

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Teori Trauma Abdomen

2.1.1 Pengertian

Menurut (Sjamsuhidayat, 2010) trauma adalah cedera fisik dan psikis atau kekerasan yang mengakibatkan cedera. Trauma abdomen adalah terjadinya atau kerusakan pada organ abdomen yang dapat menyebabkan perubahan fisiologi sehingga terjadi gangguan metabolisme, kelainan imunologi dan gangguan faal berbagai organ.

2.1.2 Jenis trauma abdomen

Menurut (Sjamsuhidayat, 2010)

2.1.2.1 Trauma pada abdomen

2.1.2.1.1 Trauma penetrasi : Trauma tembak dan trauma tusuk

2.1.2.1.2 Luka non-penetrasi : diklasifikasikan kedalam 3 mekanisme utama, yaitu tenaga kompresi *Compression or concussive forces*, dapat berupa hantaman langsung atau kompresi eksternal terhadap objek yang terfiksasi. Misalnya hancur akibat kecelakaan, atau sabuk pengaman yang salah (*seat belt injury*). Hal yang sering terjadi adalah hantaman, efeknya dapat menyebabkan sobek dan hematoma subkapsular pada organ padat visera. Hantaman juga dapat menyebabkan peningkatan tekanan intra lumen pada organ berongga dan menyebabkan ruptur. Pengeluaran darah yang banyak dapat berlangsung didalam kavum abdomen tanpa atau dengan adanya tanda-tanda yang dapat diamati oleh pemeriksaan, dan akhir-akhir ini kegagalan dalam mengenali perdarahan intra abdominal adalah penyebab utama kematian dini pasca trauma.

2.1.2.2 Trauma pada dinding abdomen

2.1.2.2.1 Kontusio dinding abdomen disebabkan trauma non-penetrasi. Kontusio dinding abdomen tidak terdapat cedera intra abdomen, kemungkinan

terjadi eksimosis atau penimbunan darah dalam jaringan lunak dan masa darah dapat menyerupai tumor

2.1.2.2.2 Laserasi, Jika terdapat luka pada dinding abdomen yang menembus rongga abdomen harus di eksplorasi, atau terjadi karena trauma penetrasi

2.1.2.3 Trauma abdomen pada isi abdomen

2.1.2.3.1 Perporasi organ viseral intraperitoneum

Cedera pada isi abdomen mungkin disertai oleh bukti adanya cedera pada dinding abdomen.

2.1.2.3.2 Luka tusuk (trauma penetrasi) pada abdomen

2.1.2.3.3 Cedera thorax abdomen

Setiap luka pada thorax yang mungkin menembus sayap kiri diafragma, atau sayap kanan dan hati harus di eksplorasi.

2.1.3 Etiologi

Menurut (Sjamsuhidayat, 2010), penyebab trauma penetrasi adalah luka akibat terkena tembakan, luka akibat terkena benda tajam, luka akibat tusukan. Sedangkan penyebab trauma non penetrasi adalah tekanan kompresi atau tekanan dari luar tubuh, hancur (tertabrak mobil), terjepit sabuk pengaman, dan cidera akselerasi.

2.1.4 Patofisiologi

Menurut (Musliha, 2010), jika terjadi trauma penetrasi atau non-penetrasi kemungkinan terjadi pendarahan intra abdomen yang serius, pasien akan memperlihatkan tanda-tanda iritasi yang disertai penurunan hitung sel darah merah yang akhirnya gambaran klasik syok hemoragik. Bila suatu organ viseral mengalami perforasi, maka tanda-tanda perforasi, tanda-tanda iritasi peritoneum cepat tampak. Tanda-tanda dalam trauma abdomen tersebut meliputi nyeri tekan, nyeri spontan, nyeri lepas dan distensi abdomen tanpa bising usus bila telah terjadi peritonitis umum. Bila syok telah lanjut pasien mengalami takikardi dan peningkatan suhu tubuh, juga terdapat leukositosis.

2.1.5 Tanda dan gejala

Kasus trauma abdomen ini bisa menimbulkan manifestasi klinis menurut (Sjamsuhidayat, 2010) meliputi: nyeri tekan diatas daerah abdomen, distensi abdomen, demam, anorexia, mual dan muntah, takikardi, peningkatan suhu tubuh, dan nyeri spontan.

2.1.5.1 Penetrasi non penetrasi (tumpul)

- a) Jejas atau ruptur di bagian dalam abdomen
- b) Terjadi perdarahan intra abdominal

2.1.5.2 Pada trauma penetrasi

- a) Terdapat luka robekan pada abdomen
- b) Luka tusuk sampai menembus abdomen
- c) Penanganan yang kurang tepat memperbanyak perdarahan

2.1.6 Pemeriksaan penunjang dan hasilnya

2.1.6.1 Pemeriksaan rotgen

Pemeriksaan rotgen servikal lateral, toraks anteroposterior (AP), dan pelvis

2.1.6.2 Diagnostik peritoneal lavage (DPL)

DPL merupakan tes cepat dan akurat yang digunakan untuk mengidentifikasi cedera intra abdomen setelah trauma tumpul pada pasien hipotensi atau tidak responsif tanpa indikasi yang jelas untuk eksplorasi abdomen. Pemeriksaan ini harus dilakukan oleh tim bedah yang merawat penderita dengan hemodinamik abnormal dan menderita multitrauma.

2.1.6.3 Ultrasound diagnostik (USG)

USG digunakan untuk evaluasi pasien dengan trauma tumpul abdomen. Tujuan evaluasi USG untuk mencari cairan intraperitoneal bebas.

2.1.6.4 Computer Tomography Abdomen (CT Scan Abdomen)

CT adalah metode yang paling sering digunakan untuk mengevaluasi pasien dengan trauma abdomen tumpul yang stabil

2.1.6.5 Pemeriksaan darah rutin

Pemeriksaan hemoglobin diperlukan untuk base line data bila terjadi perdarahan terus menerus. Demikian pula dengan pemeriksaan hematokrit.

Pemeriksaan leukosit yang melebihi 20.000/mm tanpa terdapatnya infeksi menunjukkan adanya perdarahan cukup banyak kemungkinan ruptura lienalis. Serum amilase yang meninggi menunjukkan kemungkinan adanya trauma pankreas atau perforasi usus halus. Kenaikan transaminase menunjukkan adanya kemungkinan trauma pada hepar

2.1.7 Penatalaksanaan medis

2.1.7.1 Abdominal paracentesis

Menentukan adanya perdarahan dalam rongga peritoneum, merupakan indikasi untuk laparatomi

2.1.7.2 Pemeriksaan laparaskopi

Mengetahui secara langsung penyebab abdomen akut

2.1.7.3 Pemasangan NGT

Memeriksa cairan yang keluar dari lambung pada trauma abdomen

2.1.7.4 Pemberian antibiotik

2.1.7.5 Tindakan operasi laparatomi

2.2 Teori Laparatomi

2.2.1 Pengertian laparatomi

Menurut (Sjamsuhidayat, 2010), laparatomi 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 . Laparatomi termasuk salah satu prosedur pembedahan mayor, dengan melakukan penyayatan pada lapisan-lapisan dinding abdomen untuk mendapatka bagian organ abdomen yang mengalami masalah (pendarahan, perforasi, kanker, dan obstruksi).

2.2.2 Tujuan tindakan laparatomi

Menurut (Smeltzer, S. C., 2014), prosedur ini dapat direkomendasikan pada pasien yang mengalami nyeri abdomen yang tidak diketahui penyebabnya atau pasien yang mengalami trauma abdomen. Laparatomi

eksplorasi digunakan untuk mengetahui sumber nyeri atau akibat trauma dan perbaikan bila diindikasikan.

2.2.3 Indikasi laparatomi

2.2.3.1 Trauma abdomen (tumpul atau tajam)

Menurut (Ignaticus & Workman, 2010), trauma abdomen didefinisikan sebagai kerusakan terhadap struktur yang terletak diantara diafragma dan pelvis yang diakibatkan oleh luka tumpul atau. Trauma tumpul (trauma perut tanpa penetrasi kedalam rongga peritoneum) yang dapat disebabkan oleh pukulan, benturan, ledakan, deselerasi, kompresi atau sabuk pengaman (*sit-belt*).

2.2.4 Penatalaksanaan Laparatomi

Menurut (Yenichrist, 2008) ada 4 cara insisi pembedahan yaitu:

2.2.4.1 Midline incision

Metode insisi yang paling sering digunakan, karena sedikit perdarahan, eksplorasi dapat lebih luas, cepat dibuka dan ditutup, serta tidak memotong ligamen dan saraf. Namun demikian, kerugian jenis insisi ini adalah terjadinya hernia cikatrialis. Indikasinya pada eksplorasi gaster, pankreas, hepar, dan lien serta dibawah umbilikus untuk eksplorasi ginekologis, rektosigmoid, dan organ dalam pevis.

2.2.4.2 Paramedian incision

Paramedian incision yaitu sedikit ketepi dari garis tengah ($\pm 2,5$ cm), panjang (12,5 cm). Terbagi atas 2 yaitu, paramedian kanan dan kiri, dengan indikasi pada jenis operasi lambung, eksplorasi pankreas, organ pelvis, usus bagian bawah, serta plenektomi. Paramedian insicion memiliki keuntungan antara lain : merupakn bentuk insisi anatomis dan fisiologis, tidak memotong ligamen dan saraf, dan insisi mudah diperluas ke arah atas dan bawah.

2.2.4.3 Transverse upper abdomen incision

Insisi dibagian atas, misalnya pembedahan colesistotomy dan splenektomy.

2.2.4.4 *Transverse lower abdomen incision*

Insisi melintang dibagian bawah \pm 4 cm diatas anterior spinal iliaka, misalnya pada operasi appendectomy.

2.2.5 **Pemeriksaan penunjang**

Pemeriksaan penunjang menurut (Musliha, 2010)

2.2.5.1 Pemeriksaan rektum : adanya darah menunjukkan kelainan pada usus besar ; kuldosentesi, kemungkinan adanya darah dalam lambung ; dan kateterisasi, adanya darah menunjukkan adanya lesi pada saluran kencing.

2.2.5.2 Laboratorium : hemoglobin, hematokrit, leukosit dan analisis urine.

2.2.5.3 Radiologik : bila diindikasikan untuk melakukan laparatomi.

2.2.5.4 IVP/sistogram : hanya dilakukan bila ada kecurigaan terhadap trauma saluran kencing.

2.2.5.5 Parasentesis perut : tindakan ini dilakukan pada trauma tumpul perut yang diragukan adanya kelainan dalam rongga perut atau trauma tumpul perut yang disertai dengan trauma kepala yang berat, dilakukan dengan menggunakan jarum pungsi no 18 atau 20 yang ditusukkan melalui dinding perut didaerah kuadran bawah atau digaris tengah dibawah pusat dengan menggosokkan buli-buli terlebih dahulu.

2.2.5.6 Lavase peritoneal : pungsi dan aspirasi/bilasan rongga perut dengan memasukkan cairan garam fisiologis melalui kanula yang dimasukkan kedalam rongga peritonium.

2.2.6 **Komplikasi post laparatomi**

Menurut (Sugeng Jitowiyono, 2010) komplikasi post laparatomi

2.2.6.1 Gangguan perfusi jaringan sehubungan dengan tromboplebitis.

Tromboplebitis post operasi biasanya timbul 7-14 hari setelah operasi. Bahaya besar tromboplebitis timbul bila darah tersebut lepas dari dinding pembuluh darah vena dan ikut aliran darah sebagai emboli ke paru-paru, hati, dan otak. Pencegahan tromboplebitis yaitu latihan kaki post operasi, ambulatif dini dan kaos kaki TED yang dipakai klien sebelum mencoba ambulatif

2.2.6.2 Buruknya integritas kulit sehubungan dengan luka infeksi.

Infeksi luka sering muncul pada 36-46 jam setelah operasi. Organisme yang paling sering menimbulkan infeksi adalah stafilokokus aureus, organisme, gram positif. Stafilokokus mengakibatkan pernanahan. Untuk menghindari infeksi luka yang paling penting adalah perawatan luka dengan memperhatikan aseptik dan antiseptik

2.2.6.3 Bentuk integritas kulit sehubungan dengan dehisensi luka atau eviserasi.

Dehisensi luka merupakan terbukanya tepi-tepi luka. Eviserasi luka merupakan keluarnya organ-organ dalam melalui insisi. Faktor penyebab dehisensi atau eviserasi adalah infeksi luka, kesalahan menutup waktu pembedahan, ketegangan yang berat pada dinding abdomen sebagai akibat dari batuk dan muntah.

2.2.7 Perawatan post laparatomi

Perawatan post laparatomi adalah bentuk pelayanan perawatan yang diberikan kepada pasien-pasien yang telah menjalani operasi pembedahan perut. Tujuan perawatan post laparatomi:

2.2.7.1 Mengurangi komplikasi akibat pembedahan

2.2.7.2 Mempercepat penyembuhan

2.2.7.3 Mengembalikan fungsi pasien semaksimal mungkin seperti sebelum operasi

2.2.7.4 Mempertahankan konsep diri pasien

2.2.7.5 Mempersiapkan pasien pulang

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pre operasi

2.3.1.1 Pengkajian pre operasi

Pengkajian di ruang pra operasi perawat melakukan pengkajian ringkas mengenai kondisi fisik pasien dengan kelengkapannya yang berhubungan dengan pembedahan. Pengkajian ringkas tersebut berupa validasi, kelengkapan administrasi, tingkat kecemasan, pengetahuan pembedahan, pemeriksaan fisik terutama tanda-tanda vital, dan kondisi abdomen .(Muttaqin, 2009)

Pengkajian adalah langkah awal dan dasar dalam proses keperawatan secara menyeluruh. Pengkajian pasien pre operasi meliputi:

- 2.3.1.1.1 Identitas pasien meliputi:
Nama, umur, jenis kelamin, suku/bangsa, agama, pekerjaan, pendidikan, golongan darah, alamat, nomor registrasi, tanggal masuk rumah sakit, dan diagnosa
- 2.3.1.1.2 Ringkasan hasil anamnesa pre operasi
Keluhan ketika pasien dirawat sampai dilakukan tindakan sebelum operasi
- 2.3.1.1.3 Pengkajian psikologis, meliputi perasaan takut/cemas dan keadaan emosi pasien
- 2.3.1.1.4 Pengkajian fisik, pengkajian tanda-tanda vital: tekanan darah, nadi, pernafasan dan suhu.
- 2.3.1.1.5 Sistem integument, apakah pasien pucat, sianosis dan adakah penyakit kulit di area badan.
- 2.3.1.1.6 Sistem kardiovaskuler, apakah ada gangguan pada sistem cardio, validasi apakah pasien menderita penyakit jantung, kebiasaan minum obat jantung sebelum operasi, kebiasaan merokok, minum alkohol, oedema, irama dan frekuensi jantung.
- 2.3.1.1.7 Sistem pernafasan, apakah pasien bernafas teratur
- 2.3.1.1.8 Sistem abdomen apakah pasien mengalami jejas dan nyeri pada abdomen
- 2.3.1.1.9 Sistem reproduksi, apakah pasien wanita mengalami menstruasi?
- 2.3.1.1.10 Sistem saraf, bagaimana kesadaran?
- 2.3.1.1.11 Validasi persiapan fisik pasien, apakah pasien puasa, lavement, kaptur, perhiasan, make up, scheren, pakaian pasien perlengkapan operasi dan validasi apakah pasien alergi terhadap obat?

2.3.1.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis tentang respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan, sebagai dasar seleksi

intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan sesuai dengan kewenangan perawat.(Setiadi,2012)

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien pre operasi yaitu ansietas, nyeri abdomen dan resiko perdarahan.

2.3.1.3 Rencana keperawatan

Rencana intervensi difokuskan pada kelancaran persiapan pembedahan, dukungan prabedah dan pemenuhan informasi. Persiapan pembedahan dilakukan secara umum seperti pembedahan lainnya dengan penggunaan anastesi general. Pasien perlu dipuaskan 6 jam sebelum pembedahan dan mencukur area pubis . kelengkapan *informed consent* perlu diperhatikan perawat. (Muttaqin,2009).

Menurut SDKI (2018) Intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan 2 diagnosa diatas adalah :

Ansietas b.d Krisis Situasional

Intervensi :

Observasi :

- Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (misal : kondisi, waktu, stresor)
- Identifikasi kemampuan mengambil keputusan
- Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal)

Teraupetik :

- 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

Edukasi :

- Jelaskan prosedur serta sensasi yang mungkin dialami
- Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis
- Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien
- 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

Kolaborasi :

- Kolaborasi pemberian obat antiansietas, *jika perlu*

Nyeri akut b.d agen pencidera fisiologis

Intervensi :

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

Edukasi :

- Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri
- Jelaskan strategi meredakan nyeri
- Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
- Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian analgetik , *jika perlu*

2.3.2 Intra operasi

Fase intraoperatif dimulai ketika pasien masuk atau dipindah ke instalasi bedah dan berakhir saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan.

Pada fase ini lingkup aktivitas keperawatan mencakup :

2.3.2.1 Ruang sementara (*Holding area*)

Perawat dapat menjelaskan tahap-tahap yang akan dilaksanakan untuk menyiapkan klien menjalani pembedahan. Perawat diruang tahanan sementara biasanya adalah bagian dari petugas ruang operasi dan menggunakan pakaian, topi, dan alas kaki khusus ruang operasi sesuai dengan kebijakan pengontrolan infeksi rumah sakit. Beberapa tempat bedah sehari, perawat primer perioperatif menerima kedatangan klien, menjadi perawat sirkulator selama prosedur berlangsung, dan mengelola pemulihan serta kepulangan klien.

Di dalam ruangan tahanan sementara, perawat, anesthesi, atau ahli anesthesi memasang kateter infus ke tangan klien untuk memberikan prosedur rutin penggantian cairan dan obat-obatan melalui intravena. Biasanya menggunakan kateter IV yang berukuran besar agar pemasukan cairan menjadi lebih mudah. Perawat juga memasang manset tekanan darah. Manset juga terpasang pada lengan klien selama pembedahan berlangsung sehingga ahli anesthesi dapat mengkaji tekanan darah klien.

2.3.2.2 Kedatangan ke ruang operasi

Perawat ruang operasi mengidentifikasi dan keadaan klien, melihat kembali lembar persetujuan tindakan, riwayat kesehatan, hasil pemeriksaan fisik, dan berbagai hasil pemeriksaan. Pastikan bahwa alat prostese dan barang berharga telah dilepas dan memeriksa kembali rencana perawatan preoperatif yang berkaitan dengan intraoperatif.

2.3.2.3 Pemberian anestesi

Anestesi umum klien yang mendapat anestesi umum akan kehilangan seluruh sensasi dan kesadarannya. Relaksasi mempermudah manipulasi anggota tubuh. Klien juga mengalami amnesia tentang seluruh proses yang terjadi selama pembedahan yang menggunakan anestesi umum melibatkan prosedur mayor, yang membutuhkan manipulasi jaringan yang luas.

Ahli anestesi memberi anestesi umum melalui jalur Intra vena dan inhalasi melalui empat tahap anestesi. Tahap 1 dimulai saat klien masih sadar, klien menjadi pusing dan kehilangan kesadaran secara bertahap, dan status analgesic dimulai. Tahap 2 adalah eksitasi, otot kelen kadang-kadang menegang dan hampir kejang, reflek menelan dan muntah tetap ada, dan pola nafas klien mungkin menjadi tidak teratur. Tahap 3 dimulai pada saat irama pernafasan mulai teratur, fungsi vital terdepresi. Tahap 4 adalah tahap depresi pernafasan lengkap.

2.3.2.4 Pengaturan posisi klien selama pembedahan

Prinsip tindakan keperawatan selama pelaksanaan operasi yaitu pengaturan posisi karena posisi yang diberikan perawat akan mempengaruhi rasa nyaman pasien dan keadaan psikologis pasien. Pasien posisi supine (*dorsal recumbent*): laparotomi eksplorasi.

Faktor yang penting untuk diperhatikan dalam pengaturan posisi pasien adalah letak bagian tubuh yang akan dioperasi, umur dan ukuran tubuh pasien, jenis anestesi yang digunakan, nyeri/Sakit yang mungkin dirasakan oleh pasien bila ada pergerakan (arthritis).

2.3.2.5 Pemajanan area pembedahan

Pemajanan daerah bedah maksudnya adalah daerah mana yang akan dilakukan tindakan pembedahan. Pengetahuan tentang hal ini perawat dapat mempersiapkan daerah operasi dengan teknik drapping

2.3.2.6 Mempertahankan posisi sepanjang prosedur operasi

Posisi pasien di meja operasi selama prosedur pembedahan harus dipertahankan sedemikian rupa. Hal ini selain untuk mempermudah proses pembedahan juga sebagai bentuk jaminan keselamatan pasien dengan memberikan posisi fisiologis dan mencegah terjadinya injury.

2.3.2.7 Peran perawat selama pembedahan

a) Perawat instrumentator (*scrub nurse*)

Perawat instrumentator (*scrub nurse*) atau perawat sirkulator memberikan instrumen dan bahan-bahan yang di butuhkan oleh dokter bedah selama pembedahan berlangsung dengan menggunakan tehnik aspek pembedahan yang ketat dan terbiasa dengan instrumen pembedahan.

b) Perawat sirkulator

Perawat sirkulator adalah asisten perawat instrumentator dan dokter bedah. Perawat sirkulator membantu mengatur posisi klien dan menyediakan alat dan duk bedah yang dibutuhkan dalam pembedahan. Perawat sirkulator menyediakan bahan-bahan yang dibutuhkan perawat instrumentator, membuang alat dan spon kasa yang telah kotor, serta tetap hitung instrument jarum dan spon kasa yang telah digunakan. Perawat sirkulator juga dapat membantu mengubah posisi klien atau memindahkan posisi lampu operasi, perawat sirkulator juga menggunakan teknik aseptik bedah. Apabila teknik aseptik telah hilang, Perawat sirkulator membantu anggota tim bedah dengan mengganti dan memakai gaun dan sarung tangan steril. Prosedur ini mencegah tertinggalnya bahan-bahan tersebut di dalam luka bedah klien.

2.3.2.8 Pengkajian keperawatan

Pengkajian intra operasi secara ringkas mengkaji hal-hal yang berhubungan dengan pembedahan, diantaranya adalah validasi identitas dan prosedur jenis pembedahan yang dilakukan, serta konfirmasi kelengkapan data penunjang laboratorium dan radiologi.(Muttaqin,2009) .

2.3.2.9 Diagnosis keperawatan

Pasien yang dilakukan pembedahan akan melewati berbagai prosedur. Prosedur pemberian anastesi, pengaturan posisi bedah, manajemen aseptis dan prosedur bedah laparatomi akan memberikan komplikasi pada masalah keperawatan yang akan muncul yaitu resiko perdarahan dan resiko cedera berhubungan dengan prosedur operasi

2.3.2.10 Rencana keperawatan

Menurut SIKI (2018) Intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan diagnosa diatas adalah :

Risiko perdarahan

Intervensi :

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
- 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

Kolaborasi :

- Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, *jika perlu*
- Kolaborasi pemberian produk darah, *jika perlu*
- Kolaborasi pemberian pelunak tinja, *jika perlu*

Risiko tinggi cedera

Intervensi :

Observasi :

- Monitor tanda-tanda vital

Teraupetik :

- Pertahankan posisi pasien
- Dekatkan bed di samping pasien dan mengunci bed
- Lindungi organ vital
- Kolaborasi 2-3 orang tim bedah yang ada
- Angkat pasien secara bersamaan
- Berikan penyangga tempat tidur

2.3.2.11 Evaluasi keperawatan

Evaluasi terhadap masalah intra bedah secara umum dapat dinilai dari adanya kemampuan dalam mempertahankan status kesehatan, seperti normalnya tanda vital, kardiovaskular, pernapasan, ginjal, dan lain-lain.

2.3.3 Post operatif

Keperawatan post operatif adalah periode akhir dari keperawatan perioperatif. Selama periode ini proses keperawatan diarahkan pada menstabilkan kondisi pasien pada keadaan equilibrium fisiologis pasien, menghilangkan nyeri dan pencegahan komplikasi. Pengkajian yang cermat dan intervensi segera membantu pasien kembali pada fungsi optimalnya dengan cepat, aman dan nyaman.

2.3.3.1 Tahapan keperawatan post operatif

Pemindahan pasien dari kamar operasi ke ruang pemulihan atau unit perawatan pasca anestesi (PACU: post anesthesia care unit) memerlukan pertimbangan-pertimbangan khusus. Pertimbangan itu diantaranya adalah letak incisi bedah, perubahan vaskuler dan pemajanan. Letak incisi bedah harus selalu dipertimbangkan setiap kali pasien pasca operatif dipindahkan. Banyak luka ditutup dengan tegangan yang cukup tinggi, dan setiap upaya dilakukan untuk mencegah regangan sutura lebih lanjut. Selain itu pasien diposisikan sehingga ia tidak berbaring pada posisi yang menyumbat drain dan selang drainase.

Hipotensi arteri yang serius dapat terjadi ketika pasien digerakkan dari satu posisi ke posisi lainnya. Seperti posisi litotomi ke posisi horizontal atau dari posisi lateral ke posisi terlentang. Bahkan memindahkan pasien yang telah dianestesi ke brankard dapat menimbulkan masalah gangguan vaskuler juga, untuk itu pasien harus dipindahkan secara perlahan dan cermat. Segera setelah pasien dipindahkan ke brankard atau tempat tidur, gaun pasien yang basah (karena darah atau cairan lainnya) harus segera diganti dengan gaun yang kering untuk menghindari kontaminasi. Selama perjalanan transportasi tersebut pasien diselimuti dan diberikan pengikatan di atas lutut dan siku serta *side rail* harus dipasang untuk mencegah terjadi resiko *injury*. Selain hal tersebut di atas untuk mempertahankan keamanan dan kenyamanan pasien. Selang dan peralatan drainase harus ditangani dengan cermat agar dapat berfungsi dengan optimal. Proses transportasi ini merupakan tanggung jawab perawat sirkuler dan perawat anestesi dengan koordinasi dari dokter anestesi yang bertanggung jawab.

2.3.3.2 Perawatan post anestesi di ruang pemulihan (*recovery room*)

Setelah selesai tindakan pembedahan, pasien harus dirawat sementara di ruang pulih sadar (*recovery room*) sampai kondisi pasien stabil, tidak mengalami komplikasi operasi dan memenuhi syarat untuk dipindahkan ke ruang perawatan (bangsal perawatan).

PACU biasanya terletak berdekatan dengan ruang operasi. Hal ini disebabkan untuk mempermudah akses bagi pasien untuk :

- 2.3.3.2.1 Perawat yang disiapkan dalam merawat pasca operatif (perawat anastesi)
- 2.3.3.2.2 Ahli anastesi dan ahli bedah
- 2.3.3.2.3 alat monitoring dan peralatan khusus penunjang lainnya.

Alat monitoring yang terdapat di ruang ini digunakan untuk memberikan penilaian terhadap kondisi pasien. Jenis peralatan yang ada diantaranya adalah alat bantu pernafasan : oksigen, laringoskop, set trakheostomi, peralatan bronkhial, kateter nasal, ventilator mekanik dan peralatan suction. ss

- 2.3.3.2.4 Kriteria penilaian yang digunakan untuk menentukan kesiapan pasien untuk dikeluarkan dari PACU adalah fungsi pulmonal yang tidak terganggu, hasil oksimetri nadi menunjukkan saturasi oksigen yang adekuat, tanda-tanda vital stabil, termasuk tekanan darah, orientasi pasien terhadap tempat, waktu dan orang, haluaran urine tidak kurang dari 30 ml/jam, mual dan muntah dalam control, dan nyeri minimal

2.3.3.3 Transportasi pasien ke ruang rawat

Transportasi pasien bertujuan untuk mentransfer pasien menuju ruang rawat dengan mempertahankan kondisi tetap stabil. Jika mendapat tugas mentransfer pasien, pastikan *aldrete score post* anastesi 7 atau 8 yang menunjukkan kondisi pasien sudah cukup stabil. Waspada hal-hal berikut: henti nafas, vomitus, aspirasi selama transportasi. Faktor-faktor yang harus diperhatikan pada saat transportasi klien :

2.3.3.3.1 Perencanaan

Pemindahan klien merupakan prosedur yang dipersiapkan semuanya dari sumber daya manusia sampai dengan peralatannya.

2.3.3.3.2 Sumber daya manusia (ketenagaan)

Bukan sembarang orang yang bisa melakukan prosedur ini. Orang yang boleh melakukan proses transfer pasien adalah orang yang bisa menangani keadaan kegawatdaruratan yang mungkin terjadi sselama

transportasi. Perhatikan juga perbandingan ukuran tubuh pasien dan perawat. Harus seimbang.

2.3.3.3.3 *Equipment* (peralatan)

Peralatan yang dipersiapkan untuk keadaan darurat, misal : tabung oksigen, sampai selimut tambahan untuk mencegah hipotermi harus dipersiapkan dengan lengkap dan dalam kondisi siap pakai.

2.3.3.3.4 Prosedur

Beberapa pasien setelah operasi harus ke bagian radiologi dulu dan sebagainya, sehingga hendaknya sekali jalan saja. Prosedur-prosedur pemindahan pasien dan positioning pasien harus benar-benar diperhatikan demi keamanan dan kenyamanan pasien.

2.3.3.4 Pengkajian

Beberapa hal yang perlu dikaji setelah tindakan pembedahan diantaranya adalah kesadaran, kualitas jalan nafas, sirkulasi, dan perubahan tanda vital yang lain, keseimbangan elektrolit, kardiovaskuler, lokasi daerah pembedahan dan sekitarnya, serta alat yang digunakan dalam pembedahan.

2.3.3.5 Diagnosa keperawatan kost operatif

Diagnosa post operasi yaitu nyeri akut dan hipotermi

2.3.3.6 Rencana keperawatan

Menurut SIKI (2018), intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan diagnosa diatas adalah :

a) Nyeri akut b.d agen pencidera fisik

Intervensi :

Observasi :

- Monitor efek samping penggunaan analgetik
- 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

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.)
- Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi :

- Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri
- Jelaskan strategi meredakan nyeri
- Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
- Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian analgetik , *jika perlu*

b) Risiko hipotermi perioperatif b.d suhu lingkungan rendah

Intervensi :

Observasi :

- Monitor suhu tubuh
- Identifikasi penyebab hipotermia, (misal : terpapar suhu lingkungan rendah, kerusakan hipotalamus, penurunan laju metabolisme, kekurangan lemak subkutan)
- Monitor tanda dan gejala akibat hipotermi

Teraupetik :

- Sediakan lingkungan yang hangat (misal : atur suhu ruangan)

- 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)