

SKRIPSI

**GAMBARAN PREVALENSI TINDAKAN KOLOSTOMI
DI RUANG BEDAH DIGESTIF LONTARA II
RSUP DR.WAHIDIN SUDIROHUSODO
MAKASSAR PERIODE 2021**



Oleh:

**RITA PRATIWI
R011211146**

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2022**

Halaman Persetujuan

SKRIPSI

**GAMBARAN PREVALENSI TINDAKAN KOLOSTOMI
DI RUANG BEDAH DIGESTIF LONTARA II
RSUP DR.WAHIDIN SUDIROHUSODO
MAKASSAR PERIODE 2021**

Oleh :

RITA PRATIWI

R011211146

Disetujui Untuk Diajukan Di Hadapan Tim Penguji Akhir Skripsi
Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan
Universitas Hasanuddin

Dosen Pembimbing

Pembimbing I

Pembimbing II



Prof. Dr. Elly L. Syattar. S.Kp..M.Kes

NIP 19740422 199903 2 002



Dr. Takdir Tahir. S. Kep..Ns.. M.Kes

NIP 19770421 200912 1 003

Halaman Pengesahan

**GAMBARAN PREVALENSI TINDAKAN KOLOSTOMI
DI RUANG BEDAH DIGESTIF LONTARA II
RSUP DR.WAHIDIN SUDIROHUSODO
MAKASSAR PERIODE 2021**

Telah dipertahankan di hadapan Sidang Tim Penguji Akhir pada:

Hari/Tanggal: Kamis, 11 Agustus 2022

Pukul: 10.00 WITA- Selesai

Tempat: Via Zoom Online

Disusun Oleh:

Rita Pratiwi

R011211146

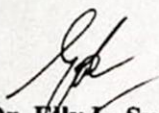
Dan yang bersangkutan dinyatakan:


LULUS

Dosen Pembimbing



Pembimbing I

Pembimbing II


Prof. Dr. Elly L. Syattar. S.Kp., M.Kes.
NIP. 19740422 199903 2 002


Dr. Takdir Tahir. S. Kep., Ns., M.Kes
NIP 19770421 200912 1 003

Mengetahui
Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas
Hasanuddin



Dr. Yuliana Syam. S.Kep., Ns., M.Si
NIP. 19760618 200212 2 002

PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Rita Pratiwi

NIM : R011211146

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan skripsi ini merupakan hasil karya orang lain, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan sekaligus bersedia menerima sanksi yang seberat-beratnya atas perbuatan tidak terpuji tersebut.

Demikian pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa ada paksaan sama sekali.

Makassar, 18 Agustus 2022

Yang membuat pernyataan



Rita Pratiwi

KATA PENGANTAR

Puji dan rasa syukur yang berlimpah penulis ucapkan atas kehadiran Allah SWT atas segala rahmat dan hidayahnya, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Gambaran Prevalensi Tindakan Kolostomi di Ruang Bedah Digestif Lontara II RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar Periode 2021”.

Penulis menyadari tersusunnya skripsi ini tidak lepas dari bantuan, bimbingan, dan doa dari berbagai pihak kepada penulis. Untuk itu pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan banyak terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam proses penyusunan skripsi ini kepada:

1. Ibu Dr. Ariyanti Saleh, S.Kep., M.Si, selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar yang telah memberikan kesempatan untuk menyusun skripsi ini.
2. Ibu Dr. Yuliana Syam. S.Kep., Ns., M.Si, selaku Ketua Program Studi Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar yang telah memberikan kesempatan untuk menyusun skripsi ini.
3. Prof. Dr. Elly L. Syattar, S.Kp., M. Kes, selaku dosen pembimbing satu yang telah memberikan kesempatan dalam penyusunan skripsi ini serta membimbing penulis dengan penuh kesabaran.
4. Dr. Takdir Tahir, S.Kep., M.Kes, selaku pembimbing dua yang telah memberikan kesempatan dalam penyusunan skripsi ini serta membimbing penulis dengan penuh kesabaran.
5. Saldy Yusuf, S.Kep., Ns., MHS., Ph.D, selaku dosen penguji satu dalam skripsi ini.

6. Andy Fajrin Permana, S.Kep., Ns., M.SC, selaku dosen penguji dua dalam skripsi ini.
7. Ucapan terima kasih yang kepada kedua orang tua, bapak dan ibu telah memberikan doa, dorongan dan semangat dalam menyelesaikan skripsi ini.
8. Teristimewa kepada suami dan anak-anak yang selalu memberikan dukungan, doa dan semangat tiada henti untuk penulis.
9. Ucapan terima kasih kepada seluruh keluarga dan teman-teman yang telah memberikan dorongan dan bantuan dalam bentuk apapun pada penulisan skripsi ini.

Terima kasih penulis haturkan kepada semua pihak yang telah membantu dan berperan serta dalam penulisan skripsi ini dari awal sampai akhir dan tidak bisa disebutkan satu persatu. Semoga Allah SWT senantiasa melimpahkan Rahmat-Nya kepada kita semua.

Makassar, 18 Agustus 2022
Penulis

Rita Pratiwi

ABSTRAK

Rita Pratiwi, “Gambaran Prevalensi Tindakan Kolostomi di Ruang Bedah Digestif Lontara II RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar Periode 2021” dibimbing oleh Elly L. Syattar dan Takdir Tahir (xiii + 60 halaman + 4 tabel + 4 lampiran)

Latar belakang: Prevalensi kanker kolorektal yang makin meningkat di seluruh dunia menjadikannya sebagai salah satu masalah kesehatan global yang serius. Meningkatnya prevalensi kanker kolorektal berbanding lurus dengan peningkatan pasien-pasien kolostomi (*ostomate*) dikarenakan hampir semua pasien dengan kanker kolorektal berakhir dengan pembuatan kolostomi. Penelitian ini bertujuan mengetahui gambaran prevalensi tindakan kolostomi di Ruang Bedah Digestif Lontara II RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar periode 2021.

Metode: Penelitian ini menggunakan deskriptif dengan pendekatan retrospektif. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien yang menjalani pembedahan kolostomi tercatat dalam catatan medik di Ruang Bedah Digestif Lontara II RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar pada tahun 2021 sebanyak 103 pasien dengan jumlah sampel sebanyak 103 pasien menggunakan *total sampling*.

Hasil: Prevalensi tindakan kolostomi di Ruang Bedah Digestif Lontara II RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar periode 2021 didominasi umur 46-65 tahun sebanyak 60 responden (58,3%), berjenis kelamin laki-laki sebanyak 52 responden (50,5%) berpendidikan SMP-SMA sebanyak 48 responden (46,6%), bekerja sebanyak 58 responden (56,3%), didiagnosis kanker kolorektal sebanyak 75 responden (72,8%), tidak memiliki riwayat keluarga sebanyak 101 responden (98,1%), tidak memiliki riwayat penyakit sebelumnya sebanyak 70 responden (68,0%), bukan perokok sebanyak 78 responden (75,7%), dan jenis tindakan *end colostom* sebanyak 48 responden (46,6%).

Kesimpulan: Prevalensi tindakan kolostomi di Ruang Bedah Digestif Lontara II RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar periode 2021 sebanyak 103 pasien yang didominasi lansia, berjenis kelamin laki-laki, berpendidikan SMP-SMA, bekerja, didiagnosis kanker kolorektal, tidak memiliki riwayat keluarga, tidak memiliki riwayat penyakit sebelumnya, bukan perokok, dan jenis tindakan dengan *end colostom*. Oleh karena itu, diharapkan kepada pihak terkait dalam hal ini pihak rumah sakit untuk melengkapi pencatatan rekam medik terkhusus yang berkaitan dengan tindakan kolostomi.

Kata Kunci : prevalensi, kolostomi

Kepustakaan : 42 (2013-2021)

ABSTRACT

Rita Pratiwi, “Overview of the Prevalence of Colostomy Actions at Lontara II Digestive Surgery Room, Dr Wahidin Sudirohusodo Hospital, Makassar Period 2021” supervised by Elly L. Syattar and Takdir Tahir (xiii + 60 pages + 4 tables + 4 appendices)

Background: The increasing prevalence of colorectal cancer worldwide has made it a serious global health problem. The increasing prevalence of colorectal cancer is directly proportional to the increase in colostomy (ostomate) patients because almost all patients with colorectal cancer end up having a colostomy. This study aims to describe the prevalence of colostomy actions at Lontara II Digestive Surgery Room, Dr Wahidin Sudirohusodo Hospital, Makassar Period 2021.

Methods: This study used a descriptive retrospective approach. The population in this study were all patients who underwent colostomy surgery recorded in the medical records at Lontara II Digestive Surgery Room, Dr Wahidin Sudirohusodo Hospital, Makassar Period 2021 as many as 103 patients with a total sample of 103 patients using total sampling.

Results: The prevalence of colostomy procedures at Lontara II Digestive Surgery Room, Dr Wahidin Sudirohusodo Hospital, Makassar Period 2021 is dominated by the age of 46-65 years as many as 60 respondents (58.3%), male sex as many as 52 respondents (50.5%) with junior high school education as many as 48 respondents (46.6%), working as many as 58 respondents (56.3%), diagnosed with colorectal cancer as many as 75 respondents (72.8%), no family history as many as 101 respondents (98.1%), no history of previous disease as many as 70 respondents (68.0%), non-smokers as many as 78 respondents (75.7%), and the type of end colostom act as many as 48 respondents (46.6%).

Conclusion: The prevalence of colostomy in Lontara II Digestive Surgery Room, Dr Wahidin Sudirohusodo Hospital, Makassar Period 2021 as many as 103 patients (2.5%), dominated by the elderly, male, with junior-high school education, working, diagnosed with colorectal cancer, no family history, no previous medical history, non-smoker, and the type of treatment with end colostome. Therefore, it is hoped that the relevant parties, in this case the hospital, will complete the recording of medical records, especially those related to colostomy procedures.

Keywords: prevalence, colostomy

Bibliography: 42 (2013-2021)

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI.....	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK	vii
ABSTRACT.....	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan masalah.....	3
C. Tujuan Penelitian	4
D. Manfaat Penelitian	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
A. Tinjauan tentang Prevalensi	7
B. Tinjauan tentang Kanker Kolorektal.....	8
C. Tinjauan tentang Kolostomi.....	23
D. Kerangka Teori.....	35
BAB III KERANGKA KONSEP	36
BAB IV METODE PENELITIAN	37
A. Desain Penelitian.....	37
B. Lokasi dan Waktu Penelitian	37
C. Populasi dan Sampel	37
D. Identifikasi dan Definisi Operasional.....	38
E. Instrumen Penelitian.....	40
F. Proses Pengumpulan Data.....	41

G. Pengolahan dan Analisa Data.....	41
H. Etika Penelitian	42
BAB V HASIL PENELITIAN	44
A. Hasil Penelitian	44
B. Pembahasan.....	48
C. Implikasi Penelitian.....	57
D. Keterbatasan Penelitian.....	58
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN	59
A. Kesimpulan	59
B. Saran.....	59
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
Tabel 3.1 : Definisi Operasional	38
Tabel 5.1 : Distribusi Prevalensi Tindakan Kolostomi di Ruang Bedah Digestif Lontara II RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar Periode 2021	45
Tabel 5.2 : Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik Demografi di Ruang Bedah Digestif Lontara II RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar Periode 2021 (n=103).....	45
Tabel 5.3 : Distribusi Frekuensi Jenis Kolostomi Responden Berdasarkan Karakteristik Demografi di Ruang Bedah Digestif Lontara II RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar Periode 2021 (n=103).....	47

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
Gambar 2.1 : Kerangka Teori	35
Gambar 3.1 : Kerangka Konsep	36

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Master Tabel
- Lampiran 2 Hasil Olah Data (SPSS)
- Lampiran 3 Lembaran Surat Ijin Penelitian
- Lampiran 4 Lembaran Surat Keterangan Penelitian

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kanker kolorektal merupakan penyakit yang ditandai adanya pertumbuhan sel abnormal pada bagian kolon dan rektum (Majid & Ariyanti, 2020). Prevalensi kanker kolorektal yang makin meningkat di seluruh dunia menjadikannya sebagai salah satu masalah kesehatan global yang serius dan diperkirakan sebanyak 550.000 penduduk dunia meninggal akibat kanker kolorektal (Rangki, 2018). Insiden penderita kanker meningkat sesuai dengan usia (kebanyakan terjadi pada pasien usia 55 tahun keatas) dan pada pasien yang memiliki riwayat keluarga menderita kanker kolon, penyakit usus inflamasi kronis dan polip (Arafah et al., 2017).

Berdasarkan data *World Health Organization* (WHO), kanker adalah penyebab utama kematian di seluruh dunia, terhitung hampir 10 juta kematian pada tahun 2020. Yang paling umum pada tahun 2020 (dalam hal kasus baru kanker) salah satunya kanker kolon dan rektum sebanyak 1,93 juta kasus, dimana menyebabkan 935.000 kematian di seluruh dunia (WHO, 2021). Indonesia menempati urutan keempat di Negara ASEAN, dengan *incidence rate* 17,2 per 100.000 penduduk dan angka ini diprediksikan akan terus meningkat dari tahun ke tahun (Sayuti & Nouva, 2019).

Kanker merupakan penyakit yang disebabkan oleh peningkatan dan pertumbuhan sel dalam tubuh secara tidak normal, dapat bersifat destruktif atau merusak sel-sel sehat dengan cara menginfiltrasi ke jaringan lain melalui

pembuluh limfe atau pembuluh darah (Munawaroh, 2018). Kanker kolorektal merupakan suatu penyakit keganasan yang sangat heterogen, yang disebabkan oleh interaksi antara faktor genetik dan faktor lingkungan (Sari et al., 2019). Pada kasus kanker kolorektal keluhan utama pasien yang sering muncul adalah sakit perut, perubahan kebiasaan buang air besar, perdarahan rektum, dan anemia defisiensi besi. Selain keluhan utama ada beberapa gejala lain seperti nyeri saat buang air besar, diameter tinja lebih tipis, penurunan berat badan, sakit perut dan massa pada perut (Wulandari, 2020).

Salah satu terapi untuk kasus kanker kolorektal adalah pembedahan kolostomi. Tindakan kolostomi paling sering dilakukan pada kasus karsinoma kolon dan rektum (Rangki, 2018). Tindakan pembuatan kolostomi, telah menjadi bagian prosedur penting dalam penatalaksanaan pembedahan pada beberapa penyakit yang melibatkan saluran gastrointestinal. Tindakan tersebut dapat digunakan baik keadaan gawat darurat maupun elektif (Hendy & Putranto, 2020). Kolostomi adalah pembukaan atau mulut yang dibuat melalui pembedahan pada saluran cerna yang berfungsi untuk pengalihan aliran fecal untuk mencegah penyumbatan usus (Salmawati et al., 2019).

Meningkatnya prevalensi kanker kolorektal berbanding lurus dengan peningkatan pasien-pasien kolostomi (*ostomate*) dikarenakan hampir semua pasien dengan kanker kolorektal berakhir dengan pembuatan kolostomi (Budi, 2019). Kolostomi biasanya disebabkan oleh kanker kolorektal, pecahnya divertikulitis, perforasi usus dan penyakit atau kerusakan sumsum tulang belakang sehingga tidak adanya kontrol (Suriani, 2021). Tindakan operasi

kolostomi dapat terjadi di kolon asenden, transversal, desenden, dan juga sigmoid yang bersifat sementara atau permanen (Black & Hawks, 2014).

Data yang didapatkan di rekam medis Rumah Sakit Wahidin Sudirohusodo pada periode bulan Januari sampai Desember 2021 sebanyak 147 pasien yang kolostomi, diantaranya ada 30 neonatus, 14 anak dan 103 dewasa. Berdasarkan jenis kelamin pasien yang menggunakan kolostomi lebih banyak diderita oleh laki-laki dari pada perempuan.

Berdasarkan latar belakang dan beberapa penelitian di atas, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang Gambaran Prevalensi Tindakan Kolostomi di Ruang Bedah Digestif Lontara II RSUP Dr.Wahidin Sudirohusodo Makassar Periode 2021.

B. Rumusan Masalah

Kanker masih menjadi perhatian utama di seluruh dunia karena kanker merupakan penyebab utama kematian di seluruh dunia pada tahun 2020. Di Indonesia, kanker kolorektal merupakan jenis kanker ketiga terbanyak. Indonesia menempati urutan keempat di Negara ASEAN, dengan *incidence rate* 17,2 per 100.000 penduduk (Sayuti & Nouva, 2019). Kanker kolon merupakan suatu penyakit keganasan yang sangat heterogen, yang disebabkan oleh interaksi antara faktor genetik dan faktor lingkungan. Salah satu terapi untuk kasus kanker kolon dan rektal adalah pembedahan kolostomi. Tindakan kolostomi paling sering dilakukan pada kasus karsinoma kolon dan rektum. Meningkatnya prevalensi kanker kolorektal berbanding lurus dengan

peningkatan pasien-pasien kolostomi (*ostomate*). Hal ini dikarenakan hampir semua pasien dengan kanker kolorektal berakhir dengan pembuatan kolostomi.

Diperlukan adanya penelitian terkait gambaran prevalensi kolostomi yang dapat dijadikan sebagai *evidence* dalam penyusunan program penanggulangan dan pencegahan kanker kolorektal yang efektif dan efisien. Namun setelah dilakukan tinjauan literatur di Indonesia jumlah penelitian terkait prevalensi kolostomi masih kurang dan baru dilakukan oleh Hendy & Putranto (2020).

Berdasarkan latar belakang di atas, maka yang menjadi masalah pokok adalah: “Bagaimana gambaran prevalensi tindakan kolostomi periode 2021 di Ruang Bedah Digestif Lontara II RSUP Dr.Wahidin Sudirohusodo Makassar?”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Diketuinya gambaran prevalensi tindakan kolostomi di Ruang Bedah Digestif Lontara II RSUP Dr.Wahidin Sudirohusodo Makassar periode 2021.

2. Tujuan Khusus

- a. Diketuinya gambaran karakteristik pasien tindakan kolostomi di Ruang Bedah Digestif Lontara II RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar kolostomi periode 2021.

- b. Diketuinya gambaran jenis kolostomi berdasarkan karakteristik demografi di Ruang Bedah Digestif Lontara II RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar periode 2021.

D. Manfaat Penelitian

Manfaat penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat dijadikan media pembelajaran dan memberikan pengalaman nyata dalam penelitian serta menambah pengetahuan tentang kanker kolorektal dan berupaya untuk mengatasinya dengan menerapkan ilmu yang telah didapat.

2. Manfaat praktis

- a. Bagi masyarakat

Penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi masyarakat untuk menambah pengetahuan tentang kanker kolorektal untuk mencegah dan mengatasi kanker kolorektal dengan pembedahan (kolostomi).

- b. Bagi institusi pendidikan

Penelitian ini diharapkan dijadikan sebagai bahan informasi, dokumentasi dan tambahan kepustakaan dalam khasanah ilmu bidang kesehatan khusus yang berkaitan kanker kolorektal.

- c. Bagi institusi kesehatan

Penelitian ini diharapkan dapat dijadikan bahan masukan bagi institusi kesehatan dan unit-unit di bawahnya agar secara aktif

memberikan edukasi dan penyuluhan terkait pentingnya pencegahan kanker kolorektal.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan tentang Prevalensi

Prevalensi adalah bagian dari studi epidemiologi yang membawa pengertian jumlah orang dalam populasi yang mengalami penyakit, gangguan atau kondisi tertentu pada suatu tempoh waktu dihubungkan dengan besar populasi dari mana kasus itu berasal. Prevalensi sepadan dengan insidensi dan tanpa insidensi penyakit maka tidak akan ada prevalensi penyakit. Insidensi merupakan jumlah kasus baru suatu penyakit yang muncul dalam satu periode waktu dibandingkan dengan unit populasi tertentu dalam periode tertentu. Insidensi memberitahukan tentang kejadian kasus baru. Prevalensi memberitahukan tentang derajat penyakit yang berlangsung dalam populasi pada satu titik waktu. Dalam hal ini prevalensi setara dengan insidensi dikalikan dengan rata-rata durasi kasus. Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi prevalensi, faktor-faktor tersebut adalah (Adiwiharyanto, 2021):

1. Kasus baru yang dijumpai pada populasi sehingga angka insidensi meningkat.
2. Durasi penyakit.
3. Intervensi dan perlakuan yang mempunyai efek pada prevalensi.
4. Jumlah populasi yang sehat.

B. Tinjauan tentang Kanker Kolorektal

1. Definisi

Kanker kolorektal adalah suatu tumor maligna yang muncul dari jaringan epitel dari kolon atau rektum. Kanker kolorektal ditujukan pada tumor ganas yang ditemukan di kolon dan rektum. Kolon dan rektum adalah bagian dari usus besar pada sistem pencernaan yang disebut juga traktus gastrointestinal. Lebih jelasnya kolon berada dibagian proksimal usus besar dan rektum di bagian distal sekitar 5-7 cm di atas anus. Kolon dan rektum berfungsi untuk menghasilkan energi bagi tubuh dan membuang zat-zat yang tidak berguna (Sayuti & Nouva, 2019). Kanker kolorektal adalah keganasan yang berasal dari jaringan usus besar, terdiri dari kolon (bagian terpanjang dari usus besar) dan/atau rektum (bagian kecil terakhir dari usus besar sebelum anus) (Kementrian Kesehatan RI, 2018).

2. Lokasi Kanker

Menurut lokasi, kanker kolorektal dapat diklasifikasikan menjadi kanker kolon kanan, kanker kolon kiri dan kanker rektum. Lokasi tumor pada kanker kolorektal mempengaruhi gejala klinis pada pasien. Lokasi dan konfigurasi tumor berdampak pada prognosis kanker kolorektal. Tumor yang berada di kolon kiri memiliki *5-year survival rate* lebih buruh dari pada yang berada di sebelah kolon kanan karena pada kolon kiri dan rektum lebih sering terjadi obstruksi daripada kolon kanan (Rawla et al., 2019).

3. Etiologi

Penyebab pasti dari kanker kolorektal belum diketahui sama halnya dengan kanker yang lainnya. Tapi diyakini ada beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya kanker kolorektal seperti:

a. Hereditas

Terdapat hingga 30% pasien kanker kolorektal mempunyai keluarga yang juga menderita penyakit yang sama. Orang yang memiliki keluarga tingkat pertama yang telah didiagnosis penyakit kanker kolorektal memiliki kemungkinan 2 sampai 4 kali untuk terkena penyakit yang sama. Kerentanan genetik terhadap kanker kolorektal meliputi Lynch syndrome dan familial adenomatous polyposis. Oleh karena itu, riwayat keluarga perlu ditanyakan pada semua penderita kanker kolorektal (American Cancer Society, 2019).

b. Faktor lingkungan

Salah satu faktor lingkungan yang memberi pengaruh adalah diet. Tingginya masukan protein hewani, lemak dan rendahnya serat dianggap sebagai faktor insiden tingginya kanker kolorektal. Masukan tinggi lemak, sekresi empedu juga banyak, hasil uraian asam empedu juga banyak dan aktivitas enzim bakteri anaerob usus juga meningkat sehingga pemacu karsinogen dalam usus bertambah dan mengarah ke timbulnya kanker kolorektal. Memperbanyak makan serat menurunkan risiko terjadinya kanker kolorektal pada individu dengan diet tinggi lemak (Doherty, 2017).

Beberapa faktor lain yang menyebabkan seseorang rentan terkena kanker kolorektal yaitu (Jayanti, 2015):

- a. Usia, peluang seseorang terdiagnosa penyakit kanker kolorektal meningkat setelah usia 50 tahun. Lebih dari 90% kasus kanker kolorektal terjadi pada pasien yang berusia di atas 50 tahun. Seiring dengan bertambahnya usia, semakin besar risiko seseorang terkena kanker kolorektal. Sekitar 50% terdiagnosa kanker kolorektal ditemukan pada pasien yang berusia 60-79 tahun.
- b. Adanya polip pada kolon, khususnya polip jenis adenomatosa. Untuk lesi prekanker polip inflamatori/polip hiperplasma seringkali mengakibatkan kejadian kanker apabila ditemukan pada kolon ascenden.
- c. Jenis kelamin, banyak kasus kanker kolorektal lebih tinggi 30% - 40% pada pria dibandingkan pada wanita.
- d. Riwayat keluarga, yaitu jika salah satu dari anggota keluarga pernah mengidap salah satu jenis kanker, maka risiko seseorang terkena kanker kolorektal akan semakin besar.
- e. Riwayat mengidap kanker sebelumnya. Misalnya: wanita yang pernah mengidap kanker ovarium, kanker uterus, dan kanker payudara memiliki risiko yang lebih besar untuk terkena kanker kolorektal.
- f. Etnis, kasus kanker kolorektal dan tingkat kematian tertinggi didapati pada etnis Afrika-Amerika dibandingkan etnis kulit putih dan Asia. Dalam tahun 2006-2010 kasus kejadian kanker kolorektal pada etnis

Afrika-Amerika 25% lebih tinggi dan tingkat kematian 50% lebih tinggi dibandingkan dengan etnis kulit putih dan Asia.

- g. Radang usus besar, berupa colitis ulceratif atau penyakit crohn yang menyebabkan inflamasi atau peradangan pada usus untuk jangka waktu lama, akan meningkatkan risiko terserang kanker kolorektal.
- h. Merokok, merokok selama minimal 20 tahun meningkatkan risiko kanker kolorektal hingga 26% dibandingkan dengan orang yang tidak pernah merokok. Sedangkan perokok yang mengkonsumsi 20 gram tembakau per hari atau lebih akan berisiko 30% terkena kanker kolorektal. Merokok lebih dari 30 tahun atau lebih dari 20 gram per hari berhubungan dengan peningkatan risiko kanker kolorektal sebesar 48%.
- i. Makanan tinggi lemak (khususnya lemak hewan) dan rendah kalsium, folat dan rendah serat, jarang memakan sayuran dan buah-buahan, sering minum alkohol, akan meningkatkan risiko terkena kanker kolorektal.
- j. Obesitas, peningkatan risiko kanker kolorektal berhubungan dengan kelebihan berat badan yang merupakan salah satu risiko penting bagi perkembangan sel-sel kanker. Obesitas meningkatkan risiko kanker kolorektal sebesar 20%.

4. Patofisiologi

Umumnya tumor kolorektal adalah adenokarsinoma yang berkembang dari polip adenoma. Insidensi tumor dari kolon kanan meningkat, meskipun umumnya masih terjadi di rektum dan kolon sigmoid. Polip tumbuh dengan lambat, sebagian besar tumbuh dalam waktu 5-10 tahun atau lebih untuk menjadi ganas. Ketika polip membesar, polip membesar di dalam lumen dan mulai menginvasi dinding usus. Tumor di usus kanan cenderung menjadi tebal dan besar, serta menyebabkan nekrosis dan ulkus. Sedangkan tumor pada usus kiri bermula sebagai massa kecil yang menyebabkan ulkus pada suplai darah.

Pada saat timbul gejala, penyakit mungkin sudah menyebar ke dalam lapisan lebih dalam dari jaringan usus dan organ-organ yang berdekatan. Kanker kolorektal menyebar dengan perluasan langsung ke sekeliling permukaan usus, submukosa, dan dinding luar usus. Struktur yang berdekatan, seperti hepar, kurvatura mayor lambung, duodenum, usus halus, pankreas, limpa, saluran genitourinary, dan dinding abdominal juga dapat dikenai oleh perluasan. Metastasis ke kelenjar getah bening regional sering berasal dari penyebaran tumor. Tanda ini tidak selalu terjadi, bisa saja kelenjar yang jauh sudah dikenai namun kelenjar regional masih normal. Sel-sel kanker dari tumor primer dapat juga menyebar melalui sistem limpatik atau sistem sirkulasi ke area sekunder seperti hepar, paru-paru, otak, tulang, dan ginjal. "Penyemaian" dari tumor ke area lain dari rongga peritoneal dapat terjadi bila tumor meluas melalui serosa atau selama pembedahan.

Sebagian besar tumor maligna (minimal 50%) terjadi pada area rektal dan 20-30 % terjadi di sigmoid dan kolon desending. Kanker kolorektal terutama adenocarcinoma (muncul dari lapisan epitel usus) sebanyak 95%. Tumor pada kolon asenden lebih banyak ditemukan dari pada transversum (dua kali lebih banyak). Tumor bowel maligna menyebar dengan cara (Black & Hawks, 2014).

- a. Menyebar secara langsung pada daerah disekitar tumor secara langsung misalnya ke abdomen dari kolon transversum. Penyebaran secara langsung juga dapat mengenai bladder, ureter dan organ reproduksi.
- b. Melalui saluran limfa dan hematogen biasanya ke hati, juga bisa mengenai paru-paru, ginjal dan tulang.
- c. Tertanam ke rongga abdomen.

5. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis dari kanker kolorektal sangat bervariasi dan tidak spesifik. Itu tergantung dari lokasi tumor di usus dan apakah sudah bermetastasis ke tempat lain atau belum. Biasanya memiliki tanda antara lain konstipasi, darah dalam feses, berat badan menurun, mual dan muntah. Kanker kolorektal dengan tumor dibagian kolon asenden dapat tumbuh besar sebelum terdiagnosa karena fitur anatomisnya. Manifestasi klinis yang dapat timbul antara lain penderita seringkali merasa lemah karena anemia, darah makroskopis pada feses terlihat samar, merasa tidak nyaman pada abdomen kanan yang persisten dan teraba massa abdominal.

Manifestasi klinis pada kolon kiri antara lain terjadi gangguan pola buang air besar, darah tercampur dengan feses atau mukus, dan sering ada pendarahan dari anus namun jarang yang masif. Sedangkan manifestasi klinis untuk kanker pada rektum yaitu perdarahan per rektal, terdapat gangguan pola buang air, dan darah juga bisa tercampur dengan feses atau mucus (Mustafa & Menon, 2016).

6. Pemeriksaan Diagnostik

a. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik tidak banyak berperan kecuali colok dubur/Rectal Toucher yang dilakukan pada pasien dengan perdarahan ataupun gejala lainnya. Pada tingkat pertumbuhan lanjut, palpasi dinding abdomen kadang-kadang teraba masa di daerah kolon kanan dan kiri. Hepatomegali jarang terjadi. Colok dubur merupakan cara diagnostik sederhana. Pada pemeriksaan ini dapat dipalpasi dinding lateral, posterior, dan anterior; serta spina iskiadika, sakrum dan coccygeus dapat diraba dengan mudah. Metastasis intraperitoneal dapat teraba pada bagian anterior rektum dimana sesuai dengan posisi anatomis cavum douglas sebagai akibat infiltrasi sel neoplastik. Meskipun 10 cm merupakan batas eksplorasi jari yang mungkin dilakukan, namun telah lama diketahui bahwa 50% dari kanker kolon dapat dijangkau oleh jari, sehingga colok dubur merupakan cara yang baik untuk mendiagnosa kanker kolon (Sayuti & Nouva, 2019).

b. Pemeriksaan penunjang

1) Pemeriksaan laboratorium klinis

Pemeriksaan laboratorium terhadap karsinoma kolorektal bisa untuk menegakkan diagnosa maupun monitoring perkembangan atau kekambuhannya. Pemeriksaan terhadap kanker ini antara lain pemeriksaan darah, Hb, elektrolit, dan pemeriksaan tinja yang merupakan pemeriksaan rutin. Anemia dan hipokalemia kemungkinan ditemukan oleh karena adanya perdarahan kecil. Perdarahan tersembunyi dapat dilihat dari pemeriksaan tinja. Selain pemeriksaan rutin di atas, dalam menegakkan diagnosa karsinoma kolorektal dilakukan juga skrining CEA (*Carcinoma Embryonic Antigen*). *Carcinoma Embryonic Antigen* merupakan pertanda serum terhadap adanya karsinoma kolon dan rektum. *Carcinoma Embryonic Antigen* adalah sebuah glikoprotein yang terdapat pada permukaan sel yang masuk ke dalam peredaran darah, dan digunakan sebagai marker serologi untuk memonitor status kanker kolorektal dan untuk mendeteksi rekurensi dini dan metastase ke hepar. *Carcinoma Embryonic Antigen* terlalu insensitif dan nonspesifik untuk bisa digunakan sebagai skrining kanker kolorektal. Meningkatnya nilai CEA serum, bagaimanapun berhubungan dengan beberapa parameter. Tingginya nilai CEA berhubungan dengan tumor grade 1 dan 2, stadium lanjut dari penyakit dan adanya metastase ke organ dalam. Meskipun konsentrasi CEA

serum merupakan faktor prognostik independen. Nilai CEA serum baru dapat dikatakan bermakna pada monitoring berkelanjutan setelah pembedahan..

2) Pemeriksaan laboratorium patologi anatomi

Pemeriksaan laboratorium patologi anatomi pada kanker kolorektal adalah terhadap bahan yang berasal dari tindakan biopsi saat kolonoskopi maupun reseksi usus. Hasil pemeriksaan ini adalah hasil histopatologi yang merupakan diagnosa definitif. Dari pemeriksaan histopatologi inilah dapat diperoleh karakteristik berbagai jenis kanker maupun karsinoma di kolorektal ini.

3) Radiologi

Pemeriksaan radiologi yang dapat dilakukan yaitu foto polos abdomen atau menggunakan kontras. Teknik yang sering digunakan adalah dengan memakai double kontras barium enema, yang sensitifitasnya mencapai 90% dalam mendeteksi polip yang berukuran >1 cm. Teknik ini jika digunakan bersama-sama sigmoidoskopi, merupakan cara yang hemat biaya sebagai alternatif pengganti kolonoskopi untuk pasien yang tidak dapat mentoleransi kolonoskopi, atau digunakan sebagai pemantauan jangka panjang pada pasien yang mempunyai riwayat polip atau kanker yang telah di eksisi. Risiko perforasi dengan menggunakan barium enema sangat rendah, yaitu sebesar 0,02%.

Jika terdapat kemungkinan perforasi, maka sebuah kontras larut air harus digunakan daripada barium enema.

Computerised Tomography (CT) scan, *Magnetic Resonance Imaging* (MRI), *Endoscopic Ultrasound* (EUS) merupakan bagian dari teknik pencitraan yang digunakan untuk evaluasi, staging dan tindak lanjut pasien dengan kanker kolon, tetapi teknik ini bukan merupakan skrining tes.

4) Kolonoskopi

Kolonoskopi dapat digunakan untuk menunjukkan gambaran seluruh mukosa kolon dan rektum. Prosedur kolonoskopi dilakukan saluran pencernaan dengan menggunakan alat kolonoskop, yaitu selang lentur berdiameter kurang lebih 1,5 cm dan dilengkapi dengan kamera. Kolonoskopi merupakan cara yang paling akurat untuk dapat menunjukkan polip dengan ukuran kurang dari 1 cm dan keakuratan dari pemeriksaan kolonoskopi sebesar 94%, lebih baik daripada barium enema yang keakuratannya hanya sebesar 67%. Kolonoskopi juga dapat digunakan untuk biopsi, polipektomi, mengontrol perdarahan dan dilatasi dari striktur. Kolonoskopi merupakan prosedur yang sangat aman dimana komplikasi utama (perdarahan, komplikasi anestesi dan perforasi) hanya muncul kurang dari 0,2% pada pasien. Kolonoskopi merupakan cara yang sangat berguna untuk mendiagnosis dan manajemen dari inflammatory bowel disease,

non akut divertikulitis, sigmoid volvulus, gastrointestinal bleeding, megakolon non toksik, striktur kolon dan neoplasma. Komplikasi lebih sering terjadi pada kolonoskopi terapi daripada diagnostik kolonoskopi, perdarahan merupakan komplikasi utama dari kolonoskopi terapeutik, sedangkan perforasi merupakan komplikasi utama dari kolonoskopi diagnostik (Sayuti & Nouva, 2019).

7. Pengobatan

Penatalaksanaan karsinoma kolorektal adalah sebagai berikut (Sayuti & Nouva, 2019):

a. Bedah

Pembedahan adalah satu satunya cara yang telah secara luas diterima sebagai penanganan kuratif untuk kanker kolorektal. Pembedahan kuratif harus mengeksisi dengan batas yang luas dan maksimal tetapi juga harus tetap mempertahankan fungsi dari kolon sebisanya. Pada tumor yang bisa dioperasi, tindakan bedah merupakan satu-satunya pengobatan kuratif karena adenokarsinoma kurang sensitif terhadap radiasi ataupun sitostatika. Namun, pada tumor yang tidak dapat dioperasi lagi, tindakan bedah bersifat paliatif.

Pilihan penanganan kanker rektum memerlukan ketepatan lokalisasi tumor, karena itu untuk tujuan terapi rektum dibagi dalam 3 bagian, yaitu 1/3 atas, 1/3 tengah, dan 1/3 bawah. Bagian 1/3 atas dibungkus oleh peritoneum pada bagian anterior dan lateral, bagian

1/3 tengah dibungkus peritoneum hanya di bagian anterior saja, dan bagian 1/3 bawah tidak dibungkus peritoneum. Lipatan transversal rektum bagian tengah terletak +11cm dari garis anokutan dan merupakan tanda patokan adanya peritoneum. Bagian rektum dibawah katub media disebut ampula rekti, dimana bila bagian ampula ini direseksi maka frekuensi defekasi secara tajam akan meningkat. Hal ini merupakan faktor penting yang harus dipertimbangkan dalam memilih tindakan pembedahan.

Bagian pascaerior rektum tidak ditutup peritoneum tetapi dibungkus oleh lapisan tipis fascia pelvis yang disebut fascia propria. Pada setiap sisi rektum di bawah peritoneum terdapat pengumpulan fascia yang dikenal sebagai ligamen lateral, yang menghubungkan rektum dengan fascia pelvis parietal. Letak ujung bawah tumor pada kanker rekti biasanya dihitung dari berapa cm jarak tumor tersebut dari garis anokutan. Pada hasil-hasil yang dilaporkan harus disebutkan apakah pembagian tersebut dibuat dengan endoskopi yang kaku atau fleksibel dan apakah patokannya dari garis anokutan, linea dentata, atau cincin anorektal.

Bagian utama saluran limfatik rektum melewati sepanjang trunkus a. hemoroidalis superior menuju a. mesenterika inferior. Hanya beberapa saluran limfe yang melewati sepanjang v. mesenterika inferior. Kelenjar getah bening pararektal di atas pertengahan katup rektum mengalir sepanjang cincin limfatik

hemoroidalis superior. Di bawahnya (yaitu 7-8 cm diatas garis anokutan), beberapa saluran limfe menuju ke lateral. Saluran-saluran limfe ini berhubungan dengan kelenjar getah bening sepanjang a.hemoroidalis media, fossa obturator, dan a.hipogastrika, serta a.iliaka komunis.

Perjalanan saluran limfatik utama pada kanker rekti adalah mengikuti pembuluh darah rektum bagian atas menuju kelenjar getah bening mesenterika inferior. Aliran limfatik rektum bagian tengah dan bawah juga mengikuti pembuluh darah rektum bagian tengah dan berakhir di kelenjar getah ening iliaka interna. Kanker rekti bagian bawah yang menjalar ke anus kadang-kadang dapat bermetastase ke kelenjar inguinal superfisial karena adanya hubungan dengan saluran limfatik eferen yang menuju ke anus bagian bawah. Kolektomi laparasokopik merupakan pilihan penatalaksanaan bedah untuk kanker kolorektal.

Bukti-bukti yang diperoleh dari beberapa uji acak terkontrol dan penelitian kohort memperlihatkan bahwa bedah laparoskopik untuk kanker kolorektal dapat dilakukan secara onkologis dan memiliki kelebihan dibandingkan dengan bedah konvensional seperti berkurangnya nyeri pascaoperasi, penggunaan analgetika, lama rawat di rumah sakit, dan perdarahan.

b. Radioterapi

Terapi radiasi merupakan penanganan kanker dengan menggunakan x-ray berenergi tinggi untuk membunuh sel kanker. Terdapat dua cara pemberian terapi radiasi, yaitu dengan radiasi eksternal dan radiasi internal. Pemilihan cara radiasi diberikan tergantung pada tipe dan stadium dari kanker. Radiasi eksternal (*external beam therapy*) merupakan penanganan dimana radiasi tingkat tinggi secara tepat diarahkan pada sel kanker. Sejak radiasi digunakan untuk membunuh sel kanker, maka dibutuhkan pelindung khusus untuk melindungi jaringan yang sehat disekitarnya.

Terapi radiasi tidak menyakitkan dan pemberian radiasi hanya berlangsung beberapa menit. Radiasi internal (*brachytherapy, implant radiation*) menggunakan radiasi yang diberikan ke dalam tubuh sedekat mungkin pada sel kanker. Substansi yang menghasilkan radiasi disebut radioisotop, bisa dimasukkan dengan cara oral, parenteral atau implant langsung pada tumor. Radiasi internal memberikan tingkat radiasi yang lebih tinggi dengan waktu yang relatif singkat bila dibandingkan dengan eksternal radiasi, dan beberapa penanganan internal radiasi secara sementara menetap didalam tubuh.

c. Kemoterapi adjuvant

Kanker kolorektal telah banyak resisten pada hampir sebagian kemoterapi. Bagaimanapun juga kemoterapi yang diikuti dengan ekstirpasi dari tumor secara teoritis seharusnya dapat menambah

efektifitas kemoterapi. Kemoterapi sangat efektif digunakan bila tumor sangat sedikit dan berada pada fase proliferasi. Sitostatika berupa kombinasi FAM (5-fluorasil, adriamycin, dan mitomycin c) banyak dipergunakan sebagai terapi adjuvant.

8. Komplikasi

Komplikasi terjadi sehubungan dengan bertambahnya pertumbuhan pada lokasi tumor atau melalui penyebaran metastase yang termasuk (Smeltzer & Bare, 2013):

- a. Perforasi usus besar yang disebabkan peritonitis.
- b. Pembentukan abses.
- c. Pembentukan fistula pada urinari bladder atau vagina.

Biasanya tumor menyerang pembuluh darah dan sekitarnya yang menyebabkan pendarahan. Tumor tumbuh kedalam usus besar dan secara berangsur-angsur membantu usus besar dan pada akhirnya tidak bisa sama sekali. Perluasan tumor melebihi perut dan mungkin menekan pada organ yang berada disekitarnya (Uterus, urinary bladder, dan ureter) dan penyebab gejala-gejala tersebut tertutupi oleh kanker.

C. Tinjauan tentang Kolostomi

1. Definisi

Kolostomi adalah pembukaan atau mulut yang dibuat melalui pembedahan pada saluran cerna yang berfungsi untuk pengalihan aliran fecal. Pembedahan dilakukan untuk mencegah penyumbatan usus. Pada pasien yang mengalami komplikasi obstruksi atau perforasi, dilakukan

dekompresi dan reseksi satu tahap atau dua tahap prosedur pembentukan stoma (Salmawati et al., 2019).

2. Tipe kolostomi

Adapun tipe pembedahan kolostomi, sebagai berikut (Maryunani & Haryanto, 2016):

a. *Loop colostomy*

Kolostomi jenis ini biasanya digunakan dalam keadaan darurat dan bersifat sementara dan besar stoma lingkaran usus dikeluarkan ke perut dan dua bukaan dibuat dalam satu stoma, satu untuk tinja dan satu lagi untuk lendir. *Loop stoma* dibuat jika seluruh *loop of bowel* (ikatan bagian usus) pembedahannya dikeluarkan ke permukaan kulit dimana pada dinding anterior usus dibuka secara longitudinal dan juga transversal. Pasien dengan *loop stoma* jarang mengeksresi mukus/lendir dari rektum. Tujuan dari pada loop stoma adalah untuk mengalihkan aliran sisa kototran/feses dari usus yang tersumbat, traumatik atau patologis atau dari tempat adanya anastomosis.

b. *End colostomy*

Terbentuknya stoma dari satu ujung usus, bagian lain dari usus juga dihapus atau dijahit tertutup. *End stoma* dibuat dengan tehnik ahli bedah memotong *bowel* (usus) dan membuatnya menjadi *end* (akhir) sebagai stoma tunggal (*single stoma*). *End stoma* dapat bersifat temporer (sementara) dan juga permanen (menetap).

c. *Double-barrel stoma*

Stoma Double-barrel mirip seperti *loop stoma*, tetapi tidak terlalu sering digunakan hanya jika ahli bedah berkeinginan untuk mendiversi usus secara total. Stoma ini membagi usus dan membawa kedua ujungnya (*ends*) ke permukaan kulit sebagai dua bagian terpisah *end stoma*. Ujung-ujung proksimal dan distal, keduanya dikeluarkan melalui satu lubang di dinding abdomen, kemudian dieversikan dan dijahit ke kulit untuk membentuk dua stoma yang letaknya berdampingan/bersebelahan.

3. Indikasi Kolostomi

Indikasi utama yang paling sering terjadi pada pasien yang akan dilakukan tindakan kolostomi, sebagai berikut:

a. Neoplasma/kanker kolorektal (KKR)

Kanker kolorektal (KKR) merupakan tumor ganas yang ditemukan di kolon dan rektum. Kolon dan rektum adalah bagian dari usus besar pada sistem pencernaan yang disebut juga traktus gastrointestinal. Kolon berada di bagian proksimal usus besar dan rektum di bagian distal sekitar 15 cm dari *anal verge* (Pratama, 2018).

Tanda dan gejala dari kanker kolon sangat bervariasi dan tidak spesifik. Lokasi tumor pada KKR mempengaruhi gejala klinis pasien. Tumor yang berada di kolon kanan lebih agak samar untuk dideteksi karena isi kolon kebanyakan berupa cairan. Pada daerah tersebut jarang terjadi obstruksi karena lumen usus lebih besar dan

feses masih encer. Gejala klinis yang muncul berupa rasa penuh, nyeri abdomen, perdarahan dan symptomatik anemia (menyebabkan kelemahan, pusing dan penurunan berat badan). Tumor yang berada di lokasi kolon kiri sering terjadi obstruksi sehingga terjadi perubahan pola defekasi yang disebabkan oleh iritasi dan respon refleks, perdarahan, mengecilnya ukuran feses, dan konstipasi karena lesi kolon kiri yang cenderung melingkar. Kanker pada rektum sering terjadi gangguan defekasi seperti diare atau konstipasi. Selain itu terjadi perdarahan yang segar dan bercampur dengan lendir. Rasa nyeri jarang terjadi pada kanker rektum. Kadang kadang timbul tenesmi atau keinginan defekasi disertai rasa sakit dan sering merupakan gejala utama dari kanker rektum. Kanker pada rektum atau sigmoid prognosisnya lebih buruk karena kanker rektum atau sigmoid bersifat lebih infiltratif (Pratama, 2018).

b. Divertikulitis

Divertikulitis merupakan penyakit pada saluran usus besar berupa luka atau benjolan. Gejala divertikulitis dapat muncul secara tiba-tiba atau perlahan dalam beberapa hari. Gejala umum divertikulitis biasanya ditandai dengan nyeri di sisi kiri bawah perut. Kondisi ini paling sering memengaruhi usus besar. Gejala umum divertikulitis, diantaranya termasuk: Sakit perut, demam, mual, muntah, peningkatan buang air kecil dan sensasi terbakar saat buang air kecil, sembelit, diare, darah dalam feses atau darah dalam urine,

kembung, dan penurunan nafsu makan. Tujuan dan syarat diet yang diberikan untuk mengistirahatkan kerja usus agar tidak terjadi perdarahan. Jenis diet dan indikasi pemberian sesuai dengan gejala penyakit, dapat diberikan makanan tinggi serat untuk mengurangi gejala (Bondan, 2021).

c. Gangguan iskemia usus/ileus

Ileus adalah gangguan/hambatan pasase isi usus yang merupakan tanda adanya obstruksi usus akut yang segera membutuhkan pertolongan atau tindakan. Ileus ada 2 macam yaitu ileus obstruktif dan ileus paralitik (Indrayani, 2013).

Ileus obstruktif atau disebut juga ileus mekanik adalah keadaan dimana isi lumen saluran cerna tidak bisa disalurkan ke distal atau anus karena adanya sumbatan/hambatan mekanik yang disebabkan kelainan dalam lumen usus, dinding usus atau luar usus yang menekan atau kelainan vaskularisasi pada suatu segmen usus yang menyebabkan nekrose segmen usus tersebut. Sedangkan ileus paralitik atau adynamic ileus adalah keadaan di mana usus gagal/ tidak mampu melakukan kontraksi peristaltik untuk menyalurkan isinya akibat kegagalan neurogenik atau hilangnya peristaltik usus tanpa adanya obstruksi mekanik (Indrayani, 2013).

d. Malrotasi dan volvulus

Malrotasi merupakan anomali kongenital berupa gagalnya suatu rotasi/perputaran dan fiksasi normal pada organ, terutama usus

selama perkembangan embriologik. Malrotasi dapat terjadi disertai atau tanpa volvulus. Sedangkan volvulus adalah kelainan berupa puntiran dari segmen usus terhadap usus itu sendiri, mengelilingi mesenterium dari usus tersebut dimana mesenterium itu sebagai aksis longitudinal sehingga menyebabkan obstruksi saluran cerna (Jurnalis et al., 2013).

Manifestasi klinik malrotasi usus dan volvulus sangat bervariasi, mulai dari tanpa gejala sampai gejala akibat nekrosis usus yang mengancam jiwa. Neonatus dengan malrotasi usus mengalami muntah berwarna hijau (muntah bilier), akibat obstruksi setinggi duodenum oleh pita kongenital dan merupakan gejala utama adanya obstruksi usus pada bayi dan anak. Apabila gejala ini terdapat pada anak berusia kurang dari 1 tahun maka harus dipikirkan adanya malrotasi dan volvulus midgut sampai terbukti akibat kelainan lain. Selama masa neonatus sampai usia 1 tahun, pasien dapat mengalami berbagai gejala seperti (Jurnalis et al., 2013):

- 1) Muntah (akut atau kronik)
- 2) Nyeri perut, biasanya berat, akut, kronik, dengan atau tanpa muntah
- 3) Diare kronik
- 4) Konstipasi
- 5) Mual
- 6) Irritabilitas atau letargi

7) BAB darah

8) Gagal Tumbuh

Manifestasi klinis lain pada bayi dengan malrotasi adalah dehidrasi akibat muntah yang sering dengan gejala bayi tampak gelisah, tidak tenang, BAK yang berkurang, letargi, UUB cekung dan mukosa bibir kering. Apabila terjadi volvulus, aliran darah usus dapat berkurang sehingga menimbulkan nekrosis usus dan bayi dapat menunjukkan gejala peritonitis atau syok septik berupa hipotensi, gagal nafas, hematemesis atau melena.

Volvulus midgut dapat terjadi tidak sempurna atau intermitten tetapi biasanya terjadi pada anak yang lebih besar dan memiliki gejala dan tanda nyeri perut non spesifik kronik, muntah yang bersifat intermitten (kadang tidak berwarna hijau), rasa cepat kenyang, penurunan berat badan, gagal tumbuh, diare dan malabsorpsi (Jurnalis et al., 2013).

e. Gangguan defekasi

Defekasi diartikan sebagai pembuangan tinja dari rectum. Seperti halnya usus halus, pergerakan usus besar juga terdiri dari gerakan segmentasi dan peristaltik. Pada dasarnya gerakan segmentasi pada usus besar sama dengan yang terjadi pada usus halus. Setiap kontraksi otot sirkular, disertai dengan kontraksi otot longitudinal menimbulkan terjadinya kontraksi haustral. Kontraksi haustral akan menyebabkan feses terpapar dengan permukaan absorpsi usus besar,

sehingga terjadilah absorpsi air sampai mencapai 80-200 ml/hari. Gerakan peristaltik yang terjadi pada setiap segmen usus besar agak berbeda, sesuai dengan karakteristik massa feses. Pada caecum dan kolon ascenden, gerakan peristaltik terjadi akibat kontraksi haustral yang lambat tetapi berlangsung terus-menerus, sehingga dibutuhkan waktu 8-15 jam untuk menggerakkan makanan dari katup ileocaecal melewati kolon transversum (Nurdin, 2013).

f. Kelainan kongenital (neonatus) dan gangguan pediatrik

Kelainan kongenital atau bawaan adalah kelainan yang sudah ada sejak lahir yang dapat disebabkan oleh faktor genetik maupun non genetic. Anomali kongenital disebut juga cacat lahir, kelainan kongenital atau kelainan bentuk bawaan. Berdasarkan pathogenesis kelainan kongenital dapat diklasifikasikan sebagai berikut (Murtini, 2021):

1) Malformasi

Malformasi adalah suatu kelainan yang disebabkan oleh kegagalan atau ketidaksempurnaan dari satu atau lebih proses embriogenesis. Beberapa contoh malformasi misalnya bibir sumbing dengan atau tanpa celah langit-langit, defek penutupan tuba neural, stenosis pylorus, spina bifida, dan defek sekat jantung. Malformasi dapat digolongkan menjadi malformasi mayor dan minor. Malformasi mayor adalah suatu kelainan yang apabila tidak dikoreksi akan menyebabkan gangguan fungsi

tubuh serta mengurangi angka harapan hidup. Sedangkan malformasi minor tidak akan menyebabkan problem kesehatan yang serius dan mungkin hanya berpengaruh pada segi kosmetik. Malformasi pada otak, jantung, ginjal, ekstremitas, saluran cerna termasuk malformasi mayor, sedangkan kelainan daun telinga, lipatan pada kelopak mata, kelainan pada jari, lekukan pada kulit (dimple), ekstra puting susu adalah contoh dari malformasi minor.

2) Deformasi

Deformasi didefinisikan sebagai bentuk, kondisi, atau posisi abnormal bagian tubuh yang disebabkan oleh gaya mekanik sesudah pembentukan normal terjadi, misalnya kaki bengkok atau mikrognatia (mandibula yang kecil). Tekanan ini dapat disebabkan oleh keterbatasan ruang dalam uterus ataupun faktor ibu yang lain seperti primigravida, panggul sempit, abnormalitas uterus seperti uterus bikornus, kehamilan kembar.

3) Disrupsi

Disrupsi adalah defek morfologik satu bagian tubuh atau lebih yang disebabkan oleh gangguan pada proses perkembangan yang mulanya normal. Ini biasanya terjadi sesudah embriogenesis. Berbeda dengan deformasi yang hanya disebabkan oleh tekanan mekanik, disrupsi dapat disebabkan oleh iskemia, perdarahan atau perlekatan. Misalnya helaian-helaian

membran amnion, yang disebut pita amnion, dapat terlepas dan melekat ke berbagai bagian tubuh, termasuk ekstremitas, jari-jari, tengkorak serta muka.

4. Komplikasi

Menurut Maryunani & Haryanto (2016), komplikasi yang sering terjadi pada pasien kolostomi adalah:

a. Hernia peristomal

Hernia peristomal adalah tonjolan di bawah kulit peristomal menunjukkan bahwa satu atau lebih loop dari usus telah melewati wilayah membedah fascia dan otot, yang diperlukan untuk mengeksternalisasi stoma, dan kolon sekarang menonjol ke dalam jaringan subkutan di sekitar stoma. Penyebab hernia peristomal:

- 1) Akibat adanya lubang terbuka yang terlalu besar pada dinding otot abdomen.
- 2) Kelemahan pada otot abdomen.
- 3) Peregangan stoma menyebabkan perubahan pada ukuran stoma, misalnya: stoma makin membesar dan makin mendatar.
- 4) Tekanan intra abdomen meningkat.
- 5) Berat badan meningkat
- 6) Penempatan stoma dimana dinding abdomen lemah atau pembuatan lubang yang sangat besar pada dinding abdomen.
- 7) Inadekuat pada proses atau teknik pembedahan.
- 8) Penempatan stoma yang buruk (di luar otot rektus abdominus).

9) Usia (lebih sering terjadi pada lanjut usia).

b. Laserasi

Laserasi stoma adalah potongan atau sobekan yang paling sering terjadi sebagai akibat dari teknik pemasangan kantong (misalnya, stoma menggosok terhadap bagian dari sistem kantong). Laserasi juga dapat diakibatkan karena trauma (misalnya, kecelakaan mobil, mencukur dengan pisau cukup).

c. *Mucocutaneous separation*

Mucocutaneous separation terjadi ketika stoma sepenuhnya atau sebagian memisahkan/melepaskan dari kulit. Hal ini dapat dangkal atau dalam. Penyebab mucocutaneous separation antara lain:

- 1) Buruknya proses penyembuhan luka.
- 2) Status nutrisi
- 3) Infeksi yang terjadi di sekitar stoma.
- 4) Infeksi yang terjadi pada lokasi jahitan.
- 5) Jahitan yang terlalu kencang.

d. Nekrosis

Nekrosis adalah kematian jaringan yang terjadi ketika aliran darah ke atau dari stoma terganggu atau terputus. Penyebab dari nekrosis ini antara lain:

- 1) Suplai darah yang tidak adekuat, komplikasi ini biasanya tampak 12-24 jam setelah operasi dan bisa memerlukan operasi tambahan.

- 2) Teknik pembedahan.
- 3) Dinding abdomen tebal.
- 4) Edema dinding usus.
- 5) Tekanan pembuluh darah kearah stoma.

e. *Prolap*

Prolaps terjadi ketika panjang ketebalan penuh usus menonjol melalui stoma. Penyebab prolaps stoma diantaranya:

- 1) Fiksasi stoma yang kurang kuat.
- 2) Peningkatan tekanan intra abdomen yang tinggi (peningkatan intra abdomen disebabkan oleh muntah atau ketegangan lain).
- 3) Kelemahan otot abdomen.
- 4) Lubang yang sangat besar pada dinding abdomen; 5) insisi yang terlalu besar.
- 5) Latihan fisik

f. *Retraksi*

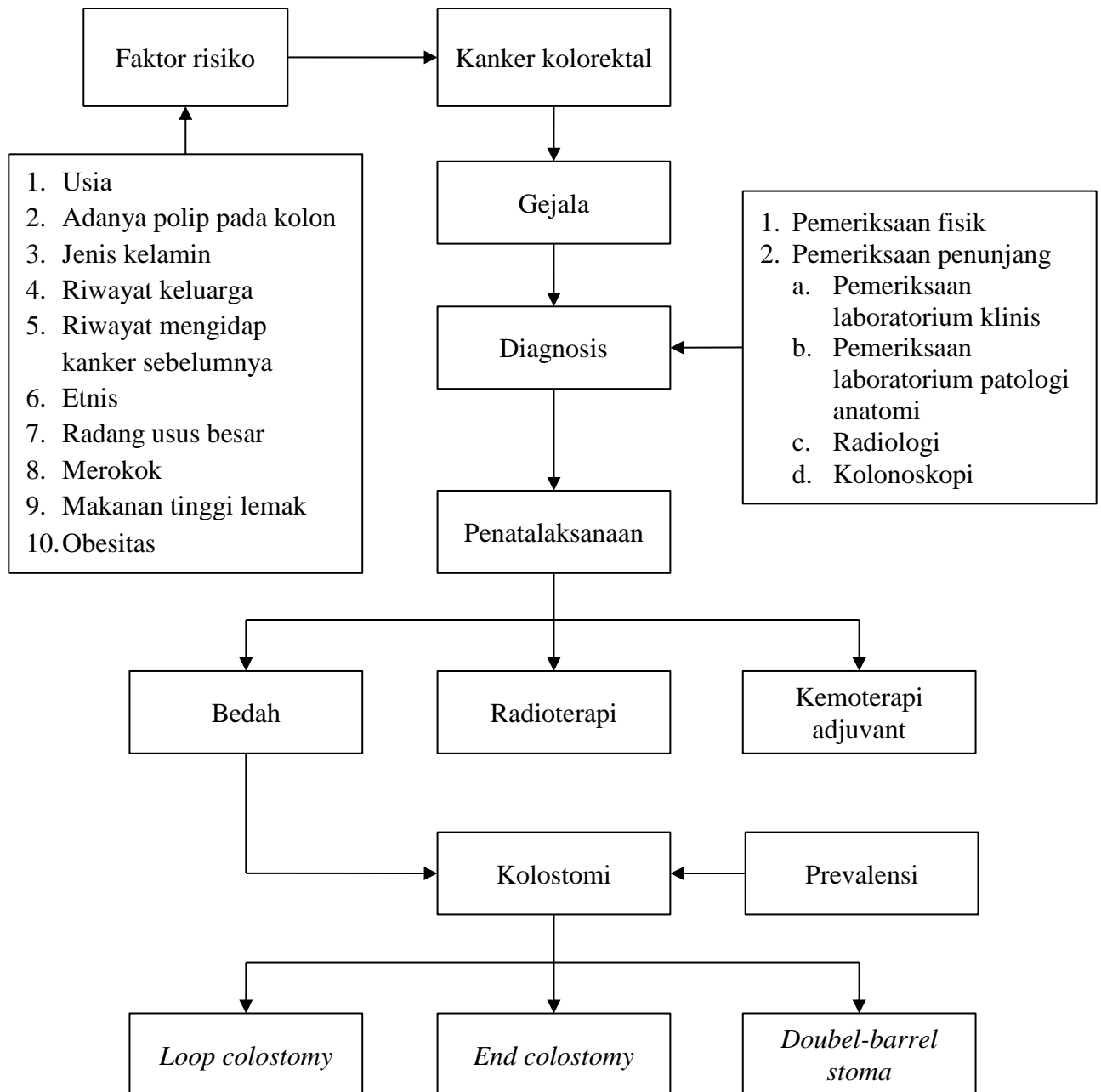
Retraksi terjadi ketika stoma tertarik atau ditarik di bawah lapisan kulit. *Retraksi* mungkin melibatkan seluruh stoma, atau mungkin terbatas persimpangan mukokutan.

g. *Stenosis*

Stenosis adalah penyempitan atau pengkerutan dari stoma yang membuka yang mungkin terjadi pada kulit atau lapisan fasial. Hal ini dianggap komplikasi awal, tetapi juga bisa menjadi komplikasi akhir stoma. Dengan adanya stenosis, lubang sempit kecil di stoma,

yang mengganggu drainase dari stoma. Penyebab dari stenosis adalah karena kontraksi kulit sekitar mengikuti retraksi soma, pembentukan jaringan parut, obstruksi intestinal, dan sering berkaitan dengan infeksi di sekitar stoma atau pembentukan skar/jaringan parut.

D. Kerangka Teori



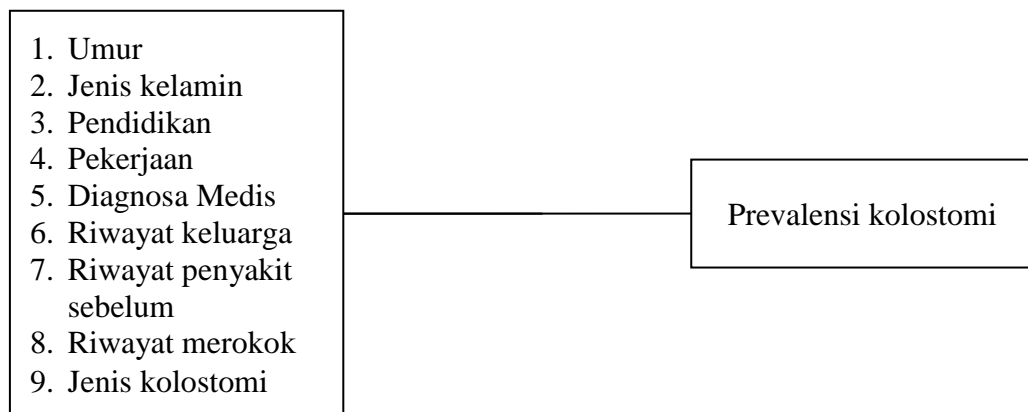
Gambar 2.1 Kerangka Teori

Sumber: (Adiwiharyanto, 2021; Jayanti, 2015; Maryunani & Haryanto, 2016; Rawla et al., 2019; Sayuti & Nouva, 2019)

BAB III

KERANGKA KONSEP

Berdasarkan kerangka teori yang ada dalam tinjauan kepustakaan, maka peneliti membuat kerangka konsep seperti yang tampak pada bagan di bawah ini:



Gambar 3.1. Kerangka Konsep