

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Perioperatif

1. Definisi Keperawatan Perioperatif

Perioperatif merupakan suatu prosedur yang mencakup fase *pre*, *intra*, *post*. Tahapan *pre* operatif sangat berperan penting untuk kesuksesan pembedahan, Keperawatan perioperatif yaitu prosedur yang mencakup fase *pre*, *intra*, *post*. Peran perawat sebagai pemberi asuhan, pemimpin komunitas, menyampaikan informasi, pembela, dan peneliti. Tugas perawat saat fase *pre* operatif yaitu sebagai *educator*. (Rosid et al., 2019)

Keperawatan perioperatif merupakan istilah yang digunakan untuk menggambarkan keragaman fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pembedahan pasien (Apipudin et al., 2017). (Vizient, 2018) Perawatan perioperatif merupakan salah satu layanan perawatan yang memiliki peran strategis dalam pelaksanaan koordinasi perawatan perioperatif yang terintegrasi dengan melibatkan interdisiplin profesional pemberi asuhan serta berhubungan erat dengan sasaran keselamatan pasien (Kurniawan et al., 2020).

2. Tahap-Tahap Keperawatan Perioperatif

Menurut (Apipudin et al., 2017), istilah perioperatif merupakan suatu istilah gabungan yang mencakup tiga fase pembedahan, yaitu:

a. *Pre* operatif *phase*

Fase *pre* operatif merupakan suatu masa dimulai sejak pasien berada dibagian rawat inap, poliklinik atau di unit gawat darurat yang kemudian dilanjutkan ke kamar operasi oleh perawata *pre* operatif.

b. *Intra* operatif *phase*

Fase *intra* operatif merupakan suatu masa dimana pasien sudah berada di meja pembedahan sampai ruang pulih sadar.

c. *Post* operatif phase.

Post operatif merupakan tahap akhir dari keperawatan perioperatif, selama tahap ini proses keperawatan diarahkan pada upaya untuk menstabilkan kondisi pasien. Bagi perioperatif perawat *post* operasi di mulai sejak pasien dipindahkan keruang pemulihan sampai diserahkan kembali kepada perawat ruang rawat inap atau ruang intensif.

Masing-masing fase dimulai pada waktu tertentu dan berakhir pada waktu tertentu pula dengan urutan peristiwa yang membentuk pengalaman bedah dan masing-masing mencakup rentang perilaku dan aktivitas keperawatan yang luas yang dilakukan oleh perawat dengan menggunakan proses keperawatan dan standar praktik keperawatan (Apipudin et al., 2017).

3. Peran dan Tugas dalam Perioperatif

Anggota tim operasi secara umum dibagi dalam dua kelompok besar, yaitu anggota tim steril dan anggota tim non steril. Menurut (Arifa & Trise, 2012), berikut ini merupakan bagian dari anggota tim operasi, yaitu:

- a. Steril: ahli bedah, asisten bedah dan perawat instrumentator (*scrub nurse*).
- b. Nonsteril: ahli anestesi, perawat anestesi, perawat sirkuler dan teknisi (operator alat, ahli patologi dan lain-lain)

Menurut (Arifa & Trise, 2012), pembagian tugas tim operasi (*surgical team*), yaitu:

- a. Perawat steril

Tugasnya mempersiapkan pengadaan alat dan bahan yang diperlukan untuk operasi, membantu ahli bedah dan asisten bedah saat prosedur bedah berlangsung, membantu persiapan pelaksanaan alat yang dibutuhkan seperti jarum, pisau, kassa dan instrumen yang dibutuhkan untuk operasi.

b. Perawat sirkuler

Tugasnya mengkaji, merencanakan, mengimplementasikan dan mengevaluasi aktivitas keperawatan yang dapat memenuhi kebutuhan pasien, mempertahankan lingkungan yang aman dan nyaman, menyiapkan bantuan kepada tiap anggota tim menurut kebutuhan, memelihara komunikasi antar anggota tim di ruang bedah dan membantu mengatasi masalah yang terjadi.

4. Etik Kerja dan Sikap Petugas Kamar Bedah

Menurut (Maryunani, 2015) etik kerja petugas bedah, yaitu:

- a. Setiap petugas/profesi yang bertugas di kamar operasi harus memiliki dan melaksanakan etika kerja yang seharusnya ditaati.
- b. Etika kerja dikamar operasi merupakan nilai-nilai/norma tentang sikap perilaku/budaya yang baik yang telah disepakati oleh masing-masing kelompok profesi di kamar operasi.
- c. Anggota tim melaksanakan kewajiban dan tanggung jawabnya dengan baik serta penuh kesadaran terhadap pasien dan keluarga pasien.

Adapun sikap petugas dikamar operasi, antara lain:

- a. *Caring* yaitu penuh perhatian terhadap klien
- b. *Conscience* (penuh kesadaran) yaitu memiliki pengetahuan atau hal baik dan benar. *Moral judgement* (*moral judgment* melibatkan mendefinisikan apa saja isu moral yang ada, bagaimana konflik antar pihak yang terlibat diselesaikan dan alasan untuk memilih serangkaian tindakan tertentu) yang menjaga seseorang dari melanggar prinsip-prinsip etik seseorang.
- c. Disiplin, suatu perilaku yang mengembangkan pengendalian diri atau taat aturan antara efisiensi.
- d. Teknik merupakan metode atau prosedur dalam menciptakan karya yang artistik atau melakukan tindakan yang ilmiah dan mekanis.

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

1. Definisi Asuhan Keperawatan Perioperatif

Menurut (Samaran & Nifanngelyuu, 2021), asuhan keperawatan perioperatif merupakan sebuah proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan di kamar Bedah yang langsung diberikan ke pasien dengan menggunakan metodologi proses keperawatan. Asuhan keperawatan perioperatif berpedoman pada sebuah standar keperawatan yang dilandasi oleh etika keperawatan dalam lingkup tanggung jawab keperawatan. Perawat yang bekerja di kamar operasi harus memiliki kompetensi dalam memberikan asuhan keperawatan perioperatif.

2. Pengkajian *Preoperatif*

Pre operasi merupakan tahap pertama dari perawatan perioperatif yang dimulai sejak pasien diterima masuk di ruang terima pasien dan berakhir ketika pasien dipindahkan ke meja operasi untuk dilakukan tindakan pembedahan (Muhammad & Muslimin, 2017). (Taylor, 2011) Kegiatan keperawatan yang dapat dilakukan sesuai peran perawat perioperatif antara lain mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi risiko pelaksanaan operasi, mengkaji kebutuhan fisik dan psikologis dan memfasilitasi persiapan fisik dan psikologis selama masa pra pembedahan (Apipudin et al., 2017).

Keperawatan *pre* operatif merupakan tahapan awal dari keperawatan perioperatif. Persiapan fisik maupun pemeriksaan penunjang serta persiapan mental sangat diperlukan karena kesuksesan suatu tindakan pembedahan klien berawal dari kesuksesan persiapan yang dilakukan selama tahap persiapan. Kesalahan yang dilakukan pada saat tindakan preoperatif apapun bentuknya dapat berdampak pada tahaptahap selanjutnya, untuk itu diperlukan kerjasama yang baik antara masing-masing komponen untuk kesembuhan pasien secara paripurna (Apipudin et al., 2017).

3. Pengkajian Intra operatif

Aktivitas yang dilakukan pada tahap ini merupakan segala macam aktivitas yang dilakukan pada perawat di kamar Bedah. Aktivitas yang dilakukan perawat dikamar Bedah oleh perawat difokuskan pada pasien yang menjalani prosedur pembedahan untuk perbaikan, koreksi atau menghilangkan masalah-masalah fisik yang mengganggu pasien. Untuk itu asuhan keperawatan intra operatif tidak hanya berfokus pada masalah fisiologis yang dihadapi oleh pasien selama operasi namun juga harus berfokus pada masalah psikologis yang dihadapi pasien sehingga pada akhirnya menghasilkan *outcome* berupa asuhan keperawatan yang terintegrasi (Harahap et al., 2022).

(Hipkabi, 2014) Intra operatif dimulai ketika pasien masuk kamar bedah dan berakhir saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan atau ruang perawatan intensif (Harahap et al., 2022). Pada fase ini lingkup aktivitas keperawatan mencakup pemasangan infus, pemberian medikasi intravena, melakukan pemantauan kondisi fisiologis menyeluruh sepanjang prosedur pembedahan dan menjaga keselamatan pasien. Pengkajian yang dilakukan perawat kamar bedah pada fase intra operatif lebih kompleks dan harus dilakukan secara cepat dan ringkas agar segera dilakukan tindakan keperawatan yang sesuai (Harahap et al., 2022).

4. Pengkajian *Post* operatif

Menurut (Harahap et al., 2022), asuhan *post* operatif harus dilakukan di ruang Pemulihan yang didalamnya tersedia tempat adanya akses yang cepat ke oksigen, pengisap, peralatan resusitasi, monitor, bel panggil *emergency* serta staf terampil dalam jumlah dan jenis yang memadai. Asuhan *post* operatif, yaitu:

- a. Meningkatkan proses penyembuhan luka
- b. Mengurangi rasa nyeri
- c. Pengkajian suhu tubuh
- d. Frekuensi jantung

- e. Mempertahankan respirasi yang sempurna
- f. Mempertahankan sirkulasi
- g. Keseimbangan cairan dan elektrolit dengan cara memonitor input serta outputnya
- h. Mempertahankan eliminasi dengan cara mempertahankan asupan dan outputnya
- i. Mencegah terjadinya retensi urine
- j. Pengkajian tingkat kesadaran
- k. Pemberian posisi yang tepat
- l. Mempertahankan aktivitas dengan cara latihan memperkuat otot sebelum ambulansi
- m. Mengurangi kecemasan dengan cara komunikasi terapeutik.

5. **Diagnosis Keperawatan**

Menurut (DPP PPNI/ Tim Pokja SDKI, 2017) diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian kritis mengenai respon klien terhadap suatu masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual atau potensial. Diagnosis keperawatan terdiri dari diagnosis positif dan negatif. diagnosis keperawatan positif ialah diagnosis keperawatan promosi kesehatan dan diagnosis negatif ialah yang terdiri dari diagnosis keperawatan aktual dan risiko.

Diagnosis keperawatan yaitu menentukan arah perawatan yang akan diberikan pada satu atau seluruh tahap pembedahan. Diagnosa keperawatan digolongkan berdasarkan karakteristik tertentu yang diperoleh selama pengkajian.

a. *Pre Operatif*

Diagnosa keperawatan berdasarkan (DPP PPNI/ Tim Pokja SDKI, 2017) yang lazim muncul pada fase *pre* operatif, antara lain:

- 1) Ansietas berhubungan dengan krisis situasional operasi
- 2) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisiologis.

b. Intra Operatif

Diagnosa keperawatan berdasarkan (DPP PPNI/ Tim Pokja SDKI, 2017) yang lazim muncul pada fase intra operatif, antara lain:

- 1) Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan efek agen farmakologis (pemberian *general anestesi*)
- 2) Risiko perdarahan ditandai dengan tindakan pembedahan
- 3) Risiko cedera ditandai dengan prosedur pembedahan.

c. *Post Operatif*

Diagnosa keperawatan berdasar kan (DPP PPNI/ Tim Pokja SDKI, 2017) yang lazim muncul pada fase *post operatif* antara lain :

- 1) Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan efek agen farmakologis (pemberian *general anestesi*)
- 2) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisik
- 3) Risiko hipotermi ditandai dengan terpaparnya suhu lingkungan rendah.

6. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan segala jenis treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan (DPP PPNI/ Tim Pokja SLKI, 2019). Intervensi keperawatan untuk diagnosa yang muncul pada fase *pre*, *intra* dan *post* operatif berdasarkan (DPP PPNI/ Tim Pokja SIKI, 2018), meliputi:

Tabel 1 Intervensi Keperawatan Pada Fase *Pre*, *Intra* dan *Post* Operatif

NO	DIAGNOSA	TUJUAN	INTERVENSI
Pre Operatif			
1.	<p>Ansietas berhubungan dengan krisis situasional operasi</p> <p>D.0080</p>	<p>Tingkat Ansietas L.09093</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi kebingungan menurun 2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 3. Perilaku gelisah menurun 4. Perilaku tegang menurun 5. Frekuensi pernafasan membaik 6. Frekuensi frekuensi nadi membaik 7. Tekanan darah membaik 8. Konsentrasi membaik. 	<p>Reduksi Ansietas I.09314</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (misal: kondisi, waktu, stresor) - Identifikasi kemampuan mengambil keputusan - Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal) <p>Teraupetik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ciptakan suasana teraupetik untuk menumbuhkan kepercayaan - Temani pasien untuk mengurangi kecemasan - Pahami situasi yang membuat ansietas - Dengarkan dengan penuh perhatian - Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan - Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan - Motivasi mengidentifikasi situassi yang memicu kecemasan - Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan prosedur serta sensasi yang mungkin dialami - Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis - Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien

			<ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif - Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi - Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan - Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat - Latih tehnik relaksasi <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian obat antiansietas, <i>jika perlu</i>.
2.	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisiologis</p> <p>D.0077</p>	<p>Tingkat Nyeri L.08066</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Frekuensi frekuensi nadi membaik 5. Pola nafas membaik <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan membaik. 	<p>Manajemen Nyeri I.08238</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi nyeri non verbal - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri - Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri - Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup - Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Teraupetik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misal: TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, <i>biofeedback</i>, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin) - Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri (misal: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) - Fasilitasi istirahat dan tidur - Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri - Jelaskan strategi meredakan nyeri - Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri - Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat - Ajarkan eknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

			Kolaborasi - Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i> .
--	--	--	--

Intra Operatif			
1.	Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan efek agen farmakologis (pemberian <i>general anestesi</i>) D.0001	Bersihan jalan napas L.01001 Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan bersihan jalan napas meningkat dengan kriteria hasil: 1. Batuk efektif meningkat 2. Produksi sputum menurun 3. Dispnea menurun 4. Gelisah menurun 5. Frekuensi napas membaik.	Manajemen Jalan Napas Obersservasi - Monitor pola nafas - Monitor bunyi nafas tambahan Terapeutik - Pertahankan kepatenan jalan nafas - Berikan oksigen - Melakukan <i>suction</i> . I.01011
2.	Risiko perdarahan ditandai dengan proses pembedahan D.0012	Tingkat Perdarahan L.02017 Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat perdarahan menurun, dengan kriteria hasil: 1. Kognitif meningkat 2. Distensi abdomen menurun 3. Perdarahan pasca operasi menurun 4. Tekanan darah membaik 5. Suhu tubuh membaik.	Pencegahan Cedera Observasi - Monitor tanda dan gejala perdarahan - Monitor nilai hematokrit/hemoglobin sebelum dan sesudah kehilangan darah - Monitor tanda-tanda vital ortostatik - Monitor koagulasi Teraupetik - Pertahankan bedrest selama perdarahan - Batasi tindakan invasif, jika perlu - Gunakan kasur pencegah dekubitus - Hindari pengukuran suhu rektal Edukasi - Jelaskan tanda dan gejala perdarahan I.14537

			<ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan menggunakan kaus kaki saat ambulasi - Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk mencegah konstipasi - Anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan - Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K - Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlu - Kolaborasi pemberian produk darah , jika perlu - Kolaborasi pemberian pelunak tinja , jika perlu.
3.	<p>Ri siko cedera ditandai dengan prosedur pembedahan</p> <p>D.0136</p>	<p>Tingkat Cedera L.14136</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat cedera menurun, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Toleransi aktivitas meningkat 2. Kejadian cedera menurun 3. Ketegangan otot menurun 4. Perdarahan menurun 5. Tekanan darah membaik 6. Frekuensi frekuensi nadi membaik 7. Frekuensi nafas membaik. 	<p>Pencegahan Cedera I.143537</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi area lingkungan yang berpotensi menyebabkan cedera - Identifikasi obat yang berpotensi menyebabkan cedera <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sediakan pencahayaan yang memadai selama operasi berlangsung - Pastikan barang dan alat operasi dalam keadaan aman dan mudah dijangkau - Pertahankan posisi pasien aman selama tindakan operasi - Diskusikan mengenai daerah penekanan pada tubuh pasien selama operasi - Hitung jumlah kasa, jarum, bisturi, depper, dan hitung instrumen bedah - Lakukan <i>time out</i> - Lakukan <i>sign out</i>.

Post Operatif			
1.	Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan efek agen farmakologis (pemberian <i>general anestesi</i>) D.0001	Bersihan jalan napas L.01001 Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan bersihan jalan napas meningkat dengan kriteria hasil: 1. Batuk efektif meningkat 2. Produksi sputum menurun 3. Dispnea menurun 4. Gelisah menurun 5. Frekuensi napas membaik.	Manajemen Jalan Napas I.01011 Obersservasi - Monitor pola nafas - Monitor bunyi nafas tambahan Terapeutik - Pertahankan kepatenan jalan nafas - Berikan oksigen - Melakukan <i>suction</i> .
2.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisik D.0077	Tingkat Nyeri L.08066 Setelah dilakukan Tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Frekuensi frekuensi nadi membaik 5. Pola nafas membaik 6. Tekanan membaik.	Manajemen Nyeri I.08238 Observasi - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi nyeri non verbal - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri - Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri - Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup - Monitor efek samping penggunaan analgetik Teraupetik - Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misal: TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, biofeedback ,terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin) - Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri (misal: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) - Fasilitasi istirahat dan tidur - Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.

2.	<p>Risiko hipotermi perioperatif ditandai dengan efek agen farmakologis (tindakan anastesi)</p> <p>D.0141</p>	<p>Termoregulasi L.14134</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan termoregulasi membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Konsumsi oksigen meningkat 2. Suhu tubuh membaik 3. Kadar glukosa darah membaik 4. Pengisian kapiler membaik 5. Tekanan darah membaik. 	<p>Manajemen Hipotermia L.14507</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor suhu tubuh - Identifikasi penyebab hipotermia, (misal: terpapar suhu lingkungan rendah, kerusakan hipotalamus, penurunan laju metabolisme, kekurangan lemak subkutan) - Monitor tanda dan gejala hipotermia <p>Teraupetik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sediakan lingkungan yang hangat (misal: atur suhu ruangan) - Ganti pakaian atau linen yang basah - Lakukan penghangatan pasif (misal: selimut, menutup kepala, pakaian tebal) - Lakukan penghangatan aktif eksternal (misal: kompres hangat, botol hangat, selimut hangat, metode kangguru) - Lakukan penghangatan aktif internal (misal: infus cairan hangat, oksigen hangat, lavase peritoneal dengan cairan hangat).
----	--	---	--

7. Implementasi

Menurut (Pangkey et al., 2021), Implementasi merupakan langkah keempat dalam proses keperawatan yang dimulai setelah perawat mengembangkan rencana asuhan keperawatan. Rencana keperawatan dilakukan berdasarkan diagnosis keperawatan dan perawat memulai intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diharapkan sehingga status kesehatan pasien dapat meningkat. Implementasi melibatkan pelaksanaan rencana asuhan keperawatan yang dikembangkan selama fase perencanaan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

Tahap implementasi membutuhkan dasar pengetahuan klinis yang luas, perencanaan yang cermat, pemikiran dan analisis kritis dan pengkajian yang tepat dari perawat. Meskipun diidentifikasi sebagai langkah keempat dari proses keperawatan, fase implementasi dimulai dengan pengkajian dan terus berinteraksi dengan tahapan lainnya dalam proses keperawatan untuk mencerminkan perubahan kebutuhan klien dan respons perawat terhadap kebutuhan tersebut. Dalam proses keperawatan, implementasi merupakan fase tindakan di mana perawat melakukan intervensi keperawatan.

Menurut (Pangkey et al., 2021), berikut merupakan jenis keterampilan dalam melakukan proses implementasi, yaitu:

a. Kemampuan kognitif

Berpikir kritis merupakan elemen penting dalam domain kognitif. Perawat diharapkan mampu mengambil keputusan yang tepat saat melakukan intervensi. Perawat harus mampu memahami respons fisiologis dan psikologis yang normal dan abnormal. Evidence dalam ilmu keperawatan juga diperlukan untuk memastikan bahwa perawat memberikan intervensi keperawatan terkini dan relevan. Perawat harus mampu mengintegrasikan berbagai konsep dan menghubungkannya dengan keadaan pasien. Keterampilan kognitif juga memungkinkan perawat untuk mampu melakukan

observasi dengan tepat dan memahami alasan kegiatan yang dilakukan

b. **Keterampilan Interpersonal**

Keterampilan interpersonal menghasilkan tindakan keperawatan yang efektif. Perawat perlu membina hubungan saling percaya dan melakukan komunikasi secara jelas dengan pasien dan keluarganya. Penggunaan keterampilan interpersonal yang tepat memungkinkan perawat untuk memahami komunikasi verbal dan nonverbal pasien. Sebagai anggota tim perawatan kesehatan, perawat harus mengkomunikasikan masalah dan kebutuhan pasien dengan jelas mengidentifikasi bidang bantuan.

8. Evaluasi

Menurut (Pangkey et al., 2021), evaluasi keperawatan merupakan sebuah proses yang menentukan perkembangan pasien menuju hasil yang identifikasi serta respon pasien terhadap keefektifan intervensi keperawatan yang dipilih untuk tujuan mengubah rencana. Adapun tujuan dilakukannya evaluasi, yaitu

- a. Untuk menentukan kemajuan atau kurangnya kemajuan pasien kearah pencapaian kriteria hasil
- b. Untuk menentukan efektivitas asuhan keperawatan dalam membantu pasien dalam mencapai kriteria hasil
- c. Untuk menentukan kualitas keseluruhan asuhan yang diberikan
- d. Untuk mempromosikan akuntabilitas keperawatan.

C. Tinjauan Konsep Trauma Tumpul Abdomen *e.c.* Peritonitis

1. Definisi Diagnosa Medis

a. Trauma Tumpul Abdomen

Trauma abdomen merupakan kasus yang sering dijumpai dan menempati sekitar 25%, penderita trauma. Trauma tumpul abdomen sering terjadi karena adanya tekanan pada dinding abdomen namun tidak menimbulkan luka terbuka dan trauma organ. (Rini et al., 2019).

Trauma tumpul merupakan suatu keadaan yang disebabkan oleh karena kekerasan mekanik dari benda tumpul (benda-benda yang mempunyai permukaan tumpul/keras/kasar seperti: batu, kayu, martil, kepalan tangan, kuku, dll) terhadap jaringan tubuh yang mengakibatkan luka/cedera/trauma. Trauma tumpul menyebabkan Abrasion (Luka Lencet), Contusion (Luka Memar), Laceration (Luka Robek), dan Fracture (Patah Tulang) (Abdul Gafar Parindur, 2021).

Menurut (Sander, 2018), ruptur pada trauma tumpul abdomen merupakan terjadinya robekan atau pecahnya lien yang merupakan organ lunak yang dapat bergerak, yang terjadi karena trauma tumpul, secara langsung atau tidak langsung. Ruptur lien merupakan kondisi rusaknya lien akibat suatu dampak penting kepada lien dari beberapa sumber.

Penyebab utamanya merupakan cedera langsung atau tidak langsung yang menyebabkan laserasi kapsul linealis dan avulsi pedikel lien sebagian atau menyeluruh. Pada trauma lien yang perlu diperhatikan merupakan adanya tanda-tanda perdarahan yang memperlihatkan keadaan hipotensi, syok hipovolemik, dan nyeri abdomen pada kuadran atas kiri dan nyeri pada bahu kiri karena iritasi diafragma.

Perdarahan lambat yang terjadi kemudian pada trauma tumpul lien dapat terjadi dalam jangka waktu beberapa hari sampai beberapa minggu setelah trauma. Pada separuh kasus, masa laten ini kurang

dari 7 hari. Hal ini terjadi karena adanya tamponade sementara pada laserasi yang kecil atau adanya hematoma subkapsuler yang membesar secara lambat dan kemudian pecah. Untuk menentukan diagnosis trauma tumpul maka diperlukan anamnesis adanya riwayat trauma abdomen bagian kiri bawah, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang, yang menunjukkan tanda-tanda trauma tumpul dengan ruptur lien (Sander, 2018).

Ruptur lien sering disebabkan akibat trauma tumpul pada perut bagian atas dengan manifestasi klinis berupa anemis, peritonismus, dan adanya *Kerh's sign* sebagai tanda patognomonis. Diagnosis harus segera ditegakkan saat masuk di IGD dengan mengenali tanda dan gejala serta di dukung alat penunjang diagnostik yang memadai. USG portable hendaknya harus selalu ada di setiap IGD, karena alat ini merupakan alat non-invasif yang dengan cepat dapat mengetahui adanya perdarahan intraabdomen (Sander, 2018).

Salah satu organ kita yang paling sering mengalami cedera pada suatu trauma tumpul pada daerah perut atau toraks kiri bagian bawah merupakan lien. Penyebab utamanya merupakan cedera langsung atau tidak langsung yang menyebabkan laserasi kapsul lien dan avulsi pedikel lien sebagian atau menyeluruh. Pada trauma lien yang perlu diperhatikan merupakan adanya tandatanda perdarahan yang memperlihatkan keadaan hipotensi, syok hipovolemik, dan nyeri abdomen pada kuadran atas kiri dan nyeri pada bahu kiri karena iritasi diafragma.

Perdarahan lambat yang terjadi kemudian pada trauma tumpul lien dapat terjadi dalam jangka waktu beberapa hari sampai beberapa minggu setelah trauma. Untuk menentukan diagnosis trauma tumpul maka diperlukan anamnesis adanya riwayat trauma abdomen bagian kiri bawah, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang, yang menunjukkan tanda-tanda trauma tumpul dengan ruptur lien (Sander, 2018).

Ruptur pada trauma tumpul abdomen merupakan terjadinya robekan atau pecahnya lien yang merupakan organ lunak yang dapat bergerak, yang terjadi karena trauma tumpul, secara langsung atau tidak langsung. Ruptur lien merupakan kondisi rusaknya lien akibat suatu dampak penting kepada lien dari beberapa sumber. Penyebab utamanya merupakan cedera langsung atau tidak langsung yang menyebabkan laserasi kapsul linealis dan avulsi pedikel lien sebagian atau menyeluruh.

Pada trauma lien yang perlu diperhatikan merupakan adanya tanda-tanda perdarahan yang memperlihatkan keadaan hipotensi, syok hipovolemik, dan nyeri abdomen pada kuadran atas kiri dan nyeri pada bahu kiri karena iritasi diafragma. Perdarahan lambat yang terjadi kemudian pada trauma tumpul lien dapat terjadi dalam jangka waktu beberapa hari sampai beberapa minggu setelah trauma. Pada separuh kasus, masa laten ini kurang dari 7 hari. Hal ini terjadi karena adanya tamponade sementara pada laserasi yang kecil atau adanya hematoma subkapsuler yang membesar secara lambat dan kemudian pecah (Sander, 2018).

b. Peritonitis

Peritonitis menjadi salah satu penyebab tersering akut abdomen yang merupakan suatu kegawatan abdomen. Peritonitis biasanya disertai dengan bakterisemia atau sepsis yang dapat menimbulkan kematian. Peritonitis juga menjadi salah satu penyebab tersering dari akut abdomen. Akut abdomen merupakan suatu kegawatan abdomen yang dapat terjadi karena masalah bedah dan non bedah (Japanesa et al., 2016).

Peritonitis merupakan inflamasi peritoneum yang dapat terjadi karena kontaminasi mikroorganisme dalam rongga peritoneum, bahan kimiawi, atau keduanya. Peritonitis merupakan komplikasi berbahaya yang sering terjadi akibat penyebaran infeksi dari organ-organ abdomen. Peritonitis masih merupakan masalah yang

besar karena angka mortalitas dan morbiditasnya tinggi termasuk di Indonesia (Sayuti, 2020).

Normalnya, peritoneum bersih dari mikroorganisme. Lapisan ini berfungsi untuk menyangga organ di dalam rongga perut dan melindunginya dari infeksi. Namun, pada kondisi tertentu atau jika terdapat penyakit atau masalah pada saluran pencernaan, peritoneum dapat mengalami peradangan. (Japanesa et al., 2016).

2. Anatomi Fisiologi

a. Anatomi

Anatomi merupakan ilmu kedokteran yang khusus mempelajari tentang struktur tubuh, bagian-bagian tubuh, susunan organ di dalam tubuh serta hubungan antara organ yang satu dengan organ manusia yang lain. Posisi anatomis tubuh digunakan sebagai rujukan agar hubungan dengan seluruh bagian tubuh dijelaskan. Penandaan region digunakan sebagai patokan atau rujukan tempat organ-organ dalam tubuh berada (Laksono & Widiyanto, 2019).

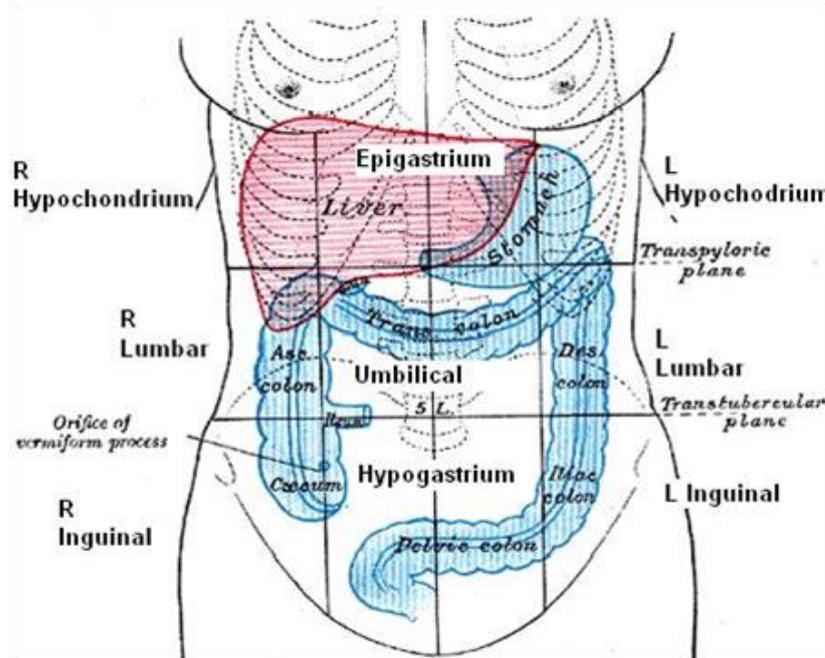
Ranah anatomi umum sebagai pengetahuan mendasar terhadap ilmu anatomi dengan pembahasan secara ringkas melalui pendekatan anatomi permukaan dan regional (Lubis, 2020). Anatomi abdomen atau perut terdiri dari organ-organ pencernaan, organ pencernaan meliputi mulut, kerongkongan, lambung, usus halus, usus besar dan kolon. Sementara kelenjar pencernaan meliputi ludah, pancreas, hati dan empedu (Handayani, 2021).

Regio abdomen merupakan sebuah daerah atau regio atau *region* dalam bahasa Inggris yang berada di daerah perut (abdomen). Menurut (Laksono & Widiyanto, 2019), region abdomen terdiri atas sembilan daerah yaitu:

1). Regio umbilicus/*umbilical region*

Daerah tengah tempat pusar (tempat melekatnya tali pusar/*umbilical cord*) berada.

- 2). Regio epigastrium/*epigastric region*
Berada disisi superior dari region umbilikus. Bagian tengah atas, tempat organ hati dan sedikit bagian dari organ lambung.
- 3). Regio hipogastrium/*hypogastric region*
Berada disisi lateral dari region umbilikus. Sisi kanan dari regio umbilikus, tempat usus besar berada dan juga usus kecil.
- 4). Regio lumbar kanan/*right lumbar region*
Berada disisi lateral dari region umbilikus. Sisi kiri dari regio umbilikus, tempat usus besar berada dan juga usus kecil.
- 5). Regio lumbar kiri/*left lumbar region*
- 6). Regio hipochondrium kanan/*right hypochondriac region*
Berada disisi lateral dari regio epigastrium. Bagian kanan dari region epigastrium, regio hypochondrium kanan berisi organ hepar.
- 7). Regio hipochondrium kiri/*left hypochondriac region*
Berada disisi lateral dari region epigastrium. Bagian kiri dari regio epigastrium, regio hypochondrium kiri berisi organ pencernaan lambung.
- 8). Regio inguinalis kanan/*right inguinal/iliac*
Berada disisi lateral dari regio hypogastrium. Berada disisi kanan dari regio hypogastrium yang berisi organ sekum di kanan.
- 9). Regio inguinalis kiri/*left inguinal/iliac*
Berada disisi lateral dari regio hypogastrium. Berada disisi kiri dari regio hypogastrium yang berisi organ usus besar disisi kiri.



Gambar 1. Sembilan Regio Abdomen (Laksono & Widiyanto, 2019)

b. Fisiologi

Fisiologi merupakan ilmu kedokteran yang khusus mempelajari tentang fungsi dan kerja tubuh secara keseluruhan dan juga fungsi struktur serta organ yang terdapat di dalam tubuh manusia (Laksono & Widiyanto, 2019). Perut atau abdomen merupakan rongga tubuh yang terletak di antara dada dan panggul, serta dari tulang belakang hingga ke dinding otot perut bagian depan. Batas atas dalam anatomi abdomen merupakan diafragma, tetapi tidak ada batas yang jelas antara perut dan panggul (Handayani, 2021).

Fungsi abdomen merupakan sebagai wadah atau tempat bagi organ-organ pada sistem pencernaan. Selain itu, abdomen juga menyediakan otot-otot yang penting untuk postur, keseimbangan, dan pernafasan. Masing-masing sistem pencernaan itu memiliki tugas dan fungsi dalam proses makanan. Dalam organ pencernaan ada beberapa sistem (Handayani, 2021), yakni:

1). Mulut

Mulut juga disebut rongga mulut. Dalam anatomi manusia lubang tempat makanan dan udara yang kemudian masuk kedalam tubuh. Makanan akan dicerna pertama kali baik secara mekanik oleh gigi maupun secara kimiawi oleh enzim amilasi (pytalin) yang menguraikan amilium (polisakarida) menjadi maltosa (disakarida).

Di dalam rongga mulut terdapat gigi, lidah dan kelenjar ludah. Gigi merupakan bagian yang berperan untuk mengunyah makanan saat kita makan dengan gigi makanan digigit, sobek, potong dan kunyah yang kemudian dihaluskan. Gigi berdasarkan bentuknya itu ada beberapa jenis, yakni gigi seri, gigi taring, gigi geraham depan, gigi geraham belakang. Pada lidah dilapisi oleh selaput mukosa. Lidah merupakan organ yang terlibat dalam pencernaan makanan tersusun atas otot lurik.

Pencernaan Lidah memiliki sejumlah fungsi seperti mengatur letak makanan di dalam mulut, mencampur makanan ludah, membantu proses menelan dan sebagai indera pengecap . Pada kelenjar ludah akan menghasilkan ludah . Ludah dihasilkan oleh tiga kelenjar, yakni kelenjar paratis yang terletak di bawah telinga. Kemudian kelenjar submaksilaris yang ada di rahang bawah dan kelenjar sublingualis yang berada di lidah.

2). Kerongkongan

Makanan yang sudah dikunyah oleh gigi akan masuk ke kerongkongan melewati faring. Faring merupakan daerah persimpangan saluran dari rongga mulut ke kerongkongan. Kerongkongan merupakan organ yang berperan sebagai tempat jalannya makanan menuju lambung. Tidak ada proses pencernaan makanan di kerongkongan. Kerongkongan itu relatif lurus dan cukup panjang sekitar 25 sentimeter, berbentuk tabung dengan diameter 2 sentimeter.

Pada bagian dalam selalu basah karena cairan yang dikeluarkan oleh kelenjar mukosa. Kedua ujung kerongkongan ditutup oleh penyempitan otot dibagian atas dan bawah. Dinding kerongkongan terdapat otot-otot yang bisa mengembang dan mengempis saat mendorong makanan yang berbentuk gumpalan menuju lambung. Gerakan otot yang demikian disebut peristaltik.

Lambung merupakan kantung untuk menyimpan makanan sementara. Lambung terletak di dalam rongga perut sebelah kiri di bawah rongga dada. Dalam lambung ada tiga bagian yakni bagian atas (kardiak), bagian tengah (fundus) dan bagian bawah (pylorus). Pada kedua ujung lambung terdapat dua klep yaitu spingter esophageal yang berbatasan antara kerongkongan dan berfungsi untuk menjaga makanan tetap dilambung dan akan terbuka jika ada makanan yang masuk. Kemudian klep (spingter) pylorus berbatasan dengan usus dua belas jari. Di dalam proses pencernaan protein di mulai.

3). Usus halus

Usus halus memiliki panjang sekitar 8,25 meter. Pada usus halus terdiri atas usus dua belas jari, usus kosong dan usus penyerapan. Di dalam usus tersebut, makanan akan kembali diproses dengan enzim pencernaan yang diproduksi pancreas, dinding usus halus dan cairan empedu dari kantong empedu. Ketiga usus tersebut akan bekerja sama untuk menyelesaikan pencernaan makanan agar menjadi unit-unit kecil yang diserap ke dalam pembuluh darah usus.

4). Usus besar

Pada usus besar terdiri dari enam bagian seperti sekum, kolon asenden, kolon desenden, kolon transversum, kolon sigmoid dan kolon rectum. Tugas utama usus besar itu ialah menyerap air dan mineral dari sisa makanan sehingga membuatnya menjadi padat seperti tinja. Gerak peristaltik lalu akan mendorong tinja

menuju rectum hingga dikeluarkan melalui anus. Kelenjar pencernaan pada kelenjar pencernaan terdiri beberapa bagian, yakni:

a). Pankreas

Pankreas menghasilkan enzim pencernaan (getah pankreas) dan hormone insulin dan glukagon. Pankreas itu terletak dibagian belakang bawah lambung, kelenjar berwarna keputihan. Pengeluaran getah pankreas dipengaruhi oleh hormon yang disekresikan oleh dinding usus dua belas jari. Jika masuk ke usus dua belas jari maka sel sel tertentu dari usus tersebut akan mengeluarkan hormon sekretin dan kolesistokinin ke dalam darah. Saat hormon sekretin sampai di pankreas maka akan merangsang produksi dan pengeluaran getah pankreas sedangkan hormon kolesistokinin akan merangsang kantung empedu mengeluarkan bilus, yang berfungsi mengemulsikan lemak.

b). Hati

Hati terletak di dalam rongga perut sedikit ke kanan di bawah diafragam. Hati merupakan kelenjar yang paling besar dalam tubuh manusia, terdiri atas dua lobus. Ada beberapa fungsi hati, yakni : Menghasilkan empedu sebagai kelenjar eksokrin Menyimpan cadangan lemak, glikogen, vitamin A, B12, D dan albumin Fungsi utama hati biasanya dikaitkan dengan detoksifikasi zat-zat beracun dalam pencernaan.

c). Kelenjar empedu

Kelenjar empedu berfungsi dari kantung empedu untuk menyimpan empedu dari hati. Ini juga berperan dalam mengemulsi lemak.

3. Epidemiologi Kasus

a. Trauma Tumpul Abdomen

Jumlah data secara keseluruhan yang berasal dari 33 provinsi di Indonesia merupakan 972.317 responden. Adapun untuk respondennya yang pernah mengalami cedera selama kurun waktu 12 bulan terakhir sebanyak 77.248 orang. Responden bisa mempunyai jawaban lebih dan satu penyebab cedera selama kurun waktu 12 bulan tersebut dan jumlah tersebut tiga provinsi penyebab cedera terbesar yaitu jatuh sebanyak 45.987 orang (59,6%), kecelakaan lalu lintas sekitar 20.829 orang (27%), dan terluka benda tajam/tumpul sebesar 144.127 orang (18,3%) (Abdul Gafar Parindur, 2021).

b. Peritonitis

Menurut survei *World Health Organization* (WHO), angka mortalitas peritonitis mencapai 5,9 juta per tahun dengan angka kematian 9661 ribu orang meninggal. Negara tertinggi yang menderita penyakit ini merupakan Amerika Serikat dengan penderita sebanyak 1.661 penderita. Hasil *survey* yang dilakukan pada tahun 2015 angka kejadian peritonitis masih tinggi. Di Indonesia jumlah penderita peritonitis berjumlah sekitar 9% dari jumlah penduduk atau sekitar 179.000 penderita. Peritonitis salah satu penyebab kematian tersering pada penderita bedah dengan mortalitas sebesar 10-40%. Beberapa penelitian menunjukkan angka mortalitas di Indonesia mencapai 60% bahkan lebih (Sayuti, 2020).

4. Etiologi

a. Trauma Tumpul Abdomen

Menurut (Rini et al., 2019) trauma abdomen terjadi biasanya disebabkan karena kejadian trauma tumpul maupun trauma tembus. Trauma tumpul abdomen biasanya terjadi karena peristiwa kecelakaan lalu lintas. Kejadian trauma tumpul abdomen lebih sering berkaitan dengan kejadian penggunaan sabuk pengaman yang cenderung angka kejadiannya terus naik. Kejadian trauma tumpul abdomen seringkali muncul bersamaan dengan trauma lain seperti kejadian trauma kepala, trauma pelvis dan trauma dada.

b. Peritonitis

Menurut (Japanesa et al., 2016), peritonitis merupakan suatu kegawatdaruratan yang biasanya disertai dengan bakteremia atau sepsis. Kejadian peritonitis akut sering dikaitkan dengan perforasi viskus (*secondary peritonitis*). Apabila tidak ditemukan sumber infeksi pada intra abdominal, peritonitis dikategorikan sebagai *primary peritonitis*.

Peritonitis dapat diklasifikasikan menjadi peritonitis primer, peritonitis sekunder, dan peritonitis tersier. Peritonitis primer disebabkan oleh penyebaran infeksi melalui darah dan kelenjar getah bening di peritoneum dan sering dikaitkan dengan penyakit trauma tumpul abdomen akibat ruptur lien. Peritonitis sekunder disebabkan oleh infeksi pada peritoneum yang berasal dari traktus gastrointestinal yang merupakan jenis peritonitis yang paling sering terjadi. Peritonitis tersier merupakan peritonitis yang disebabkan oleh iritan langsung yang sering terjadi pada dengan kondisi komorbid (Japanesa et al., 2016).

5. Tanda dan Gejala

Menurut (Sander, 2018), tanda dan gejala trauma tumpul abdomen bisa berbeda-beda dan tergantung jenis yang dialami pasien. Adapun gejala dan tanda dari trauma tumpul abdomen, yaitu:

- a. Sakit perut
- b. Perdarahan di saluran pencernaan bagian bawah
- c. Tanda-tanda vital yang tidak stabil, seperti denyut frekuensi nadi yang cepat, tekanan darah yang rendah serta pernafasan abnormal
- d. Nyeri yang menjalar ke bahu kiri (bisa menunjukkan gejala terjadinya ruptur lien)
- e. Hematuria, yakni darah dalam urine (bisa menunjukkan gejala terjadinya cedera ginjal)
- f. Perut terasa kaku (bisa menjadi gejala peritonitis, yakni peradangan lapisan dinding dalam perut).

Adapun menurut (Warsinggih, 2018), tanda dan gejala peritonitis, yaitu:

- a. Nyeri perut yang dirasakan terus-menerus selama beberapa jam, disatu tempat atau tersebar keseluruh daerah perut. Nyeri menghebat saat penderita bergerak
- b. Mual dan muntah
- c. Distensi perut yang disertai penurunan bising usus sampai tidak terdengar
- d. Tidak mampu buang air besar atau buang angin
- e. Perut gembung tetapi terkadang terjadi diare
- f. Gelisah dan mata cekung
- g. Urin terbatas
- h. Delirium dan koma sebelum meninggal.

6. Komplikasi

Menurut (Abdul Gafar Parindur, 2021), Trauma tumpul abdomen bila tidak ditangani dengan cepat dan benar, trauma tumpul abdomen bisa menyebabkan komplikasi berupa:

- a. Cidera perut yang tidak diketahui dan semakin parah
- b. Sepsis intra abdominal
- c. Pecahnya limpa
- d. Ruptur lien yang bisa menyebabkan munculnya peritonitis
- e. Pendarahan.

7. Pemeriksaan Penunjang dan Hasilnya Secara Teoritis

Menurut (Riwanto & Setiawan, 2015), pemeriksaan penunjang yang dapat digunakan untuk mengevaluasi abdomen setelah mengalami trauma, yaitu:

a. USG Abdomen

USG abdomen telah banyak digunakan untuk mengevaluasi trauma tumpul abdomen di Jepang dan Eropa sejak 1980 awal. Dalam USG abdomen cairan pada abdomen bersifat anekoik (gelap). Darah, ascites, urin dan cairan usus memiliki penampakan yang sama. Metode USD abdomen dapat menghemat waktu sehingga pasien dapat menjalani laparatomi tanpa menunggu hasil penunjang lain seperti CT Scan.

Pada pasien normal, antar muka ginjal dan hepar akan terlihat tanpa adanya cairan. Namun, jika terdapat masalah biasanya USG abdomen menampilkan hasil misalnya berupa cairan yang bersifat anekoik (gelap) biasanya di antara kapsul hepar dan fascia gerota ginjal.

b. Foto polos abdomen

Hanya mengindikasikan luka tembak sehingga bias menilai perjalanan peluru dari luka tembak masuk dan keberadaan peluru dalam rongga perut bilamana ada ketidakcocokan antara jumlah luka masuk dan luka keluar.

c. CT-Scan

CT Scan bersifat non invasif, mampu menspesifikasikan sumber darah intra abdomen, mengevaluasi retroperitoneum dan cedera spinal serta pelvis pada saat bersamaan. CT Scan hanya bias dilakukan pada kasus dengan hemodinamik stabil.

d. Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan kimia darah dan hematologi membantu pengelolaan trauma abdomen. Penentuan tipe darah perlu dilakukan untuk menilai tanda-tanda perdarahan atau potensi perlunya transfusi.

e. *Diagnostic Peritoneal Lavage* (DPL)

DPL pertama kali diperkenalkan oleh Root dkk pada 1965 sebagai metode sensitif (sensitifitas 98%) dan aman untuk mendiagnosis cedera intra-abdomen. Prosedurnya meliputi pemasangan kateter dialisis peritoneal ke dalam abdomen tepat di bawah umbilikus (di atas umbilikus jika terdapat fraktur pelvis), baik secara perkutaneus (teknik tertutup) atau dengan insisi kecil (teknik terbuka) dan mengarahkannya menuju pelvis. Jika aspirat awal mengeluarkan 10 mL darah, hal ini menandakan adanya perdarahan intraabdomen bermakna dan prosedur selesai. Jika tidak ada darah yang teraspirasi, 1 liter NaCl dimasukkan dalam abdomen dan cairan yang kembali diperiksa kandungan darah (hitung sel darah merah $> 100.00 /\text{mm}^3$; sel darah putih $> 500/\text{mm}^3$), empedu, bakteri atau isi usus. Jika salah satu dari hal tersebut ditemukan, ia menunjukkan cedera intraabdomen bermakna. Sementara itu jika DPL dilakukan kurang dari 4 jam setelah kejadian, dapat menghasilkan negatif palsu karena sekuesterisasi leukosit. Kerugian DPL yang lain merupakan ketidakmampuannya untuk menilai retroperitoneum. Sehingga dewasa ini USG Abdomen lebih disarankan dari pada DPL.

8. Patofisiologi

Patofisiologi cedera intraabdomen pada trauma tumpul abdomen berhubungan dengan mekanisme trauma yang terjadi. Pasien yang mengalami trauma dengan energi yang tinggi akan mengalami guncangan fisik yang berat sehingga menyebabkan cedera organ. Ada beberapa mekanisme cedera pada trauma tumpul abdomen yang dapat menyebabkan cedera organ intraabdomen yaitu dimulai dari kejadian adanya paksaan seperti jatuh, beda tumpul, kompresi, dll. dan juga adanya benda tajam seperti pisau, peluru, ledakan, dll. kemudian terjadinya gaya predisposisi trauma yang lebih besar dari elastisitas dan viskositas tubuh, ketahanan jaringanpun tidak mampu mengkompensasi sehingga muncul trauma abdomen.

Trauma tumpul abdomen ini bisa muncul masalah keperawatan awal bagi pasien dan keluarga yaitu kesiapan peningkatan pengetahuan, untuk pasien sendiri pada proses trauma tumpul abdomen muncul keadaan kompresi organ abdomen dimana adanya perdarahan intra abdomen. Indikasi operasi, ketika adanya indikasi operasi ini diawal muncul masalah keperawatan ansietas. Dalam sebuah proses perioperatif dibagi menjadi tiga proses, yaitu

1. *Pre* operatif

Pada fase trauma tumpul abdomen *e.c.* peritonitis adanya proses peningkatan *transient ischaemic attack* (TIA) atau stroke ringan (serangan yang terjadi saat pasokan darah ke otak mengalami gangguan sesaat) kemudian mendesak organ intra abdomen yang menekan reseptor nyeri (getaran trauma stimulai neurotransmitter nyeri), muncul substansi prostaglandin (keberagaman prostaglandin yaitu keberagaman zat dengan struktur kimia menyerupai hormon, peran prostaglandin terbilang penting karena dibutuhkan dalam sistem reproduksi serta proses penyembuhan luka) karena adanya keberagaman prostaglandin menyebabkan lamanya proses penyembuhan trauma tumpul abdomen yang disertai peritonitis muncul masalah keperawatan nyeri akut

2. Intra operatif

Pada fase ini dimulai dari proses perforasi organ pasca trauma tumpul abdomen disertai respon peradangan peritoneum dan organ lainnya disebabkan peritonitis karena keadaan inilah tindakan pembedahan dilakukan. Tindakan pembedahan pada kasus ini yaitu laparotomi dan kolostomi yang melalui proses *general anestesi* sehingga muncul masalah keperawatan risiko hipertermia, risiko cedera dan risiko perdarahan. Dalam proses pemberian *general anestesi* pasien mengalami kehilangan kesadaran yang menyebabkan penghambatan mekanisme pertukaran gas sehingga alveolus tidak terisi oleh udara dengan keadaan ini paru-paru menjadi kesulitan mendapatkan oksigen dari alveoli sehingga dinding dada menekan paru-paru yang menyebabkan udara bocor ke ruang paru lalu paru menjadi kolaps (menghempit). Kejadian ini membuat lendir yang ada diparu-paru masuk ke alveoli kemudian terjadilah penumpukkan secret dan munculah masalah keperawatan bersihan jalan nafas

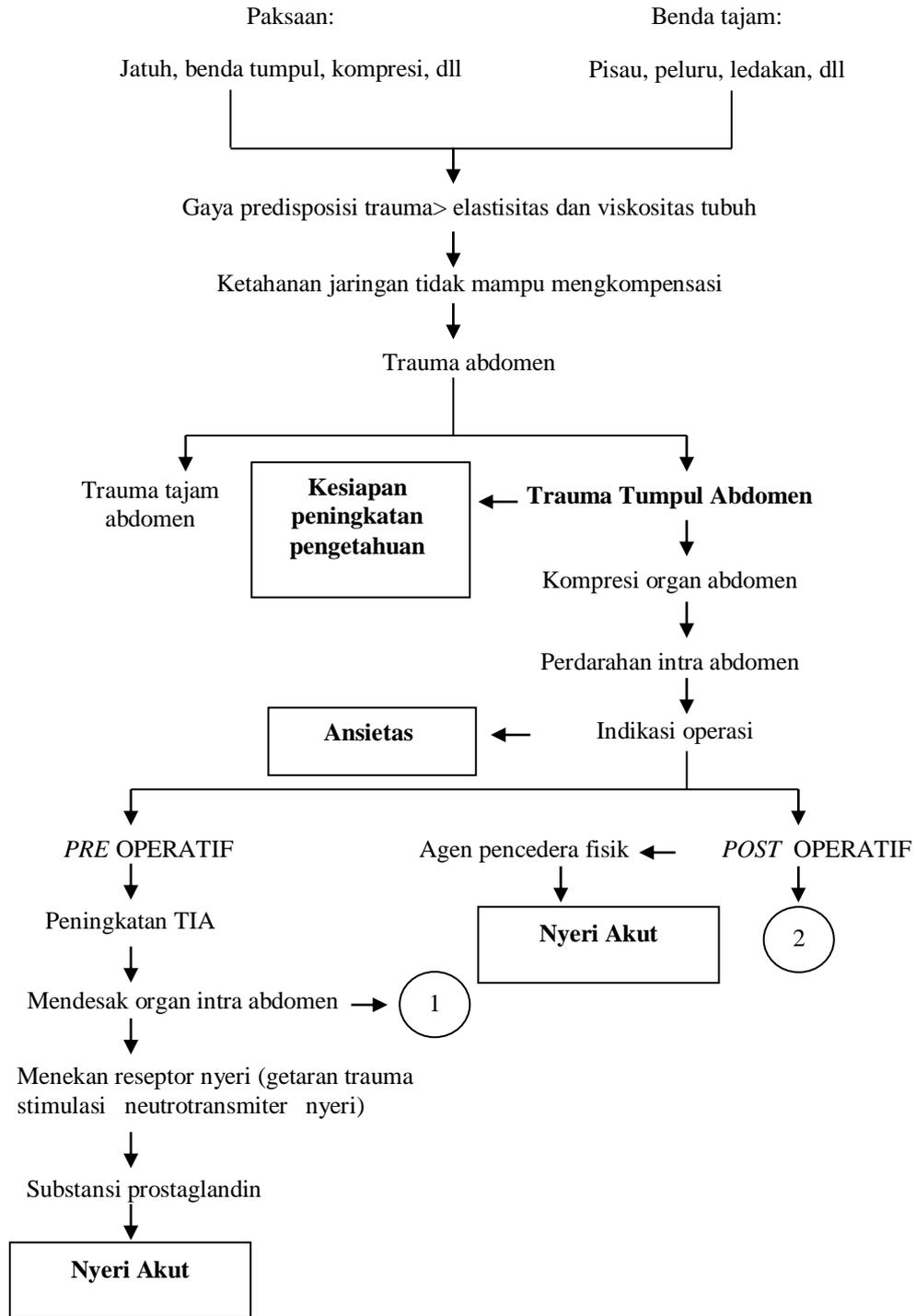
3. Post operatif

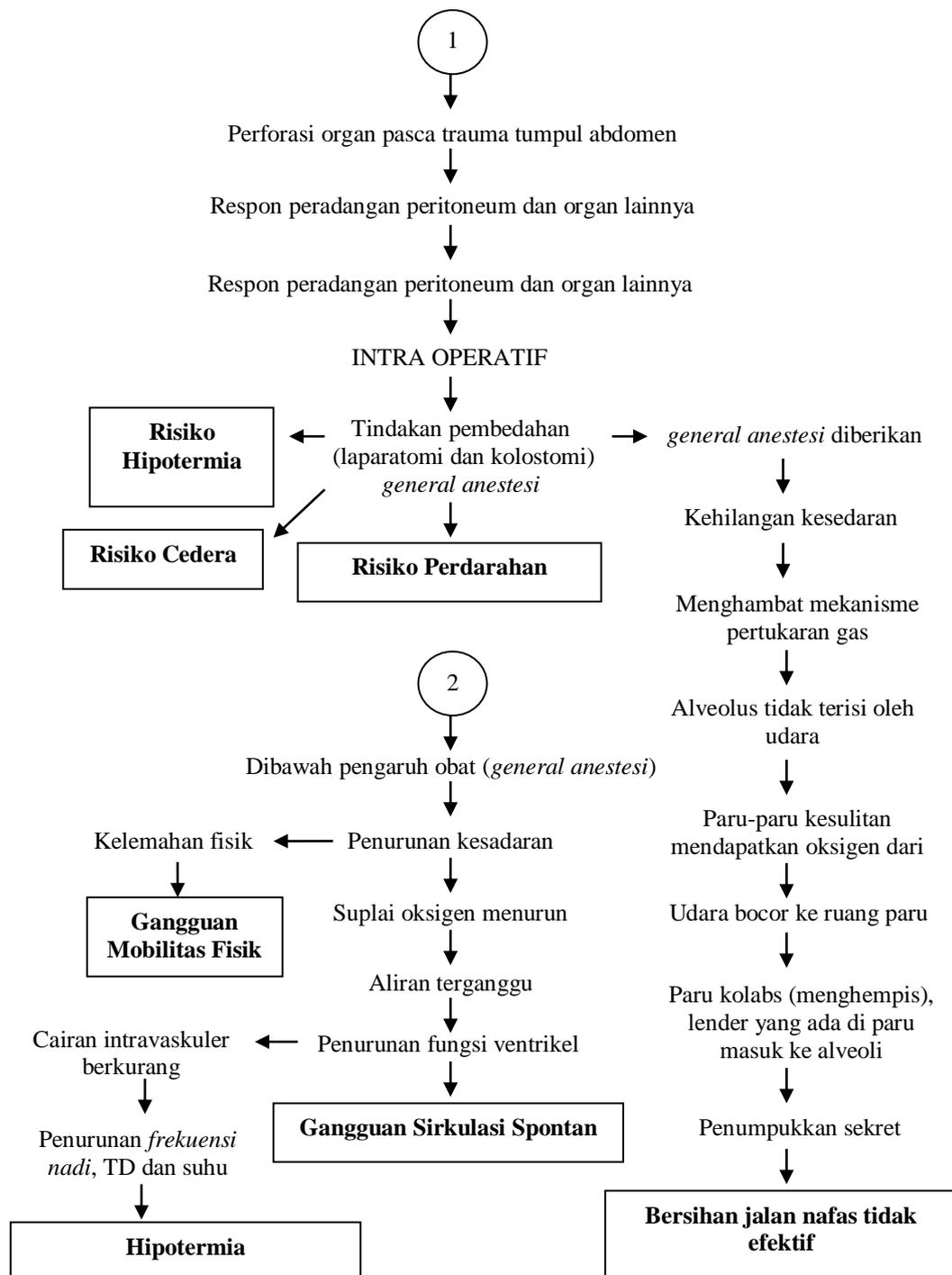
Pada fase ini dimulai saat pasien telah selesai melakukan tindakan pembedahan karena proses pembedahan melalui *general anestesi*, pasienpun masih dibawah pengaruh obat untuk tingkat kesadarannya, biasanya dalam fase ini pasien mengalami penurunan kesadaran. Keadaan penurunan kesadaran biasanya pasien mengalami kelemahan fisik sehingga muncul masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik.

Ada juga saat kejadian penurunan kesadaran suplai oksigen menurun, aliran terganggu yang mengakibatkan penurunan fungsi ventrikel muncul masalah keperawatan gangguan sirkulasi spontan. Ada juga dalam kejadian penurunan fungsi ventrikel kemudian terjadinya keadaan cairan intravaskuler berkurang lalu adanya penurunan *frekuensi frekuensi nadi*, tekanan darah dan suhu tubuh sehingga muncul masalah keperawatan hipotermia. Setelah pasien

sadar akibat dari agen pencedera fisik pasien akan mengalami nyeri yang kemudian muncul sebagai masalah keperawatan nyeri akut (Abdul Gafar Parindur, 2021; Sander, 2018; Fitriainingsih et al., 2021; DPP PPNI/Tim Pokja SDKI, 2017).

9. WOC (Web Of Coughtion)





Gambar 2 WOC Trauma Tumpul Abdomen e.c. Peritonitis (Abdul Gafar Parindur, 2021; Sander, 2018; Fitrianiingsih et al., 2021; DPP PPNI/Tim Pokja SDKI, 2017)

10. Prosedur Tindakan Operasi

a. Persiapan

- 1). Beri salam, perkenalkan diri pada pasien dan keluarga
- 2). Jelaskan prosedur dan tujuan mobilisasi dini pada pasien dan keluarga
- 3). Beri kesempatan pasien dan keluarga untuk bertanya
- 4). Ukur tanda-tanda vital klien
- 5). Jaga privasi klien dengan menutup tirai atau pintu kamar pasien
- 6). Atur posisi pasien nyaman mungkin

b. Pelaksanaan

Mobilisasi dini merupakan kebijakan untuk secepat mungkin membimbing penderita turun dari tempat tidur dan berjalan. Tatalaksana ini merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi penyembuhan luka pasca pembedahan serta dapat mengurangi risiko komplikasi (Ditya et al., 2016).

Pengaruh mobilisasi setelah pasca operasi laparatomi sangat besar manfaatnya dalam proses penyembuhan luka, karena mobilisasi dapat meningkatkan sirkulasi di daerah insisi sehingga akan meningkatkan transfortasi zat-zat esensial yang berperan dalam proses penyembuhan luka (Ditya et al., 2016).

Mobilisasi dapat dilakukan sedini mungkin mulai dari 6-12 setelah operasi dan harus dibawah pengawasan perawat untuk memastikan bahwa latihan tersebut dilakukan dengan tepat dan dengan cara yang aman. Menurut (Marhamah & Choire, 2021), latihan pasien pasca operasi abdomen mempunyai melalui tiga tahapan yaitu :

- 1) Pada tahap pertama dilakukan 4 sampai 6 jam pertama setelah operasi
Pada tahap ini responden diberikan tindakan *Range Of Motion* Pasif (ROM kiri).
- 2) Pada tahap kedua dilakukan 8 sampai 10 jam *post* operasi
Dimana responden diberikan intervensi mobilisasi dini dengan

gerakan miring kanan dan miring kiri.

- 3) Pada tahap ketiga dilakukan 12 sampai 24 jam *post* operasi Gerakan mobilisasi dini pada tahap duduk bersandar dengan kaki menjuntai dan digerak-gerakkan.

c. Evaluasi

- 1). Evaluasi hasil kegiatan
- 2). Evaluasi respon pasien sebelum dan sesudah tindakan
- 3). Ukur tanda-tanda vital
- 4). Beri *reinforcement* positif pada pasien dan keluarga.

D. Jurnal Terkait

1. Berdasarkan studi kasus (Fandi, 2018) dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Klien Ny.Y dengan Post Operasi Laparatomi dan Kolostomi Atas Indikasi CA Colon di Ruang Rawat Inap Bedah Lantai 2 RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018”. Asuhan keperawatan yang diberikan saat *post* operatif pada kasus ini yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen injuring fisik (pembedahan), ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketiada kemampuan mencerna makanan, gangguan pola tidur berhubungan dengan imobilisasi, resiko pelambatan pemulihan pasca bedah berhubungan dengan hambatan mobilisasi dengan hasil evaluasi semua mencapai perkembangan.
2. Berdasarkan studi kasus (Raysah, 2021) dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Pasien *Pre* dan *Post laparatomy* dengan *colostomy e.c. ca recti* dengan penerapan *foot massage* sebagai upaya penurunan nyeri di ruang hcu bedah RSUP dr. M. Djamil Padang”. Asuhan keperawatan yang diberikan saat *pre* operatif yaitu diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis teratasi sebagian. Hal ini dikarenakan tidak ada penurunan intensitas nyeri, nyeri masih dirasakan pada skala 4 serta diagnosa ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Ny. R teratasi. Hal ini dikarenakan Ny. R telah paham tujuan tindakan pembedahan

yang dialami dan *post* operasi yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (prosedur invasive) teratasi teratasi dengan adanya penurunan skala nyeri pasien dari nyeri sedang ke nyeri ringan.

3. Berdasarkan hasil penelitian (Budianto et al., 2018) dengan judul penelitian ” Pengaruh Edukasi Batuk Efektif terhadap Perilaku Batuk Efektif Pasien Post Operasi dengan Anestesi Umum”. Asuhan keperawatan yang diberikan dengan pasien *general anestesi* fase *post* operatif ditegakkan diagnosis keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif. Pasien yang menjalani operasi dengan anestesi umum akan dilakukan pemasangan alat bantu nafas selama dalam kondisi teranestesi. Sehingga ketika sadar pasien akan mengalami rasa tidak nyaman pada tenggorokan, dengan terasa banyak lendir kental ditenggorokan karena akumulasi sekret, hal ini dapat diatasi bila pasien diberikan pendidikan kesehatan dan mempraktekannya setelah operasi. Program pendidikan kesehatan yang efektif pada pasien post operasi dapat mencegah terjadinya masalah komplikasi post operasi seperti penumpukan lendir.
4. Berdasarkan hasil penelitian (Fitrianingsih et al., 2021) dengan judul penelitian ”Efek *Hypotermia* Pasca *General Anestesi*: A *Scoping Review*”. Asuhan keperawatan yang diberikan dengan pasien *general anestesi* fase *post* operatif ditegakkan diagnosis keperawatan gangguan pola nafas yang disebabkan oleh efek sisa obat anestesi, gangguan sirkulasi spontan, perdarahan, hipotermi, regurgitasi dan muntah yang dapat mengakibatkan aspirasi serta general anestesi mempengaruhi waktu pulih sadar. Setelah asuhan keperawatan *pre*-operasi dan management kontrol suhu post operatif terapi sehingga hipotermia terus membaik.