

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Perioperative

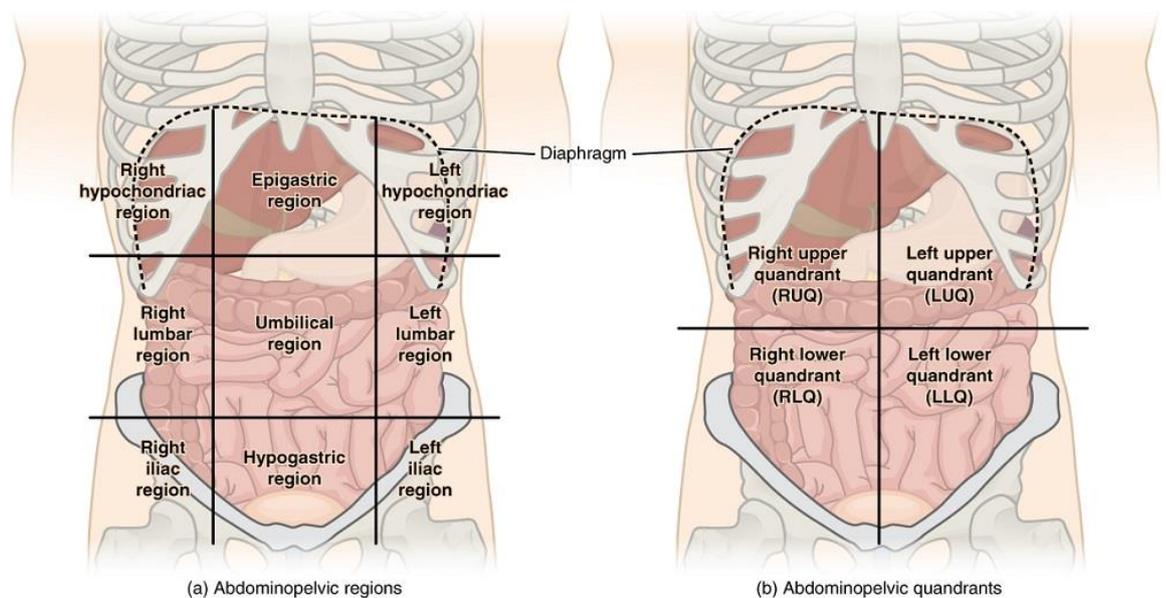
Pembedahan merupakan pengalaman unik perubahan terencana pada tubuh dan terdiri dari tiga fase yaitu praoperatif, intra operatif, dan pasca operatif. Tiga fase ini secara bersamaan disebut fase perioperative (Kozier, 2011)

Tiga fase dalam proses pembedahan:

1. Fase praoperatif dimulai saat keputusan untuk melakukan pembedahan dibuat dan berakhir ketika klien dipindahkan ke meja operasi. Aktifitas keperawatan yang termasuk dalam fase ini antara lain mengkaji klien, mengidentifikasi masalah keperawatan yang potensial atau actual, merencanakan asuhan keperawatan berdasarkan kebutuhan individu, dan memberikan penyuluhan praoperatif untuk klien dan orang terdekat klien.
2. Fase intra operatif dimulai saat klien dipindahkan ke meja operasi dan berakhir ketika klien masuk ke unit perawatan pasca operatif (PACU), yang juga disebut ruang pasca anestesi atau ruang pemulihan. Aktivitas keperawatan yang termasuk kedalam fase ini antara lain berbagai prosedur khusus yang dirancang untuk menciptakan dan mempertahankan lingkungan terapeutik yang aman untuk klien dan tenaga kesehatan.
3. Fase pasca operatif dimulai saat klien masuk ke ruang pasca anestesi dan berakhir ketika luka telah benar-benar sembuh. Selama fase pasca perioperative, tindakan keperawatan antara lain mengkaji respon klien (fisiologik dan psikologik) terhadap pembedahan, melakukan intervensi untuk mencegah komplikasi, memberi penyuluhan dan memberikan dukungan kepada klien dan orang terdekat, dan merencanakan perawatan di rumah. Tujuannya adalah untuk membantu klien dalam mencapai status kesehatan yang optimal.

2.2 Anatomi Abdomen

Abdomen merupakan bagian tubuh yang berbentuk rongga terletak diantara toraks dan pelvis. Pada anatomi permukaan, batas atasnya adalah aperture thoracis inferior dan batas bawahnya symphysis ossis pubis, ligament inguinalia, crista iliaca dan os sacrum. K arah bawah abdomen menyatu dengan daerah pelvis dan etas menonjol ke daerah thorak sampai setinggi sela iga ke 5 (Widjaja, 2009). Untuk membantu menetapkan suatu lokasi abdomen, seperti untuk deskripsi letak nyeri, pembengkakan, incise, atau menetapkan lokasi alat viscera abdomen, diperlukan patokan-patokan. Yang paling sering digunakan adalah pembagian abdomen oleh dua buah bidang horizontal dan dua bidang vertical menjadi Sembilan daerah (regiones). Dengan adanya dua buah garis vertical dan dua bidang horizontal yaitu bidang traspyloricum dan bidang intertuberculer abdomen dibagi menjadi sembilan daerah. Daerah-daerah itu adalah: hypocondriaca dextra, epigastrica, hypocondriaca sinistra, lumbalis dextra, umbilical, lumbalis sinistra, inguinalis dextra, pubica/hipogastrica, inguinalis sinistra (Widjaja, 2009).



Gambar 2.1 Pembagian region abdomen (Widjaja, 2009)

1. Hypochondriaca dextra meliputi organ : lobus kanan hati, kantung empedu, sebagian duodenum fleksura hepatic kolon, sebagian ginjal kanan dan kelenjar suprarenal kanan.
2. Epigastrica meliputi organ: pilorus gaster, duodenum, pankreas dan sebagian hati.
3. Hypochondriaca sinistra meliputi organ: gaster, limpa, bagian kaudal pankreas, fleksura lienalis kolon, bagian proksimal ginjal kiri dan kelenjar suprarenal kiri.
4. Lumbalis dextra meliputi organ: kolon ascenden, bagian distal ginjal kanan, sebagian duodenum dan jejunum.
5. Umbilical meliputi organ: Omentum, mesenterium, bagian bawah duodenum, jejunum dan ileum.
6. Lumbalis sinistra meliputi organ: kolon ascenden, bagian distal ginjal kiri, sebagian jejunum dan ileum.
7. Inguinalis dextra meliputi organ: sekum, apendiks, bagian distal ileum dan ureter kanan.
8. Pubica/Hipogastric meliputi organ: ileum, vesica urinaria dan uterus (pada kehamilan).
9. Inguinalis sinistra meliputi organ: kolon sigmoid, ureter kiri dan ovarium kiri.

Dengan mengetahui proyeksi organ intraabdomen tersebut, dapat memprediksi organ mana yang kemungkinan mengalami cedera jika dalam pemeriksaan fisik ditemukan kelainan pada daerah atau regio tersebut.

2.3 Trauma Abdomen

Trauma adalah cedera fisik dan psikis atau kekerasan yang mengakibatkan cedera. Trauma abdomen adalah terjadinya atau kerusakan pada organ abdomen yang dapat menyebabkan perubahan fisiologis sehingga terjadi gangguan metabolisme, kelainan, imunologi dan gangguan faal berbagai organ trauma abdomen dapat dibagi menjadi penetrasi dan non penetrasi (Amin, 2013). Sedangkan trauma intra abdomen merupakan suatu kerusakan pada organ bagian dalam abdomen.

Cedera atau trauma intraabdomen bisa disebabkan dari:

Penyebab trauma penetrasi antara lain:

1. Luka akibat terkena tembakan
2. Luka akibat benda tajam
3. Luka tusukan (Amin, 2013)

Penyebab trauma tumpul:

1. Terkena kompresi atau tekanan dari luar yang menyebabkan cedera
2. Peningkatan tekanan intraabdomen yang secara tiba tiba mengakibatkan rupture organ intraabdomen
3. Kekuatan geser yang tiba tiba menyebabkan robekan organ atau pembuluh darah
4. Cedera akselerasi atau deselerasi karena kecelakaan (Andrew B Peitzman, 2014).

2.4 Trauma Tumpul

Pada trauma tumpul abdomen, cedera organ intraabdomen yang didapatkan umumnya merupakan organ solid, terutama limpa dan hati dimana kedua organ ini dapat menyebabkan perdarahan intraabdomen. Sedangkan untuk organ yang berongga cukup jarang terjadi. Kunci sukses penanganan trauma tumpul abdomen adalah kewaspadaan yang tinggi adanya cedera intraabdomen pada setiap pasien trauma, sehingga bias mendeteksi sedini mungkin adanya cedera intaabdomen (Wiargitha, Prediktor Klinis Lesi Intaadomen Pada Penderita Trauma Tumpul Abdomen Yang Dirawat Konservatif Di Rumah Sakit Sanglah Denpasar, 2017).

Ada beberapa mekanisme cedera pada trauma tumpul abdomen yang dapat menyebabkan cedera organ intraabdomen, yaitu :

1. Benturan langsung terhadap organ intraabdomen diantara dinding abdomen anterior dan posterior.
2. Cedera avulsi yang diakibatkan oleh gaya deselerasi pada kecelakaan dengan kecepatan tinggi atau jatuh dari ketinggian. Gaya deselerasi

dibagi menjadi deselerasi horizontal dan deselerasi vertikal. Pada mekanisme ini terjadi peregangan pada struktur-struktur organ yang terfiksir seperti pedikel dan ligamen yang dapat menyebabkan perdarahan atau iskemik.

3. Gaya kompresi eksternal yang menyebabkan peningkatan tekanan intraabdomen yang tiba-tiba dan mencapai puncaknya biasanya menyebabkan cedera organ berongga. Berat ringannya perforasi tergantung dari gaya dan luas permukaan organ yang terkena cedera.
4. Laserasi organ intraabdomen yang disebabkan oleh fragmen tulang (fraktur pelvis, fraktur tulang iga)
5. Peningkatan tekanan intraabdomen yang masif dan mendadak dapat menyebabkan cedera diafragma bahkan cedera kardiak (Andrew B Peitzman, 2014)

2.5 Cidera organ Intraabdomen

Cedera organ intraabdomen yang didapatkan umumnya merupakan organ solid, terutama limpa dan hati.

1. Cedera Hati atau Hepar

Hati adalah organ terbesar pada rongga abdomen yang letaknya terlindung dengan baik, namun organ tersebut sering mengalami cedera selain organ limpa. Cedera organ hati paling utama disebabkan karena ukurannya, lokasinya dan kapsulnya yang tipis yang disebut Glisson capsule. Cedera organ hati umumnya cedera akibat trauma tumpul. Hati menempati hampir seluruh regio hypochondrica dextra, sebagian di epigastrium dan seringkali meluas sampai ke regio hypochondrica sinistra sejauh linea mammilaria (Widjaja, 2009). Hati dapat mengalami cedera dikarenakan trauma tumpul ataupun trauma tembus. Hati merupakan organ yang sering mengalami laserasi. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh M Soemarmo yang berjudul hubungan peningkatan tekanan intravesika urinaria dengan perdarahan intraperitoneal akibat trauma tumpul abdomen menyatakan bahwa ruptur hepar menjadi salah

satu cedera organ intraabdomen yang sering terjadi dan dilakukan tindakan operasi laparatomi (Soemarko, 2004)

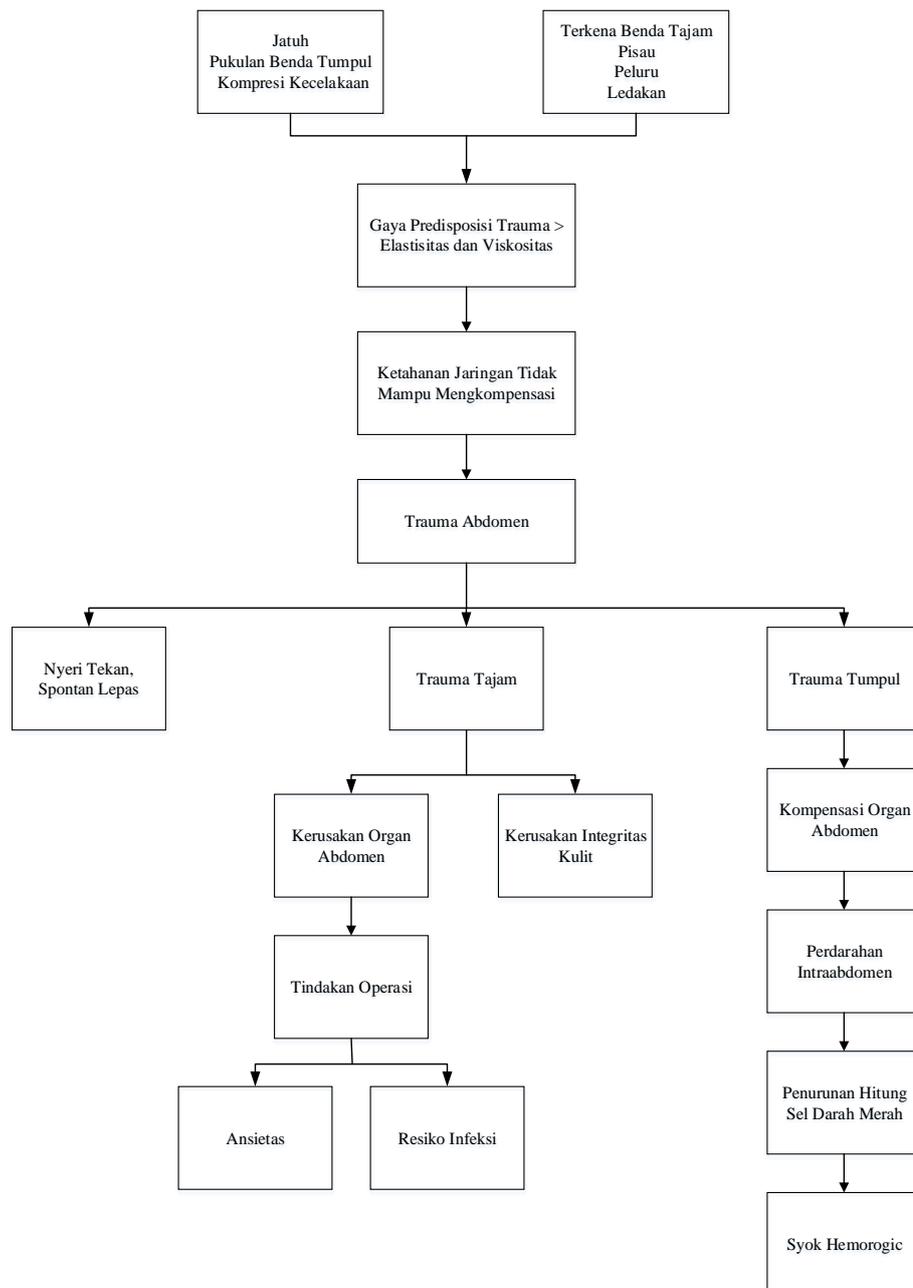
2. Cedera Limpa atau Lien

Limpa merupakan suatu organ dari sistem reticulo-endothelial, yang merupakan jaringan limfe (limfoid) terbesar dari tubuh. Limpa berukuran kira-kira sebesar kepalan tangan dan terletak tepat di bawah hemidiafragma kiri. Proyeksi letak limpa pada abdomen yaitu berada di hypocondriaca sinistra. Organ ini terletak di kuadran kiri atas dorsal abdomen, menempel pada permukaan bawah diafragma dan terlindung oleh lengkung iga. Limpa atau lien merupakan organ yang sering cedera pada saat terjadi trauma tumpul abdomen. Cedera limpa merupakan kondisi yang membahayakan jiwa karena adanya perdarahan yang hebat. Limpa terletak tepat di bawah rangka thorak kiri, tempat yang rentan untuk mengalami perlukaan. Robeknya limpa menyebabkan banyaknya darah yang ada di rongga abdomen. Cedera pada limpa biasanya disebabkan hantaman pada abdomen kiri atas atau abdomen kiri bawah. Kejadian yang paling sering menyebabkan cedera limpa adalah kecelakaan olahraga, perkelahian dan kecelakaan mobil (Wiargitha, Prediktor Klinis Lesi Intaodomen Pada Penderita Trauma Tumpul Abdomen Yang Dirawat Konservatif Di Rumah Sakit Sanglah Denpasar, 2017). Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Mochamad Aleq Sander yang berjudul Pendekatan diagnosis dan penatalaksanaan pada pasien rupture lien akibat trauma abdomen yang menyebutkan bahwa rupture lien sering disebabkan akibat trauma tumpul pada perut bagian atas dengan manifestasi klinis berupa anemis, peritonismus, dan adanya Kerb' sign sebagai tanda patognomosi, dan tindakan splenektomy total dilakukan apabila lien tidak memungkinkan untuk dipertahankan akibat robekan parenkim yang berat disertai perdarahan aktif yang hebat (Sander, 2018).

2.6 Patofisiologi Trauma Tumpul

Trauma abdomen terjadi karena trauma (tumpul dan penetrasi), infeksi, iritasi dan obstruksi. Kemungkinan jika terjadi perdarahan intraabdomen yang

serius pasien akan memperlihatkan tanda tanda iritasi yang disertai penurunan hitung sel darah merah dan akhirnya gambaran klinis syok hemoragik atau syok hipovolemik. Bila suatu organ visceral mengalami perforasi. Tanda tanda dalam trauma abdomen tersebut meliputi nyeri tekan, nyeri spontan, nyeri lepas dan distensi abdomen tanpa bising usus. Bila syok telah lanjut pasien akan mengalami takikardi, peningkatan suhu tubuh , juga terdapat leukositosis (R Sjamsuhidajat, 2012).



Gambar 2.2 Pathway Trauma Abdomen (Amin, 2013)

2.7 Penatalaksanaan Trauma Tumpul Abdomen

Masalah sirkulasi merupakan masalah pada primary survey yang sering dihadapi pada pasien trauma tumpul abdomen. Syok karena perdarahan harus bisa dinilai secepat mungkin untuk tindakan lebih lanjut. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Irma Liani yang berjudul Modalitas diagnostic pada kasus kegawatdaruratan trauma tumpul abdomen menyebutkan bahwa Penegakan diagnosis dapat berupa pemeriksaan Focus Assesment with Sonography in Trauma merupakan pemeriksaan yang cepat, non invasif, dan dapat dilakukan pada kondisi hemodinamik pasien tidak stabil. Pemeriksaan *Focus Assesment with Sonography in Trauma* (FAST) menurunkan angka penggunaan CT Scan dari 56% menjadi 26% tanpa meningkatkan resiko kepada pasien. Selanjutnya pemeriksaan *Deep Peritoneal Lavage* (DPL) dapat menentukan jenis cairan intraperitoneal penyebab, lebih sensitif dan spesifik menentukan penyebab dari cedera pada organ berongga dan cedera mesentrik. *Blunt Abdominal Trauma Scoring System* (BATS) memberikan sistem skor dengan akurasi tinggi dalam mendiagnosis cedera organ intra-abdomen pada pasien trauma tumpul abdomen berdasarkan gambaran klinis seperti riwayat pasien, pemeriksaan fisik dan FAST. (Irma Liani, Modalitas Diagnostik Pada Kasus Kegawatdaruratan Trauma Tumpul Abdomen, 2019). Sejalan pemeriksaan skoring yang cepat menggunakan FAST, DPL, BATS. Pemeriksaan penunjang juga sangat diperlukan untuk mendiagnosa trauma intrarabdomen diantaranya :

1. Pemeriksaan darah rutin, yaitu kadar Hemoglobin, Hematokrit, angka Leukosit karena terjadi perdarahan maka akan terjadi penurunan hemoglobin, hematokrit, dan disertai peningkatan leukosit. Hemoglobin diperiksa berulang kali secara serial untuk mengetahui penurunan yang bertahap.
2. Untuk membantu menentukan adanya darah bebas didalam rongga peritoneum yang meragukan dapat dilakukan: Peritoneum lavage adalah tindakan melakukan bilasan rongga perut dengan memasukkan \pm 1 liter cairan air garam fisiologis (NaCl 0,9%) yang steril melalui kanul dimasukkan kedalam rongga peritoneum,

setelah 10-15 menit cairan tadi dikeluarkan lagi, bila cairan yang keluar berwarna merah, maka kesimpulannya adalah ada darah dalam rongga perut. Menurunnya hematokrit disertai dengan perasaan nyeri yang tetap pada perut kiri atas, ada kalanya memerlukan peritoneal lavage yang kedua meskipun peritoneal lavage yang pertama memberi hasil yang negatif.

3. Pemeriksaan foto abdomen, yaitu foto polos abdomen 3 posisi, yang perlu diperhatikan adalah adanya gambaran patah tulang iga sebelah kiri, peninggian diafragma kiri, bayangan lien yang membesar, dan udara bebas intra atau retroperitoneal. Pada foto polos abdomen memperlihatkan pendorongan lambung atau kolon transversa, dan peningkatan suatu bayangan opak di hipokondrium atas kiri, obliterasi pada ginjal kiri, bayangan psoas kiri dan hemidiafragma kiri naik.
4. Pemeriksaan angiografi, khususnya pada penderita yang gawat dimana dapat diketahui dengan pasti adanya kerusakankerusakan pada lien baik kerusakan berat maupun ringan.
5. Pemeriksaan CT scan dengan cara sekarang yang sangat populer ini dapat kita menentukan diagnosis pasti dari ruptur lien. Selain untuk mendiagnosis, scanning dapat dipakai untuk mengevaluasi berat ringannya kerusakan, untuk pengamatan lebih lanjut, dan untuk melihat penyembuhan dan kerusakan pada lien. Hal ini sangat berguna bila kita mengobati penderita ruptur lien secara konservatif. Dengan scanning dapat dilihat bahwa 2 sampai 5 bulan setelah trauma pada lien, gambaran lien dapat sudah normal kembali apabila dibandingkan dengan angiografi, scanning mempunyai ketelitian yang sama dengan morbiditas yang lebih rendah. (Sander, 2018).

Setelah dilakukan penilaian cepat dan dilakukan pemeriksaan penunjang penatalaksanaan terhadap trauma intraabdomen ialah dilakukan tindakan operatif, tindakan operatif merupakan tindakan terakhir yang dapat dilakukan apabila trauma intraabdomen dalam level

yang besar. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Indah yang berjudul Hubungan penatalaksanaan operatif trauma abdomen dan kejadian laparatomi negative di RSUP Prof Dr Kandou Manado menyatakan bahwa Hasil penelitian dari 37 pasien dengan trauma abdomen dan dilakukan laparotomi mendapatkan hasil laparotomi positif (78,4%) lebih banyak dibandingkan laparotomi negatif (21,6%). Hasil uji *Fischer Exact* terhadap hubungan penatalaksanaan operatif trauma abdomen dengan kejadian laparotomi negatif menunjukkan nilai $P = 0,058 (<0,0001)$. Hal ini memperlihatkan bahwa hasil laparotomi baik positif maupun negatif bukan didasarkan pada jenis trauma tetapi berdasarkan hasil temuan intraoperatif (Indah J Umboh, 2016).

2.8 Laparatomi dan Laparatomi Eksplorasi

Laparotomi merupakan prosedur pembedahan yang melibatkan suatu insisi pada dinding abdomen hingga ke cavitas abdomen . Laparatomi merupakan teknik sayatan yang dilakukan pada daerah abdomen yang dapat dilakukan pada bedah digestif dan obgyn. Adapun tindakan bedah digestif yang sering dilakukan dengan teknik insisi laparatomi ini adalah herniotomi, gasterektomi, kolesistoduodenostomi, hepatoektomi, splenektomi, apendektomi, kolostomi, hemoroidektomi dan fistulotomi. Sedangkan tindakan bedah obgyn yang sering dilakukan dengan tindakan laparatomi adalah berbagai jenis operasi pada uterus, operasi pada tuba fallopi, dan operasi ovarium, yang meliputi histerektomi, baik histerektomi total, radikal, eksenterasi pelvic, salpingooferektomi bilateral (Smeltzer, 2011). Laparatomi eksplorasi merupakan suatu tindakan pembedahan pada perut dengan cara melakukan sayatan atau pemotongan pada rongga perut dan mencari sumber kelainan. Biasanya laparatomi eksplorasi dilakukan pada kasus perdarahan pada organ perut bagian dalam (intra abdomen) sehingga memerlukan tindakan tersebut untuk mencari sumber perdarahan. Kemudian setelah ditemukan sumber perdarahan dokter bedah akan melanjutkan tindakan yang sesuai dengan kelainan yang ditemukan.

Prosedur tindakan laparatomi:

1. Tim bedah cuci tangan bedah
2. Tim bedah memakai gaun operasi dan handscoon steril
3. Instrumentator menata alat instrumen di meja instrument
4. Desinfeksi area operasi dengan povidone iodine 3%
5. Drapping dengan 3 buah doek besar dan 2 buah doek kecil kemudian klem dengan doek klem
6. Memasang kabel diathermi, selang suction dan kanule suction klem dengan doek klem
7. Memberikan intruksi bahwa operasi sudah siap untuk dilaksanakan
8. Memberikan pinset chirurgis dan scapel beserta bisturi untuk insisi kulit
9. Memberika kassa, diathermi, dan pinset chirurgis untuk merawat perdarahan
10. Memberikan retraktor
11. Memberikan diathermi untuk memperdalam insisi
12. Memberikan scapel untuk insisi facia
13. Memberikan pinset anatomis dan gunting metzembraum untuk memperlebar robekan facia
14. Memberikan arteri klem dan kocher untuk menjepit facia
15. Memberikan kembali retraktor (langen back)
16. Memberikan gunting metzembraum untuk menyisahkan otot
17. Memberikan pinset chirurgis dan gunting metzembraum untuk membuka peritoneum
18. Memberikan biggauze yang telah dibasahi oleh Nacl 0,9% untuk memperjelas lapas operasi
19. Memberikan steel depper untuk eksplorasi perdarahan
20. Ditemukan laserasi
21. Memberikan nalvoerder dengan benang chromic 1 beserta pinset anatomis untuk menjahit bagian laserasi
22. Memberikan steel depper dan mengguyur Nacl 0,9% hangat untuk mencuci

23. Mengontrol perdarahan
24. Memberikan mculic untuk menjepit peritoneum
25. Inventarisasi kassa, kassa biggauze dan instrumen yang telah digunakan
26. Memberikan nalvoerder dengan benang chromic 1 dan pinset anatomis untuk menjahit lapis demi lapis pada area lapisan abdomen
27. Bersihkan kulit dari sisa darah dan antiseptik, keringkan
28. Tutup luka dengan tule, kassa, dan di plester menggunakan hipafix
29. Bereskan alat

2.9 Askep Perioperative

Keperawatan perioperatif tidak lepas dari salah satu ilmu medis yaitu ilmu bedah. Menurut , (Barokah, 2012) keperawatan perioperatif terdiri dari beberapa fase, diantaranya pre, intra, dan post operatif. Berikut dijelaskan konsep asuhan keperawatan perioperatif berdasarkan fase pre, intra, dan post operatif:

1. Pengkajian

a. Pengkajian fase pre operatif

1. Pengkajian Psikologis, meliputi perasaan takut/cemas dan keadaan emosi pasien
2. Pengkajian Fisik, pengkajian tanda-tanda vital : tekanan darah, nadi, pernafasan dan suhu.
3. Sistem integument, apakah pasien pucat, sianosis dan adakah penyakit kulit di area badan.
4. Sistem Kardiovaskuler
 - I : Ictus Cordis tidak tampak
 - P : Ictus Cordis teraba kuat di klavikula intercosta V sinistra
 - P : Terdengar pekak
 - A : Bunyi jantung (S1 S2) regular, tidak ada suara jantung tambahan

5. Sistem pernafasan

I : Pergerakan dinding dada simetris antara kanan dan kiri, tidak tampak penggunaan otot bantu napas, RR: 23x/menit

P : Terdengar sonor diseluruh lapang paru, tidak terdapat nyeri tekan

P : Fermitus vocal sama antara kanan dan kiri

A : Terdengar vasikuler diseluruh lapang paru

6. Sistem gastrointestinal

I : Tampak jejas pada daerah abdomen

A : Peristaltik usus terdengar lemah

P :Terdapat nyeri nyeri tekan , terdapat distensi abdomen

P : Terdengar pekak

7. Sistem reproduksi, bersih terpasang DC

8. Validasi persiapan fisik pasien, apakah pasien puasa, lavement, kapter, perhiasan, pakaian pasien perlengkapan operasi dan validasi apakah pasien alaergi terhadap obat

b. Pengkajian fase intra operatif

Hal-hal yang dikaji selama dilaksanakannya operasi bagi pasien yang diberi anaesthesi total adalah yang bersifat fisik saja, sedangkan pada pasien yang diberi anaesthesilokal ditambah dengan pengkajian psikososial. Secara garis besar yang perlu dikaji adalah :

1. Pengkajian mental, bila pasien diberi anaesthesi lokal dan pasien masih sadar / terjaga maka sebaiknya perawat menjelaskan prosedur yang sedang dilakukan terhadapnya danmemberi dukungan agar pasien tidak cemas/takut menghadapi prosedur tersebut.

2. Pengkajian fisik, tanda-tanda vital (bila terjadi ketidaknormalan maka perawat harusmemberitahukan ketidaknormalan tersebut kepada ahli bedah).

3. Transfusi dan infus, monitor flabot sudah habis apa belum.

4. Pengeluaran urin, normalnya pasien akan mengeluarkan urin sebanyak 1 cc/kg BB/jam.

c. Pengkajian fase post operatif

1. Status respirasi, meliputi: kebersihan jalan nafas, kedalaman pernafasaan, kecepatan dan sifat pernafasan dan bunyi nafas.
2. Status sirkulasi, meliputi: nadi, tekanan darah, suhu dan warna kulit.
3. Status neurologis, meliputi tingkat kesadaran.
4. Balutan, meliputi: keadaan drain dan terdapat pipa yang harus disambung dengan sistem drainage.
5. Kenyamanan, meliputi: terdapat nyeri, mual dan muntah
6. Keselamatan, meliputi: diperlukan penghalang samping tempat tidur, kabel panggil yang mudah dijangkau dan alat pemantau dipasang dan dapat berfungsi.
7. Perawatan, meliputi: cairan infus, kecepatan, jumlah cairan, kelancaran cairan. Sistem drainage: bentuk kelancaran pipa, hubungan dengan alat penampung, sifat dan jumlah drainage.
8. Nyeri, meliputi: waktu, tempat, frekuensi, kualitas dan faktor yang memperberat /memperingan.

2. Diagnosa keperawatan perioperatif

a. Pre operatif

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pcedera fisik (trauma)

b. Intra operatif

1. Resiko syok hipovolemik berhubungan dengan kehilangan cairan aktif

c. Post operatif

1. Hipotermi berhubungan dengan prosedur pembedahan

Tabel 2.1 Daftar Diagnosa dan Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
1	Nyeri akut b/d agen pencedera fisik (trauma)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam nyeri berkurang atau hilang Denfan Kriterion hasil: ✓ Pasien Mengatakan nyerinya berkurang atau hilang ✓ Skala nyeri (0-1)	1. Identifikasi ulang lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Berikan teknik non farmakologis (napas dalam) untuk mengurangi rasa nyeri 5. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 6. Fasilitasi istirahat dan tidur 7. Kolaborasi : pemberian analgetik	1. Mengetahui karakteristik nyeri 2. Untuk mengetahui skala nyeri 3. Untuk mengetahui respon nyeri non verbal 4. Untuk mengurangi nyeri 5. Untuk mengurangi sensasi nyeri 6. Membuat lebih nyaman 7. Untuk mengurangi nyeri
2	Hipovolemiab/d kehilangan cairan secara aktif	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam hipovolemi dapat teratasi dengan Dengan Kriteria hasil: ✓ TTV dalam batas normal	1. Periksa tanda dan gejala hipovolemia 2. Monitor intake dan output cairan 3. Menghitung kebutuhan cairan 4. Berikan posisi modified trendelenburg 5. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral 6. Kolaborasi pemberian cairan IV dan produk darah	1. Untuk mengetahui tanda dan gejala hipovolemia 2. Untuk mengetahui intake dan output cairan 3. Untuk mengetahui kebutuhan cairan pasien 4. Untuk membantu menstabilkan agar tidak kekurangan cairan 5. Untuk membantu menyeimbangkan cairan 6. Untuk membantu memenuhi

				kebutuhan cairan pasien
3	Hipotermi b/d prosedur pembedahan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam hipotermi dapat teratasi. Dengan Kriteria hasil: ✓ Suhu tubuh meningkat (36,5 - 37,5)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor suhu tubuh 2. Identifikasi penyebab hipotermia 3. Monitor tanda dan gejala akibat hipotermia 4. Sediakan lingkungan yang hangat 5. Anjurkan makan/ minum hangat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui suhu tubuh pasien 2. Untuk mengetahui penyebab hipotermia 3. Untuk mengetahui tanda dan gejala pada pasien 4. Untuk membantu menaikkan suhu tubuh pasien 5. Untuk membantu menaikkan suhu tubuh pasien

2.10 Jurnal Terkait

Berdasarkan penelitian yang dilakukan Indah dkk, 2016 yang berjudul Hubungan penatalaksanaan operatif trauma abdomen dan kejadian laparotomi negative di RSUP Prof Dr Kandou Manado yang menyatakan bahwa Hasil penelitian dari 37 pasien dengan trauma abdomen dan dilakukan laparotomi mendapatkan hasil laparotomi positif (78,4%) lebih banyak dibandingkan laparotomi negatif (21,6%). Hasil uji Fischer Exact terhadap hubungan penatalaksanaan operatif trauma abdomen dengan kejadian laparotomi negatif menunjukkan nilai $P = 0,058$ ($<0,0001$). Hal ini memperlihatkan bahwa hasil laparotomi baik positif maupun negatif bukan didasarkan pada jenis trauma tetapi berdasarkan hasil temuan intraoperative (Indah J Umboh, 2016)