

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kanker kolorektal atau yang biasa disebut sebagai kanker usus besar merupakan suatu tumor ganas terbanyak diantara tumor lainnya yang menyerang saluran pencernaan. Lebih dari 60 persen tumor ganas kolorektal berasal dari colon atau rectum. Kolon adalah bagian terbesar dari usus besar yang panjangnya hampir 5 kaki. Rectum merupakan bagian 15 cm terakhir dari usus besar dan terletak di dalam rongga panggul di tengah tulang pinggul (Kuipers, 2015).

Kanker kolorektal merupakan penyakit keganasan tersering ketiga pada pria (746 ribu kasus/tahun). Insiden dan mortalitas kanker kolorektal meningkat dengan pertambahan usia. Lebih kurang 90% kasus baru dan 93% kasus kematian akibat kanker kolorektal terjadi pada usia ≥ 50 tahun (Tariq, 2016). Hal tersebut didukung oleh data dari Globocan (2012) yang menyatakan bahwa insiden kejadian kanker kolorektal diseluruh dunia menempati urutan ketiga yaitu 9,7% atau sebanyak 1.360 jiwa dari 100.000 penduduk. Dan menduduki peringkat keempat sebagai penyebab kematian terbesar diseluruh dunia yaitu 8,5% atau 694 jiwa dari 100.000 penduduk.

Menurut Riskesdas tahun 2018, Indonesia berada pada urutan ke delapan di Asia Tenggara dengan angka kejadian kanker 136.2/100.000 penduduk, sedangkan di Asia berada pada urutan ke 23. Data histopatologi dari seluruh senter patologi di Indonesia tahun 2013 karsinoma rektum pada laki-laki menempati urutan ke-5 dengan jumlah 1580 kasus dan karsinoma kolon

menempati urutan ke-9 dengan jumlah 1123 kasus. Sedangkan pada wanita, karsinoma rektum di urutan ke-4 (1585 kasus) dan urutan ke-9 karsinoma kolon (1101 kasus).

Di Sumatera Barat untuk laki- laki kanker kolon menempati urutan ke-3 (51 kasus) dan kanker rektum menempati urutan ke-4 (50 kasus).Sedangkan pada wanita kanker rektum di posisi ke-6 (51 kasus) dan kanker kolon di urutan ke-7 (43 kasus) (YKI, 2017). Data Di RSUP Dr. M Djamil Padang, dari bulan Januari 2011 s/d Desember 2013, ditemukan 102 kasus kanker kolorektal, dengan rentang usia 26-87 tahun dan terbanyak pada usia lansia (Kemal, 2016).

Pada kategori usia dampak dari penyakit kanker kolorektal beresiko tinggi pada lansia, disebabkan dipengaruhi proses menua. Proses menua dan perubahan fisiologis pada lansia mengakibatkan beberapa kemunduran dan kelemahan, serta implikasi klinik berupa penyakit kronik dan infeksi. Perubahan secara fisiologis terjadinya kemunduran dan kelemahan pada lansia seperti pergerakan dan kestabilan terganggu, intelektual terganggu, isolasi diri (depresi), inkontinensia, defisiensi imunologis, infeksi, konstipasi dan malnutrisi, latrogenesis dan insomnia, kemunduran penglihatan, pendengaran, pengecapan, pemabuan, komunikasi dan integritas kulit, dan kemunduran proses penyembuhan (Arisman, 2012).

Tingginya angka kejadian kanker kolorektal pada usia lanjut sehingga diperlukan penatalaksanaan yang tepat untuk mengatasinya. Penatalaksanaan pada kanker kolorektal terdiri dari penatalaksanaan medis dan keperawatan. Pengobatan paling utama pada kanker kolorektal adalah operasi, dimana jenis

operasi yang dilakukan tergantung pada stadium kanker. Tujuan utama tindakan bedah adalah untuk memperlancar saluran cerna, baik bersifat kuratif maupun nonkuratif. salah satu tindakan pembedahan abdomen pada pasien kanker kolorektal adalah laparaskopi (Palta, 2013).

Laparaskopi adalah jenis prosedur bedah yang mengakses bagian dalam perut dan panggul tanpa harus membuat sayatan yang besar di kulit. Prosedur ini juga dikenal sebagai operasi lubang kunci atau operasi invasif minimal. Laparaskopi terdiri dari empat port, diantaranya Port 1 digunakan sebagai tempat untuk laparoskop (10 mm atau 5 mm), Port 2/ Port B yang terletak dibawah liver sedikit ke kanan *ligamentum falsifarum* merupakan port operasi utama. Port ini diletakkan setelah visualisasi laparaskopi dapat terlihat dengan jelas, dan dibutuhkan transluminasi dinding abdomen hal ini bertujuan menghindari terjadinya cidera pada arteri epigastrica inferior. Selanjutnya untuk port 3 dan 4 merupakan Port pembantu, biasanya ditempatkan pada lateral dan di bagian bawah tepi liver. Pada tindakan laparaskopi anastesi yang digunakan adalah anesthesi umum (*General anesthesia*) (Freeman, 2016).

Prosedur pra operasi laparaskopi hampir sama dengan operasi konvensional. Pasien harus puasa empat sampai enam jam sebelumnya, dan dianjurkan untuk buang air besar agar ususnya mengempis. Anastesi yang digunakan pada laparaskopi adalah anesthesi umum (*General anesthesia*) (Errawan, 2008). Pasien yang menjalani operasi pada bagian gastrointestinal atau GI sering mengalami penurunan nutrisi di rumah sakit (didefinisikan sebagai penurunan berat badan dan nilai gizi yang terukur selama masa tinggal

di rumah sakit) dan peningkatan risiko kelemahan selama dirawat di rumah sakit (Van Bree, 2011).

Malnutrisi merupakan suatu masalah yang umum terjadi pada pasien dirumah sakit, termasuk pasien bedah (Ward, 2018). Prevalensi malnutrisi pada pasien rawat inap di rumah sakit telah teridentifikasi dalam banyak studi. Pada sebuah rumah sakit di Inggris ditemukan malnutrisi sebesar 40% (Brun, dkk, 2010). Studi-studi yang lain menunjukkan prevalensi malnutrisi di rumah sakit berkisar 40% sampai 59% (Cinda, 2012). Di Indonesia, menurut Sukmaniah (2009) pravalensi malnutrisi pada pasien rawat inap pada hari pertama adalah 16%. Pada hari perawatan ke-7 persentase pasien yang mengalami gizi kurang dan buruk naik menjadi 20%. Malnutrisi berhubungan dengan menurunnya fungsi otot, fungsi respirasi, fungsi imun, kualitas hidup, dan gangguan pada proses penyembuhan luka (Bruun, dkk, 2004).

Status gizi pada lanjut usia dipengaruhi oleh berbagai hal. Perubahan fisiologis, komposisi tubuh, asupan nutrisi dan keadaan ekonomi merupakan hal-hal yang dapat memicu terjadinya berbagai masalah gizi pada lanjut usia (Potter&Perry, 2005). Dengan makin lanjutnya usia seseorang maka kemungkinan terjadinya penurunan anatomik dan fungsional atas organ tubuhnya makin besar. Peneliti Andres dan Tobin (dalam Kane, Ouslander& Brass, 2015) menjelaskan bahwa fungsi organ akan menurun sebanyak satu persen setiap tahunnya setelah usia 30 tahun.

Penurunan fungsional dari organ-organ tersebut akan menyebabkan lebih mudah timbulnya masalah kesehatan pada lanjut usia. Masalah gizi yang seringkali terjadi pada lanjut usia dipengaruhi oleh sejumlah perubahan

fisiologis (Darmojo, 2010). Adapun perubahan fisiologis tersebut yaitu komposisi tubuh, komposisi tubuh dapat memberikan indikasi status gizi dan tingkat kebugaran jasmani seseorang. Pada abad ke-19 ditemukan berbagai senyawa kimiawi yang ternyata ada pula jaringan dan cairan tubuh (Darmojo, 2010). Akibat penuaan pada lansia masa otot berkurang sedangkan massa lemak bertambah. Massa tubuh yang tidak berlemak berkurang sebanyak 6.3% sedangkan sebanyak 2% massa lemak bertambah dari berat badan perdekade setelah usia 30 tahun. Jumlah cairan tubuh berkurang dari sekitar 60% berat badan pada usia muda menjadi 45% dari berat badan wanita usia lanjut (Kawas & Brookmeyer, 2012, ; Arisman, 2014).

Penurunan massa otot akan mengakibatkan kelemahan dan penurunan kebutuhan energi yang terlihat pada lansia, keseimbangan energi pada lansia lebih lanjut dipengaruhi oleh aktifitas fisik yang menurun. Pemahaman akan hubungan berbagai keadaan tersebut penting dalam membantu lansia mengelola berat badan (Darmojo). Hal tersebut menyebabkan meningkatnya lama rawat inap, meningkatnya biaya yang harus dikeluarkan oleh pasien, dan tingginya kejadian atau risiko terjadinya komplikasi selama di rumah sakit (Cinda, 2008).

Modified hospital elder life program (mHELP) merupakan suatu program modifikasi intervensi keperawatan dalam penanganan pada pasien lansia pasca operasi bedah abdomen untuk mengurangi komplikasi setelah operasi dan mempercepat proses perbaikan tubuh dan memperkecil lama rawatan dirumah sakit khususnya pada pasien lanjut usia (Makary, 2010). Program ini terdiri dari

3 protokol yang dikelola oleh perawat yaitu (mobilisasi dini, bantuan oral dan nutrisi, dan komunikasi yang berorientasi) (Chen, 2017).

Menurut penelitian Chia-Hui Chen (2017) mHELP sangat efektif dalam program modifikasi intervensi keperawatan dalam manajemen pasien pasca operasi bedah abdomen untuk mempercepat proses pemulihan tubuh. Selain itu mHELP secara efektif mengurangi terjadinya kelemahan dan penurunan status nutrisi pada pasien saat keluar dari rumah sakit (Chen, 2017).

Protokol pertama dalam mengurangi kelemahan selama perawatan pasca operasi adalah mobilisasi dini. Mobilisasi dini didefinisikan sebagai bangun tidur atau berjalan sesegera mungkin setelah operasi, dapat mengurangi risiko yang berkaitan dengan *bedres* seperti *deep vein thrombosis*, *pulmonary emboli*, infeksi dada dan retensi urin (Renkawitz, 2010). Pada usia lanjut dampak buruk sering terjadi disebabkan berbagai penurunan fungsi tubuh salah satunya penurunan masa otot akibat kelemahan, seperti fungsi motorik menurun, malnutrisi, gangguan syaraf motorik dan penurunan kognitif. Mobilisasi dini memperbaiki fungsi pernapasan, meningkatkan kemampuan pasien melakukan ambulasi dan melaksanakan aktivitas sehari-hari lebih awal, mempersingkat waktu rawat inap pasien di rumah sakit, memberikan perasaan sehat, menurunkan nyeri dan ansietas (Potter & Perry 2010).

Pasien post operasi dianjurkan untuk mobilisasi dini dari tempat tidur sesegera mungkin. Hal ini ditentukan oleh kestabilan sistem kardiovaskuler dan neuromuskuler pasien, tingkat aktivitas fisik pasien sesuai kondisi, dan sifat pembedahan yang dilakukan. Setelah anastesi spinal, bedah minor, maupun bedah sehari, pasien dianjurkan melakukan mobilisasi dini pada hari pertama

operasi (Smeltzer & Bare, 2012). mHELP dalam bentuk mobilisasi dini bertujuan untuk membuat pasien dapat bergerak melalui latihan rentang gerak dan ambulasi 3 kali sehari. Durasi mobilisasi bervariasi berdasarkan toleransi pasien.

Protokol kedua dalam mengatasi penurunan gizi adalah *oral care* yang terdiri dari *tooth brushing* dan *oral range of motion*. Terjadinya penurunan gizi pasca operasi kurangnya peran perawat dalam menekankan kepada pasien dalam pemberian makanan enteral dini yang seharusnya dimulai sesegera mungkin pada pasien yang menjalani operasi tanpa indikasi *nothing per oral* (NPO) pasca operasi yang dapat membantu pemulihan (Majid, 2011). Namun pasien yang menjalani operasi bedah abdomen seperti gastrointestinal seperti ileus, dan obstruksi harus diwaspadai dalam pemberian makanan awal setelah operasi. Makanan diberikan secara bertahap dimulai dari pasien telah *flatul* atau buang angin, kekuatan bising usus, pemberian minum secara bertahap dan diit dengan jenis yang bertahap serta tanpa adanya komplikasi. Maka dari itu harus ada pengawasan dari dokter dan ahli gizi yang berkolarobasi dengan perawat dalam mengawasi pemberian makanan (Montejo, 2010).

Namun demikian, nutrisi memainkan peran penting dalam proses penyembuhan luka dan penyembuhan pasca bedah. Pasien dengan status nutrisi buruk bisa menyebabkan luka lambat membaik dan memanjangkan waktu rawatan di rumah sakit. Pasien pasca operasi gastorintestinal akan mengalami masalah status nutrisi dan kebutuhan energi, oleh sebab itu asupan nutrisi dianggap amat penting (Hyung S.L *et al* 2013). Penurunan nutrisi diukur dengan perubahan berat dan Penilaian Gizi Mini Skor (MNA) selama masa

rawat inap selama rawat inap untuk pasien yang lebih tua yang menjalani operasi GI yang tanpa komplikasi. mHELP dalam peningkatan nutrisi adalah perawatan mulut harian (menggosok gigi, latihan rentang gerak dan mulut-wajah untuk lidah, bibir, dan rahang) bersama dengan pendidikan diet pasca operasi dan bantuan makan (jika perlu) tanpa suplemen nutrisi yang diberikan. Kegiatan ini dilakukan 2 kali pada saat (sarapan dan makan siang) untuk memudahkan asupan oral (Chen, 2018)

Intevensi mHELP yang terakhir adalah komunikasi aktif orientasi reality dan sederhana kegiatan merangsang-kognitif. Sebagai perawat mHELP memulai percakapan tertanam dalam peristiwa yang menarik perhatian pasien (yaitu, hari itu operasi) dan menanyakan tentang waktu tempat, dan informasi terkait orang dalam konteks hari ini, sehingga memperkuat orientasi. Pasien perlu dibantu untuk mobilisasi, asupan oral, dan orientasi kognitif 2 atau 3 kali sehari, tetapi beberapa hanya diperlukan pengawasan untuk memastikan mereka bergerak, cukup makan, dan berorientasi. Semua kegiatan intervensi tersebut di dokumentasi ke dalam asuhan keperawatan pasien dalam mengontrol kepatuhan dalam pelaksanaan protokol (Yi-Ting 2018).

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan 1 bulan di ruangan Bedah Pria RSUP Dr. M. Djamil Padang didapatkan lebih dari 10 orang yang menjalani operasi laparaskopi, dari hasil wawancara pada tanggal 02 Maret 2020 di ruang bedah pria RSUP Dr. M. Djamil Padang terdapat 3 orang pasien berusia diatas 65 tahun yang dirawat pasca operasi bedah abdomen, dan salah satunya Tn. A. Pasien mengeluhkan penurunan nafsu makan disertai mual dan perut kembung ditandai dengan terjadinya penurunan berat badan. Pasien juga

mengeleluh badan terasa lemas, kaki dan tangan terasa kaku disebabkan oleh kelemahan otot yang disebabkan nyeri pasca operasi. Oleh karena itu penulis tertarik untuk memberikan asuhan keperawatan pada pasien kanker kolorektal post laparaskopi dengan penerapan *Evidence Based Practise Nursing* (EBPN) yaitu *modified Hospitaly Elder Life Program* (mHELP) dalam mengatasi kelemahan dan penurunan gizi pada pasien post laparaskopi.

B. Rumusan Masalah

Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Pada Pasien Kanker Kolorektal Post Laparaskopi dengan Penerapan EBN *modified Hospitaly Elder Life Program* (mHELP) dalam Mengurangi Kelemahan dan Penurunan Status Gizi Di Ruang Bedah Pria RSUP Dr. M. Djamil Padang.

C. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Tujuan penulisan laporan ilmiah akhir ini adalah untuk menganalisa pemberian asuhan keperawatan pada pasien post laparaskopi kanker kolorektal dengan penerapan *modified Hospitaly Elder Life Program* (mHELP) dalam mengurangi kelemahan dan penurunan status gizi di ruang Bedah Pria (CP) RSUP Dr. M. Djamil Padang.

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus dari penulisan Laporan Ilmiah Akhir ini sebagai berikut :

a. Manajemen asuhan Keperawatan

- 1) Melakukan pengkajian yang komprehensif pada pasien kanker kolorektal post laparaskopi

- 2) Menetapkan diagnosa keperawatan pada pasien pada pasien kanker kolorektal post laparaskopi.
- 3) Menyusun perencanaan asuhan keperawatan pada pasien kanker kolorektal dengan post laparaskopi.
- 4) Melaksanakan implementasi asuhan keperawatan pada pasien kanker kolorektal post laparaskopi
- 5) Melaksanakan evaluasi asuhan keperawatan pada pada pasien kanker kolorektal post laparaskopi

b. *Evidence Based Nursing (EBN)*

- 6) Mengetahui efek penerapan *modified Hospitaly Elder Life Program (mHELP)* dalam menurunkan kelemahan dan penurunan status gizi pasca operasi pada pasien sebagai Eevidence Based Nursing (EBN) pada pasien kanker kolorektal post operasi laparaskopi di Ruang Bedah Pria (CP) RSUP Dr. M. Djamil Padang.

D. Manfaat Penulisan

1. Manfaat bagi profesi keperawatan

Hasil dari penulisan laporan ilmiah ini diharapkan dapat menjadi bahan referensi bagi perawat tentang bagaimana modifikasi program perawatan pasien pasca operasi dalam meningkatkan status gizi dan menurunkan tingkat kelemahan dengan cara mobilsasi dini dalam mengurangi lama rawatan di rumah sakit dan mengruangi resiko komplikasi yang sering terjadi pada pasien setelah operasi bedah abdomen gastrointestinal khususnya pada pasien dengan usia lanjut di Ruang Bedah Pria (CP) RSUP Dr. M. Djamil Padang.

2. Manfaat bagi institusi

Laporan ini diharapkan dapat menjadi referensi dan masukkan dalam pengembangan keilmuan keperawatan medikal bedah, serta dapat mengoptimalkan pelayanan keperawatan sehingga meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan dan asuhan keperawatan pada semua pasien.

3. Manfaat bagi rumah sakit

Hasil dari penulisan laporan ini diharapkan rumah sakit dapat menjadikan sebagai panduan standar operasional prosedur (SOP) dalam intervensi keperawatan dengan menerapkan modifikasi perawatan dengan metode mHELP pada pasien setelah operasi sebagai salah satu intervensi dalam mengurangi penurunan gizi di akibatkan lamanya rawatan dirumah sakit serta mengurangi kelemahan otot pada pasien pasca operasi.

