwa pemberian hormon tertentu secara berlebihan dapat menyebabkan peningkatan terjadinya beberapa jenis tumor atau kanker seperti payudara, rahim, indung telur dan prostat (kelenjar kelamin pria).

f. Gaya hidup

Penurunan aktivitas fisik, obesitas dan konsumsi alkohol akan meningkatkan resiko terjadinya keganasan pada kanker.

g. Karsinogenik (bahan kimia, virus dan radiasi)

Zat yang terdapat pada asap rokok dapat menyebabkan kanker paru pada perokok dan perokok pasif (orang bukan perokok yang tidak sengaja menghirup asap rokok orang lain) dalam jangka waktu lama. Bahan kimia industri serta asap yang mengandung senyawa karbon dapat meningkatkan kemungkinan seorang pekerja industri menderita kanker. Beberapa virus berhubungan erat dengan perubahan sel normal menjadi sel kanker.

#### 4. Manifestasi klinis

Tumor kolon yang terletak pada daerah caecum dan colon ascendens akan jarang memberikan gejala, karena feces yang melewati daerah tersebut masih berada dalam bentuk cair. Selain itu, luas daerah caecum adalah yang terluas dibandingkan dengan daerah pada colon kiri (sigmoid), hal ini menyebabkan tumor dapat tumbuh terus sampai besar dan tidak memberikan tanda dan gejala apapun, juga tidak ada perubahan pada pola buang air besar serta pada penampilan fisik dari feces. Tumor colon yang berada di sebelah kiri biasanya akan cepat menimbulkan keluhan karena desakan tumor dan juga daerah colon kiri yang relatif sempit dibandingkan dengan kolon kanan, gejala yang muncul adalah adanya kram abdomen, sumbatan, dan bahkan perforasi (Akhmad, 2013)

#### 5. Patofisiologi

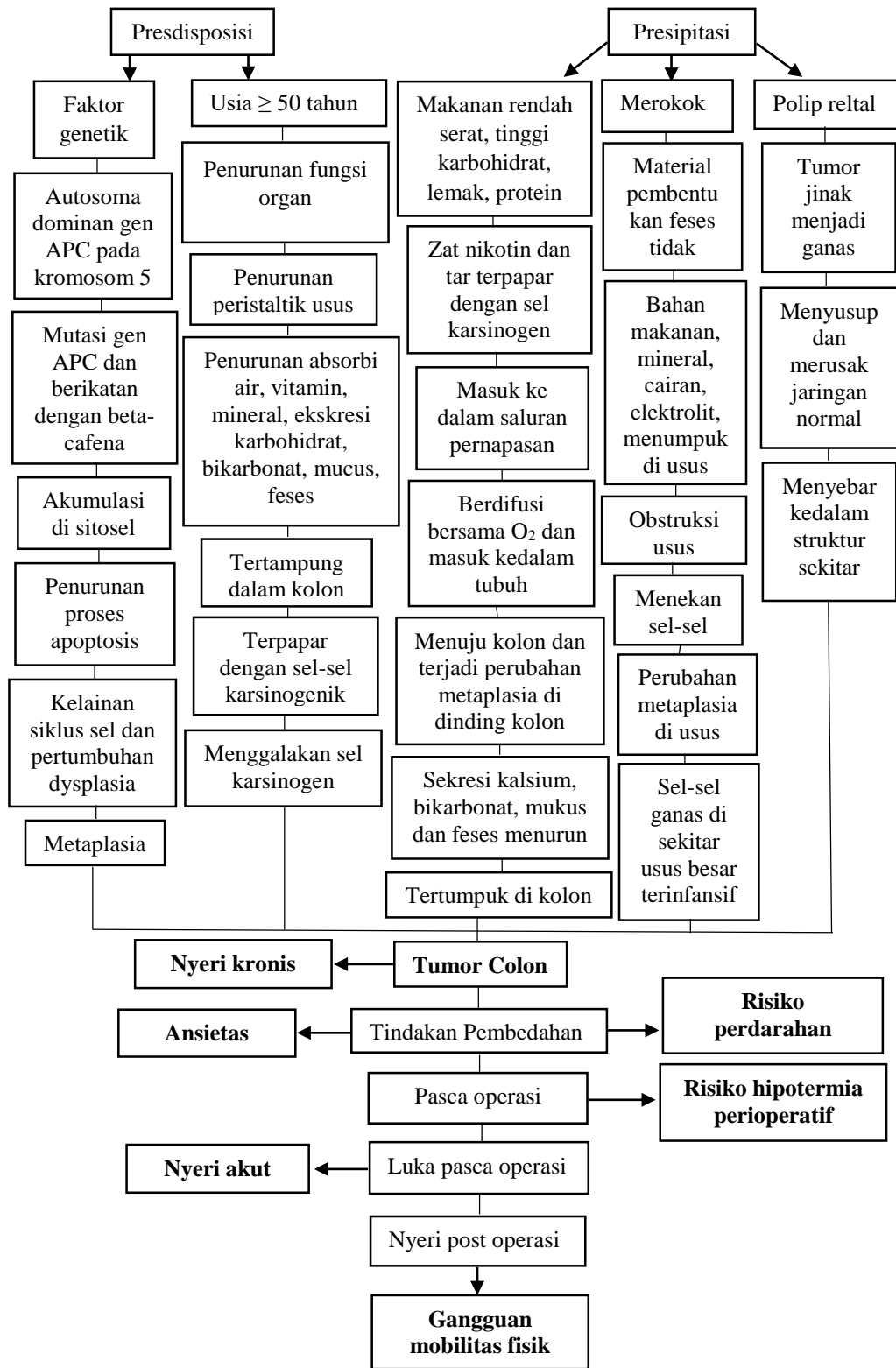
Kelainan congenital, gender/jenis kelamin, usia, rangsangan fisik berulang, hormone, infeksi, gaya hidup, karsinogenik (bahan kimia, virus, radiasi) dapat menimbulkan tumbuh atau berkembangnya sel tumor. Sel tumor dapat bersifat benign (jinak) atau bersifat malignant (ganas). Sel tumor pada tumor jinak bersifat tumbuh lambat, sehingga tumor jinak pada umumnya tidak cepat membesar. Sel tumor mendesak jaringan sehat sekitarnya secara serempak sehingga terbentuk simpai (serabut pembungkus yang memisahkan jaringan tumor dari jaringan sehat).

Oleh karena itu bersimpai maka pada umumnya tumor jinak mudah dikeluarkan dengan cara operasi. Sel tumor pada tumor ganas (kanker) tumbuh cepat, sehingga tumor ganas pada umumnya cepat menjadi besar. Sel tumor ganas tumbuh menyusup ke jaringan sehat sekitarnya, sehingga dapat digambarkan seperti keping dengan kaki-kakinya mencengkrum alat tubuh yang terkena. Disamping itu sel kanker dapat membuat anak sebar (metastasis) ke bagian alat tubuh lain yang jauh dari tempat asalnya melalui pembuluh darah dan pembuluh getah bening dan tumbuh kanker baru ditempat lain. Penyusupan sel kanker ke jaringan sehat pada alat tubuh

lainnya dapat merusak alat tubuh tersebut sehingga fungsi alat tersebut menjadi terganggu.

Kanker adalah sebuah penyakit yang ditandai dengan pembagian sel yang tidak teratur dan kemampuan sel-sel ini untuk menyerang jaringan biologis lainnya, baik dengan pertumbuhan langsung ke jaringan yang bersebelahan (invasi) atau dengan migrasi sel ke tempat yang jauh (metastasis). Pertumbuhan yang tidak teratur ini menyebabkan kerusakan DNA, menyebabkan mutasi dari gen vital yang mengontrol pembagian sel, dan fungsi lainnya. Adapun siklus tumbuh sel kanker adalah membelah diri, membentuk RNA, berdiferensiasi/proliferasi membentuk DNA baru, duplikasi kromosom sel, duplikasi DNA dari sel normal, menjalani fase mitosis, fase istirahat (pada saat ini sel tidak melakukan pembelahan).





Gambar 2.2 Pathway Tumor Colon  
(Sumber : Ulva Veronica, 2018)

## 6. Pemeriksaan penunjang

Diagnosa dari tumor kolon dapat ditegakkan melalui anamnesa, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang yang baik.

### a. Pemeriksaan colok dubur

Pada pemeriksaan ini akan teraba massa tumor.

### b. Endoskopi

Pemeriksaan endoskopi perlu dikerjakan, baik sigmoidoskopi maupun kolonoskopi. Gambaran yang khas karsinoma atau ulkus akan dapat dilihat dengan jelas pada endoskopi, dan untuk menegakkan diagnosis perlu dilakukan biopsi.

### c. Radiologi

Pemeriksaan radiologi yang dapat dikerjakan antara lain adalah : foto dada dan foto kolon (*barium enema*), USG. Pemeriksaan dengan enema barium mungkin dapat memperjelas keadaan tumor dan mengidentifikasi letaknya. Tes ini mungkin menggambarkan adanya kebuntuan pada isi perut, dimana terjadi pengurangan ukuran tumor pada lumen. Luka yang kecil kemungkinan tidak teridentifikasi dengan tes ini. Enema barium secara umum dilakukan setelah *sigmoidoscopy* dan *colonoscopy*.

### d. Protoskopi

Melihat kelainan pada anus, kanalis analis, dan bagian distal rektum

### e. Rektosigmoidoskopi

Untuk melihat rektum dan sigmoid

### f. Colonoskopi

Untuk melihat anus sampai dengan ileum terminalis dan dapat juga untuk membiopsi jaringan, evaluasi, dan tindakan terapi.

### g. *Computer Tomografi* (CT)

Membantu memperjelas adanya massa dan luas dari penyakit. *Chest X-ray* dan liver scan mungkin dapat menemukan tempat yang jauh yang sudah metastasis (Keljombar, 2015)

## 7. Penatalaksanaan

### a. Pembedahan / Operasi

#### 1) *Hemikolektomy* Kanan

*Hemikolektomy* kanan dilakukan untuk mengangkat suatu tumor atau penyakit pada kolon kanan. Dilakukan pada kasus tumor bersifat kuratif dengan melakukan reseksi pada kasus karsinoma sekum, kolon asenden. Pembuluh darah ileokolika, kolika kanan dan cabang kanan pembuluh darah kolika media diligasi dan dipotong. Sepanjang 10 cm ileum terminal juga harus direseksi, yang selanjutnya dibuat anastomosis antara ileum dan kolon transversum.

#### 2) *Hemikolektomy* kanan diperluas

Dilakukan untuk mengangkat tumor pada fleksura hepatica atau proksimal kolon transversum. Standar *hemikolektomy* kanan diperluas adalah dengan mengikut sertakan pemotongan pembuluh darah kolika media. Kolon kanan dan proksimal kolon transversum direseksi dilanjutkan anastomosis primer antara ileum dan bagian distal kolon transversum. Jika *supply* darah diragukan, reseksi diperluas sampai fleksura lienalis dan selanjutnya membuat anastomosis ileum dengan kolon desenden.

#### 3) *Hemikolektomy* Transversum

Suatu tumor pada pertengahan kolon transversum dapat direseksi dengan melakukan ligasi pada pembuluh darah kolika media sekaligus mengangkat seluruh kolon transversum yang diikuti membuat anastomosis kolon asenden dengan kolon desenden. Bagaimanapun suatu kolektomi kanan diperluas dengan anastomosis antara ileum terminal dengan kolon desenden merupakan anastomosis yang aman dengan menghasilkan fungsi yang baik.

#### 4) *Hemikolektomy* kiri

Suatu tumor pada kolon transversum bagian distal, fleksura lienalis atau kolon descenden direncanakan untuk dilakukan *hemikolektomy* kiri. Cabang kiri dari pembuluh darah kolika media, kolika kiri dan cabang pertama dari pembuluh darah sigmoid dilakukan ligasi dan

dipotong. Selanjutnya dilakukan anastomosis kolon transversum dengan kolon sigmoid.

5) *Hemikolektomy* kiri diperluas

Digunakan untuk mengangkat tumor pada kolon transversum bagian distal. Pada operasi ini, dilakukan kolektomi kiri dengan perluasan ke bagian proksimal cabang kanan pembuluh darah kolika media.

6) *Kolektomy* sigmoid

Tumor pada kolon sigmoid dengan melakukan ligasi dan pemotongan cabang sigmoid dilakukan reseksisetinggi refleksi peritoneum dilanjutkan anastomosis antara kolon desenden dan rektum bagian proksimal. Untuk menghindari tension pada anastomosis maka perlu dilakukan pembedahan fleksura lienalis.

7) *Kolektomy* total atau sub total

Dilakukan pada pasien dengan kolitis fulminan termasuk familial adenomatous polyposis atau karsinoma kolon yang sinkronus. Sesuai prosedur, pembuluh darah ileokolika, pembuluh darah kolika dextra, kolika media, kolika sinistra dilakukan ligasi dan dipotong. Selanjutnya ileum terminal sampai sigmoid direseksi.

b. Penyinaran (Radioterapi)

Terapi radiasi memakai sinar gelombang partikel berenergi tinggi misalnya sinar X, atau sinar gamma, difokuskan untuk merusak daerah yang ditumbuhi tumor, merusak genetic sehingga membunuh kanker. Terapi radiasi merusak sel-sel yang pembelahan dirinya cepat, antara lain sel kanker, sel kulit, sel dinding lambung & usus, sel darah. Kerusakan sel tubuh menyebabkan lemas, perubahan kulit dan kehilangan nafsu makan.

c. Kemoterapi

Kemoterapi memakai obat antikanker yang kuat, dapat masuk ke dalam sirkulasi darah, sehingga sangat bagus untuk kanker yang telah menyebar. Obat chemotherapy ini ada kira-kira 50 jenis. Biasanya di

injeksi atau dimakan, pada umumnya lebih dari satu macam obat, karena digabungkan akan memberikan efek yang lebih bagus.

#### **d. Jurnal Terkait**

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Wildan Alfarisi .(2021). Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Kecemasan Pasien Pre Operasi Bedah Mayor Elektif Di Ruang Nyi Ageng Serang RSUD Sekarwangi. Dengan hasil uji statistik dengan menggunakan *Chi Square* diperoleh  $p= 0,020$ , berdasarkan hipotesis awal jika  $p<0,05$  maka  $H_0$  di tolak, hal ini berarti menunjukkan terdapat hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan pasien pre operasi bedah mayor elektif di Ruang Nyi Ageng Serang RSUD Sekarwangi. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan pasien pre operasi bedah mayor elektif di Ruang Nyi Ageng Serang RSUD Sekarwangi.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Triyadi et al (2015) tentang Pengaruh *Deep Breathing* Terhadap Kecemasan Praoperasi Pasien Di RSUD 45 Kuningan, hasil analisa data menunjukkan terdapat penurunan tingkat kecemasan pasien sebelum dan sesudah di lakukan teknik relaksasi nafas dalam di RSUD 45 Kuningan.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Widiyono, Suryani, Ari Setiyajati. (2020). Hubungan antara Usia dan Lama Operasi dengan Hipotermi pada Pasien Pasca Anestesi Spinal di Instalasi Bedah Sentral. Dari hasil analisis variabel usia dan lama operasi terhadap kejadian hipotermi dengan hasil uji Chi-Square di dapatkan nilai  $p <0,05$  artinya terdapat hubungan antara faktor usia ( $p=0,028$ ) dan lama operasi ( $p=0,005$ ) dengan hipotermi pasca anestesi spinal.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Rudi Hemarno (2019) dengan judul pengaruh *Deep Breathing Exercise* (DBE) terhadap tingkat intensitas nyeri pada pasien post operasi laparatomi, menunjukkan adanya perbedaan pengaruh teknik relaksasi *deep breathing exercise* terhadap perubahan intensitas nyeri pasien pada kelompok kontrol dan perlakuan post operasi laparatomi di RS. Lavalette Kota Malang ( $p=0,000$ ).