

BAB II

KONSEP DASAR MEDIK

A. Pengertian

Kanker kolorektal merupakan keganasan yang berasal dari jaringan usus besar, terdiri dari kolon dan rektum. Kebanyakan kanker kolon berkembang dari polip, dan secara histopatologik sebagian besar kanker kolon merupakan adeno-karsinoma (terdiri atas epitel kelenjar). Kolon berada di proksimal usus besar dan rektum terdapat di bagian distal antara 5-7 cm di atas anus (Sayuti & Nouva, 2019).

Kanker *Rectosigmoid* adalah salah satu keganasan pada kolon dan rektum yang khusus menyerang bagian kolon sigmoid yang terjadi akibat gangguan proliferasi atau pertumbuhan sel epitel yang tidak terkendali. Sel-sel kanker juga bisa menginvasi dan merusak jaringan di sekitarnya dan yang terpenting adalah dapat melakukan metastase ke jaringan atau organ lainnya. (Hurst, 2019).

Berdasarkan dua literatur diatas maka dapat disimpulkan *Adenocarcinoma rectosigmoid* merupakan keganasan yang berasal dari jaringan usus besar khususnya pada kolon sigmoid dan rektum yang terjadi akibat gangguan proliferasi atau pertumbuhan sel epitel yang tidak terkendali.

B. Presipitasi dan Predisposisi

Faktor presipitasi dan predisposisi kanker kolorektal menurut (Rosaliani, 2019) yaitu :

1. Faktor Presiptasi

Faktor presiptasi dari kanker kolorektal sampai saat ini belum diketahui secara jelas (Rosaliani, 2019)

2. Faktor Predisposisi

a. Faktor genetik

Keluarga yang memiliki riwayat kanker kolorektal maka anggota keluarga lainnya akan memiliki risiko tinggi terkena kanker kolorektal

b. Diet makanan

Diet tinggi kalori, protein daging, dan lemak dapat menyebabkan perkembangan kanker kolorektal.

c. Gaya Hidup

Kebiasaan menahan BAB/defekasi, merokok, atau memiliki pola makan yang tinggi kandungan lemak, kurang buah dan sayuran mendapat tingkat risiko yang lebih tinggi mengalami kanker kolorektal

d. Faktor usia

Persentase Penderita yang mengidap kanker kolorektal terdeteksi setelah berusia >50 tahun adalah lebih dari 90 %

e. Riwayat kesehatan masa lalu

Individu yang pernah menderita kanker rektum memiliki risiko untuk mengalami kanker rektum untuk kedua kalinya.

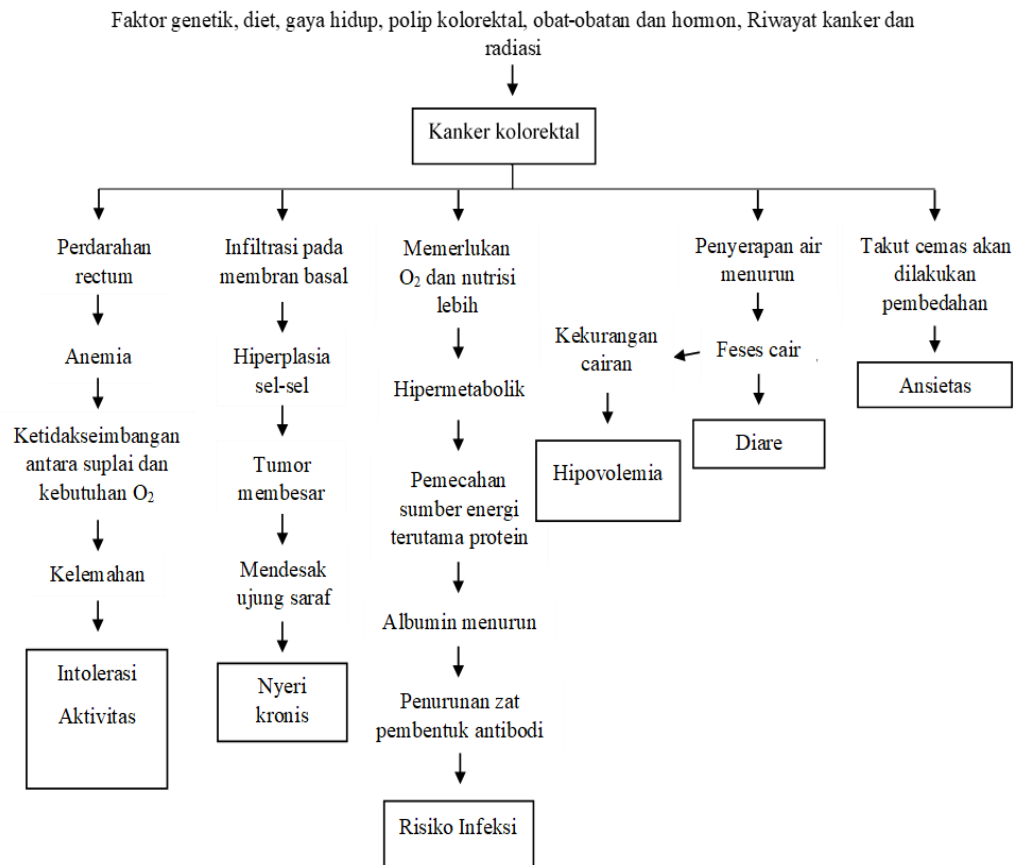
Sementara perempuan memiliki risiko yang lebih tinggi jika pernah mengalami kanker ovarium

C. Patofisiologi

Kebanyakan kanker kolorektal awalnya adalah polip adenoma bersifat karsinoma, yang sebagian besar tumor berada di rektum dan kolon sigmoid. Pada saat gejala telah di rasakan, mungkin kanker telah bermetastasis ke lapisan yang lebih dalam pada jaringan usus dan organ lain yang ada didekatnya. Saat menyebar secara langsung kanker ini dapat melibatkan semua lapisan usus submukosa, dan dinding usus terluar. Struktur jaringan lain yang berdekatan seperti hepar, lambung, usus 12 jari, usus halus, pankreas, limfa, saluran kemih dan dinding perut dapat terlibat juga (Lemone *et al.*, 2016)

Hampir kanker kolorektal adalah adenokarsinoma (95%) yang muncul dari lapisan epitel (sel pada bagian terluar organ) usus. Diawali dengan timbulnya polip jinak yang dapat berubah menjadi ganas, lalu mengenai ke jaringan yang normal dan terjadilah metastasis ke struktur jaringan yang ada di dekatnya terutama hepar (Suratun & Lusianah, 2016).

D. Pathway



Gambar 2.1 Pathway Kanker Kolorektal sumber dari referensi patofisiologi dan SDKI PPNI

E. Manifestasi klinik

Manifestasi kanker kolorektal (Sayuti & Nouva, 2019) adalah :

1. Konstipasi ataupun diare
2. Terasa penuh pada perut atau kembung
3. Nyeri perut
4. Melena (feses berwarna hitam keabu-abuan)
5. Feses/ kotoran dikeluarkan sedikit dari biasanya

6. Anemia karena perdarahan yang samar
7. Berat badan turun

F. Pemeriksaan Diagnostik

a. Endoskopi

Endoskopi adalah prosedur diagnostik utama dan dapat dilakukan dengan sigmoidoskopi (35% tumor pada rektosigmoid) atau dengan kolonoskopi total. Kolonoskopi adalah prosedur untuk melihat dan mengambil jaringan abnormal dari kolon (NCCN, 2018)

b. Enema barium dengan kontras ganda

Pemeriksaan enema barium bertujuan untuk mendeteksi adanya polip, tumor, dan lesi lain dari usus besar

c. Biopsi

Menurut NCI (2019) Biopsi adalah pengangkatan sel atau jaringan dengan mikroskop untuk memeriksa tanda-tanda kanker

d. CT scan Abdomen

CT scan dilakukan untuk mengetahui penyebaran kanker ke lapisan dinding kolon atau organ terdekat (NCCN, 2018).

e. CEA (carcinoembryonic antigen)

Pemeriksaan serum CEA adalah penanda tumor yang dapat meningkat pada kanker kolorektal dan dapat membantu menentukan progresivitas penyakit (NCCN, 2018)

G. Komplikasi

Menurut LeMone *et al.*, (2016) komplikasi utama terkait penyakit kanker kolorektal adalah:

- a. Obstruksi usus parsial/ kompliit yang disebabkan oleh penyempitan lumen usus oleh lesi.
- b. Dinding usus mengalami perforasi oleh tumor yang memungkinkan kontaminasi rongga perut karena isi usus.
- c. Penyebaran tumor secara langsung hingga melibatkan organ yang ada di sekitarnya.
- d. Ekstensi tumor dan ulserasi ke pembuluh darah di dekatnya (perforasi/ lubang, abses, peritonitis, sepsis, atau syok).

H. Penatalaksanaan medis

Menurut NCCN, (2018) penatalaksanaan medis pada pasien kanker kolorektal yaitu :

a. Medis

1. Pembedahan (Operasi)

Operasi adalah penanganan yang paling efektif dan cepat untuk tumor yang diketahui lebih awal belum bermetastatis, tetapi tidak menjamin semua sel kanker dapat diambil (NCCN, 2018).

Menurut Lemone *et al.*, (2016) penatalaksanaan medis pada pasien kanker kolorektal yaitu

2. Kolostomi

Apabila tumor terdapat pada rektum, kolon sigmoid dan anus, maka dilakukan reseksi abdominoperianal untuk mengangkat tumor melalui insisi abdominal dan perianal. Kolostomi sigmoid secara permanen dilakukan untuk eliminasi fekal. Anus ditutup dan stoma dibentuk dari kolon sigmoid proksimal dan biasanya terletak pada kuadran kiri bawah abdomen.

3. Terapi radiasi

Terapi radiasi tidak diberikan sebagai terapi pokok pada kanker kolorektal, tetapi diberikan bersamaan dengan reseksi bedah. Terapi radiasi yang digunakan untuk mengatasi kanker yang berukuran kecil adalah radiasi intrakavitari, eksternal atau implantasi

4. Kemoterapi

Agen kemoterapeutik seperti fluorourasil intravena (5-FU) dan asam folinat (leucovorin), juga digunakan pada waktu pascaoperasi sebagai terapi penunjang untuk kanker kolorektal

I. Asuhan Keperawatan

A. Pengkajian

Pengkajian pada pasien dengan kasus Kanker kolorektal :

1. Identitas

Meliputi nama, usia, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, suku/ bangsa, agama, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian,

nomor rekam medis, diagnosa medis dan alamat pasien (Lemone *et al.*, 2016; Sayuti & Nouva, 2019; Rosaliani, 2019)

2. Keluhan Utama

a. Riwayat Penyakit Sekarang

Alasan masuk rumah sakit, waktu kejadian, hingga masuk rumah sakit. Klien mengeluh BAB berdarah dan berlendir, tidak BAB dan tidak ada kentut/ flatus, perutnya terasa nyeri/ kembung dan sakit, mual dan muntah, tidak puas dalam BAB, BAB sedikit dan berat badannya menurun (Lemone *et al.*, 2016)

b. Riwayat Kesehatan Dahulu

Perawatan yang pernah dialami dan penyakit lain seperti Diabetes Melitus, Hipertensi, dan lain-lain (Lemone *et al.*, 2016)

3. Pemeriksaan Fisik

a. Kepala-leher

Pada umumnya tidak ada kelainan pada kepala, kadang ditemukan pembesaran kelenjer getah bening.

b. Mata

Biasanya pada pasien dengan kanker kolorektal mengalami anemis konjungtiva.

c. Hidung

Pada pemeriksaan hidung secara umum tidak tampak mengalami sesak nafas dan cupping hidung.

d. Mulut

Biasanya pada mulut pasien kanker kolorektal tampak bibir kering dan mukosa kering

e. Thorax

Biasanya pada pasien kanker kolorektal hasil Palpasi pergerakan simetris kanan kiri, taktil premitus sama antara kanan dan kiri, hasil Perkusi suara sonor pada kedua paru, suara redup ada batas paru dan hepar, hasil auskultasi suara napas tambahan seperti ronkhi, mengi, wheezing, dan stridor (Wijaya & Putri dalam Muna, 2020).

f. Abdomen

Biasanya hasil Inspeksi apakah abdomen buncit atau datar, umbilikalis menonjol atau tidak, apakah ada benjolan/ massa pada abdomen, luka, jejas, lesi. Hasil Auskultasi suara peristaltik usus nilai normalnya 3-12 kali/ menit. Hasil Palpasi: nyeri tekan pada abdomen, teraba massa pada abdomen. Hasil Perkusi: suara normal timfani, jika ada massa padat atau cair akan menimbulkan suara pekak (hepar, asites, vesika urinari, tumor). (Lemone *et al.*, 2016)

g. Kulit

Biasanya pada pasien yang kekurangan darah karna mengalami perdarahan kulit akan tampak pucat atau sianosis, kulit teraba dingin

h. Ekstemitas

Biasanya pada ekstremitas akral teraba dingin bahkan bahkan > 2 detik karena kurangnya suplai darah, Edema tidak ada, jari-jari

lengkap dan utuh, Clubbing finger jika terjadi metastasis pada paru (Wijaya & Putri dalam Muna, 2020).

4. Pemeriksaan Diagnostik

Untuk dapat menegakan diagnosa keperawatan dapat digunakan cara:

a. Endoskopi

Endoskopi adalah prosedur diagnostik utama dan dapat dilakukan dengan sigmoidoskopi (35% tumor pada rektosigmoid) atau dengan kolonoskopi total. Kolonoskopi adalah prosedur untuk melihat dan mengambil jaringan abnormal dari kolon (NCCN, 2018)

b. Enema barium dengan kontras ganda

Pemeriksaan enema barium bertujuan untuk mendeteksi adanya polip, tumor, dan lesi lain dari usus besar (Smeltzer & Bare, 2013)

c. Biopsi

Menurut NCI (2019) Biopsi adalah pengangkatan sel atau jaringan dengan mikroskop untuk memeriksa tanda-tanda kanker

d. CT scan Abdomen

CT scan dilakukan untuk mengetahui penyebaran kanker ke lapisan dinding kolon atau organ terdekat (NCCN, 2018).

e. CEA (carcinoembryonic antigen)

Pemeriksaan serum CEA adalah penanda tumor yang dapat meningkat pada kanker kolorektal dan dapat membantu menentukan progresivitas penyakit (NCCN, 2018)

B. Diagnosa Keperawatan

Menurut (PPNI, 2017) Beberapa diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien Kanker kolorektal adalah :

1. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Kelemahan
2. Nyeri kronis berhubungan dengan Infiltrasi tumor
3. Hipovolemia berhubungan dengan Kekurangan intake cairan
4. Risiko infeksi berhubungan dengan Penyakit kronis
5. Diare berhubungan dengan Malabsorpsi
6. Ansietas berhubungan dengan Kurang terpapar informasi

C. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala pengobatan yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan 25 penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan (Tim Pokja DPP PPNI, 2018)

Tabel 2.1 Diagnosa Keperawatan dan Intervensi Keperawatan Kanker Kolorektal

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
1.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Kelemahan (D.0056)	<p>Setelah . tindakan keperawatan diharapkan masalah Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Kelemahan dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <p>Toleransi Aktivitas (L.05047)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi nadi meningkat 2. Keluhan lelah menurun 3. Dispnea saat aktivitas menurun 4. Dispnea setelah aktivitas menurun 	<p>Manajemen energi (I. 05178)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor pola dan jam tidur <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan

Tabel 2.2 Diagnosa Keperawatan dan Intervensi Keperawatan Kanker Kolorektal

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
2	Nyeri kronis berhubungan dengan Infiltrasi tumor (D.0078)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah Nyeri kronis berhubungan dengan Infiltrasi tumor dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <p>Tingkat Nyeri (L.08066)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Kesulitan tidur menurun 	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyer 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 2. Fasilitasi istirahat dan tidur <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

Tabel 2.3 Diagnosa Keperawatan dan Intervensi Keperawatan Kanker Kolorektal

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
3	Hipovolemia berhubungan dengan Kekurangan intake cairan (D.0023)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah Hipovolemia berhubungan dengan Kekurangan intake cairan dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <p>Keseimbangan cairan (L.05020)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Asupan cairan meningkat 2. Keluaran urin meningkat 3. Kelembapan membran mukosa meningkat 4. Asupan makan meningkat 	<p>Manajemen Hipovolemia (I.03116)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis: frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah) 2. Monitor intake dan output cairan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hitung kebutuhan cairan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis: NaCL, RL) 2. Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis: glukosa 2,5%, NaCl 0,4%)

Tabel 2. 4 Diagnosa Keperawatan dan Intervensi Keperawatan Kanker

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
4	Risiko infeksi berhubungan dengan Penyakit kronis (D.0142)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah Risiko infeksi berhubungan dengan Penyakit kronis dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <p>Tingkat Infeksi (L.14137)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Demam menurun 2. Kemerahan menurun 3. Nyeri menurun 4. Bengkak menurun 	<p>Pencegahan Infeksi (I.14539)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Berikan perawatan kulit pada area edema 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3. Ajarkan etika batuk 4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 6. Anjurkan meningkatkan asupan cairan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu

Tabel 2.5 Diagnosa Keperawatan dan Intervensi Keperawatan Kanker

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
5	Diare berhubungan dengan Malabsorpsi (D.0020)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah Diare berhubungan dengan Malabsorpsi dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <p>Eliminasi fekal (L.04033)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kontrol pengeluaran feses meningkat 2. Keluhan defekasi lama dan sulit menurun 3. Mengejan saat defekasi menurun 4. Konsistensi feses membaik 5. Frekuensi BAB membaik 	<p>Manajemen Diare (I.03101)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab diare (mis: inflamasi gastrointestinal, iritasi gastrointestinal, proses infeksi, malabsorpsi, ansietas, stres, obat-obatan, pemberian botol susu) 2. Identifikasi Riwayat pemberian makanan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan asupan cairan oral (mis: larutan garam gula, oralit, Pedialyte, renalyte) 2. Pasang jalur intravena 3. Berikan cairan intravena (mis: ringer asetat, ringer laktat), jika perlu <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap 2. Anjurkan menghindari makanan pembentuk gas, pedas, dan mengandung laktosa 3. Anjurkan melanjutkan pemberian ASI <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian obat antimotilitas (mis: loperamide, difenoksilat)

Tabel 2.6 Diagnosa Keperawatan dan Intervensi Keperawatan Kanker Kolorektal

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
6	Ansietas berhubungan dengan Kurang terpapar informasi (D.0080)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah Ansietas berhubungan dengan Kurang terpapar informasi dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <p>Tingkat Ansietas (L.09093)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi kebingungan menurun 2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 3. Perilaku gelisah menurun 4. Perilaku tegang menurun 5. Keluhan pusing menurun 6. Anoreksia menurun 	<p>Reduksi Ansietas (I.09314)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis: kondisi, waktu, stresor) 2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan 3. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) <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 ansietas <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami 2. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu