

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Teori Nyeri

a) Fisiologis nyeri

Menurut Torrance dan Serginson (1997), ada tiga jenis sel saraf dalam proses penghantaran nyeri yaitu sel syaraf aferen atau neuron sensori, serabut konektor atau interneuron dan sel saraf eferen atau neuron motorik. Sel-sel syaraf ini mempunyai reseptor pada ujungnya yang menyebabkan impuls nyeri dihantarkan ke sum-sum tulang belakang dan otak. Reseptor-reseptor ini sangat khusus dan memulai impuls yang merespon perubahan fisik dan kimia tubuh. Reseptor-reseptor yang berespon terhadap stimulus nyeri disebut nosiseptor.

Stimulus pada jaringan akan merangsang nosiseptor melepaskan zat-zat kimia, yang terdiri dari prostaglandin, histamin, bradikinin, leukotrien, substansi p, dan enzim proteolitik. Zat-zat kimia ini akan mensensitasi ujung syaraf dan menyampaikan impuls ke otak.

Menurut Smeltzer & Bare (2001) kornu dorsalis dari medula spinalis dapat dianggap sebagai tempat memproses sensori. Serabut perifer berakhir disini dan serabut traktus sensori asenden berawal disini. Juga terdapat interkoneksi antara sistem neural desenden dan traktus sensori asenden. Traktus asenden berakhir pada otak bagian bawah dan bagian tengah dan impuls-impuls dipancarkan ke korteks serebri.

Agar nyeri dapat diserap secara sadar, neuron pada sistem asenden harus diaktifkan. Aktivasi terjadi sebagai akibat input dari reseptor nyeri yang terletak

dalam kulit dan organ internal. Terdapat interkoneksi neuron dalam kornu dorsalis yang ketika diaktifkan, menghambat atau memutuskan transmisi informasi yang menyakitkan atau yang menstimulasi nyeri dalam jaras asenden. Seringkali area ini disebut “gerbang”. Kecendrungan alamiah gerbang adalah membiarkan semua input yang menyakitkan dari perifer untuk mengaktifkan asenden dan mengaktifkan nyeri. Namun demikian, jika kecendrungan ini berlalu tanpa perlawanan, akibatnya sistem yang ada akan menutup gerbang. Stimulasi dari neuron inhibitor sistem asenden menutup gerbang untuk input nyeri dan mencegah transmisi sensasi nyeri (Smeltzer & Bare, 2001).

Teori gerbang kendali nyeri merupakan proses dimana terjadi interaksi antara stimulus nyeri dan sensasi lain dan stimulasi serabut yang mengirim sensasi tidak nyeri memblok transmisi impuls nyeri melalui sirkuit gerbang penghambat. Sel-sel inhibitor dalam kornu dorsalis medula spinalis mengandung eukafalin yang menghambat transmisi nyeri (Smeltzer & Bare, 2001).

b) Pengertian Nyeri

Menurut Smeltzer dan Bare (2001) nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang aktual atau potensial.

c) Jenis Nyeri

1. Nyeri akut

Menurut Smeltzer dan Bare (2001) nyeri akut biasanya tiba-tiba dan umumnya berkaitan dengan cedera spesifik.

Definisi nyeri akut dapat dijelaskan sebagai nyeri yang berlangsung dari beberapa detik hingga enam bulan.

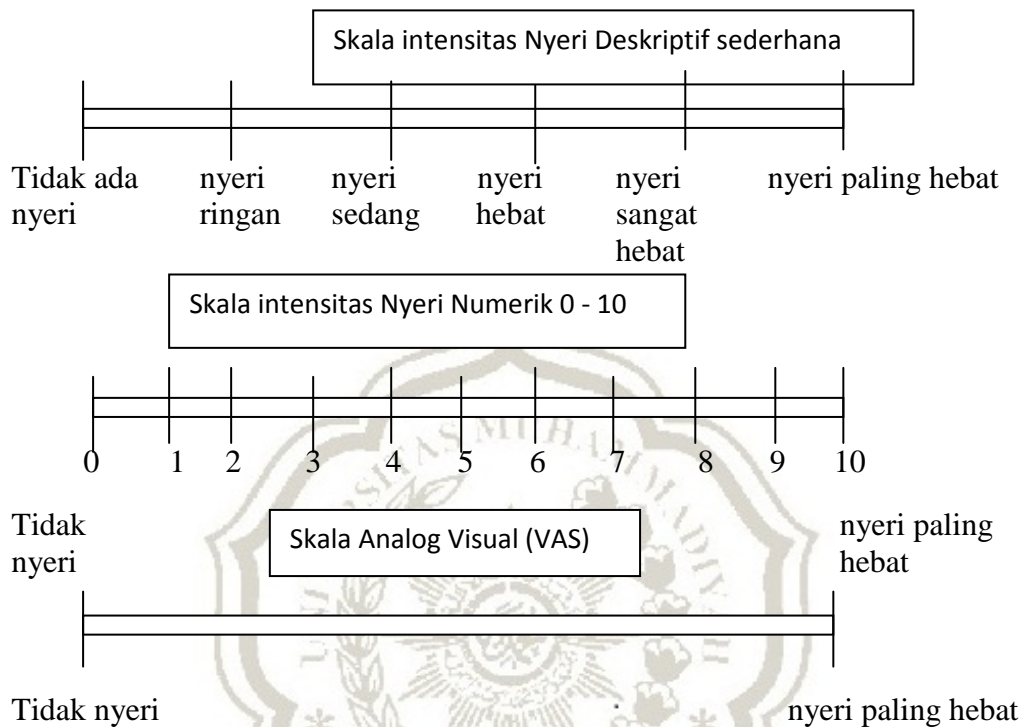
Menurut NANDA (2012) nyeri akut adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan jaringan; awitan yang tiba – tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung < 6 bulan. Faktor yang berhubungan agen injuri fisik, biologis dan kimia. Batasan karakteristik menurut NANDA (2012) yaitu perubahan selera makan, perubahan tekanan darah, laporan isyarat, perilaku distraksi (misal jalan mondar mandir, mencari orang lain, aktivitas yang berulang), mengekspresikan perilaku (gelisah, merengek, menangis, waspada, dan mendesah), masker wajah, sikap melindungi nyeri, fokus menyempit, sikap tubuh melindungi dan melaporkan nyeri secara verbal.

2. Nyeri kronis

Menurut Smeltzer dan Bare (2001) nyeri kronis adalah nyeri konstan atau intermiten yang menetap sepanjang suatu periode waktu. Nyeri ini berlangsung diluar waktu penyembuhan yang diperkirakan dan sering tidak dapat dikaitkan dengan penyebab atau cedera spesifik. Nyeri kronis sering didefinisikan sebagai nyeri yang berlangsung enam bulan atau lebih.

d) Skala Nyeri

Menurut Smeltzer dan Bare (2001) skala intensitas nyeri



e) Jenis-jenis Pengukuran Nyeri

Pengukuran nyeri terdiri dari pengukuran komponen sensorik (intensitas nyeri) dan pengukuran komponen afektif (toleransi nyeri).

1. Pengukuran komponen sensorik

Ada 3 metode yang umumnya digunakan untuk memeriksa intensitas nyeri yaitu Verbal Rating Scale (VRS), Visual Analogue Scala (VAS), dan Numerical Rating Scale (NRS).

VRS adalah alat ukur yang menggunakan kata sifat untuk menggambarkan level intensitas nyeri yang berbeda, range dari "no pain" sampai "nyeri hebat" (extreme pain). VRS merupakan alat pemeriksaan yang

efektif untuk memeriksa intensitas nyeri. VRS biasanya diskore dengan memberikan angka pada setiap kata sifat sesuai dengan tingkat intensitas nyerinya. Sebagai contoh, dengan menggunakan skala 5-point yaitu none (tidak ada nyeri) dengan skore “0”, mild (kurang nyeri) dengan skore “1”, moderate (nyeri yang sedang) dengan skore “2”, severe (nyeri keras) dengan skor “3”, very severe (nyeri yang sangat keras) dengan skore “4”. Angka tersebut berkaitan dengan kata sifat dalam VRS, kemudian digunakan untuk memberikan skore untuk intensitas nyeri pasien.

Beberapa keterbatasan VRS adalah adanya ketidakmampuan pasien untuk menghubungkan kata sifat yang cocok untuk level intensitas nyerinya, dan ketidakmampuan pasien yang buta huruf untuk memahami kata sifat yang digunakan.

Numeral Rating Scale adalah suatu alat ukur yang meminta pasien untuk menilai rasa nyerinya sesuai dengan level intensitas nyerinya pada skala numeral dari 0 – 10 atau 0 – 100. Angka 0 berarti “no pain” dan 10 atau 100 berarti “severe pain” (nyeri hebat). Dengan skala NRS-101 dan skala NRS-11 point, dokter/terapis dapat memperoleh data basic yang berarti dan kemudian digunakan skala tersebut pada setiap pengobatan berikutnya untuk memonitor apakah terjadi kemajuan.

VAS adalah alat ukur lainnya yang digunakan untuk memeriksa intensitas nyeri dan secara khusus meliputi 10-15 cm garis, dengan setiap ujungnya ditandai dengan level intensitas nyeri (ujung kiri diberi tanda “no pain” dan ujung kanan diberi tanda “bad pain” (nyeri hebat). Pasien diminta untuk

menandai disepanjang garis tersebut sesuai dengan level intensitas nyeri yang dirasakan pasien. Kemudian jaraknya diukur dari batas kiri sampai pada tanda yang diberi oleh pasien (ukuran mm) dan itulah skorenya yang menunjukkan level intensitas nyeri. Kemudian skore tersebut dicatat untuk melihat kemajuan pengobatan/terapi selanjutnya. Secara potensial, VAS lebih sensitif terhadap intensitas nyeri daripada pengukuran lainnya seperti VRS skala 5-point karena responnya yang lebih terbatas (Jensen et.al, 1986) .

Nyeri merupakan salah satu gangguan yang sering kita rasakan, namun sedikit yang tau apakah nyeri kita termasuk ringan atau berat. Biasanya seorang dokter akan menanyakan tingkat nyeri yang kita rasakan merdasarkan urutan angka dari 0-10, sehingga terapi yang diberikan akan tepat pada sasaran, dan tidak melebihi dosis yang dibutuhkan.

Berikut ini ukuran skala nyeri dari 0-10

	SKALA NYERI
0	Tidak nyeri
1	Seperti gatal, tersetrum / nyut-nyut
2	Seperti melilit atau terpukul
3	Seperti perih
4	Seperti keram
5	Seperti tertekan atau tergesek
6	Seperti terbakar atau ditusuk-tusuk
7 – 9	Sangat nyeri tetapi dapat dikontrol oleh klien dengan aktivitas yang biasa dilakukan.
10	Sangat nyeri dan tidak dapat dikontrol oleh klien.
Keterangan :	1 – 3 (Nyeri ringan) 4 – 6 (Nyeri sedang) 7 – 9 (Nyeri berat) 10 (sangat nyeri)

f) Strategi Penatalaksanaan Nyeri

Menurut Smeltzer dan Bare (2001)

1. Farmakologi

Menangani nyerinyang dialami pasien melalui intervensi farmakologi dilakukan dalam kalborasi dengan doketr atau pemberi perawatan utam lainnya dan pasien.

a. Analgetik

Sebelum memberikan obat-obatan apa saja,terlebih dahulu tanyakan tentang alergi terhadap obat. Pemberian obat analgetik dibagi menjadi :

1.1 Pemberian parenteral

Pemberian anlagetik parenteral (rute intramuskular,intravena atau subkutan) menghasilkan efek yang lebih cepat dibanding pemberian oral,tetapi durasi efek lebih pendek. Pemberian obat parenteral dapat juga diindikasikan jika pasien tidak diperbolehkan masukan per oral atau pasien mengalami mual muntah.

1.2 Rute oral

Rute oral akan dipilih ketimbang pemberian perenteral jika pasien mampu untuk mnggunakan obat melalui mulut, karena cara ini mudah, nonivasif dan tidak menyakitkan,seperti injeksi.

1.3 Rute rektal

Pemberian melalui rute rektal mungkin diindikasikan untuk pasien yang tidak mampu menggunakan obat-obatan melalui rute lainnya.

1.4 Rute intraspinal

Infus opioid atau agens anestesi lokal ke dalam ruang subaraknoid (ruang intratekal atau medula spinalis) atau ruang epidural efektif dalam mengontrol nyeri pada pasien pasca operasi juga mereka dengan nyeri kronis yang tidak reda melalui metode lain.

2. Tindakan non farmakologis

2.1 Stimulasi dan masase kutaneus

Beberapa strategi penghilang nyeri nonfarmakologis, termasuk mengosok kulit dan menggunakan panas dan dingin. Masase adalah stimulus kutaneus tubuh secara umum, sering dipusatkan punggung dan bahu.

2.2 Terapi es dan panas

Terapi es (dingin) dan panas dapat menjadi strategi pereda nyeri yang efektif pada beberapa keadaan, namun keefektifannya dan mekanismenya kerja memerlukan studi yang lebih lanjut. Terapi es dan panas dapat bekerja dengan menstimulasi reseptor tidak nyeri.

Terapi es dapat menurunkan prostaglandin, yang memperkuat sensitivitas reseptor nyeri dan subkutan lain pada tempat cedera dengan menghambat proses inflamasi. Penggunaan panas mempunyai keuntungan meningkatkan aliran darah ke suatu area dan kemungkinan dapat turun menurunkan nyeri dengan mempercepat penyembuhan.

2.3 Stimulasi saraf elektrik transkutan

Terapi ini menggunakan unit yang dijalankan oleh baterai dengan elektroda yang dipasang pada kulit untuk menghasilkan sensasi kesemutan, menggetar atau mendengung pada area nyeri.

2.4 Teknik relaksasi

Relaksasi otot skeletal dipercaya dapat menurunkan nyeri dengan merilekskan ketegangan otot yang menunjang nyeri. Teknik relaksasi yang paling sederhana yaitu tarik nafas abdomen dengan frekuensi lambat, berirama. Pasien dapat memejamkan mata dan bernafas secara perlahan dan nyaman. Irama yang konstan dapat dipertahankan dengan menghitung dalam hati dan lambat bersama setiap inhalasi (menghirup).

2.5 Hipnotis

Hipnotis efektif dalam menurunkan nyeri dan menurunkan jumlah analgesik yang dibutuhkan pada nyeri akut dan kronik.

g) Faktor-faktor yang Mempengaruhi Nyeri

Nyeri merupakan hal yang kompleks, banyak faktor yang mempengaruhi pengalaman seseorang terhadap nyeri. Hal ini sangat penting dalam pengkajian nyeri yang akurat dan memilih terapi nyeri yang baik.

a. Usia

Menurut Potter & Perry (1993) usia adalah variabel penting yang mempengaruhi nyeri terutama pada anak dan orang dewasa. Perbedaan perkembangan yang ditemukan antara kedua kelompok umur ini dapat mempengaruhi bagaimana anak dan orang dewasa bereaksi terhadap nyeri. Anak-anak kesulitan untuk memahami nyeri dan beranggapan kalau apa yang dilakukan perawat dapat menyebabkan nyeri. Anak-anak yang belum mempunyai kosakata yang banyak, mempunyai kesulitan mendeskripsikan secara verbal dan mengekspresikan nyeri kepada orang tua atau perawat.

b. Jenis kelamin

Pengaruh usia pada persepsi nyeri toleransi nyeri tidak diketahui secara luas. Pengkajian nyeri pada lansia mungkin sulit karena perubahan fisiologis dan psikologis yang menyertai proses penuaan. Cara lansia berespons terhadap nyeri dapat berbeda dengan cara berespons orang yang berusia lansia muda. Nyeri pada lansia mungkin dialihkan jauh dari tempat cedera dan penyakit (Smeltzer & Bare, 2001).

c. Budaya

Keyakinan dan nilai-nilai budaya mempengaruhi cara individu mengatasi nyeri. Individu mempelajari apa yang diharapkan dan apa yang diterima oleh kebudayaan mereka. Hal ini meliputi bagaimana bereaksi terhadap nyeri.

Mengenali nilai-nilai budaya yang memiliki seseorang dan memahami mengapa nilai-nilai ini berbeda dari nilai-nilai kebudayaan lainnya membantu untuk menghindari mengevaluasi perilaku pasien berdasarkan harapan dan nilai budaya seseorang. Perawat yang mengetahui perbedaan budaya akan mempunyai pemahaman yang lebih besar tentang nyeri pasien dan akan lebih akurat dalam mengkaji nyeri dan respon-respon perilaku terhadap nyeri juga efektif dalam menghilangkan nyeri pasien (Smeltzer & Bare, 2001).

d. Ansietas

Meskipun pada umumnya diyakini bahwa ansietas akan meningkatkan nyeri, mungkin tidak seluruhnya benar dalam semua keadaan. Riset tidak memperlihatkan suatu hubungan yang konsisten antara ansietas dan nyeri juga tidak memperlihatkan bahwa pelatihan pengurangan stres praoperatif

menurunkan nyeri saat pascaoperatif. Namun, ansietas yang relevan atau berhubungan dengan nyeri dapat meningkatkan persepsi pasien terhadap nyeri. Ansietas yang tidak berhubungan dengan nyeri dapat mendistraksi pasien dan secara aktual dapat menurunkan persepsi nyeri. Secara umum, cara yang efektif untuk menghilangkan nyeri adalah dengan mengarahkan pengobatan nyeri ketimbang ansietas (Smeltzer & Bare, 2001).

e. Pengalaman masa lalu dengan nyeri

Seringkali individu yang lebih berpengalaman dengan nyeri yang dialaminya, makin takut individu tersebut terhadap peristiwa menyakitkan yang akan diakibatkan. Individu ini mungkin akan lebih sedikit mentoleransi nyeri, akibatnya ia ingin nyerinya segera reda sebelum nyeri tersebut menjadi lebih parah. Reaksi ini hampir pasti terjadi jika individu tersebut mengetahui ketakutan dapat meningkatkan nyeri dan pengobatan yang tidak adekuat. Efek yang tidak diinginkan yang diakibatkan dari pengalaman sebelumnya menunjukkan pentingnya perawat untuk waspada terhadap pengalaman masa lalu pasien dengan nyeri. Jika nyerinya teratasi dengan tepat dan adekuat, individu mungkin lebih sedikit ketakutan terhadap nyeri dimasa mendatang dan mampu mentoleransi nyeri dengan baik (Smeltzer & Bare, 2001).

h) Nosisseptor (Reseptor Nyeri)

Nosisseptor adalah reseptor ujung saraf bebas yang ada di kulit, otot, persendian, viseral dan vaskular. Nosisseptor-nosisseptor ini bertanggung jawab terhadap kehadiran stimulus noksius yang berasal dari kimia, suhu (panas, dingin), atau perubahan mekanikal. Pada jaringan normal, nosisseptor tidak aktif

sampai adanya stimulus yang memiliki energi yang cukup untuk melampaui ambang batas stimulus (*resting*). Nosisseptor mencegah perambatan sinyal acak (*skrining* fungsi) ke sistem saraf pusat untuk interpretasi nyeri.

Saraf nosisseptor bersinap di dorsal horn dari spinal cord dengan lokal interneuron dan saraf proyeksi yang membawa informasi nosisseptif ke pusat yang lebih tinggi pada batang otak dan thalamus. Berbeda dengan reseptor sensorik lainnya, reseptor nyeri tidak bisa beradaptasi. Kegagalan reseptor nyeri beradaptasi adalah untuk proteksi karena hal tersebut bisa menyebabkan individu untuk tetap awas pada kerusakan jaringan yang berkelanjutan. Setelah kerusakan terjadi, nyeri biasanya minimal. Mula datang nyeri pada jaringan karena iskemi akut berhubungan dengan kecepatan metabolisme. Sebagai contoh, nyeri terjadi pada saat beraktifitas karena iskemia otot skeletal pada 15 sampai 20 detik tapi pada iskemia kulit bisa terjadi pada 20 sampai 30 menit.

Tipe nosisseptor spesifik bereaksi pada tipe stimulus yang berbeda. Nosisseptor C tertentu dan nosisseptor A-delta bereaksi hanya pada stimulus panas atau dingin, dimana yang lainnya bereaksi pada stimulus yang banyak (kimia, panas, dingin). Beberapa reseptor A-beta mempunyai aktivitas *nociceptor-like*. Serat –serat sensorik mekanoreseptor bisa diikutkan untuk transmisi sinyal yang akan menginterpretasi nyeri ketika daerah sekitar terjadi inflamasi dan produk-produknya. Allodynia mekanikal (nyeri atau sensasi terbakar karena sentuhan ringan) dihasilkan mekanoreseptor A-beta.

B. Fistula Perianal

a) Pengertian

Dari beberapa sumber menyebutkan fistula perianal, fistula anal, fistula ani, fistel perianal dan fistula anus. Berdasarkan data diatas maka penulis konsisten dalam penulisan tugas akhir ini untuk selanjutnya akan menggunakan kata fistula perianal.

Fistula perianal adalah saluran yang tipis, tubuler, fibrosa yang abnormal yang dibatasi oleh jaringan granulasi, yang menghubungkan ke lapisan epitel anus atau rektum menuju ke epidermis kulit didekat anus yang disebut alur granulomatosa disebabkan karena abses sampai anus atau daerah perianal dan juga melibatkan infeksi yang timbul di kriptoglandular yang melapisi saluran anus (Cameron, 1997 ; Price & Wilson, 1994 : Smeltzer & Bare, 2002 ; Sjamsuhidajat & de Jong, 1997 ; Vasilevsky & Gordon, 2007).

b) Etiologi

Etiologi fistula perianal menurut Price dan Wilson (1994) penyebab dari fistula perianal yaitu

- a. Fistula sering didahului oleh abses. Abses perianal merupakan jenis abses anorektal yang paling ditemukan. Kebanyakan fistel beawal dari kelenjar dalam dinding anus atau rektum.
- b. Kadang – kadang fistula merupakan akibat dari pengeluaran nanah pada abses anorektal yang diawali dengan pembengkakan atau trauma. Selain itu juga diikuti oleh abses iskiorektal, submukosa dan peluirektal.

Menurut Cameron (1997) fistula perianal adalah infeksi yang disebabkan

- a. Tuberkulosis
- b. Aktinomikosis, limfogranuloma venereum
- c. Penyakit Crohn

Menurut Thomson (1997) penyakit Crohn adalah penyakit yang sering dikenal ileitis regional, karena ini merupakan tempat yang lazim, tetapi yunum (usus 12 jari) dan lambung kadang-kadang terkena dan kolon dapat juga terlibat kolitis regional.

c) Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala fistula perianal menurut Smeltzer dan Bare (2002) yaitu

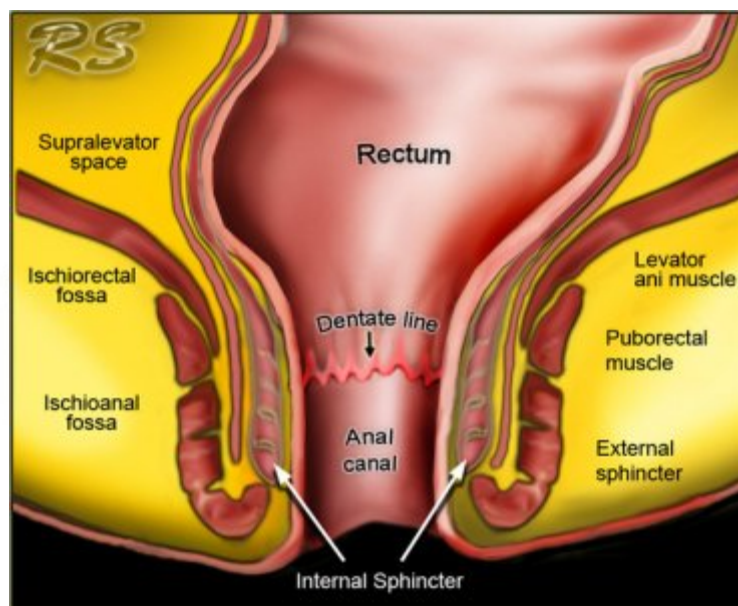
1. Pus atau feses dapat bocor secara konstan dari lubang kutaneus
2. Pasase flatus atau feses dari vagina atau kandung kemih, tergantung pada saluran fistula. Fistula yang tidak diatasi dapat menyebabkan infeksi sistemik disertai gejala yang berhubungan.
3. Keluarnya cairan yang tidak biasa dari anus (diluar waktu BAB / buang air besar) cairan bisa berupa nanah atau cairan serupa darah
4. Nyeri pada anus
5. Bengkak pada tepi anus yang berulang
6. Eksternal opening pada bokong akan terlihat seperti bintik atau bulatan memerah, sering di sertai rembesan nanah.

Menurut Price dan Wilson (1994) tanda dan gejala dari fistula perianal yaitu

1. Fistula perianal biasanya ditandai dengan pembengkakan yang berwarna merah.
2. Nyeri yang sangat saat akan duduk.
3. Pus yang bocor secara konstan dari lubang kutaneus.

d) Anatomi dan Fisiologi

1. Anatomi fistula perianal



Gambar 2.1. Anatomi perianal (Morris, 2000)

Menurut Price dan Wilson (1995) usus besar merupakan tabung muskular berrongga dengan panjang sekitar 5 kaki (sekita 1,5 m) yang terbentang dari sekum sampai kanalis ani. Diameter usus besar sudah pasti lebih besar dari pada usus kecil. Rata – rata sekitar 2,5 inci (sekitar 6,5 cm), tetapi makin dekat anus diameternya semakin kecil.

Usus besar dibagi menjadi sekum, kolon dan rektum. Pada sekum terdapatkatup ileosekal dan apendiks yang melekat pada ujung sekum. Sekum menempati sekitar dua atau tiga inci pertama dari usus besar. Kolon dibagi lagi menjadi

kolon asendens, transversum, desendens dan sigmoid. Kolon sigmoid mulai setinggi krista iliaka dan berbentuk suatu lekukan berbentuk S. Lekukan bagian bawah membelok ke kiri waktu kolon sigmoid bersatu dengan rektum, yang menjelaskan alasan anatomis meletakkan penderita pada sisi kiribila diberi enema. Bagian usus besar besar yang terakhir dinamakan rektum yang terbentang dari kolon sigmoid sampai anus (muara ke bagian luar tubuh). Satu inci terakhir dari rektum dinamakan kanalis ani dan dilindungi oleh sfingter ani eksternus dan internus. Panjang rektum dan kanalis ani sekitar 5,9 inci (15 cm). Usus besar dibagi menjadi belahan kiri dan kanan sejalan dengan suplai darah yang diterima. Arteria mesenterika superior memperdarahi belahan bagian kanan (sekum, kolon ascendens dan dua pertiga proksimal kolon transversum), dan arteria mesenterika inferior memperdarahi belahan kiri (sepertiga distal kolon transversum, ascendens dan sigmoid, dan sebagian proksimal rektum). Kanalis analis anatomi meluas dari kulit perineum ke linea dentata. Operasi lubang anus memanjang dari kulit perineum ke ring anorektal. Ini adalah batas atas melingkar dari otot puborectal digital yang teraba pada pemeriksaan rektal.

Menurut Morris (2000) cincin anorektal terletak sekitar 1-1,5 cm di atas linea dentata. Total panjang dari kanal anal bedah adalah sekitar 4-5 cm. Sphincter anal terdiri dari tiga lapisan:

- a. Sfingter internal: kelanjutan otot polos melingkar dari rektum, paksa dan berkontrak selama istirahat dan rileks pada buang air besar.
- b. Intersphincteric ruang.

- c. Sfingter eksternal: otot lurik dibagi dalam tiga lapisan yang berfungsi sebagai satu unit.

2. Fisiologi fistula perianal

Menurut Cameron (1997) kanalis anal merupakan bagian akhir dari usus besar dan rektum, yang berawal dari diafragma pelvis yang melewati otot levator ani dan berakhir pada pinggiran anal. Kanalis ini mempunyai panjang sekitar 4 cm. Dinding otot dari kanalis anal merupakan kelanjutan dari lapisan otot sirkuler rektum yang kemudian menebal dan membentuk sfingter internal.

Secara anatomis kanalis anal memanjang dari pinggiran anal sampai ke lineadentata. Akan tetapi untuk alasan praktis, ahli bedah terkadang mendefinisikan kanalis anal memanjang dari pinggiran anal sampai ke cincin anorektal. Cincin anorektal sendiri teraba saat pemeriksaan rektal sekitar 1-1,5 cm di atas linea dentata (Morris, 2000).

Pinggiran anal adalah pertemuan antara anoderm dan kulit perianal. Anoderm merupakan epitel tersendiri yang kaya akan saraf tapi kurang dalam hal perangkat kulit (folikel rambut, kelenjar sebacea, atau kelenjar keringat). Linea dentata atau linea pectinata yang merupakan pertemuan mukokutaneus sebenarnya, terletak 1-1,5 di atas pinggiran anal. Terdapat zona transisional atau cloacogenik sebesar 6 - 12mm di atas linea dentata, yang merupakan peralihan epitel skuamosa anoderm menjadi kuboidal dan kemudian epitel kolumnar (Cameron, 1997).

Kanalis anal dikelilingi oleh sebuah sfingter eksternal dan internal, yang keduanya menjalankan mekanisme sfingter anal. Sfingter internal merupakan

kelanjutan dari bagian dalam otot polos sirkuler rektum. Juga merupakan otot involunter dan normalnya berkontraksi saat istirahat. Bidang intersfingterik menggambarkan kelanjutan fibrosa dari lapisan otot polos longitudinal rektum.

Sfingter eksternal merupakan otot volunter berlurik, yang terbagi menjadi tiga putaran bentuk U (subkutaneus, superfisial, dan profunda) namun bekerja sebagai satu kesatuan. Sfingter eksternal merupakan kelanjutan dari otot-otot levator dari dasar pubis, khususnya otot puborectalis. Putaran paling atas terbentuk oleh otot puborektalis, yang berasal dari pubis. Putaran di tengah terbentuk oleh otot sfingter eksternal superfisial, yang berasal dari ujung coccyx atau ligamentum anococcygeal. Putaran yang paling bawah tersusun oleh lapisan subkutaneus dari otot sfingter eksternal. Otot puborektalis berasal dari pubis dan menyatu pada posterior dari rektum. Normalnya sfingter berkontraksi menghasilkan penyudutan 80° dari sudut pertemuan anorektal.

Dari area setinggi cincin anorectal ke arah distal dan antara otot sfingter internal dan eksternal, lapisan otot longitudinal rektum menyatu dengan serat dari levator ani dan otot puborektalis yang kemudian membentuk otot longitudinal conjoined. Serat-serat otot ini, yang dapat memotong bagian bawah dari sfingter eksternal untuk kemudian masuk ke dalam kulit perianal dan mengerutkan pinggiran anal, disebut sebagai corrugator cutis ani.

Kolumna Morgagni terdiri dari 8 - 14 lipatan mukosa longitudinal yang terletak tepat di atas linea dentata dan membentuk kripta analis pada ujung distalnya. Kelenjar-kelenjar rudimenter kecil membuka pada kripta-kripta ini.

Saluran dari kelenjar-kelenjar ini menembus sfingter internal dan badan dari kelenjar ini terletak pada bagian intersfingterik.

e) Patofisiologi

Menurut Thomson dan Cotton (1997) fistula timbul setelah infeksi dari kelenjar anal. Dikarenakan abses anorektal dan juga penyakit tuberkulosis, aktinomikosis/ limfogranuloma venereum dan penyakit Crohn. Kelenjar yang mensekresi mukus ini terletak dalam submukosa, dalam otot dan diantara lapisan otot longitudinal dan sirkular berhubungan dengan kanalis ani melalui duktus yang panjang dan sempit. Selain itu kriptoglandular, yang menjelaskan bahwa fistula ani merupakan abses anorektal tahap akhir yang telah terdrainase dan membentuk traktus.

Kanalisanal mempunyai 6-14 kelenjar kecil yang terproyeksi melalui sfingter internal dan mengalir menuju kriptum pada linea dentata. Kelenjar dapat terinfeksi dan menyebabkan penyumbatan. Bersamaan dengan penyumbatan itu, terperangkap juga feces dan bakteri dalam kelenjar. Penyumbatan ini juga dapat terjadi setelah trauma, pengeluaran feces yang keras, atau proses inflamasi. Apabila kriptum tidak kembali membuka ke kanalis anal, maka akan terbentuk abses di dalam rongga intersfingterik. Abses lama kelamaan akan menghasilkan jalan keluar dengan meninggalkan fistula. Kalau sudah menjadi fistula perianal harus segera dilakukan tindakan operasi. Pengobatan fistula perianal adalah insisi dan drainase abses, serta eksisi fistula yang berhubungan. Operasi yang sering digunakan untuk fistula perianal yaitu fistulektomi. Setelah pembedahan

ini harus memerlukan penanganan keperawatan untuk mengatasi luka post operasi.

f) Penatalaksanaan Medis

Menurut Cameron (1997) sebuah fistula perianal harus diterapi dengan insisi dan drainasi harus dilakukan didaerah abses yang sangat fluktuan atau pada kasus yang tidak memiliki daerah fluktuan, daerah yang dipilih untuk insisi dan drainasi harus dibuat sedekat mungkin dengan anus. Membuka (*unroofing*) abses secara sederhana biasanya adekuat, tanpa perlu menginsersi jaringan dan eksplorasi jaringan ke dalam rongga abses. Jika hal tersebut dilakukan, seringkali dilakukan saat dioperasi dibawah anestesi umum. Pada operasi ini pendarahan jarang terjadi. Karena pendarahan dikendalikan dengan tampon kassa vaseline atau kassa iodoform. Tampon biasanya diangkat dalam waktu 12 sampai 24 jam. Jenis operasi fistula perianal yaitu fistulotomi

Sebuah fistula pendek yang berjalan melalui sejumlah minimal sfingter internal terbaik diterapi dengan fistulotomi. Fistula yang kompleks atau fistula yang berjalan menembus bagian sfungter eksternal, dan dilakukan operasi membuka yang klasik dapat mengakibatkan inkontinensia.

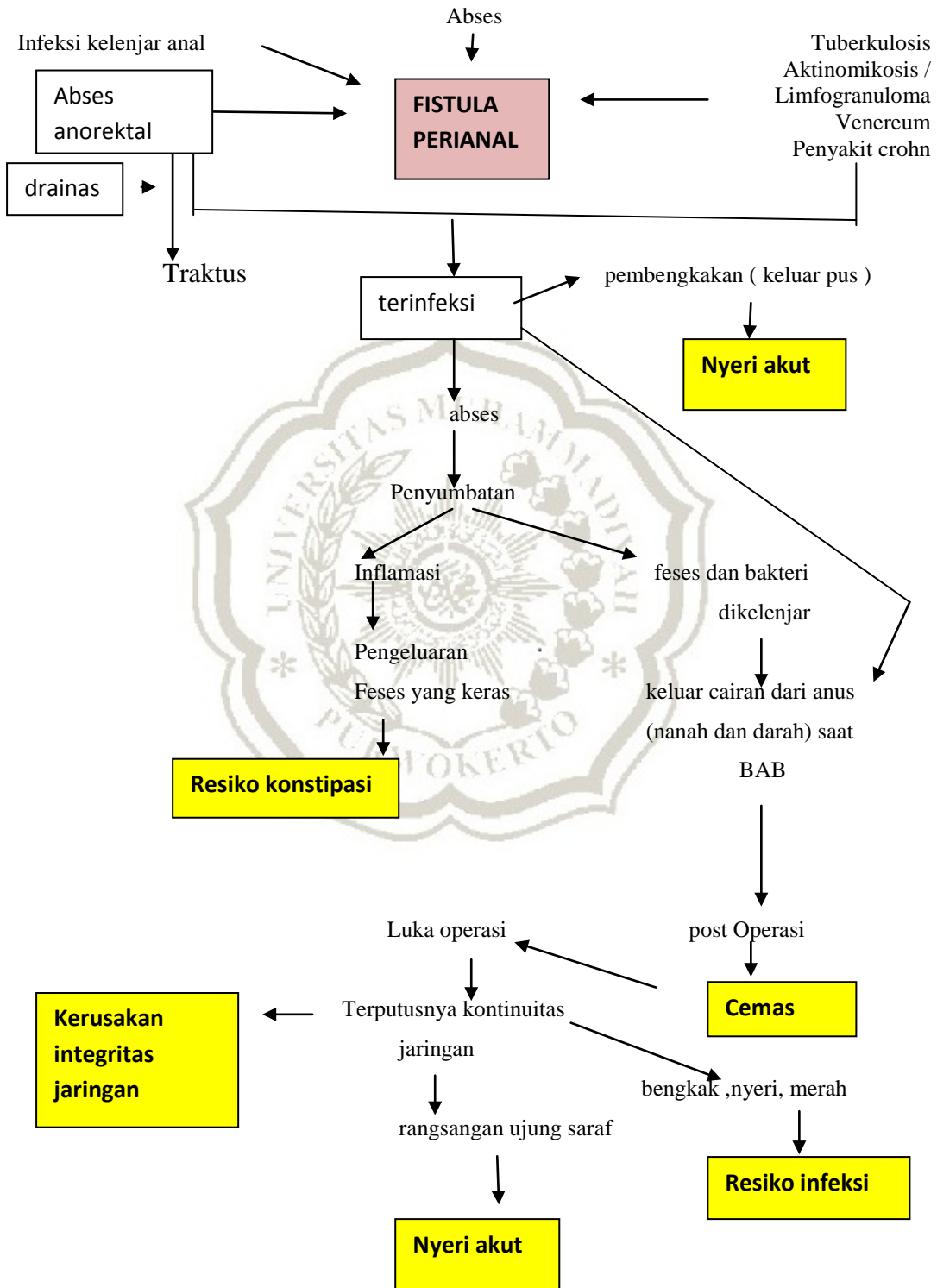
Menurut Smeltzer dan Bare (2002) penatalaksanaan fistula perianal yaitu dengan pembedahan selalu dianjurkan karena beberapa fistula sembuh secara spontan. Fistulektomi (eksisi saluran fistula) adalah prosedur bedah yang dianjurkan. Usus bawah dievakuasi secara seksama dengan enema yang diprogramkan. Selama pembedahan, saluran sinus diidentifikasi dengan memasang alat ke dalamnya atau dengan menginjeksi saluran dengan larutan

biru metilen. Fistula didiseksi ke luar atau dibiarkan terbuka, dan insisi lubang rektalnya mengarah keluar. Luka diberi tampon dengan kassa.



g) Penatalaksanaan Keperawatan

1. Pathways



Gambar 2.2. Pathways dan masalah keperawatan (Cameron, 1997)

2. Fokus Intervensi

1. Pre operasi

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik (peradangan dan obstruksi) pada fistula perianal.

Tujuan dan kriteria hasil

Klasifikasi hasil keperawatan (NOC) : mengontrol nyeri.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan klien nyeri berkurang menjadi 3 dengan kriteria hasil :

1. Pasien mengungkapkan perasaan nyaman berkurangnya nyeri.
2. Skala nyeri berkurang menjadi 3
3. Menunjukkan ekspresi nyeri lisan atau wajah yang rileks
4. Menunjukkan posisi tubuh yang rileks dan tidak ada sikap menghindar
5. Tidak tampak gelisah dan tidak ada ketegangan otot
6. Pernafasan dalam batas normal 18 – 25 x/menit

Intervensi

NIC : Manajemen medikasi, manajemen nyeri dan manajemen analgetik

- a. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif

Rasional : Mengetahui lokasi, durasi, intensitas dan karakteristik nyeri. Pengkajian berlanjut membantu meyakinkan bahwa penanganan dapat memenuhi kebutuhan pasien dalam mengurangi nyeri.

b. Observasi ketidaknyaman non verbal

Rasional : Mengetahui reaksi ketidaknyaman pada klien

c. Kaji skala nyeri

Rasional : Mengetahui skala nyeri pasien dari 0 sampai 10. Skala nyeri 1 – 3 (Nyeri ringan), 4 – 6 (Nyeri sedang), 7 – 9 (Nyeri berat) dan 10 (sangat nyeri).

d. Gunakan teknik komunikasi terapeutik saat berkomunikasi

Rasional : Komunikasi terapeutik mampu untuk mendekatkan pasien sehingga pasien pun dapat berkomunikasi timbal balik yang baik.

e. Evaluasi pengalaman nyeri.

Rasional : Mengetahui seberapa besar pengalaman pasien dalam menghadapi nyeri saat tiba.

f. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri

Rasional : Memindahkan pasien dari stress luar karena akan meningkatkan relaksasi, membantu menurunkan ansientas.

g. Ajarkan teknik relaksasi

Rasional : Teknik relaksasi mampu menurunkan nyeri dan membantu mengatur nafas.

h. Kolaborasi medis akan pemberian analgetik

Rasional : Pemberian analgetik mampu menurunkan nyeri pada pasien.

- b. Resiko konstipasi berhubungan dengan pengeluaran feses yang tidak adekuat.

Tujuan dan kriteri hasil

Klasifikasi hasil keperawatan (NOC) : kontrol nutrisi

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan nutrisi klien adekuat dengan kriteria hasil :

1. Asupan cairan dan serat pasien dapat dikaji
2. Pasien tidak mengalami konstipasi
3. Pasien mengkonsumsi tinggi serat
4. Pasien mempertahankan cairan
5. Melaporkan pengeluaran feses dengan pengurangan nyeri dan mengejan
6. Mengeluarkan feses dengan konsistensi dan frekuensi sesuai dengan kebiasaan klien.

Intervensi

NIC : Manajemen nutrisi

- a. Kaji bising usus dan periksa adanya distensi abdomen

Rasional : mengetahui frekuensi dan karakteristik feses untuk menyusun rencana penanganan yang efektif dalam mencegah konstipasi .

- b. Catatan asupan secara akurat

Rasional : untuk menyakinkan terapi penggantian cairan yang adekuat.

c. Dorong pasien untuk mengonsumsi cairan yang adekuat

Rasional : untuk meningkatkan terapi penggantian cairan dan hidrasi.

d. Berikan laksatif, enema atau supositoria

Rasional : untuk meningkatkan eliminasi feses padat atau gas dari saluran pencernaan.

e. Ajarkan cara melakukan masase secara perlahan sepanjang kolon transversa atau dsenden

Rasional : untuk menstimulasi refleks spasstik usus dan membantu pengeluaran feses.

2. Post operasi

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik luka post operasi fistula perianal.

Tujuan dan kriteria hasil

Klasifikasi hasil keperawatan (NOC) : kontrol nyeri

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan klien nyeri berkurang menjadi 3 dengan kriteria hasil :

1. Pasien mengungkapkan perasaan nyaman berkurangnya nyeri.
2. Skala nyeri berkurang menjadi 3
3. Menunjukkan ekspresi nyeri lisan atau wajah yang rileks
4. Menunjukkan posisi tubuh yang rileks dan tidak ada sikap menghindar
5. Tidak tampak gelisah dan tidak ada ketegangan otot
6. Pernafasan dalam batas normal

Intervensi

NIC : manajemen medikasi, manajemen nyeri dan manajemen analgesik

1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif

Rasional : Mengetahui lokasi, durasi, intensitas dan karakteristik nyeri. Pengkajian berlanjut membantu meyakinkan bahwa penanganan dapat memenuhi kebutuhan pasien dalam mengurangi nyeri.

2. Observasi ketidaknyaman non verbal

Rasional : Mengetahui reaksi ketidaknyaman pada klien

3. Kaji skala nyeri

Rasional : Mengetahui skala nyeri pasien dari 0 sampai 10. Skala nyeri 1 – 3 (Nyeri ringan), 4 – 6 (Nyeri sedang), 7 – 9 (Nyeri berat) dan 10 (sangat nyeri).

4. Gunakan teknik komunikasi terapeutik saat berkomunikasi

Rasional : Komunikasi terapeutik mampu untuk mendekatkan dengan pasien sehingga pasien pun dapat berkomunikasi timbal balik yang baik.

5. Evaluasi pengalaman nyeri.

Rasional : Mengetahui seberapa besar pengalaman pasien dalam menghadapi nyeri saat tiba.

6. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri

Rasional : Memindahkan pasien dari stress luar karena akan meningkatkan relaksasi, membantu menurunkan ansientas.

7. Ajarkan teknik relaksasi

Rasional : Teknik relaksasi mampu menurunkan nyeri dan membantu mengatur nafas.

8. Kolaborasi medis akan pemberian analgetik

Rasional : Pemberian analgetik mampu menurunkan nyeri pada pasien.

b. Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif (luka post operasi fistula perianal)

Tujuan dan kriteria hasil

Klasifikasi hasil keperawatan (NOC) : kontrol infeksi dan kontrol resiko.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan klien tidak mengalami infeksi dengan kriteria hasil :

1. Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi
2. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi
3. Jumlah leukosit dalam batas normal
4. Menunjukkan perilaku hidup sehat
5. Status imun, gastrointestinal, genitourinaria dalam batas normal

Intervensi

NIC : Manajemen resiko

a. Observasi dan laporkan tanda gejala nyeri

Rasional : Membantu untuk mengetahui secara dini tanda dan gejala infeksi

b. Pertahankan teknik aseptif

Rasional : Teknik aseptif dapat melindungi kita saat melakukan tindakan yang terdapat luka yang dibalut atau melakukan berbagai tindakan.

c. Batasi pengunjung bila perlu

Rasional : Untuk mengurangi paparan lingkungan

d. Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan

Rasional : Mencuci tangan adalah cara terbaik untuk mencegah penularan patogen

e. Gunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung

Rasional : Dapat melindungi kita saat melakukan tindakan yang terdapat luka yang dibalut atau melakukan berbagai tindakan.

f. Tingkatkan intake nutrisi

Rasional : Membantu menstabilkan berat badan, meningkatkan tonus dan massa otot, dan membantu penyembuhan luka.

g. Berikan terapi antibiotik

Rasional : Terapi antibiotik membantu untuk mencegah terjadinya penyebaran mikroba.

h. Dorong masukan cairan

Rasional : Untuk membantu menipiskan sekresi mukosa.

i. Dorong klien untuk istirahat

Rasional : Istirahat yang cukup mampu mempertahankan kesehatan klien.

- j. Kaji suhu badan pada pasien neutropenia setiap 4 jam

Rasional : Suhu yang terus meningkat setelah pembedahan merupakan tanda komplikasi pulmonal , infeksi luka, infeksi saluran kemih atau tromboflebitis.

- c. Cemas berubung dengan krisis situasional akibat perubahan keadaanya

Tujuan dan kriteria hasil

Klasifikasi hasil keperawatan (NOC) : kontrol kecemasan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan kecemasan klien dapat terkontrol dengan kriteria hasil:

1. Klien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas
2. Mengidentifikasi, mengungkapkan dan menunjukkan tehnik untuk mengontrol cemas
3. Vital sign dalam batas normal
4. Postur tubuh, ekspresi wajah, bahasa tubuh dan tingkat aktivitas menunjukkan berkurangnya kecemasan

Intervensi

NIC : penurunan kecemasan

- a. Temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut

Rasional : Membantu pasien dalam mengidentifikasi kecemasan

- b. Libatkan keluarga untuk mendampingi klien

Rasional : Untuk membantu menurunkan kecemasan pada klien dan keluarganya.

- c. Instruksikan pada pasien untuk menggunakan tehnik relaksasi

Rasional : Untuk memperbaiki kesimabangan fisik dan psikologis

- d. Dengarkan dengan penuh perhatian

Rasional : Untuk mendiskusikan alasan – alasan munculnya cemas, sehingga dapat membantu pasien mengidentifikasi perilaku kecemasan dan menyadarkan penyebabnya.

- e. Identifikasi tingkat kecemasan

Rasional : Untuk membantu mebangun kontrol kecemasan

- f. Bantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan

Rasional : Membantu klien untuk mengenali penyebab timbulnya kecemasan

- g. Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi

Rasional : Membantu untuk menghilangkan kecemasan pada klien

- d. Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan faktor mekanik

Tujuan da kriteria hasil

Kasifikasi hasil keperawatan (NOC) : integritas jaringan dan mukosa

Setelah dilakukan tindaka keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan resiko kerusakan integritas kulit tidak terjadi dengan kriteria hasil

1. Menunjukkan integritas jaringan yang adekuat
2. Melaporkan adanya gangguan sensasi atau nyeri pada daerah kulit yang mengalami gangguan

3. Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan jaringan dan mencegah terjadinya cedera berulang
4. Status nutrisi adekuat
5. Tidak ada tanda-tanda infeksi
6. Ketebalan dan tekstur jaringan yang normal

Intervensi

NIC : menejement daerah yang tertekan

- a. Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar
Rasional : Memakai pakaian yang longgar membantu untuk mencegah iritasi pada kulit dan memperlancar sirkulasi
- b. Hindari kerutan pada tempat tidur
Rasional : Tempat tidur yang berkerut akan memperburuk integritas kulit.
- c. Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering
Rasional : Untuk mencegah kulit kering, meningkatkan kenyamanan dan mengurangi resiko iritasi dan kerusakan kulit.
- d. Mobilisasi pasien (ubah posisi pasien) setiap dua jam sekali
Rasional : Tindakan tersebut dapat mengurangi tekanan pada jaringan, meningkatkan sirkulasi dan mencegah kerusakan kulit
- e. Monitor kulit akan adanya kemerahan
Rasional : Deteksi secara dini warna kulit kemerahan untuk mencegah kerusakan integritas kulit
- f. Oleskan lotion atau minyak/baby oil pada daerah yang tertekan

Rasional : Membantu untuk tetap mempertahankan kelembaban kulit

g. Monitor aktivitas dan mobilisasi pasien

Rasional : Latihan fisik dapat mencegah atrofi otot dan kontraktur, ambulasi meningkatkan sirkulasi dan mengurangi penekanaan.

h. Monitor status nutrisi pasien dan pertahankan hidrasi yang ade kuat

Rasional : Hidrasi membantu mempertahankan integritas kulit

i. Inspeksi kulit terutama pada tulang-tulang yang menonjol dan titik-titik tekanan ketika merubah posisi pasien.

Rasional : Deteksi secara dini terhadap perubahan kulit dapat mencegah atau meminimalkan kerusakan kulit

